

LA SANTE EN PRISON : L'INJUSTICE AU DETRIMENT DU GRAND PUBLIC

ETUDE

2024



PLAN

Table des matières

Introduction	3
I. Santé et détention : état des lieux, organisation et fonctionnement	4
A. De la médecine pénitentiaire à l'égalité des soins	4
1. Une situation nécessitant des réformes.....	4
2. Les changements opérés depuis la Loi de 1994	5
3. Les raisons de la réforme.....	6
B. Le fonctionnement actuel de la prise en charge sanitaire des détenus.....	8
1. Au niveau juridique : quels droits, selon quels textes ?.....	8
2. Au niveau administratif	10
C. Quel coût financier ?.....	12
II. Santé en prison ou médecine rurale, qui est le mieux loti ?	14
A. Etat des lieux de la médecine en milieu rural au niveau national.....	14
1. En nombre de médecins/consultations par habitant.....	14
2. En facilité d'accès.....	15
B. Etude de cas d'établissements pénitentiaires	16
1. Maison d'arrêt d'Ajaccio (Corse du Sud) :	17
2. Centre pénitentiaire de Grenoble-Varces (Isère)	19
3. Centre de détention de Neuvic (Dordogne)	20
4. Maison centrale de Poissy (Yvelines)	20
5. Maison d'arrêt de Nevers (Nièvre)	21
6. Centre de détention de St Mihiel (Meuse).....	21
7. Maison d'arrêt d'Albi (Tarn)	22
8. Maison d'arrêt de Carcassonne (Aude)	22
9. Maison d'arrêt de Belfort (Territoire-de-Belfort).....	22
10. Maison d'arrêt de Dijon (Côte d'Or)	23
11. Centre pénitentiaire de Perpignan (Pyrénées-Orientales)	23
12. Maison d'arrêt de Draguignan (Var)	24
13. Quartier centre de détention du centre pénitentiaire de Nantes (Loire-Atlantique)	24
14. Centre pénitentiaire de Béziers (Hérault)	25
15. Maison d'arrêt de Laval (Mayenne)	25
16. Maison d'arrêt de Chaumont (Haute-Marne).....	26
17. Maison d'arrêt de Toulouse-Seysse (Haute-Garonne) :	26
18. Maison d'arrêt de Niort (Deux-Sèvres)	27
Conclusion	28

Introduction

Face à la désertification médicale et à la crise de l'hôpital public, beaucoup d'interrogations apparaissent sur le système de santé au niveau national et l'efficacité des efforts poursuivis par les pouvoirs publics en la matière.

Aujourd'hui, beaucoup de Français ordinaires sont mal soignés. Le milieu rural est tout particulièrement touché, comme en témoigne la baisse progressive du nombre de professionnels de santé dans certaines zones.

Pour autant, nombre d'associations concentrent leur attention sur l'accès aux soins des personnes détenues. Selon un discours aujourd'hui dominant, l'accès aux soins censé être garanti par la loi à ces personnes ne serait pas assuré en prison ; l'Etat devrait en porter la responsabilité.

La santé des personnes détenues est un sujet peu documenté, particulièrement par l'Administration, qui n'a pas mené d'enquête globale récente sur le sujet. Comme le mentionne le rapport de l'OIP de 2022 sur la question¹, les données existantes à l'échelle nationales sont issues de quatre enquêtes, toutes relativement datées.

A travers cette étude, l'objectif de l'Institut pour la Justice n'est pas de jeter l'opprobre sur un système de soin en prison, mais de faire le point sur la réalité des soins en détention, mais aussi sur les efforts publics et associatifs d'amélioration des soins en détention, et leurs dérives...

Trois constats marquants ressortent de cette étude :

- la prise en charge des frais de santé des personnes écrouées est particulièrement favorable par rapport au public ordinaire (prise en charge du ticket modérateur notamment) ;
- le paradoxe d'une affiliation automatique à la sécurité sociale des personnes étrangères en situation irrégulière écrouées ;
- le constat général, malgré naturellement des nuances, d'un meilleur accès aux soins en établissement pénitentiaire que dans la population générale, écart particulièrement important avec les zones rurales dans lesquelles sont situés ces établissements pénitentiaires.

¹ Observatoire international des prisons, « La sante incarcérée, Enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison », Juillet 2022.

I. Santé et détention : état des lieux, organisation et fonctionnement

A. De la médecine pénitentiaire à l'égalité des soins

Pour comprendre le régime actuel de la santé en prison, tant au niveau juridique qu'organisationnel, un bref historique s'impose. La Loi du 18 janvier 1994² a profondément modifié le régime de soins en détention.

1. Avant la loi de 1994

Avant la loi de 1994, seule l'administration pénitentiaire était compétente pour répondre aux besoins de santé des détenus. Avant 1994 donc, les soins médicaux prodigués aux personnes détenues étaient assurés par des personnels d'Etat, essentiellement par des infirmières pénitentiaires, avec l'appui de la Croix Rouge³.

On parle, avant 1994, d'un système de médecine pénitentiaire. Cette situation était régie par l'article D380 du Code de Procédure Pénale :

Article D380⁴

*Les détenus malades bénéficient **gratuitement** des soins qui leur sont nécessaires, ainsi que de la fourniture des produits et spécialités pharmaceutiques dont l'emploi est autorisé dans les hôpitaux publics.*

Réserve faite des expertises ordonnées par l'autorité judiciaire, ils ne peuvent être examinés ou traités, même à leurs frais, par un médecin de leur choix ou en dehors de la prison, à moins d'une décision ministérielle.

Les détenus bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 continuent à bénéficier de la gratuité des soins jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions d'ouverture du droit aux prestations du régime d'assurance maladie dont ils relèvent au titre de leur activité.

Les détenus ne peuvent être soumis à des expériences médicales ou scientifiques pouvant porter atteinte à l'intégrité de leur personne physique ou morale.

Les détenus ne bénéficiaient donc pas des prestations des organismes de sécurité sociale⁵.

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

³ Au 1^{er} janvier 1994, près de 250 médecins, 141 infirmières pénitentiaires et 172 infirmières recrutées par la Croix-Rouge (en application de la convention du 17 février 1987 conclue entre le ministère de la justice et la Croix-Rouge) prenaient en charge la santé des détenus.

