

DOSSIER D'ANIMATION



Sommaire

◆ La santé en prison : quelques éléments de compréhension	p. 2
◆ Témoignages	p. 5
◆ Contributions :	
„Dr. Cyrille CANETTI, Psychiatre»	p. 6
. Jean-Claude BOUVIER, Vice-président TGI de Créteil.....	p. 7
. Bénévoles des Petits Frères des pauvres	p. 11
◆ Quelques repères historiques	p. 12
◆ Fiche technique 1 : Handicap et prison	p. 13
◆ Fiche technique 2 : Psychiatrie et prison	p. 15
◆ Fiche technique 3 : Les personnes âgées en prison	p. 16
◆ Fiche technique 4 : Le suicide en prison	p. 18
◆ Les acteurs du GNCP	p. 20
◆ Nos valeurs communes	p. 24
◆ Eléments bibliographiques	p. 25
◆ Glossaire	p. 28



La santé en prison : quelques éléments de compréhension

◆ Les personnes incarcérées sont en moins bonne santé que la population française, lors de leur entrée en prison

Prévalence élevée de plusieurs pathologies

- *VIH* : la prévalence est de 2 %. Elle est 6 fois plus élevée qu'en milieu libre. Une personne sur quatre est dépistée pendant l'incarcération (Enquête DGS Invs Prévacar 2010).
- *Hépatites virales*: la prévalence est de 6 %. Elle est 6 fois plus élevée qu'en milieu libre. Une personne sur cinq est dépistée pendant l'incarcération. (Enquête Prévacar).
- *Tuberculose* : l'incidence -l'apparition de nouveaux cas- est de 8 à 10 fois plus importante qu'en population générale.
- *Santé bucco-dentaire* : c'est une population à haut risque carieux. Environ 75 % ont des caries et 13 %, un délabrement dentaire. L'enjeu concerne la santé, l'équilibre psychologique et les possibilités d'insertion.
- *Addictions* : un entrant sur quatre consomme au moins deux substances (enquête 2003) et 8 % d'entre eux sont en traitement de substitution (Prévacar 2010).
- *Santé mentale* : la prévalence est quatre fois plus élevée que pour la population générale. Il s'agit de dépression, d'anxiété, de troubles graves de la personnalité et de troubles psychotiques (2004).
- *Suicide* : le taux de suicide est six fois plus élevé que pour la population générale.
- *Handicap* : Une personne sur 10 a besoin d'aide et 200 personnes ont un handicap physique (2002).

Cette moins bonne santé est liée aux caractéristiques sociodémographiques.

C'est une population ayant eu peu accès à la prévention et aux soins et dont la précarité sociale est élevée en raison de son faible niveau d'éducation et du fait que 20 % de la population est d'origine étrangère.

◆ Une fois en prison, la santé des personnes détenues se détériore

Par l'incarcération

- les maladies transmissibles, les addictions et une santé mentale détériorée dans un contexte de violence agie et subie, d'isolement, d'ennui, de manque d'activité physique, d'alimentation pauvre et déséquilibrée ;
- le champ de vision est modifié par l'exiguïté de l'espace. Le manque de soleil et de lumière du aux caillebotis aux fenêtres (interdits par l'UE) entraîne des problèmes de peau ou de vue. Le manque de végétation et un univers de béton renforcent la déshumanisation. L'enfermement et la dépendance pour le moindre déplacement provoquent claustrophobie et perte d'autonomie. Il faut y ajouter, la malnutrition, le bruit 24h sur 24, une hygiène qui laisse à désirer (gale et mycoses), la solitude, le rejet de la famille et des amis, la pénurie d'activités physiques et intellectuelles ;
- à cela s'ajoute une détérioration des conditions physiques telles que la perte de muscles, les lombalgies, ou l'obésité, une détérioration des facultés intellectuelles et manuelles, l'ennui, la neurasthénie, la dépression et les tentatives de suicide. Il y a un manque de sens total. La conséquence en est l'abus de tranquillisants. On peut parler dans de nombreux cas de camisole chimique ;
- la prison n'est vraiment pas adaptée au travail.



◆ **Par une mauvaise prise en charge des soins**

- abus des tranquillisants ;
- soins inadaptés ;
- manque de psychologues qui rend difficile d'entreprendre un travail sur soi ;
- attentes excessives de rendez-vous ;
- impossibilité de se rendre aux rendez-vous par dysfonctionnement des services ;
- interruption de soins spécialisés due aux transferts ;
- difficultés de prise en charge des maladies graves type cancer, sida, diabète et des urgences.

◆ **A cause de la surpopulation et de la promiscuité**

- conditions d'hygiène dégradées ;
- tabagisme passif ;
- bruit, violence, stress, peur, manque de sommeil ;
- personnels débordés.

◆ **Par l'évolution démographique des personnes détenues**

- *vieillesse* : on incarcère des personnes plus âgées et les peines plancher allongent les durées d'incarcération. 3 % des personnes détenues ont plus de 60 ans et 0,8 % - environ 500 personnes - plus 70 ans ;
- il y a perte d'autonomie et apparition d'*handicaps* liés à l'âge ;
- *maladies chroniques* telles que le diabète, les maladies broncho-pulmonaires ou cardio-vasculaires et les cancers sont liés au vieillissement d'autant plus qu'existent des facteurs de risques comme la consommation excessive de tabac, une alimentation déséquilibrée et le manque d'exercice.

Quelques chiffres clés sur la sante en détention, ministère de la Justice, 1^{er} janvier 2012

- **2 447** personnels de santé (agents du ministère de la Santé)
- **178** unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), soit une UCSA dépendant de l'hôpital de proximité implantée dans chaque établissement (à l'exception des centres de semi-liberté).
- **7** unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) implantées dans les CHU pour les hospitalisations programmées de plus de 48 heures : Nancy (2004), Lille (2004), Lyon (2005), Bordeaux, Toulouse et Marseille (2006), Paris Pitié-Salpêtrière(2008).

La 8^{ème} UHSI a ouvert à Rennes courant 2012. Au total 182 lits des UHSI seront ouverts.

- **1** établissement public de santé national à Fresnes.
- **26** services médico-psychologiques régionaux (SMPR) implantés dans 26 établissements pénitentiaires.
- **152** secteurs de psychiatrie intervenant dans les établissements pénitentiaires au sein des UCSA.

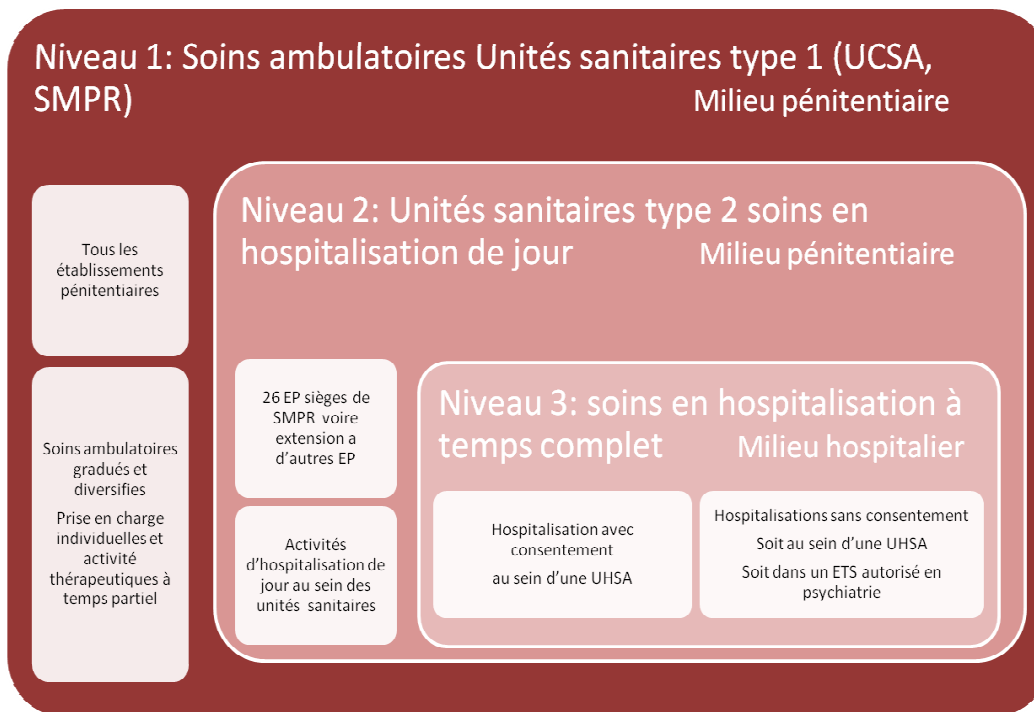
Des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) implantées en milieu hospitalier accueilleront les hospitalisations psychiatriques (avec ou sans consentement).

La première UHSA a ouvert en mai 2010: celle de Lyon-Le Vinatier. L'UHSA de Toulouse est mise en service en janvier 2012, celle de Nancy en mars 2012.

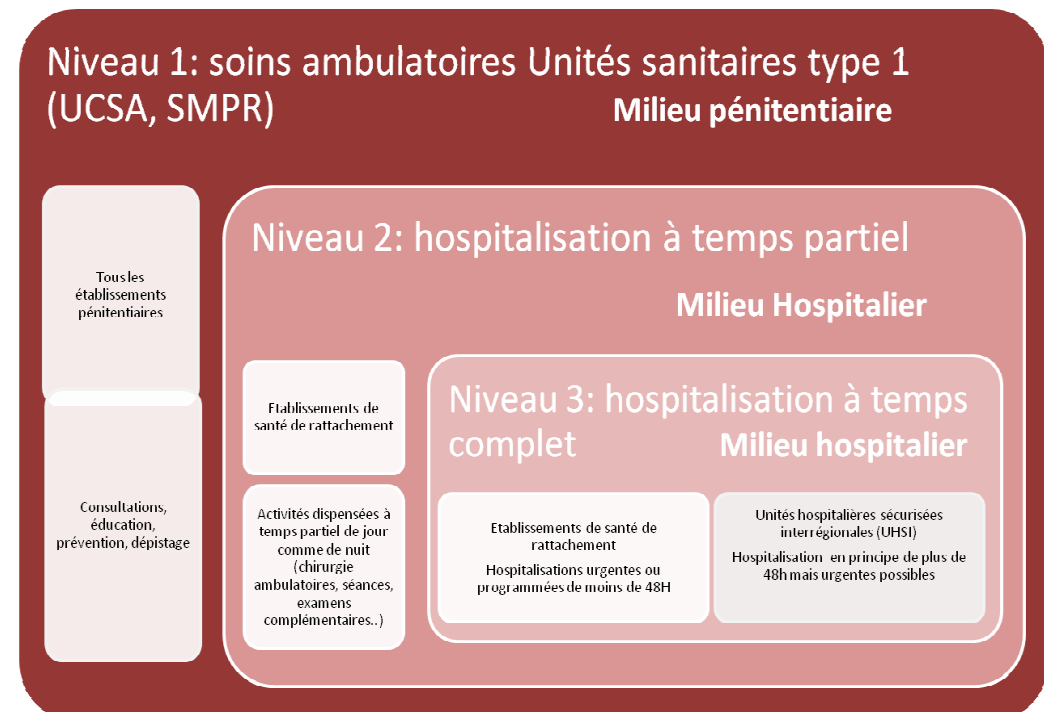
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffres_cles_2012.pdf



Organisation des soins psychiatriques



Organisation des soins somatiques







Source : Dominique Peton Klein directeur de projet ministère des Affaires sociales et de la santé



Témoignages

Au jour le jour, comment vit-on la prise en charge médicale en détention ?

Voici quelques témoignages recueillis en 2013 dans différents établissements pénitentiaires en France.

	<p>Elle est enceinte. Elle doit faire son échographie du premier trimestre. Menottée et encadrée par deux gendarmes, elle est « accompagnée » à la maternité...</p> <p><i>« Au départ, je n'ai pas vu la chose tout de suite, mais quand je suis descendue et que j'ai traversé devant les autres mamans et le personnel qui me dévisageaient, j'ai eu honte de ce que j'étais, et j'ai senti l'envie de courir et de me cacher. C'était insupportable. J'ai donc refusé l'échographie pour que l'on me ramène le plus vite possible à la voiture et que cessent ces regards. Aujourd'hui, je me demande comment je vais faire cette échographie obligatoire. »</i></p>
	<p>C'est une petite prématurée. Première enfant d'une très jeune maman incarcérée depuis le début de sa grossesse. Témoignage de sa maman...</p> <p><i>« Il était 2 heures du matin, et la petite a fait un premier arrêt cardiaque. A mes premiers cris, les surveillants et la direction ont appelé le Samu. Ils sont arrivés très rapidement, en quelques minutes. Le directeur a tout fait pour qu'il y ait un minimum de ralentissement. Je n'aurais jamais cru qu'on aurait réagi aussi rapidement. Puis a suivi un deuxième arrêt cardiaque, mais cette fois-ci en présence du Samu. Sans la décision de faciliter cette intervention, ma petite serait morte et je n'aurais pas pu continuer à voir son beau sourire aujourd'hui ».</i></p>
	<p>Il est à mobilité réduite, en fauteuil roulant, dépendant d'une tierce personne pour l'y installer. Il a des problèmes respiratoires qui s'aggravent souvent le soir...</p> <p><i>« Quand j'ai besoin d'aide, que je m'étouffe la nuit, il faut que j'aille jusqu'à la sonnerie pour appeler les surveillants, chose qui m'est impossible. Dès que la porte est fermée, j'angoisse de ne pas pouvoir appeler à l'aide si j'en ai besoin. Ça m'est arrivé tellement souvent. Jusque là j'ai survécu, mais je sens qu'un jour je vais y passer ».</i></p>
	<p>Témoignage d'un aumônier ...</p> <p><i>« Je rends visite en cellule à un détenu que je connais bien. Je l'ai vu évoluer d'un certain dynamisme et volontarisme à son arrivée, à une résignation progressive à l'absence de réponse à ses demandes d'activités. Aujourd'hui, il est carrément hébété, somnolant. Il me parle de son mal être et me montre un assez grand sac en plastique transparent rempli de pilules de tailles et de couleurs diverses qu'il garde près de son oreiller. Leur origine et leurs indications restent assez vagues dans son discours décousu. Une partie serait stockée à partir de celles qui sont distribuées à l'avance le samedi pour le week-end. Devant moi, il en choisit une et l'avale d'un coup, sans plus d'explications ».</i></p>



Contributions

« Mais de nombreuses personnes sont déjà malades mentales lors de leur arrivée en prison »

Dr Cyrille CANETTI,
Psychiatre, Chef du pôle de psychiatrie
en milieu pénitentiaire, Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris

La préhistoire de la médecine en milieu pénitentiaire n'a pas 20 ans

Précédemment placée sous tutelle judiciaire la médecine en milieu pénitentiaire ne passe sous tutelle sanitaire qu'en 1994 lors de la promulgation de la loi relative à la santé publique et à la protection sociale des détenus. Elle dispose que chaque établissement pénitentiaire doit être lié par convention à un établissement hospitalier de proximité et permet le développement d'unités de consultations et de soins ambulatoires détachées de l'hôpital pour exercer au sein de la prison. L'esprit du législateur était de permettre aux personnes détenues de bénéficier de soins équivalents à ceux prodigués en milieu libre. Certes, la qualité des soins des personnes détenues s'est alors largement améliorée mais on est loin de l'objectif initial. L'article D 365 du code de procédure pénale précise qu'hormis certaines conditions exceptionnelles, une personne détenue n'a pas le choix du médecin qui l'examine ou la soigne. L'importance de la confiance entre un patient et son médecin dans la relation thérapeutique et dans l'efficacité des soins est telle que cette simple restriction anéantit toute chance que l'accès aux soins en détention soit le même qu'en milieu libre. Par ailleurs, on continue de mourir en prison. Car si la loi du 4 mars 2002 prévoit que lorsqu'il est établi qu'un condamné est atteint d'une pathologie engageant le pronostic vital, ou que son état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, il peut bénéficier d'une suspension de peine, elle n'est que très rarement appliquée.

La psychiatrie en milieu pénitentiaire a été, pour sa part, légèrement en avance sur la médecine somatique. C'est en 1985 qu'elle est placée sous autorité sanitaire. Là aussi, les progrès sont rapides et les soignants obtiennent une indépendance relative. Mais les administrations pénitentiaire et judiciaires peinent à se faire à cette évolution. Et les tentatives pour instrumentaliser les soignants à des fins de maintien de l'ordre en détention ou de prévention de la récidive sont nombreuses tant dans la pratique au quotidien que dans l'évolution législative.

Exercer en milieu pénitentiaire amène nécessairement à s'étonner de l'importance du nombre de malades mentaux incarcérés¹. Certes l'enfermement et les conditions dans lesquelles il est pratiqué en France fragilisent inmanquablement l'équilibre mental et entraîne de fréquentes décompensations psychiques. Mais de nombreuses personnes sont déjà malades mentales lors de leur arrivée en prison. Et cela répond de toute évidence à une commande sociale. Celle de mettre à l'écart les malades mentaux considérés désormais davantage comme des causes de nuisances que comme des personnes qui souffrent. C'est ainsi qu'ont été créées les unités d'hospitalisation spécialement aménagées², véritables hôpitaux prisons qui ont permis l'émergence de l'administration pénitentiaire au sein des centres hospitaliers sans faire réagir la communauté psychiatrique. On peut désormais incarcérer en bonne conscience la folie puisqu'on peut la soigner en prison.

Par ailleurs, être malade mental réduit ses chances d'obtenir une libération anticipée par un aménagement de peine faute de structures de soins prêtes à prendre en charge les anciens détenus. Mais cela écarte également la possibilité d'une suspension de peine pour raison médicale car la loi du 4 mars 2002 exclut les pathologies mentales de son champ d'application alors que de nombreuses personnes incarcérées ne sont plus accessibles à la sanction pénale même si elles ont été jugées responsables de leurs actes au moment des faits. Ainsi, un grand nombre de psychotiques chroniques déficitaires encombrant les prisons françaises sans avoir l'espoir d'en sortir jamais. Une question s'impose alors : ces équipes psychiatriques qui se sont battues pour pouvoir soigner dignement en prison n'ont-elles pas fait le jeu de la société et ne participent-elles pas à l'application d'une double peine en permettant de punir les malades mentaux ?

¹ lire à ce sujet « Fresnes, histoire de fous » Catherine Herszberg, Seuil, 12 octobre 2006

² D'ici 2014, il existera 9 UHSA avec une capacité d'environ 440 places. <http://www.apres-tout.org/spip.php?article142>



La suspension de peine pour raisons médicales : conditions et obstacles

Jean-Claude BOUVIER,
Vice-président chargé de l'application des peines,
Tribunal de Grande Instance de Créteil

Instaurée par la loi du 4 mars 2002 2002-303 relative aux droits des malades, la suspension de peine pour raisons médicales a représenté un indéniable progrès : avant sa promulgation, il n'existait pas en effet dans le droit positif français de mesure spécifique permettant de libérer, en raison de son état de santé, une personne détenue. Cette possibilité existe désormais et même si elle n'est opérante qu'à l'égard des personnes condamnées à titre définitif, elle constitue une avancée. Toutefois, la suspension de peine médicale rencontre de nombreux obstacles qui, sur le terrain, freinent considérablement son utilisation et son développement. D'une part, les interprétations jurisprudentielles qui ont pu être faites des conditions d'octroi de la mesure se sont avérées restrictives – traduisant la frilosité des juges (1) ; d'autre part, des dysfonctionnements relatifs à la mise en œuvre effective des suspensions de peine sont apparus dès la promulgation de la loi, qui touchent toutes les étapes de la procédure (2).