Source : *Prisons : une humiliation pour la République*. Rapport au Sénat n°449 de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, tome I, déposé le 29 juin 2000, page 93.

⁴ Version en vigueur du 12 février 1993 au 09 décembre 1998

⁵ Sauf à exécuter un travail pénal ou lorsqu'ils cessaient d'avoir droit aux prestations d'un régime obligatoire. Dans ce cas, les détenus étaient alors affiliés au régime général, mais cette affiliation n'ouvrait droit aux prestations que pour leurs ayants droit.

C'était le sens des dispositions alors en vigueur dans le Code de la sécurité sociale :

Article L381-30⁶

Nonobstant les dispositions de l'article L. 115-6, les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général de sécurité sociale à compter soit de la date à partir de laquelle ils exécutent un travail pénal, soit de la date à laquelle ils cessent d'avoir droit aux prestations d'un régime obligatoire.

Ils ont droit, à ce titre, aux prestations en nature pour les membres de leur famille au sens de l'article L. 313-3.

La rémunération du travail versée aux détenus qui exécutent un travail pénal est soumise à cotisations patronale et ouvrière dans les conditions et selon les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Les obligations de l'employeur sont assumées par l'administration pénitentiaire.

La cotisation que l'Etat prend à sa charge en contrepartie des prestations versées par le régime général, en application du présent article, aux familles des détenus qui ne travaillent pas, est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du code de procédure pénale qui, exerçant une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, sont affiliés au régime d'assurance maladie dont ils relèvent au titre de cette activité.

En 1992 une étude du sujet est confiée par le Haut comité de la Santé publique à Gilbert CHODORGE et Guy NICOLAS. Ces derniers rendent leur *Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus* en janvier 1993. Il fait l'effet d'une bombe.

Ce rapport pose en effet un constat alarmant sur la santé de la population pénale en constatant que :

- Le VIH est dix fois plus présent dans la population carcérale que dans la population générale.
- Trois fois plus de tuberculoses sont dépistées en milieu carcéral.

Le rapport Chodorge relève notamment l'incompétence de l'administration pénitentiaire en matière de santé, en dénonçant « *l'absence de savoir-faire et de légitimité de cette administration à concevoir des politiques de santé et à assurer le repérage systématique des besoins des détenus en la matière, le recours à des personnels sanitaires de statuts très disparates, la précarité de leurs modes de rémunération nuisent à la capacité des services médicaux des établissements pénitentiaires à assurer convenablement la continuité des soins et à définir un véritable projet de service dans l'établissement.* »⁷

2. Les changements opérés depuis la Loi de 1994

§1 : Les modifications de la Loi du 18 janvier 1994

⁶ Version en vigueur du 29 août 1993 au 19 janvier 1994

⁷ Page 18 du Rapport Chodorge

Après le coup de fouet du rapport Chodorge, le choix est fait de retirer la compétence de la prise en charge sanitaire des personnes détenues des mains du ministère de la Justice et de l'attribuer au ministère chargé de la santé. C'est le sens de la loi du 18 janvier 1994.⁸

Le texte dégage 3 principes : l'intervention en milieu pénitentiaire fait désormais partie des obligations des établissements de santé -qu'il soient privés ou publics- ; les détenus sont obligatoirement affiliés au régime général de la sécurité sociale dès leur incarcération ; et, enfin, l'Etat finance la part des soins des détenus non prise en compte par l'assurance maladie (ticket modérateur, forfait journalier).

Deux dispositions essentielles résultent de la loi :

En premier lieu, « *le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.* »⁹

En second lieu, « *Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération* ». ¹⁰

Les choses changent fondamentalement pour la population pénale.

§2 : Les évolutions ultérieures :

Mais, les réformes ne s'arrêtent pas là. Le mouvement initié par le rapport Chodorge continue à stimuler le législateur. Toujours dans le sens d'une meilleure prise en charge des détenus, les réformes se succèdent :

- en 2002 sont créées des unités hospitalières sécurisées psychiatriques en établissements de santé¹¹ ;
- en 2009, le législateur met l'accent sur l'accès à la prévention et à l'éducation sanitaires¹² ;
- en 2016, est offerte à tout détenu la possibilité de bénéficier d'un bilan de santé (consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac) au début de son incarcération.¹³

3. Les raisons de la réforme

a) Raisons administratives :

Sur un plan purement administratif, on retient trois facteurs de cette réforme :

⁸ L'ambition de la réforme était ainsi décrite par l'exposé des motifs du projet de loi : « *la population carcérale connaît des conditions de santé précaires. Par ailleurs, quand elle peut être connue, la couverture sociale des détenus est souvent déficiente. Le projet a pour objet de remédier à cette situation en permettant l'intervention des hôpitaux pour l'exécution des soins et l'affiliation de l'ensemble des détenus à la sécurité sociale* ». cf. Projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale, présenté au nom d'Édouard Balladur, Premier ministre, par Simone Veil, ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville et par Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé. Cité par : Sénat, *Soigner les détenus : des dépenses sous observation*, Rapport d'information n° 682 (2016-2017) de M. Antoine LEFÈVRE, fait au nom de la commission des finances, p. 20.

⁹ Article L711-3 du Code de la Santé publique (Version en vigueur du 01 janvier 1994 au 31 juillet 1998)

¹⁰ Article L381-30 du Code de la sécurité sociale (Version en vigueur du 01 janvier 1994 au 19 décembre 2012)

¹¹ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice

¹² Articles 45 à 56 de la Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009

¹³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

- les difficultés apparues dans les établissements issus du plan de construction dit « 13 000 »¹⁴, liées à la spécificité du mode de recrutement du personnel, au taux de renouvellement important des équipes, au nombre élevé d'hospitalisations restant à la charge de l'administration pénitentiaire (à rajouter au prix de journée), ainsi qu'à l'absence de liens avec les services de réinsertion.
- la santé publique est vue de plus en plus comme une compétence régaliennne, dont l'Etat devient responsable et garant. Malgré la spécificité de la population pénitentiaire, le service public hospitalier apparaît le seul moyen ad hoc pour exercer cette compétence.
- L'expérience positive des jumelages entre prisons et hôpitaux¹⁵.

b) Une assise idéologique ?