◆ Les conditions d'octroi de la suspension de peine médicale, à l'épreuve de la jurisprudence

La suspension de peine médicale nécessite obligatoirement que soit établi, soit que le condamné est en fin de vie (son pronostic vital est engagé), soit que son état de santé est durablement incompatible avec son maintien en détention ; l'un ou l'autre de ces critères doit être nécessairement réuni au moyen de deux expertises médicales concordantes - dont le contenu s'impose au juge. La loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive précise en outre que la suspension n'est pas possible si, en dépit de la réunion de la condition médicale, existe "un risque grave de renouvellement de l'infraction". Le 24 novembre 2009, la procédure est à nouveau modifiée par le législateur qui instaure, dans l'hypothèse d'un pronostic vital engagé, une procédure d'urgence.

- « La fin de vie »

Le texte précise sur ce point que la pathologie du condamné doit engager son pronostic vital. La loi n'exige pas en principe que la mort soit prochaine, elle requiert simplement que le pronostic vital soit engagé - et ce, afin d'éviter que les libérations n'interviennent que dans des temps très proches du décès. L'expert médical va devoir constater et caractériser l'existence d'une pathologie et son évolution prévisible - afin de pouvoir déterminer si le pronostic vital est engagé ou non. La tâche est évidemment délicate - et l'aléa plus important - lorsque l'évolution de la pathologie s'inscrit dans une perspective lointaine. Visiblement réticents à l'idée de devoir libérer certains détenus dont la perspective de fin de vie n'était pas immédiate, de nombreux magistrats ont ainsi exigé que le pronostic vital soit engagé "à court terme". Ils ont été suivis par la cour de Cassation qui, dans deux arrêts en date du 28 septembre 2005 et du 15 mars 2006, a fait sienne cette interprétation très restrictive.



- L'existence d'un état de santé durablement incompatible avec la détention

En la matière, certaines juridictions de l'application des peines ont également développé une approche jurisprudentielle restrictive de la condition relative à l'incompatibilité de l'état de santé. Dans de nombreuses décisions de justice, l'incompatibilité avec le maintien en détention a été appréciée au regard de l'offre de soins existante en prison : ce n'est que lorsque celle-ci ne pouvait rivaliser avec ce qui était accessible à l'extérieur que le critère exigé par la loi était retenu. Ainsi que l'a fait remarquer madame Martine HERZOG-EVANS, maître de conférence à l'Université de Nantes : *“la jurisprudence cherche à déterminer non pas que le maintien en détention est indigne, mais que, comme l'ont retenu deux auteurs (...), la détention n'entraîne pas de “perte de chance sanitaire”³.*

Cette interprétation n'est pas conforme à l'évolution de la jurisprudence européenne. La Convention européenne des droits de l'homme ne prévoit certes pas d'obligation générale de libérer un détenu pour des raisons de santé. Mais la Cour Européenne des Droits de l'Homme estime qu'au regard de l'article 3 de la CEDH – qui proscrie les traitements inhumains et dégradants – les états doivent protéger l'intégrité physique des personnes privées de liberté. Ainsi, dans un arrêt en date du 07 juin 2001 (arrêt PAPON c. FRANCE), elle affirme clairement que le maintien en détention d'une personne âgée et malade entre dans le champ d'application de l'article 3 de la convention européenne des Droits de l'Homme. Elle porte à ce titre un double contrôle : d'une part, elle contrôle si l'incarcération de la personne concernée permet l'existence d'une offre de soins adaptés ; d'autre part, elle vérifie que les modalités d'exécution d'une peine de prison ne soumettent pas l'intéressé à « *une détresse ou à une épreuve d'une intensité excédant le niveau de souffrance inhérent à la détention* »⁴.

La Cour de Cassation, dans un arrêt fondamental du 07 janvier 2009, a clairement affiché sa volonté de se conformer aux normes européennes. Elle a censuré dans le cas d'espèce - la situation du détenu VINCENT, à l'origine d'un nouvel arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme en date du 24 octobre 2006⁵ – une décision de la chambre de l'application des peines en relevant que la juridiction n'a pas recherché s'il ne résultait pas des deux expertises médicales que les « *conditions effectives de détention* » étaient durablement incompatibles avec l'état de santé du détenu. En vertu de cet arrêt, le critère de l'aptitude à la détention doit être expressément apprécié sous l'angle des conditions matérielles de détention dont l'inadaptation peut constituer un traitement dégradant⁶.

³ Dans le sens de cette interprétation, lire l'article de Mickaël JANAS et de Michel VELLA, relatif aux difficultés d'application de la suspension de peine médicale, dans revue pénitentiaire et de droit pénal, 2003.

⁴ Dans un autre arrêt, rendu le 14 novembre 2002 (arrêt MOUISEL c. France), la Cour européenne des Droits de l'Homme a considéré que le maintien en détention de la personne condamnée était inconciliable avec son état de santé parce qu'il subissait, du fait de la détention, *“une souffrance allant au delà de celle que comporte inévitablement une peine d'emprisonnement et un traitement anticancéreux”*. En l'espèce, ce n'était pas l'offre de soins qui était en cause – l'intéressé recevait le traitement adapté -, mais bien les souffrances qui résultaient d'une « *intention d'humilier ou de rabaisser le requérant* » manifestée dans les conditions de mise en œuvre des transferts entre la prison et l'hôpital. Voir également l'arrêt en date du 26 octobre 2000, KUDLA c. Pologne.

⁵ Dans cet arrêt rendu en 2006 contre la France (arrêt VINCENT c. France, 24 octobre 2006), la CEDH estime que les conditions de détention d'une personne handicapée dans un établissement pénitentiaire où elle ne peut pas se déplacer – il est notamment relevé que l'intéressé ne peut pas quitter sa cellule par ses propres moyens – constitue un traitement inhumain et dégradant. Dans cette procédure, c'est moins la question des soins adaptés en détention qui est posée que celle des conditions matérielles de détention conformément à la dignité humaine. Il doit être relevé que dans cette dernière espèce, contrairement à ce qui avait été relevé par la Cour dans l'arrêt MOUISEL, il n'est pas nécessaire que l'indignité soit caractérisée par « *une intention d'humilier ou de rabaisser le requérant* » : l'inadaptation des conditions matérielles de détention suffit à caractériser, en soi, l'existence d'un traitement inhumain et dégradant.

⁶ Dans un jugement du 04 octobre 2010, le tribunal de l'application des peines du TGI de Créteil a concrètement mis en pratique l'exigence de la cour de cassation. Dans cette espèce, les experts diligentés par la juridiction n'avaient pas été en mesure, dans le cadre de leur mission, de se prononcer au regard des conditions effectives de détention. Le tribunal a dès lors décidé de renvoyer le dossier et de demander un complément d'expertise sur la base du rapport établi le 05 août 2010 par la direction du centre pénitentiaire de Fresnes. Il est résulté notamment de ce document que le condamné, qui souffrait d'une pathologie ayant entraîné une thérapie hautement mutilante, était détenu dans « *une cellule ordinaire de la seconde division de la maison d'arrêt située au rez-de-chaussée* ». Il devait se nourrir « *à l'aide d'une sonde gastrique seul alors que cet acte relève d'un soin infirmier*. Pour se rendre à la douche, il bénéficiait de l'aide d'un détenu classé au service général qui le conduisait « *dans une cellule spécialement équipée pour les détenus souffrant de handicapée et dotée d'une douche aménagée* ». Il était également précisé qu'en raison de « *douleurs constantes* », l'intéressé ne pouvait « *effectuer l'entretien de sa cellule* » : « *La faiblesse due à son état de santé et les douleurs ressenties quotidiennement* » l'empêchait de se rendre en promenade et de participer aux activités. Il était ainsi « *progressivement coupé de tout contact avec ses codétenus et des intervenants extérieurs* ». Sur la base de ces éléments, les experts médicaux ont estimé que l'état de santé de l'intéressé était durablement incompatible avec son maintien en détention.



↳ Une autre difficulté réside dans le fait que certains experts médicaux apprécient le critère d'une éventuelle incompatibilité du maintien en détention avec l'état de sante en se basant sur la prise en charge de la personne condamnée en établissement hospitalier (EPSNF ou UHSI). or, ce type d'appréciation n'est pas adapte, dans la mesure ou aucun de ces établissements ne peuvent durablement héberger la personne incarcérée (l'EPSNF ou les UHSI ne proposent pas de services de long séjour).

- Le risque lié au renouvellement de l'infraction

La loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive dispose désormais que la suspension n'est pas possible si, en dépit de la réunion de la condition médicale, existe "*un risque grave de renouvellement de l'infraction*". La détermination de ce critère de dangerosité n'est pas forcément lié à la production d'une expertise. Mais dans certaines hypothèses (les infractions encourant une peine de suivi socio-judiciaire, notamment), le législateur oblige le juge à recourir, avant de prendre sa décision, à une expertise psychiatrique : celle-ci aura donc naturellement pour vocation à être utilisée dans la détermination du "*risque grave de renouvellement de l'infraction*".

↳ L'existence de cette expertise obligatoire, dans nombre de procédures relatives aux demandes de suspension de peine médicale, constitue toutefois une réelle difficulté : elle s'ajoute a la réalisation des deux expertises médicales – ce qui est une source d'allongement des délais ; dans certains cas, notamment lorsque la personne incarcérée est dans l'incapacité de parler ou de se faire comprendre, elle est impossible a réaliser.

- La procédure d'urgence de la loi du 24 novembre 2009

La loi offre désormais la possibilité d'accorder la suspension de peine, en cas d'urgence, si le pronostic vital est engagé, au vu d'un certificat médical rédigé par le médecin chef de la structure de soins dans laquelle la personne concernée est prise en charge. Cette nouvelle procédure, qui permet de pouvoir simplifier le processus de mise en œuvre de la suspension de peine en évitant le recours aux deux expertises médicales, constitue une avancée importante. La circulaire du 10 novembre 2010 précise en effet que cette modification a pour objet de pouvoir prononcer une suspension de peine dans des délais brefs – ce que ne permet pas la condition préalable de double expertise médicale relative au pronostic vital. Elle mentionne que le certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire a « *vocation à se substituer aux deux expertises médicales distinctes et concordantes* ».

La procédure, toutefois, est limitée à des situations bien spécifiques. La circulaire rappelle qu'au titre des travaux parlementaires l'urgence s'entend du décès imminent du condamné : elle estime que cette nouvelle procédure ne peut être utilisée pour pallier des « *difficultés matérielles de réalisation des expertises* ». Elle estime en outre que le certificat médical, délivré au regard de l'urgence, ne dispense pas d'ordonner l'expertise psychiatrique – lorsque celle-ci est prévue par la loi. Cet état de fait est une anomalie : dans des situations d'urgence, qui renvoient au décès imminent de la personne, l'obligation de devoir procéder à une expertise ne peut que conduire à l'enlisement de la procédure.

◆ Les obstacles à la mise en œuvre effective des mesures de suspension de peine

Complexe dans sa définition, la suspension de peine est également une procédure délicate à mettre en œuvre. Et les écueils sont présents tout au long du processus. Les difficultés peuvent tout aussi bien résulter des conditions de réalisation des expertises médicales que, dans certains cas, de la tenue des audiences. Mais elles apparaissent surtout redoutables lorsqu'on aborde la question de la prise en charge, sur l'extérieur, des personnes susceptibles d'être admises à une mesure de suspension de peine médicale.

- Les difficultés liées à la réalisation des expertises

Les expertises doivent être en général réalisées dans un contexte d'urgence, tant la gravité et l'étendue de certaines pathologies exigent que les décisions de suspension soient prises dans des délais accélérés : de ce fait, elles requièrent une certaine diligence. En vertu de cette exigence, il est essentiel que les médecins-experts puissent alors avoir accès, dans des conditions satisfaisantes et avec célérité, tant au dossier médical du détenu qu'à l'intéressé lui-même : mais cette exigence n'est pas toujours aisée à réunir en milieu carcéral - milieu qui est soumis à de nombreuses contraintes internes, notamment en terme de sécurité.



- Les difficultés liées à la tenue des audiences

⊖ La mise en œuvre de la procédure peut également se heurter à l'état de santé de la personne condamnée, quand celle-ci n'est pas en mesure de comparaître devant la juridiction de l'application des peines. Lorsque la demande de suspension de peine relève de la compétence du seul juge de l'application des peines, il est toujours possible, conformément aux dispositions de l'article 712-6 du code de procédure pénale, de ne pas procéder à un débat contradictoire : mais dans ce cas, il faut impérativement que soient réunis les accords respectifs du condamné, du juge de l'application des peines et du magistrat du parquet. En revanche, dans l'hypothèse où la demande relève de la compétence du tribunal de l'application des peines, la procédure du hors-débat n'est pas possible : une audience doit obligatoirement se tenir. Afin de remédier à cette difficulté, la loi devrait expressément prévoir la possibilité pour la personne condamnée qui ne peut être en mesure de comparaître devant la juridiction de l'application des peines d'être représentée par son conseil.

- La prise en charge des personnes sur l'extérieur : une problématique récurrente

Faute de structures d'hébergement adaptées, notamment sur le plan médical, de nombreuses suspensions ne peuvent concrètement être mises en œuvre. Cette situation, qui est constatée et dénoncée depuis de nombreuses années, a notamment été relevée par le service de l'application des peines du TGI de Créteil, qui, en raison de la présence sur son ressort de l'hôpital de Fresnes, a eu à connaître un nombre élevé de demandes de suspension de peine. Dans un document couvrant une période significative de cinq années, de 2005 à 2009, le service a établi un compte-rendu, audience après audience, du devenir de toutes les demandes de suspension de peine qui ont été présentées et audiencées devant le tribunal de l'application des peines du TGI de Créteil.

Il a ainsi pu être établi que la grande majorité des condamnés qui voyaient leur demande de suspension de peine aboutir bénéficiaient de la possibilité d'un hébergement au sein de leur famille (prise en charge familiale) - ce qui facilitait, sur place, la recherche et la mise en œuvre en parallèle de prises en charge hospitalières. En revanche, en l'absence de toute possibilité de prise en charge familiale de la personne concernée, la juridiction a été contrainte de procéder, faute de solution d'hébergement et alors même que les conditions légales de la suspension de peine (conditions médicales et condition relative à l'absence de risque grave de renouvellement de l'infraction) étaient réunies, à de nombreux ajournements de l'examen de la demande⁷.

⊖ Face à cette difficulté, des juridictions ont mis en œuvre des dispositifs spécifiques qui, sans résoudre le problème de fond, ont pour objectif affiché de faciliter la recherche d'hébergement. Des décisions ont ainsi été prises, admettant le principe de la suspension de peine - l'effectivité de la mesure étant conditionnée à l'acceptation par une structure d'accueil de la prise en charge du condamné (des que cette acceptation est acquise, la juridiction prend une simple ordonnance qui ne nécessite pas de nouvelle audience, qui détermine le lieu d'accueil et qui fixe le point de départ de la suspension). Les avantages d'un tel dispositif résident dans le fait que les structures approchées sont d'ores et déjà informées que le principe de la suspension de la peine est acquis : elles ont ainsi la garantie que la place qu'elles envisagent de réserver sera pourvue, à la date envisagée.

⁷ « (...) Parallèlement à ce chiffre en diminution, il peut être constaté une augmentation des décisions d'ajournement - quasi exclusivement toutes motivées en raison de l'absence de structures d'hébergement : cinq demandes, audiencées en 2006, ont ainsi fait l'objet de décisions d'ajournements répétés - quatre d'entre elles étant toujours en cours à l'amorce de l'année 2007. L'analyse du contenu de la totalité de ces décisions d'ajournement permet de constater que dans tous ces cas les conditions de la suspension de peine sont réunies (conditions médicales et condition relative à l'absence de risque grave de renouvellement de l'infraction) mais qu'en revanche il n'existe pas de solution d'hébergement ; dans toutes ces situations où il n'existe pas de soutien familial ou de possibilité d'hébergement au sein de la famille, il apparaît extrêmement difficile de trouver des structures hospitalières ou associatives susceptibles de prendre totalement en charge la personne condamnée. Il doit être noté que si des solutions d'hébergement avaient pu être trouvées dans les dossiers concernés, on se situerait dans la moyenne des décisions d'octroi de suspension de peine rendues en 2005 : la diminution sensible du nombre de suspension de peine accordées par le tribunal de l'application des peines de Créteil ne réside donc pas dans un changement de jurisprudence qui aurait pu être générée par l'entrée en vigueur en décembre 2005 des nouvelles dispositions relatives à la suspension de peine ; elle est essentiellement due aux difficultés relatives à l'hébergement des condamnés ». Extrait du document établi par le service de l'application des peines du TGI de Créteil et relatif à la « suspension de peine médicale sur le ressort du Tribunal de Grande Instance de Créteil », 26 janvier 2010.



L'Etablissement public de santé national de Fresnes

Bénévoles des Petits Frères des Pauvres

◆ Présentation de l'Etablissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF)

L'EPSNF est le seul hôpital public en France dédié exclusivement à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Il est placé sous la double tutelle ministérielle de la Justice et de la Santé. Avant d'être un établissement public en 1985, l'hôpital pénitentiaire de Fresnes a succédé à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, créée en 1898, en même temps que la maison d'arrêt de Fresnes. Il est devenu l'EPSNF en 1995.

Aujourd'hui, l'EPSNF dispose d'une capacité de 80 lits, qui se répartissent en : un service de médecine de 16 lits ; un service de médecine physique et réadaptation (MPR) de 40 lits et un service de soins de suite et réadaptation (SSR) de 24 lits. Il dispose également d'une unité de consultation pour différentes spécialités (cardiologie, neurologie, pneumologie, ORL, dentiste...). Il accueille des personnes détenues malades d'Ile de France mais aussi pour une part venant de toute la France.

◆ Des bénévoles d'accompagnement à l'EPSNF

En 2002, à partir de la sollicitation d'un médecin et d'un aumônier, des bénévoles de l'association les petits frères des Pauvres, ont commencé à accompagner des personnes détenues gravement malades ou en fin de vie à l'EPSNF. Progressivement, en s'adaptant aux réalités sécuritaires et médicales, l'association a mis en place une équipe de 5 bénévoles. Ils visitent les personnes signalées par les soignants ou l'assistante sociale. Chaque bénévole intervient une fois par semaine soit en matinée soit dans l'après-midi. Cette action fait l'objet d'une convention renouvelée tous les 3 ans entre l'hôpital et l'association.

◆ Témoignages de bénévoles

Comme l'exprime Yves, être accompagnant auprès de personnes malades détenues « *c'est, d'abord, accepter d'être dans une forme d'impuissance, car l'accompagnant n'est pas là pour mettre fin à la maladie, ni à l'incarcération, ni même pour soutenir l'autre par de soi-disant « bonnes paroles ». L'accompagnant vient plutôt pour partager, un moment, le dénuement radical qu'éprouve souvent le détenu qui se sent réduit à rien, qui, souvent, a perdu sa raison d'être... « Je ne suis plus quelqu'un. Je ne suis même plus une chose. Je ne suis rien... » lui disait l'un d'entre eux. »... C'est s'efforcer, dans la limite qu'autorise la situation carcérale, de proposer une forme de fraternité citoyenne qui considère le détenu malade comme un égal, un semblable. »*

Ses accompagnements sont aussi l'occasion d'une confrontation à une réalité parfois révoltante. C'est ce que nous témoigne Delphine : « *8h15 un samedi matin d'été, je gravis les quelques marches me permettant d'accéder au hall d'entrée de l'hôpital carcéral de Fresnes, lorsque descend, porté sur une civière, un sac mortuaire noir. Quelques surveillants commentent l'événement à voix basse. J'ose quelques questions et j'apprends quelque chose qui pour moi était alors inimaginable : j'apprends qu'il y a des vieillards très malades, en fin de vie, qui meurent, non dans les soins palliatifs de quelque unité hospitalière, mais dans leur cellule, dans une complète solitude... Il y a quelques jours, l'un des médecins de l'hôpital carcéral m'apprenait que, sur une cinquantaine de détenus, se trouvait environ une dizaine de "pépés", comme il les appelle, âgés de plus de quatre-vingt ans. Des "pépés" cumulant peines et handicaps multiples – incontinence, paralysie, amnésie, aphasie, défaillances mentales, surdité... Des personnes âgées pour qui la peine, à ce niveau-là, n'a plus de sens, n'est plus la peine ».*