Si la loi de 1994 a aujourd'hui acquis une aura de "révolution sanitaire"¹⁶, elle peut et doit tout de même être remise dans une perspective critique. Il importe de connaître ses inspirations pour mieux la comprendre. Porteuse d'avancées, elle doit être cependant inscrite dans un contexte qui n'est pas exempt d'empreinte idéologique.

Ainsi selon Eric Farges, auteur et docteur en sciences politiques, *"bien qu'ayant pour objet direct une nouvelle organisation des soins, la loi du 18 janvier 1994 s'inscrit dans une politique plus large d'humanisation ou de « normalisation » des prisons françaises enclenchée à la suite des révoltes du début des années 1970 et dont Valéry Giscard d'Estaing, alors président de la République, aurait résumé la philosophie en affirmant le 25 juillet 1974 que « la peine, c'est la détention, et donc ce n'est pas plus que la détention »*.¹⁷

Et de relever que :

*« C'est par un discours très homogène, au sein duquel on peut noter une chronologie invariante, un ensemble de références incontournables ainsi qu'un savoir épidémiologique venant légitimer la réforme, que les partisans de la loi du 18 janvier 1994, pour la plupart de statut sanitaire, présentent la réforme de la médecine pénitentiaire comme étant une « évidence conceptuelle ». Cette manière de présenter la réforme à partir des seules exigences sanitaires contribue néanmoins à mythifier la loi du 18 janvier 1994 et à en masquer certains aspects, tant dans ses origines que dans ses conséquences. »*¹⁸

Il ne faut pas manquer de noter que malgré le rôle qu'il a joué dans le travail législatif, le rapport Chodorge est une photographie de la situation carcérale à un moment précis. La situation a grandement évolué depuis et il n'est plus du tout d'actualité.

Ainsi, Olivier Albrecht, praticien hospitalier et ancien chef du service de médecine des maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis pouvait relever en 2000 que :

« La prison n'est cependant pas et ne sera jamais un lieu de soins hospitaliers [...] C'est malheureusement la tentation qui peut exister pour certains délinquants, toxicomanes en particulier,

¹⁴ Les 25 établissements pénitentiaires créés à la suite de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire,

¹⁵ Voir sur ce point : Geneviève Guérin, Contexte et genèse d'une réforme, Actualité et dossier en santé publique n°44, septembre 2003, p. 20.

¹⁶ Propos tenus à titre d'exemple par le professeur William Dab, alors Directeur général de la santé, à l'occasion d'un colloque consacré au bilan de la loi du 18 janvier 1994 tenu le 7 décembre 2004 à Paris (« Colloque santé en prison. 10 ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues »).

Cité par : Eric Farges, « Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994 », in *Raisons politiques* 2007/1 (no 25), Presses de Sciences Po, page 103.

¹⁷ Ibid., p. 104

¹⁸ Farges, op. cit., p. 103.

et sans croire que cette dérive est récente, on est forcé de constater que l'amélioration manifeste du niveau des soins offerts (au sens curatif strict du terme) renforce cette tendance paradoxale. »¹⁹

Sur un pur plan idéologique, il est intéressant de noter l'influence prépondérante des analyses de Michel Foucault dans les réformes successives. Citons Eric Farges pour qui « *Il apparaît en effet difficile de comprendre la crise qu'a traversée l'institution pénitentiaire sans se référer au militantisme de Michel Foucault au sein du Groupe d'Information sur les Prisons (GIP) dont il a été à l'origine en février 1971* »²⁰

Rappelons qu'à travers *Surveiller et punir*, c'est toute une génération intellectuelle que Michel Foucault, selon qui « la prison ne peut pas manquer de fabriquer des délinquants »²¹, a forgée sur la question carcérale.

Ceci étant exposé, il convient d'analyser en détail l'organisation des soins en prison.

B. Le fonctionnement actuel de la prise en charge sanitaire des détenus

1. Au niveau juridique : quels droits, selon quels textes ?

Sur le plan juridique, la prise en charge des détenus est encadrée par plusieurs textes : le code pénitentiaire, le code de la santé publique ainsi que le Code de la sécurité sociale.

§1 Code pénitentiaire : quel encadrement des soins ?

Le code pénitentiaire en son article L322-1 dispose que « *La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.* »

Ces principes gouvernent la prise en charge sanitaire des détenus depuis 2009.²²

§2 Code de la santé publique : quels principes ?

Selon le Code de la santé publique, les mêmes garanties que celles accordées à la population générale doivent être assurées aux détenus²³.

Ces garanties sont les suivantes :

- Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;
- La permanence de l'accueil et de la prise en charge ;
- L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité.²⁴

Le patient doit bénéficier de ces garanties y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

¹⁹ Olivier Obrecht, « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994 : l'esprit et les pratiques », in Claude Veil, Dominique Lhuillier, *La prison en changement*, Paris, Érès, 2000, p. 231.

²⁰ Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994, op. cit., p.

²¹ *Surveiller et Punir*, Michel Foucault, Gallimard, 1975, p. 270

²² Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, article 46.

²³ Article L6111-1-2 du code de la santé publique

²⁴ Article L6112-2 du Code de la santé publique

§3 Code de la sécurité sociale : quelle prise en charge des soins ?

Le code de la sécurité sociale précise quant à lui les droit sociaux ouverts aux détenus.

L'article L382-33 - reprenant en partie l'article L381-30 précité - insiste sur le fait que :

« Les personnes écrouées sont affiliées au régime général de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques. »

Cet article précise également que, dans ce cadre, « les dispositions de l'article L. 115-6 ne sont pas applicables. »

Autrement dit, le régime de chaque détenu est identique, y compris pour les étrangers en situation irrégulière. La condition de régularité de séjour comme condition d'inscription au régime général de la sécurité sociale, pour les étrangers, n'est pas applicable ici.