Quelques repères historiques

Prison-Asile / Prison-Hospice / Prison-Hôpital

- 1945** – Accord du 22 mai 1945 entre la Croix Rouge française CRF et l'administration pénitentiaire pour la constitution d'un service d'infirmières CRF dans chaque établissement. (En 1994, il y en avait encore 171 sur un total de 300, lorsque la prise en charge sanitaire des détenus a été transférée au ministère de la Santé)
- 1946** – Création par l'Administration Pénitentiaire de son propre corps d'infirmières pénitentiaires. Faute de crédits, les infirmières Croix-Rouge demeureront cependant longtemps une aide précieuse de l'administration.
- 1986** – Décret du 14 mars – Des services médico-psychologiques régionaux (SMPR), qui dépendent des hôpitaux publics sont implantés dans des établissements pénitentiaires.
- 1987** – Loi du 22 juin relative au service public pénitentiaire prévoit la possibilité de déléguer au secteur privé différentes missions, dont la santé, au sein des établissements pénitentiaires. En 1990 des Sociétés privées vont recruter médecins et personnel médical pour travailler dans les prisons du programme 13 000.
- 1993** – Le rapport du Haut comité de santé publique met en évidence l'insuffisance et le manque d'adaptation des réponses de l'Administration Pénitentiaire aux problèmes sanitaires de la population carcérale (Rapport GENTILINI).
- 1994** – Loi du 18 janvier relative à la santé en prison, elle prévoit le transfert au service public hospitalier de la responsabilité des soins en prison. Création des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA).
- 2000** – Publication du livre de Véronique VASSEUR « Médecin chef à la prison de la Santé ». Création à l'Assemblée Nationale et au Sénat de commissions parlementaires. Rapport du Sénat : « Prisons : une humiliation pour la République ».
- 2002** – Loi du 4 mars relative aux droits des malades. Une suspension de peine peut être ordonnée pour les condamnés atteints de pathologies graves.
Loi du 6 juin 2002 d'orientation pour la Justice prévoit la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) mi hôpitaux, mi prisons.
- 2009** – Loi pénitentiaire du 24 novembre prévoit le droit au secret médical, la garantie d'une qualité des soins équivalente pour les détenus à celle des personnes libres.
- 2010** – 13 mai 2010, ouverture à Lyon de la première unité hospitalière spécialement aménagée. 8 autres UHSA sont prévues (capacité total 700 à 750 lits).
– Appel du docteur Louis ALBRAND, auteur d'un rapport sur la prévention du suicide : « Dans les prisons, il y a urgence, au sens médical du terme ».
- 2013** – Création d'un groupe de travail interministériel Santé-Justice qui a rendu ses conclusions en juin 2013.



Fiche technique 1

Handicap et prison

◆ Les chiffres

- Une personne détenue sur deux souffre soit de troubles du comportement ou de l'orientation dans le temps ou l'espace, soit d'une incapacité, difficulté, voire impossibilité à réaliser des actes élémentaires de la vie quotidienne, telle que s'habiller, se laver, parler...⁸
- 2,4 % étaient titulaires d'une allocation pour adulte handicapé.⁹
- 3,3 % étaient invalides.¹⁰
- 3,8 % bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD).¹¹
- Plus de 6 % des personnes au moment de leur incarcération (soit environ 5 000 personnes incarcérées).¹²

◆ Origine des limitations d'activité en milieu carcéral et dans l'ensemble des ménages¹³

	Milieu carcéral	Ménages ordinaires
Accident	28,4	32,2
Douleurs importantes	25,4	25,9
Etat nerveux	21,4	17,4
Maladie chronique	15,1	13,1
Trouble de la vision et de l'audition	14,7	13,0
Etat dépressif	12,9	9,8
Séquelle de maladie	9,1	13,6
Malformation de naissance	4,5	6,6
Vieillessement	3,7	6,6
Maladie génétique	3,3	6,9

⁸ Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Avis n°94, « La santé et la médecine en prison ».

⁹ *ibid.*

¹⁰ *ibid.*

¹¹ *ibid.*

¹² *ibid.*

¹³ INSEE, N°854 - JUIN 2002 : « Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur ».



◆ Les droits des personnes handicapées en prison

« Les détenus, n'ayant été juridiquement privé que de leur droit d'aller et venir librement, doivent pouvoir accéder aux autres droits fondamentaux qui leur sont, comme à chacun, reconnus par la loi, notamment en matière de protection de la santé, comme l'accès aux soins palliatifs et l'égalité des droits et chances pour les personnes handicapées. »

« Seuls les nouveaux établissements pénitentiaires sont censés comporter systématiquement « au moins une cellule aménagée ». On voit mal comment les nouvelles prisons dotées pourtant d'une cellule aménagée (une pour 200 places, soit 0,5 % dans les seules nouvelles prisons, alors que le pourcentage de personnes handicapées incarcérées, toutes prisons confondues, était en 2003 de plus de 6 % !) parviendraient à résoudre le problème de l'ensemble des personnes handicapées détenues, car au nombre de détenus entrant porteurs d'un handicap s'ajoute désormais celui des détenus qui ont vieilli en prison. Ainsi, « celles-ci [les personnes handicapées] sont soumises à des conditions d'hébergement et de vie attentatoire à leur dignité », pour reprendre les termes de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme dans son Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues de 2006. »

◆ Pourquoi tant d'inertie quand il s'agit de la prison ?

- Les mourants, les grands vieillards, les personnes lourdement handicapées qui ne devraient pas ou plus vivre dans l'univers carcéral y demeurent. La raison en est à la fois le défaut d'attention portée à la loi, mais aussi la difficulté de trouver des lieux susceptibles de les accueillir, car même au terme de leur vie, ils demeurent suspects. Il est vrai que dans la vie hors de la prison, ces personnes particulièrement vulnérables sont déjà l'objet d'une grande indifférence.

◆ Recommandations

- Faire bénéficier d'une suspension de peine les détenus en fin de vie et les détenus handicapés, âgés, ou atteints de maladies somatiques ou mentales graves dont l'« état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention » comme le prévoit la loi. Ce qui signifie :

- rechercher hors des murs de la prison des solutions pour que les personnes très âgées, les grands handicapés et les personnes souffrant de graves troubles psychiatriques quittent à jamais la prison ;
- développer la vie associative avec le soutien des associations extérieures, par exemple les associations de malades et de personnes handicapées.



Fiche technique 2

Psychiatrie et prison

- 27 % des personnes incarcérées souffrent de troubles psychotiques aigus (Ibid).
- 45 % des personnes incarcérées présentent des états dépressifs graves (Ibid).

◆ Pourquoi tant de malades mentaux dans les prisons françaises ? (Ibid)

1 - Le fonctionnement actuel de la psychiatrie publique : Le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie a été massivement réduit pour des raisons budgétaires ; or, ces lits pouvaient non seulement accueillir des malades mentaux en décompensation aiguë, mais aussi des personnes en détresse psychologique et sociale.

De tels patients se sont retrouvés plus ou moins en rupture de soins, faute souvent d'hébergement : il n'y a pas eu de création de foyers spécialisés, et les autres centres de réinsertion et de réadaptation sociale ne sont guère favorables à l'accueil de ces malades mentaux, d'autant plus que les résidents de ces foyers sont considérés comme sans domicile fixe (domicile considéré comme provisoire) et ne relèvent pas de la prise en charge du secteur.

2 - Les conditions d'incarcération : « Certaines personnes, peut-être déjà fragiles antérieurement à l'incarcération, peuvent ne pas supporter les conditions de la vie quotidienne en prison : surpopulation, promiscuité, absence d'hygiène, rupture des liens affectifs familiaux et conjugaux, déresponsabilisation, violences, rackets, attente du jugement puis du transfert en établissement pour peines... On observe ainsi des décompensations psychiatriques sur le mode de bouffées délirantes aiguës chez des sujets qui n'avaient jamais été repérés comme malades mentaux à l'extérieur. »

3 - La pratique en matière d'expertise psychiatrique : Baisse de déclarations de cas d'irresponsabilité pénale.

4 - Le fonctionnement de la Justice : De nombreuses personnes sont incarcérées suite à un jugement en comparution immédiate (les anciens flagrants délits). Chaque affaire jugée en comparution immédiate est le plus souvent traitée très rapidement, (or il existe des difficultés pour s'exprimer, l'avocat souvent désigné d'office n'a pas le temps ou n'a pas la possibilité d'étudier complètement le dossier, les expertises psychiatriques acceptées ne sont pas suspensives).

◆ Comment s'organise le dispositif de soins psychiques en prison ? ¹⁴

« Les soins psychiques en détention ne relèvent pas de l'administration pénitentiaire. Ils ont été confiés au service public hospitalier dès 1986, antérieurement aux soins somatiques (1994). Aujourd'hui, le suivi médical des affections somatiques comme le suivi psychiatrique des personnes incarcérées doivent être organisés de façon à assurer « aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux de la population générale ». (Articles L.6112-1, R. 3221-1 et R. 3221-5 du Code de la santé publique ; articles D.368 et D. 372 du code de procédure pénale).

Le Code de la santé publique prévoit l'existence d'un ou plusieurs « secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire » (SPMP), dans chaque région pénitentiaire. Chaque SPMP est rattaché à un établissement public hospitalier. Il met en œuvre des actions de prévention, de diagnostic et de soins à destination des personnes détenues. Il comprend notamment un service médico-psychologique régional (SMPR) implanté au sein d'un établissement pénitentiaire. Dans les prisons non dotées d'un SMPR, ce sont les « secteurs de psychiatrie générale » qui sont chargés d'organiser un « dispositif de soins psychiatrique » (DSP) au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Le DSP relève de l'hôpital avec lequel la prison a passé une convention et assure les soins courants dans les établissements pénitentiaires relevant de sa zone géographique. Dans les prisons accueillant des mineurs ou des jeunes majeurs (moins de vingt et un ans), les soins sont assurés par le secteur de psychiatrie infanto-juvénile. »

¹⁴ *Guide du prisonnier, Vivre en prison, Santé physique et psychique, « Soins psychiques », Observatoire international des prisons, La Découverte, Guides, 2012.*



Fiche technique 3

Les personnes âgées en prison

◆ Dimension internationale

Dans la plupart des pays industrialisés, la proportion de personnes détenues âgées augmente, à tel point qu'à l'horizon 2030, aux Etats-Unis, une personne détenue sur 3 aura plus de 55 ans.

On constate qu'une minorité de pays a opté pour l'adaptation des conditions de détention aux conséquences tant physiques que psychiques du vieillissement. Les freins au développement de cette tendance sont de 3 types :

- L'investissement mobilier et immobilier nécessaire aux adaptations.
- Un défaut ou une inadaptation de la prise en charge du public âgé : réticence et manque de formation des personnels pénitentiaires.
- La spécialisation d'un établissement ou d'un quartier dans l'hébergement de personnes âgées entraîne une stigmatisation de fait, préjudiciable aux effets bénéfiques du vivre ensemble.

Les pistes sont multiples : formation des co-détenus à la prise en charge, assouplissement du formalisme de la vie quotidienne en détention, libération pour motif médical, le cas échéant sous PSE

◆ Les personnes âgées en détention en France

Au 1^{er} janvier 2012, 2 565 personnes de plus de 60 ans étaient incarcérées soit 3,9% de la population pénale. Cette population dont l'âge physiologique paraît souvent de 10 ans supérieurs à l'âge civil devient progressivement dépendante.

◆ Que dit la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 ?

Elle stipule que les détenus âgés de 70 ans et plus pourront bénéficier d'une libération conditionnelle sans attendre l'exécution de la moitié de leur peine à condition que leur insertion soit assurée et qu'il n'y ait pas de risque de récidive ou de trouble à l'ordre public.

◆ Que dit le rapport 2012 de Jean-Marie Delarue?

- L'aide d'une tierce personne

De nombreux établissements ont signé des conventions avec des associations d'aide à la personne. Le personnel SPIP n'a pas le temps ni la compétence technique pour demander l'APA.

Dans beaucoup d'établissements, des personnes détenues affectées au service général, appeler « auxi » font office de tierce personne ou d'aides ménagères. Cette situation n'est pas acceptable (absence de formation et rémunération adaptée).

La proposition d'activités adaptées. Les personnes âgées et ou atteintes de maladies chroniques ou de handicap sont exclues du travail et peu d'activités adaptées à leur état de santé.

- Des bonnes initiatives

Randonnées avec l'UCSA et le service des sports, gym douce, aménagement d'un jardin potager et un atelier d'entretien de la mémoire...



◆ Extraits enquête MRIE

La mission régionale d'information sur l'exclusion Rhône-Alpes/Auvergne (MRIE) a publié en 2010 une étude sur les personnes détenues de plus de 60 ans sur sa DISP. Il en ressort que l'existence d'activités adaptées, la persistance ou l'absence de relations sociales peuvent avoir des répercussions sur la santé, et plus globalement sur la personne. La « sortie » est interrogée pour ce public, et notamment l'existence de solutions en termes de logement et de ressources financières. Très concrète, cette enquête révèle par exemple qu'1/3 seulement des + de 60 ans sort en promenade. Ils sont la même proportion à se faire aider par le co-détenu (à 70 % pour le ménage).

◆ Un exemple à Château-Thierry

- Dossiers de retraite ?

Comme pour tout le monde, la constitution du dossier de retraite est assez complexe, voir "nébuleuse"... Pour les personnes incarcérées, cela se complique encore ! Penser qu'on a peut-être des démarches à faire, réunir les fiches de paye, se souvenir des différents lieux et dates où l'on a travaillé, remplir un dossier quand les capacités d'écriture sont faibles... Lorsque les CPIP était des travailleurs sociaux, l'aide à la constitution de dossiers de retraite faisait partie de leur fonction. Depuis le changement d'orientation du SIPP, il est rare que les conseillers aient la disponibilité pour le faire et il ne reste plus guère d'assistantes sociales dans les prisons.

- Cas concret :

M. X devrait pouvoir bientôt bénéficier du minimum vieillesse. Pour ce faire il faut contacter la caisse de retraite complémentaire, du lieu du dernier emploi et non de l'incarcération bien sûr. Le contact se fait par téléphone... premier obstacle. Puis un dossier est à remplir, en réunissant les documents : deuxième obstacle. Puis il devrait y avoir une convocation pour un rendez-vous : 3ème obstacle car une permission de sortir n'est pas envisageable. Et dans quelques temps, toutes ces démarches devront être réalisées par Internet... et il faudra encore "pas mal de temps" pour qu'Internet vienne en détention... Le CP de Château -Thierry étant un établissement bien particulier et son CPIP s'attachant à réaliser un accompagnement personnalisé des détenus, c'est lui qui a monté le dossier qui devrait avoir des chances d'aboutir.

Mais ailleurs ? Parfois des travailleurs sociaux viennent de l'extérieur, parfois c'est pris en charge par certaines UCSA ou des associations spécialisées. La venue en détention de services "de droit commun", compétents pour les questions de retraite ou de droits sociaux, est une bonne solution, à développer.

- Vivre vieux en prison ?

A Château-Thierry, les locaux sont très anciens (1850) et pas conçus pour des conditions liées au vieillissement : pas d'ascenseur, des escaliers partout pour accéder aux lieux de vie, à la promenade... Récemment 2 ou 3 cellules ont été aménagées pour être accessibles aux personnes en fauteuil, avec une surface supérieure.

Il y a quelques années, le CP de C.T avait obtenu des mesures APA pour quelques détenus pouvant en bénéficier, notamment dans l'aide à la toilette (d'autant plus nécessaire que les pathologies traitées à C.T entraînent souvent de l'incurie). Un personnel médico-social était intervenu. La direction de l'établissement a réussi à transformer cette aide ponctuelle en un poste de travail permanent qui peut intervenir pour tous les détenus qui le nécessitent. Quelques autres établissements ont suivi ce chemin, mais ce sont des postes pas faciles à pourvoir, qui exigent un personnel de préférence masculin.

Par ailleurs, le fait que les personnes âgées soient ultra-minoritaires en détention conduit à un isolement encore plus important pour elles, les activités étant surtout pensées pour un public jeune (sport, activités socioculturelles). Ce constat peut amener à envisager un regroupement des personnes détenues plus âgées dans certains établissements "spécialisés".



Fiche technique 4

Le suicide en prison

Constat

- **Le taux de suicide est 4 à 7 fois plus parmi les personnes incarcérées que dans le reste de la population¹⁵.** Tous les 3 jours en moyenne, quelqu'un met fin à ses jours au sein de la détention.
- Les nouveaux établissements, de part le caractère particulièrement déshumanisant de la gestion de la détention, sont tout autant concernés. Ainsi, la prison de Lyon Corbas pourtant ouverte en 2009 a été en 2012 la prison la plus « suicidogène »¹⁶.
- Une étude sur le suicide dans les prisons Françaises¹⁷ montre que le taux de suicide a quintuplé en 50 ans alors qu'il a peu évolué dans le même temps pour la population générale.
- D'après une étude du conseil de l'Europe sur des données de 2010 : Dans les prisons de l'hexagone, le taux de suicide en détention est deux fois supérieur à la moyenne constatée dans les 47 pays membres du Conseil de l'Europe.
- Le problème du suicide en détention se pose également pour les surveillants pénitentiaires. « À structure de population équivalente, le taux de suicide dans l'administration pénitentiaire est significativement plus important (+ 31 %) que celui de la population générale » conclue une étude INSERM portant sur la période 2005-2009¹⁸. Fin octobre 2012 le sujet a été abordé lorsqu'un surveillant pénitentiaire s'est suicidé de son mirador : il y a donc une réelle problématique liée au milieu carcéral, du côté des personnes détenues comme du côté des personnels de l'administration pénitentiaire.

Certaines périodes sont particulièrement « suicidogènes » :

- les premiers jours de détention, où la personne détenue souffre du choc carcéral : la découverte du lieu et l'enfermement sont particulièrement traumatisants ;
- les passages au mitard -où les suicides sont encore 7 fois plus nombreux que dans le reste de la détention ;
- les périodes de fête notamment à la fin de l'année (le 24 et 31 décembre) ;
- les périodes précédant le jugement.

¹⁵ 116 suicides en 2012 d'après l'administration pénitentiaire.

¹⁶ Un article de fond sur la question: <http://www.politis.fr/Pourquoi-se-suicide-t-on-plus-dans.21759.html>

¹⁷ « Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens » in Population & Sociétés.

¹⁸ Selon l'étude INSERM U 897



Causes

Bien évidemment il n'est pas question ici de questionner les raisons profondes qui mènent au passage à l'acte mais d'analyser quels sont les facteurs aggravants qui participe à cette sur-suicidité en détention.

- Principale cause montrée du doigt, la surpopulation carcérale. On compte 10 000 personnes en surnombre par rapport aux places en détention et 960 personnes dorment chaque soir sur un matelas posé à même le sol.
- L'état préoccupant de la santé mentale en prison a également un rôle déterminant dans cet état de fait : 25 % de la population carcérale souffre de troubles psychiatriques graves.

Ce qu'on pourrait en dire

Le problème du suicide en milieu carcéral dépasse largement la question de l'efficacité d'une politique de prévention du suicide : elle est intrinsèquement liée aux conditions de la vie en prison, au mépris et à l'indifférence qu'une grande partie que nos concitoyens portent sur les prisons et les personnes détenues. Il est donc nécessaire de rétablir les détenus dans une démarche d'acteurs de la construction de leur devenir. Cela doit fonder toute politique ambitieuse de lutte contre le suicide. La lutte contre la surpopulation carcérale, contre le phénomène d'infantilisation de la personne détenue, l'accès à un plus grand nombre d'activités ou encore la participation des détenus à la vie de l'établissement par la possibilité d'expression collective sont autant de pistes pour endiguer ce phénomène. De plus l'amélioration du maintien des liens familiaux, indispensable dans la lutte contre le suicide, doit être un objectif prioritaire. Permettre aux personnes détenues de voir et d'être en contact le plus régulièrement possible avec ses proches a un rôle dans l'atténuation du caractère désocialisant de l'incarcération.