Les personnes écrouées bénéficient donc de la prise en charge de leurs frais de santé, assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou.²⁵

La Loi prévoit également qu'une participation peut être demandée aux détenus lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes²⁶. Mais il ne s'agit cependant à l'heure actuelle que d'une virtualité. Un décret d'application était censé venir préciser les modalités d'application de cette participation versée par les détenus ; **aucun texte n'a été adopté**. Pour le moment, aucun détenu ne participe donc à ses frais de santé eu égard au fait qu'il dispose de ressources suffisantes.

La Direction de l'Administration pénitentiaire récapitule ainsi le fonctionnement du système :

Toutes les personnes détenues, quelle que soit leur situation au regard de l'assurance maladie dont elles relevaient avant leur détention, **quelle que soit leur situation au regard de la législation relative au séjour irrégulier des étrangers en France** et quelle que soit leur situation administrative et pénale en détention (prévenus ou personnes condamnées, sans activité ou effectuant un travail pénitentiaire) **sont obligatoirement affiliées à l'assurance maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale**, à compter de la date de mise sous écrou. À ce titre, les personnes détenues bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie (remboursement des soins : consultations, examens de biologie, etc.). Les personnes en aménagement de peine sous écrou sont également affiliées au régime général de l'assurance maladie et bénéficient des prestations en nature, dans les mêmes conditions que pour les personnes détenues, et que pour les travailleurs libres si elles exercent une activité professionnelle. Dans ce cas, elles seront affiliées au régime de Sécurité sociale correspondant à leur activité professionnelle.

L'administration pénitentiaire prend en charge, pour la personne écrouée, **le ticket modérateur** pour les soins lors des consultations et des hospitalisations, et le forfait journalier lors des hospitalisations. Il reste à la charge de la personne écrouée les éventuels dépassements d'honoraires et notamment les prothèses et appareillage (dentaires, optiques, auditifs).²⁷

²⁵ Selon l'article L382-34 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

²⁶ Selon l'article L382-34 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

²⁷ **Source** : *Guide des droits sociaux accessibles aux personnes placées sous main de justice, Ministère de la Justice, Direction de l'Administration pénitentiaire, Edition 2018, Mis à jour le 12 mai 2023, p. 23.*
https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/guide_droits_sociaux_ppsmj.pdf

Au vu de ce système, il apparaît déjà de manière étonnante que les personnes détenues étrangères en situation irrégulière bénéficient d'un **régime juridique plus favorable** que les personnes en situation irrégulière non détenues. Les premières n'ont en effet pas à demander le bénéfice de l'AME pour obtenir le remboursement de leurs frais de santé.

Enfin, grâce à la mise en place du tiers payant intégral au 1er janvier 2016, **les personnes écrouées n'ont pas à avancer d'argent pour leurs soins**.

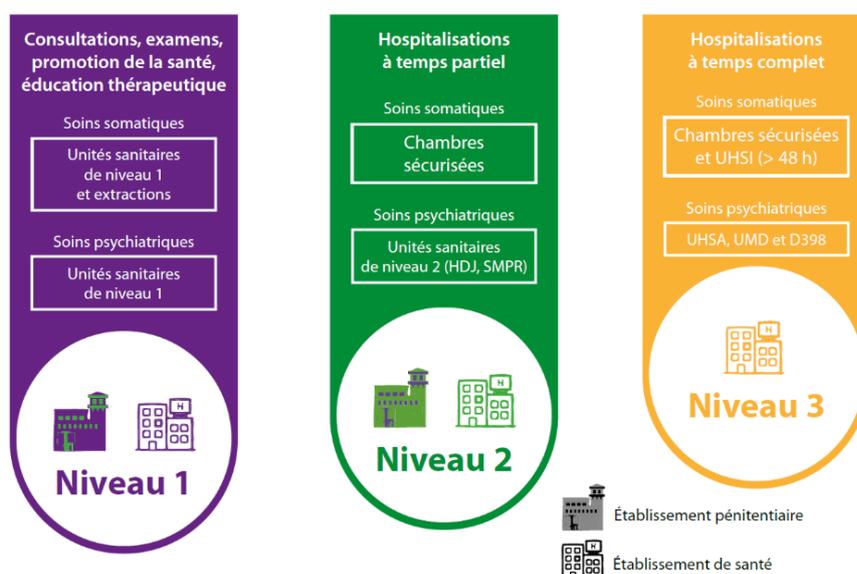
D'autre part, il est à noter qu'en sus de l'affiliation au régime général, les détenus bénéficient souvent de la Complémentaire santé solidaire. Selon les revenus de la personne, la Complémentaire santé solidaire (ancienne CMU-C) prend en charge **tout ou partie des frais non remboursés** par le régime d'assurance maladie.

En 2017, d'après le ministère des affaires sociales et de la santé, « environ 40 % des personnes écrouées consommant des soins de ville bénéficient de la CMU-C. Cette donnée n'est en revanche pas disponible sur l'ensemble de la population écrouée ».²⁸

2. Au niveau administratif

La gestion des droits des personnes écrouées est centralisée sur deux caisses pivots : la CPAM de l'Oise (pour les établissements pénitentiaires des DISP de Paris, Lille et Strasbourg) et la CPAM du Lot (pour les établissements pénitentiaires des DISP de Bordeaux, Dijon, Lyon, Marseille, Rennes, Toulouse et les établissements pénitentiaires ultra-marins). Le regroupement de ces deux CPAM constitue le centre national de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE).

Les soins sont organisés en 3 niveaux : soins ambulatoires dispensés dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, les prises en charge à temps partiel requérant un accueil en hôpital de jour (hormis en psychiatrie où les soins sont réalisés au sein des établissements pénitentiaires), et enfin l'hospitalisation à temps complet, réalisée en établissements de santé.



²⁸ Cité par : Sénat, *Soigner les détenus : des dépenses sous observation*, Rapport d'information n° 682 (2016-2017) de M. Antoine LEFÈVRE, fait au nom de la commission des finances, p. 59.

Source : *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, Ministère de la Justice & Ministère des Solidarités et de la Santé, Edition 2019, p. 142.*²⁹

Sujet d'actualité toujours brûlante au regard des faits qui s'accumulent, la question de la sécurité du personnel soignant à l'intérieur des établissements pénitentiaires doit être évoquée.

Le profil des patients en milieu pénitentiaire ne permet pas de les appréhender de la même façon qu'une patientèle normale.

Dans les faits, la situation des personnels soignants intervenant en prison comporte toujours un risque. De nombreuses agressions sont en effet commises par les détenus sur les professionnels de santé.

A titre d'illustration, sur le seul début d'année 2024, cinq de ces agressions ont été médiatisées :

- Le lundi 8 janvier 2024, à Vivonne (86), un détenu agresse un médecin en sus de neuf surveillants.³⁰
- Le mercredi 24 janvier 2024, un détenu agresse sexuellement une ophtalmologue lors d'une consultation se déroulant au sein de l'Unité Médicale Pénitentiaire de Soins (UCSA) au Centre pénitentiaire de Ducos (Martinique).³¹
- Le mardi 13 février 2024, un médecin est battu au sol dans son bureau par une détenue à la Maison d'arrêt de Brest.³²
- Le lundi 25 mars 2024, un médecin est victime de violences par un détenu à la Maison d'arrêt d'Angers.³³
- Le jeudi 18 avril, à Marseille, une agression particulièrement violente a lieu sur un médecin dans le bureau de cette dernière, par un détenu et patient de l'unité pénitentiaire psychiatrique. La presse mentionne à cette occasion qu'« Une agression similaire d'une dizaine de soignants aurait eu lieu quelques semaines auparavant. »³⁴

Les textes prévoient déjà la prise en compte de ce risque.³⁵

²⁹ Document accessible sous le lien suivant :

https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/guide_methodo_2019_ppsmj_part2.pdf

³⁰ *Vienne : un détenu de Vivonne agresse un médecin et neuf surveillants*, Centre Presse, 9 janvier 2024, <https://www.centre-presse.fr/article-884552-vienne-un-detenu-de-vivonne-agresse-un-medecin-et-neuf-surveillants.html>

³¹ TRESIDENT Inès, D'ABREU Jean-Marc, « Un médecin agressé sexuellement par un détenu à la prison de Martinique », *France Info*, 24 janvier 2024, <https://la1ere.francetvinfo.fr/martinique/un-medecin-agresse-sexuellement-par-un-detenu-a-la-prison-de-martinique-1459823.html>

³² LOUÉDEC Mickaël, « Une médecin agressée et frappée au sol à la maison d'arrêt de Brest », *Ouest France*, 14 février 2014, <https://www.ouest-france.fr/societe/prison/une-medecin-agressee-et-frappee-au-sol-a-la-maison-darret-de-brest-e89fb41e-cb2f-11ee-a3b1-a38454b34a5c>

³³ MERCIER Cyprien, « Un jeune détenu agresse des surveillants et un médecin de la prison d'Angers », *Ouest France*, 10 avril 2024, <https://www.ouest-france.fr/societe/faits-divers/un-jeune-detenu-agresse-des-surveillants-et-un-medecin-de-la-prison-dangers-9fd9d656-f74e-11ee-b61a-805a85d39d9d>

³⁴ VAN VEEN Christophe, GROLEE Laurent « Une médecin rouée de coups par un patient-détenu à Marseille », *France Bleu*, 23 avril 2024. <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/un-medecin-roue-de-coups-par-un-patient-detenu-a-marseille-4436389>

³⁵ « Pour chaque personne détenue devant faire l'objet d'une consultation médicale, le chef d'établissement pénitentiaire décide par écrit du port ou non de menottes ou d'entraves, à l'hôpital. De même, compte tenu des risques évalués, il définit par écrit le niveau de surveillance qui doit être appliqué pendant la consultation. » in Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, *Ministère de la Justice & Ministère des Solidarités et de la Santé*, Edition 2019, p. 107

Voir aussi : Circulaire JUSK0440155 C du 18 novembre 2004, relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté Jean-Marie Delarue s'est cependant prononcé en 2010 sur la compatibilité entre présence d'un agent pénitentiaire lors d'une consultation médicale et respect du secret médical. Il considérait ainsi que « [...] se pose la question de la présence des agents chargés de la surveillance de la personne gardée à vue : restent-elles à la porte du bureau ou sont-elles présentes à l'examen ? Les raisons de sécurité invoquées pour cette deuxième solution ne résistent pas à l'analyse, même si le médecin demande cette présence : cet examen est avant tout placé sous le sceau du dialogue singulier du médecin avec son patient, et donc de la garantie du secret médical absolu. »³⁶

Au vu de la situation précaire des soignants en prison, cette question doit faire l'objet d'un débat et doit être reconsidérée.

C. Quel coût financier ?

Depuis 2018, est transférée à l'assurance maladie la part des dépenses qui incombait précédemment à l'Etat³⁷. Ainsi, le régime général prend désormais en charge la part obligatoire ainsi que la part restant à charge de l'assuré (ticket modérateur et forfait journalier hospitalier).

Si cette somme n'est souvent pas très élevée, c'est un fait objectif que la situation des détenus est donc meilleure que la plupart des autres citoyens français, qui payent le ticket modérateur.

D'ailleurs, cette règle s'applique tant aux détenus incarcérés qu'aux « détenus » en aménagement de peine (par exemple sous bracelet électronique), dès lors qu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle, susceptible de leur ouvrir des droits à ce titre.

Le rapport Lefèvre de 2017 donne un aperçu du coût total de ces dépenses de santé dans le tableau suivant :³⁸

Coût consolidé (2016) des dépenses de santé pour les personnes détenues

(en millions d'euros)

Soins somatiques	Hospitalisations	40,6
	Actes et consultations externes	31,8
	Médicaments	10,7
	Total MCO	83,2
Soins psychiatriques	Hospitalisations (part complémentaire)	12,7
	Hospitalisations (part obligatoire)	50,2
	Actes et consultations externes	Non disponible
	Total psy	62,9
Soins de ville		7,3
Mission d'intérêt général	MIG Unités sanitaires	176,9
	MIG UHSI	18,2
	MIG Chambres sécurisées	9,8
	Total MIG	204,9
TOTAL		358,3

Source : commission des finances du Sénat à partir des données transmises par le ministère des affaires sociales et de la santé

³⁶ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Rapport d'activité 2010, p. 108. https://www.cgjpl.fr/wp-content/uploads/2011/05/RA2010_ch3.pdf

³⁷ LOI n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018, article 55.