En définitive une politique de lutte contre le suicide n'est légitime que si elle cherche « non à contraindre la personne incarcérée à ne pas mourir mais à le restaurer dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie. » Si les « kit anti-suicide » (draps indéchirables, pyjamas papier...) n'ont pas donné de résultat c'est qu'ils ne s'attaquent pas à la racine du problème de l'incarcération.



Les acteurs du Groupe national de concertation prison

Le groupe national de concertation prison (GNCP) réunit, depuis bientôt dix ans, les représentants nationaux d'associations et des aumôneries de prison, afin d'échanger sur un certain nombre de préoccupations communes autour de l'univers carcéral. Fort de la diversité et de l'action de terrain de ses membres sur l'ensemble de la France, le GNCP approfondit et se positionne sur certains sujets d'actualité, dans le but de mener une action citoyenne commune relayée à l'échelon local par l'ensemble de ses réseaux.

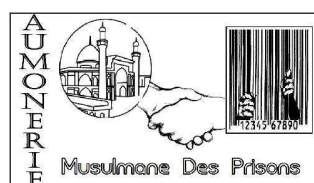


ANVP (Association nationale des visiteurs de prison)

L'Association nationale des visiteurs de prison a pour but d'aider moralement et matériellement les personnes détenues et leurs familles pendant la période de détention, et d'aider les personnes détenues à réussir leur réinsertion sociale lors de leur libération. L'ANVP regroupe plus d'un millier de visiteurs de prison, citoyens qui accompagnent les personnes dans l'élaboration de leur projet de vie dès le début de leur incarcération. La rencontre hebdomadaire entre le visiteur et la personne incarcérée se déroule dans un lieu qui assure le caractère privé de l'entretien.

ANVP - 1 bis rue de Paradis - 75010 Paris / tél. 01 55 33 51 25 / fax 01 55 33 15 33 /
accueil@anvp.org / www.anvp.org

Aumôneries catholique, musulmane et protestante des prisons



Les aumôniers représentant les différentes religions sont présents dans l'ensemble des établissements pénitentiaires. Ils ont la possibilité de rencontrer individuellement tous ceux qui font appel à eux, dans leurs cellules, de célébrer des offices, et de proposer des rencontres de groupe autour de sujets religieux ou de la vie. Leurs activités sont régies par les articles D.439 à D.439-5 du code de procédure pénale.

Aumônerie catholique des prisons - 58 avenue de Breteuil 75007 Paris
tél. 01 72 36 69 02/ aum-prisons@cef.fr - http://prison.cef.fr

Aumônerie Musulmane des Prisons - 61 rue Jeanne d'Arc - 59650 Villeneuve d'Ascq.
Tel/Fax: 03 20 47 68 00/ aumoneriemusulmanedesprisons@orange.fr http://amdp.exprimetoi.net

Aumônerie protestante des prisons - 47 rue de Clichy - 75311 Paris cedex 09
tél. 01 44 53 47 09 / fax 01 45 26 35 58 - fpf-justice@protestants.org



Croix-Rouge française

La Croix-Rouge française mobilise ses délégations locales en vue de l'amélioration des conditions de vie des personnes placées sous main de justice, en particulier des plus démunies, et au maintien de leurs liens familiaux. Contribuant aux actions de préparation à la sortie mises en place dans les établissements pénitentiaires, les actions de la Croix-Rouge favorisent la réinsertion des personnes sortant de prison.

Croix-Rouge française – 98, rue Didot - 75694 Paris cedex 14 /
tél. 01 44 43 12 68 / fax 01 44 43 12 37 / www.croix-rouge.fr



Emmaüs France

Agir pour que chaque homme, chaque société, chaque nation puisse s'affirmer dans l'échange et le partage, ainsi que dans une égale dignité » (extrait du Manifeste Universel d'Emmaüs). Né en 1949, sous l'impulsion de l'abbé Pierre, le mouvement Emmaüs développe des valeurs de solidarité, de respect de l'autre, d'écoute et d'entraide. L'objectif d'Emmaüs France, association loi 1901, est de développer des réponses originales et complémentaires pour contribuer à endiguer les différentes formes d'exclusion. Aujourd'hui, Emmaüs réunit en France 273 groupes organisés en 3 branches : la branche communautaire, la branche action sociale et logement et la branche économie solidaire et insertion. Emmaüs France se bat chaque jour pour éradiquer les causes de la misère, pour bâtir un monde plus juste, dans lequel chacun retrouve sa dignité et sa place dans la société. L'interpellation publique est aussi une des missions d'Emmaüs ; afin que l'on ne s'habitue jamais à l'inacceptable.

EMMAÛS France - Commission prison - 47, avenue de la Résistance - 93100 Montreuil
Port. : 06 23 16 27 23 - Web : www.emmaus-france.org



FARAPEJ (Fédération des associations réflexion action prison et justice)

Aider les détenus et leurs familles à vivre ce moment difficile de leur existence, ainsi qu'à faire respecter leurs droits, limiter les effets déstructurants de la prison, réfléchir sur le sens de la sanction pénale, tels sont les objectifs de la soixantaine d'associations réunies au sein de la FARAPEJ. 300 salariés et plus de 3000 bénévoles agissent principalement dans le domaine de l'accueil des familles en attente de parler et l'accompagnement ainsi que l'hébergement des sortants de prison, ce qui contribue à prévenir la récidive. En 2010, les associations de la FARAPEJ ont assuré près de 560 000 accueils de familles et plus de 96 000 nuitées d'hébergement.

Farapej – 26 rue Castagnary - 75015 Paris / tél. 01 55 25 23 75
farapej@farapej.fr / <http://www.farapej.fr>



FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale)

La FNARS fédère 850 associations ou organismes gérant 2 700 établissements et services dont 700 ont l'habilitation Aide sociale CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale). Les associations de la FNARS ont pour mission d'accueillir, d'héberger et de soutenir le projet d'insertion aussi bien des personnes en difficulté sociale, seules ou en famille, que des personnes placées sous main de justice. La FNARS s'est à l'origine fondée pour développer l'accueil et la prise en charge des personnes sortant de prison. Si les publics se sont diversifiés, la FNARS reste plus que jamais, à la fois dans sa politique et dans les faits, fidèle à sa mission d'origine.

FNARS - 76 rue du faubourg Saint-Denis - 75010 Paris / tél. : 01 48 01 82 00 / fax 01 47 70 27 02
fnars@fnars.org / <http://www.fnars.org>



GENEPI (Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées)

Le GENEPI est une association « Passe-Murailles ». Parce que la prison demeure une zone d'ombre pour la société, 1 200 étudiants de toute la France s'efforcent chaque année d'agir pour la réinsertion des personnes incarcérées. Au sein de l'association GENEPI, ils interviennent chaque semaine en détention pour animer des activités socioculturelles ou de soutien scolaire. Le GENEPI informe et sensibilise de surcroît l'opinion publique aux problématiques de l'univers carcéral. Il mène une réflexion permanente sur les système pénal et judiciaire.

GENEPI - 12 rue Charles Fourier - 75013 Paris / tél. : 01 45 88 37 00 / www.genepi.fr
president@genepi.fr/communication@genepi.fr/secretaire@genepi.fr/tresorier@genepi.fr



est une association de solidarité active avec les migrants, les demandeurs d'asile et les réfugiés. Avec ses partenaires à l'international et dans le cadre de ses actions en France et en Europe, elle agit pour le respect des droits et de la dignité des personnes.

La Cimade - 64, rue Clisson - 75013 Paris
Tél. : 01 40 18.60 50 - Fax : 01 45 55 92 36 - www.lacimade.org



Secours Catholique

Le département Prison-Justice du Secours Catholique réunit une centaine d'équipes prison, agissant partout en France en lien entre elles et avec un réseau généraliste de 60 000 bénévoles. Sa mission d'accompagnement en détention et à la sortie s'exprime par des soutiens matériels, financiers et de relations humaines, en cohérence avec les services sociaux. Souvent présent dans les commissions pluridisciplinaires uniques, il soutient les personnes dans leurs projets, en particulier dans la perspective de la sortie. Il témoigne des actions auprès du public afin de mieux faire connaître la réalité carcérale et favoriser la réinsertion. Il accueille des personnes en alternative à l'incarcération et en aménagement de peine.

Secours catholique - 106 rue du Bac - 75341 Paris cedex 07 / tél. 01 45 49 73 00 / fax 01 45 49 94 50 /
dept-prison-justice@secours-catholique.fr / www.secours-catholique.fr



**UFRAMA (Union nationale des fédérations régionales
des associations de maisons d'accueil de familles et
proches de personnes incarcérées)**

L'UFRAMA regroupe les fédérations régionales des Associations de maisons d'accueil de familles de détenus des différentes inter-régions pénitentiaires de France métropolitaine et d'outre mer. Elle a pour objectifs de soutenir les associations de maisons d'accueil par des actions de formation, d'information et de conseil, ainsi que de prendre en compte et de faire connaître les difficultés auxquels se trouvent confrontées les familles et proches de détenus. 120 associations sont adhérentes à l'UFRAMA.