³⁸ **Source** : Sénat, Soigner les détenus : des dépenses sous observation, Rapport d'information n° 682 (2016-2017) de M. Antoine LEFÈVRE, fait au nom de la commission des finances, p. 42.

Le total des dépenses de santé des personnes écrouées s'élève donc à près de 360 millions d'euros en 2016. A noter qu'au 1^{er} janvier 2016, 76 601 personnes étaient écrouées en France³⁹.

En maintenant cette proportion de dépenses par rapport au nombre de personnes, et compte tenu de l'inflation, on peut estimer le coût des dépenses de santé des personnes écrouées au 1^{er} juin 2024 à un ordre de grandeur compris **entre 420 et 455 millions d'euros**.

Pour une analyse plus fine du coût par personne, le rapport Lefèvre constatait en 2016 que :

« Les dépenses de santé consacrées à une personne écrouée s'élèvent donc, en moyenne, à environ 5 000 euros par an. À titre de comparaison, selon un rapport⁴⁰ du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, pour un consommant de moins de 60 ans bénéficiaire de la CMU-complémentaire (dite CMU-C), cette dépense annuelle est de l'ordre 4 000 euros – contre 2 475 euros pour un consommant de moins de 60 ans affilié au régime général. »

³⁹ **Source** : Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France, situation au 1er janvier 2016, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Bureau des statistiques et des études (SDME - Me5).

⁴⁰ « La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire 2013-2014 », fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

II. Santé en prison ou médecine rurale, qui est le mieux loti ?

A. Etat des lieux de la médecine en milieu rural au niveau national

De manière générale, l'accès aux soins en France est à l'heure actuelle profondément inégalitaire en fonction des zones géographiques. Un premier aperçu, dressé en 2021 par l'AMRF, révèle en effet une profonde disparité⁴¹.

Quelques chiffres :

- 10 millions de Français vivent dans un territoire où l'accès aux soins est de qualité inférieure à celle de la moyenne du pays.
- Quelle que soit la catégorie de médecin, la densité des médecins par rapport à la population est systématiquement inférieure à la campagne par rapport aux territoires hyper urbains.
- On compte plus de 2 fois moins de spécialistes dans les départements hyper-ruraux.
- Plus de 6 millions d'habitants vivent à plus de 30 minutes d'un service d'urgence ; 75 % d'entre eux vivent en milieu rural.
- 96 % des urbains ont accès aux urgences en moins de 30 minutes, contre seulement 79 % des ruraux.

Pour aller plus loin, il est possible de segmenter cette analyse en recoupant le nombre de médecins, les délais d'attente auxquels est confrontée la patientèle ainsi que le nombre de consultations par habitant.

1. En nombre de médecins/consultations par habitant

Comment évaluer le nombre de médecins par rapport à la population générale ?

La désignation des zones insuffisantes en médecins est prévue par la loi. Il appartient en effet au directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) d'identifier les zones où l'accès aux soins est insuffisant afin de prendre des mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé.⁴²

La méthode de l'INSEE est de recourir à un indicateur dit d'accessibilité potentielle localisée (APL).

Selon l'INSEE, un territoire est dit sous-doté en médecins généralistes si son APL est inférieure ou égale à 2,5 consultations (potentielles) par an et par habitant. Il est bien doté si elle est supérieure à 4 consultations par an et par habitant.

Afin de respecter la méthode statistique retenue par l'Administration, il s'agit donc de comparer l'indicateur APL par commune. Et selon les chiffres de la DREES, il s'avère que **12 162 communes françaises ont un APL inférieur à 2,5, et sont donc des zones sous-denses** en médecins.⁴³

⁴¹ « Accès aux soins en milieu rural, la bombe à retardement ? », *Association des Maires Ruraux de France*, novembre 2021

⁴² Article L1434-4 du Code de la santé publique

⁴³ **Source** : SNIIRAM (CNAM/DSSES/DEOS) 2022, données consultables sur <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

2. En facilité d'accès

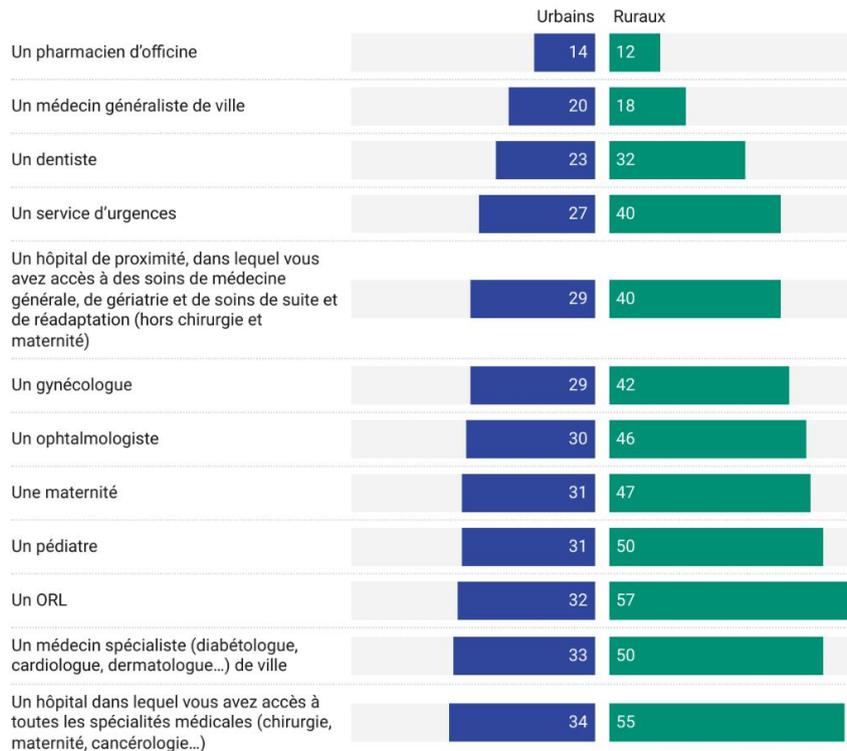
Les infographies suivantes créées par IPSOS illustrent parfaitement la disparité de l'accès aux soins en fonction de la zone rurale ou urbaine à l'échelle nationale.

a. L'éloignement géographique

Les ruraux globalement pénalisés dans leur accès aux soins

Q. Actuellement, combien de temps vous faut-il pour accéder aux services de soins suivants en partant de votre domicile ?

Temps moyen en minutes



Base : ensemble

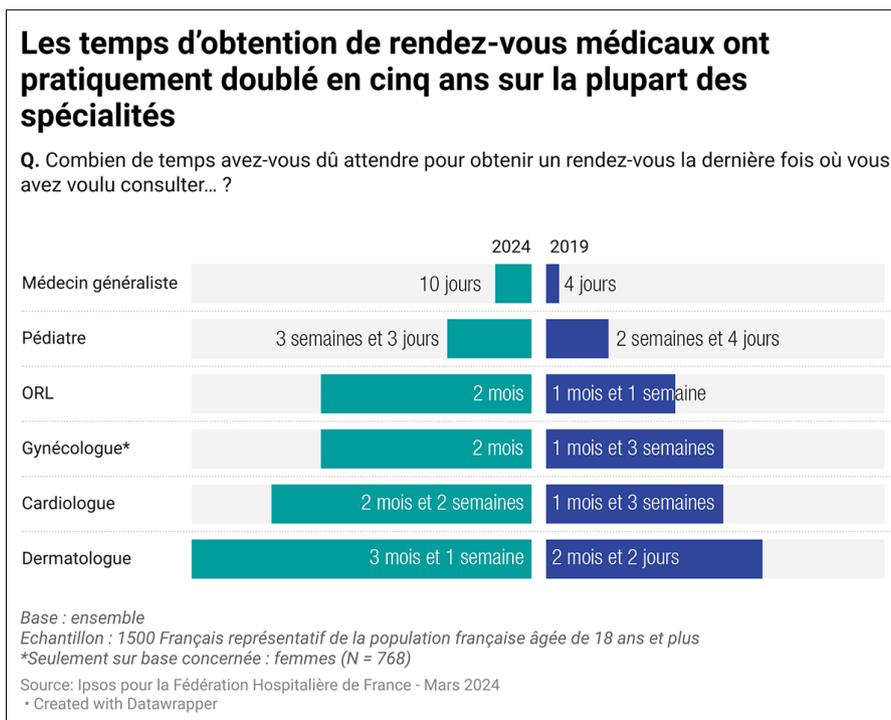
Echantillon : 1500 Français représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus

*Seulement sur base concernée : femmes (N = 768)

Source : Ipsos pour la Fédération Hospitalière de France - Mars 2024

• Created with Datawrapper

b. Les délais d'attente



B. Comparaison avec les établissements pénitentiaires

Quelle méthodologie ?

Aucune statistique unifiée sur l'accès aux soins dans les établissements pénitentiaires n'est éditée ni par le ministère de la Justice ni par le ministère de la Santé. D'autre part, il a été constaté par les rédacteurs de la présente étude une certaine réticence du personnel de santé intervenant en milieu pénitentiaire quant à la diffusion des informations sur l'organisation des unités sanitaires.

L'étude de cas se base donc sur les différents rapports de visites du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)⁴⁴.

Par souci d'objectivité, sont repris les quinze derniers rapports dressés par le CGLPL au sujet d'établissements pénitentiaires standards (hors établissements pour mineurs et centres de semi-liberté), par ordre de mise à disposition au public.

Les 3 dernières études de cas concernent des établissements où les données sont récentes et particulièrement marquantes.

Pour une meilleure lisibilité, les résultats sont produits dans des tableaux trouvables en annexe.

⁴⁴ Autorité administrative indépendante, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a été institué, par la loi n°2007- 1545 du 30 octobre 2007. Il a pour missions, aux termes de la loi, de contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux. Il contrôle également l'exécution par l'administration des mesures d'éloignement prononcées à l'encontre d'étrangers jusqu'à leur remise aux autorités de l'Etat de destination. A la date de la présente étude, Mme Dominique Simonnot occupe cette fonction, depuis sa nomination intervenue le 14 octobre 2020.

En résumé

Avant d'exposer les études de cas précises, les chiffres obtenus permettent de tirer les conclusions suivantes :

- En médecine générale :
 - Le nombre de consultations par détenu par an en établissement pénitentiaire est de 7,39 contre 3,99 en moyenne dans l'aire où est situé l'établissement pénitentiaire. Il y a donc 2 fois plus de consultations de médecine générale en prison qu'à l'extérieur.
 - Le délai d'attente est variable selon les établissements mais 6 établissements sur 8 ont un délai d'attente moyen plus court que la moyenne nationale et 5 établissements sur 8 ont un délai plus court que dans l'aire où est située la prison.
 - Il y a en moyenne près de 2 fois plus d'ETP de médecin généraliste en établissement pénitentiaire (0,32) que dans l'aire où sont situés les établissements (0,15) et encore davantage par rapport à la moyenne nationale (0,12).
 - Enfin, les ETP d'infirmiers sont sans commune mesure en établissement pénitentiaire (1,69 ETP) par rapport à la moyenne nationale (0,94) et surtout par rapport aux moyennes locales (0,16). Il y a donc près de 10 fois plus d'infirmiers en prison que dans les zones où elles sont situées.
- En médecine dentaire :
 - On va 2 fois plus chez le dentiste en prison qu'à l'extérieur : le taux de consultation par détenu par an est en moyenne de 2,74 en établissement pénitentiaire contre 1,3 en moyenne nationale. (la moyenne locale n'étant pas connue).
 - Les délais d'attente eux sont beaucoup plus variables et posent des difficultés de comparaison puisque les chiffres du public général mélangent urgence et soins courants tandis qu'ils sont souvent différenciés pour les établissements pénitentiaires. Sous cette importante réserve, 7 établissements sur les 12 dont les données sont disponibles ont un temps d'attente supérieur à la moyenne nationale et 6 sur 12 à la moyenne locale.
 - Le nombre d'ETP de chirurgien-dentiste est considérablement supérieur en prison qu'à l'extérieur : 0,18 ETP pour 100 détenus en prison contre 0,06 nationalement et 0,05 localement.
- En médecine psychiatrique :
 - Le taux de consultation est plus élevé en prison qu'à l'extérieur puisque la moyenne en détention est de 4,42 consultations contre 3,56 nationalement. Les données locales n'étant pas disponibles.
 - Le délai d'attente est encore une fois variable puisque 4 établissements sur 8 ont des délais d'attente supérieur à la moyenne nationale et 2 sur 4 localement.
 - Le nombre d'ETP de psychiatres en prison est sans commune avec la moyenne nationale : 0,42 contre 0,000228 en moyenne nationale.
- En consultations psychologiques :
 - Le délai d'attente est beaucoup plus long en prison qu'à l'extérieur. Sur les 12 établissements comparés, 9 ont un délai d'attente plus long qu'à l'extérieur.
 - En revanche, le nombre d'ETP de psychologues est très largement supérieur en prison qu'à l'extérieur : 0,52 ETP contre 0,12 en moyenne nationale. Un chiffre 4 à 5 fois plus élevé.