Union nationale des fédérations régionales des associations de maisons d'accueil de familles
et proches de personnes incarcérées - 8, passage Pont Amilion - 17100 Saintes
Tél / Fax : 05 46 92 11 89 - e-mail : uframa@wanadoo.fr / - http://uframa.listoo.biz



Nos valeurs communes

Les actions de nos différentes associations s'inscrivent toutes dans une démarche éthique et universelle fondée sur les droits de l'Homme. Ceci implique concrètement :

- Reconnaître et respecter l'humanité de toute personne incarcérée : en aucun cas elle ne doit être réduite aux actes qu'elle a commis. La valeur de toute personne est toujours au-delà de ce qu'elle a pu faire.
- Croire que chacun, à la mesure de son histoire, a la possibilité de se réinsérer, de choisir de prendre sa vie en main. Croire, c'est-à-dire être prêt à s'engager pour atteindre cet objectif.
- Résister à toute forme de fatalisme lequel pousse à regarder les échecs plutôt que les capacités à se projeter dans la vie.
- S'engager à ne faire aucune distinction entre les personnes, quels que soient leurs origines ou les actes qu'elles ont pu poser ; s'engager à ne faire aucun prosélytisme de quelque nature que ce soit.
- Résister à toute connivence avec le système en place qui consisterait à taire les dysfonctionnements évidents, et s'engager à en référer aux autorités concernées dans un esprit de dialogue et d'humanité.



Eléments Bibliographiques

Quelques ouvrages et revues

Prise en charge sanitaire/Accès aux soins/continuité des soins à la sortie

- ◆ Circulaire interministérielle N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/D SS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice - http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf
- ◆ Rapport d'activité 2012 Contrôleur général des lieux de Privation de Liberté - Chapitre 5 « Privation de liberté et accès aux soins » - http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2013/02/CGLPL_Rapport-2012_version-WEB.pdf
- ◆ « Enfermer nuit gravement à la santé », Passe-Murailles publication du GENEPI n°28 janvier/février 2011 - <http://www.genepi.fr/actualites/categorie-1.html>
- ◆ « Le détenu malade », AJ Pénal, n°7-8 juillet-août 2010 - « La santé en prison : une préoccupation récente », par fbenattar, dans *Expertises, Histoire de la santé*, le 03/12/2010 - <http://www.elsevrevue.fr/2010/la-sante-en-prison-une-preoccupation-recente/>
- ◆ « La santé en prison », 10. Congrès National des UCSA organisé par l'APSEP, (Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison), Montpellier 2013 – <http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20130211231153640>
- ◆ « La prison, un lieu de soin? », Anne LECU, Ed Les Belles Lettres, 2013
- ◆ « Médecin chef à la prison de la santé », *Véronique VASSEUR*, Le livre de poche, novembre 2001
- ◆ « Infirmier en milieu carcéral, Accompagner, soigner, réinsérer », Roch-Etienne MIGLIORINO, Ed Masson, 2009
- ◆ « La Santé incarcérée », Daniel GONIN, Ed L'Archipel 2001
- ◆ « Vivre en prison, santé physique et psychique » Guide du prisonnier, OIP, La découverte, Guides, 2012

Suicide

- ◆ Les 20 recommandations de la commission Albrand, mars 2009 - <http://www.santeprison.com/web/images/library/File/Recommandations%20du%20rapport%20Albrand.pdf>
- ◆ Prévention du suicide des personnes détenues. Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention; Rapport de mission. JL Terra; Décembre 2003 <http://www.sante-prison.com/web/images/library/File/440102.pdf>

Psychiatrie

- ◆ « Malaise dans la psychiatrie, la pénalisation de la maladie mentale : un retour de deux siècles en arrière », Cyrille CANETTI, ERES, 2004 - <http://www.cairn.info/publications-de-Canetti-Cyrille--44097.htm>
- ◆ « Fresnes, histoire de fous » Catherine HERSZBERG, Seuil, 2006
- ◆ La santé mentale en prison, Ligue des Droits de l'Homme. Année? - <http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20100207124125458>
- ◆ Santé mentale des personnes détenues et troubles comportementaux - Rapport final du groupe de travail du ministère de la santé et du ministère de la justice-avril, 2003 - <http://www.sante-prison.com/web/images/library/File/420110.pdf>



- ◆ L'irresponsabilité pénale des malades mentaux. Les documents de travail du sénat, 2004. Série "Législation comparée" - <http://www.santeprison.com/web/images/library/File/Irresponsabilit%C3%A9%20Malade%20Mental%20senat%202004.pdf>
- ◆ Déclaration de Trecin relative à la santé mentale en prison, OMS pour l'Europe, 2007. <http://www.santeprison.com/web/images/library/File/D%C3%A9claration%20Trecin%202007%20Sant%C3%A9%20mentale%20OMS.pdf>
- ◆ Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. Sénat. Rapport d'information n° 434 fait au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale par M. Gilbert BARBIER, Mme Christiane DEMONTES, M. Jean-René LECERF et Jean-Pierre MICHEL, Sénateurs, 5 mai 2010. <http://www.santeprison.com/web/images/library/File/rapport%20lecerf%20patho%20psy%20en%20prison2010.pdf>
- ◆ Evaluation du dispositif de l'injonction de soins. Rapport IGAS - IGSJ. Février 2011. <http://www.santeprison.com/web/images/library/File/rapport%20IGAS%20IGSJ%20injonction%20soins%20fev%202011.pdf>
- ◆ « L'impossible risque zéro » par Cyrille CANETTI, LE MONDE, 13.11.2006 http://www.lemonde.fr/idees/article/2006/11/13/l-impossible-risque-zero-par-cyrille-canetti_833873_3232.html
- ◆ « Psychiatrie et prison », Betty BRAHMY, Études 6/2005 (Tome 402), p. 751-760. <http://www.cairn.info/revue-etudes-2005-6-page-751.htm>

Retentissement de la prison sur la santé

- ◆ « La détention carcérale conduit-elle à une perte de chance dans la prise en charge des personnes détenues atteintes de cancer? » Ethique et cancer n°11 octobre 2012. <http://www.santeprison.com/web/images/library/File/janv%20a%20juin%202013/ethique%20et%20cancer%20avis%2020%20du%201er%20oct%202012.pdf>
- ◆ Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Ministère de la Santé et des Sports. Ministère de la Justice et des Libertés http://www.santeprison.com/web/images/library/File/Plan_actions_strategiques_detenus%202010-2014.pdf
- ◆ Visite des lieux de détention : Quel rôle pour les médecins et autres professionnels de la santé ? Association pour la prévention de la torture (APT) 2007 <http://www.santeprison.com/web/images/library/File/APT%20Role%20For%20Physicians%202007.pdf>
- ◆ Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues. Recommandations Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) 19 janvier 2006 http://www.santeprison.com/web/images/library/File/CNCDH%20Etude_soins_personnes_detenues_190106.pdf
- ◆ Prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice. Assemblée Nationale. Rapport d'information n°1811 de la commission des Lois constitutionnelles, de la législation et de l'Administration générale de la République en conclusion des travaux d'une mission d'information présidée par M. Jean-Luc WARSMANN, Député. 8 juillet 2009 - <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1811.asp>
- ◆ Evaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues. Rapport IGAS IGS Juin 2011 - <http://www.santeprison.com/web/images/library/File/juillet%20a%20dec%202011/rapport%20igas%20uhsi%20juin2011.pdf>



Les personnes âgées en détention

- ◆ Carcéropolis - Exposition <http://www.carceropolis.fr/L-age-en-peine-vieillir-en-detention.html>
- ◆ Vieillir et mourir en prison, OIP, revue Dedans/Dehors [n°46] - <http://www.oip.org/index.php/num%C3%A9ro-46>

Handicap et détention

- ◆ « Le handicap en milieu carcéral en France Quelles différences avec la situation en population générale ? » Aline DESEQUELLES *Population* 1/2005 (Vol. 60), p. 71-98 - <http://www.cairn.info/revue-population-2005-1-page-71.htm>
- ◆ « Les situations de handicap en milieu carcéral » Exploitation de l'enquête HID Prison Jean-Yves BARREYRE, Clotilde BOUQUET, Carole PEINTRE, Note de synthèse – Etude « Les situations de handicap en milieu carcéral – Exploitation de l'enquête HID- Prison 2001 » - Délégation ANCREAI Ile-de-France, 2005 <http://www.creai-idf.org/sites/cedias.org/files/synthesehidprison.pdf>
- ◆ Décision relative aux conditions de détention des personnes handicapées (Recommandation) Décision n °MLD / 2013-24, par le Défenseur Des Droits, 11 avril 2013 http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/decisions/decision_mld-2013-24.pdf
- ◆ « La Santé et la Médecine en Prison », avis n°94, Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé.

Filmographie

- ◆ « Etre là » de Régis Saudet :

Elles sont psychiatres, infirmières ou ergothérapeutes à la maison d'arrêt des Baumettes à Marseille et reçoivent des détenus devenus patients le temps du soin. Elles sont là pour aider des hommes en souffrance, fussent-ils incarcérés.

Être là, c'est rejoindre cet espace unique - celui de l'écoute - une poche d'air derrière les murs de la prison. Son existence est conditionnée par la détermination des soignants à continuer de venir pratiquer la psychiatrie ici... à quel prix ?

Sophie travaille là depuis dix ans et questionne aujourd'hui sa place en prison, la possibilité d'y accomplir son métier de psychiatre, véritable acte de résistance. Elle convoque les souvenirs de ces années d'enfermement pour faire un choix : continuer à être là, ou partir ?

Diffusion à 150 euros (HT)

Contact :
Shellac Production
Friche La Belle de Mai
41 rue Jobin
13003 Marseille

Standard : 04 95 04 95 92
Programmation salles : 01 78 09 96 64 / 65
Fax : 04 13 33 80 74
<http://www.shellac-altern.org/component/contact/4-shellac/8-standard>



Glossaire

- **ALD** : Affection de longue durée
- **ARS** : Agence régionale de santé
- **DSP** : Dispositif de soins psychiatriques
- **EPSNF** : Etablissement public de santé national de Fresnes
- **INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- **MARS** : Médecin de l'agence régionale de santé
- **MPR** : Médecine physique et réadaptation
- **SMPR** : Service médico-psychiatrique régional
- **SPMP** : Secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire
- **SSR** : Service de soins de suite et réadaptation
- **TGI** : Tribunal de grande instance
- **UCSA** : Unité de Consultations et de soins ambulatoires - *Remplacée aujourd'hui par unité sanitaire.*
- **UE** : Union européenne
- UHSA** : Unité hospitalière spécialement aménagée
- **UHSI** : Unité hospitalière sécurisée régionale