1. Maison d'arrêt d'Ajaccio (Corse du Sud) :

Selon le dernier rapport du CGLPL, 350 consultations de médecine générale ont été effectuées dans la maison d'arrêt au cours de l'année 2022⁴⁵. Avec un effectif de 67 personnes détenues à la date de la visite, en 2022⁴⁶, **le taux de consultation par détenu par an est donc de 5,22.**

Avec 359 consultations psychiatriques par an⁴⁷, le taux de consultation psychiatrique par détenu était de 5,35.

Sur l'année 2022, 214 consultations dentaires ont été réalisées à la maison d'arrêt, soit une moyenne de 3,19 consultations dentaires par an par détenu.

Il est intéressant de noter qu'au vu de ces chiffres relevés par les inspecteurs, le rapport du CGLPL conclut que « *L'accès aux soins tant somatiques que psychiatriques n'est pas pleinement garanti. Le manque de personnel médical et paramédical ne permet pas la continuité des soins.* »

Or ces chiffres doivent être mis en perspective avec la moyenne nationale ainsi que la réalité de la médecine en France.

S'agissant de la médecine générale, le nombre moyen de consultations de médecine générale par an est de 5,5 par habitant en France⁴⁸. En revanche, le nombre de consultations accessibles par an et par habitant sur le TVS⁴⁹ d'Ajaccio est de 3,73.⁵⁰

Sur ce point, **la maison d'arrêt d'Ajaccio si elle se situe très proche de la moyenne nationale, est supérieure à celle de la population environnante.**

Pour la médecine psychiatrique, 6% de la population consulte un professionnel de santé mentale trois fois par an ou plus, 3% le fait deux fois par an, 5% une fois par an, 11% moins souvent et 76%, jamais⁵¹. Avec une moyenne de 6,4 consultations par an par détenu, le taux de consultations psychiatriques à la maison d'arrêt d'Ajaccio est donc **sans rapport aucun avec la moyenne nationale.**

Sur la médecine dentaire enfin : le nombre moyen de consultations dentaires est de 1,3 par an par personne en France⁵². Ce taux est **près de 3 fois supérieur** à la Maison d'arrêt d'Ajaccio.

⁴⁵ **Source :** CGLPL, *Rapport de visite de la maison d'arrêt d'Ajaccio (Corse)*, 2023, p. 51. <https://www.cgpl.fr/2024/rapport-de-visite-de-la-maison-darret-dajaccio-corse/>

⁴⁶ **Source :** Ibid., p. 2.

⁴⁷ **Source :** CGLPL, 2023, *op. cit.*, p. 52

⁴⁸ **Source :** OCDE (2024), *Consultations médicales (indicateur)*. doi: 10.1787/5ed12bb5-fr (Consulté le 28 mai 2024).

⁴⁹ Le TVS (territoire de vie santé) est une unité statistique utilisée par l'INSEE et prévue par la réglementation (Cf. Arrêté modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique), servant de maille d'action en matière de lutte contre les difficultés d'accès géographique aux médecins. Il s'agit d'une partition du territoire national regroupant localement des communes autour d'un pôle de services, inspiré du découpage en territoires de vie créé à des fins d'étude par l'Insee (2014).

⁵⁰ **Source :** Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé en 2022, sans borne d'âge. SNIIRAM (CNAM/DSES/DEOS) 2022, données consultables sur <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

⁵¹ **Source :** *Global Views On Healthcare*, IPSOS, 2018, p. 18.

https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-07/global_views_on_healthcare_2018_-_graphic_report_0.pdf

⁵² **Source :** <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/fiche43.pdf>

Face à de telles différences en faveur de l'établissement pénitentiaire ciblé, et même s'il est probable que les besoins sanitaires des détenus soient plus élevés que ceux de la population générale- il apparaît clairement au vu des chiffres présentés qu'en 2022, les personnes écrouées détenues à Ajaccio bénéficiaient d'une **offre de soins bien plus importante** que celle de la population générale.

2. Centre pénitentiaire de Grenoble-Varces (Isère)

En 2023, 3 psychologues (3 ETP⁵³) accompagnaient les détenus du centre pénitentiaire de Grenoble-Varces⁵⁴, eux-mêmes au nombre de 345 en 2023⁵⁵. Le ratio est donc de 1 psychologue pour 115 détenus.

Par comparaison, la moyenne nationale est la suivante : avec 84007 psychologues en France⁵⁶ au 1^{er} janvier 2022, et une population nationale de 67 926 558 personnes ⁵⁷, le ratio à l'échelle du pays est de 1 psychologue pour 808.59 habitants.

L'offre de soins en psychologie au sein du centre pénitentiaire de Grenoble-Varces est donc **plus de 7 fois supérieure à la moyenne nationale**.

S'agissant de la médecine générale : on apprend que la présence des médecins généralistes correspond à 1,4 ETP, soit, rapporté au nombre de détenus, 1 médecin pour 244,29 personnes.

En France la moyenne nationale est de 121 médecins pour 100 000 habitants⁵⁸. Soit 1 médecin pour 826,45 personnes⁵⁹.

Il apparaît donc que le centre pénitentiaire de Grenoble-Varces dispose d'une **offre de soins trois fois supérieure à la moyenne nationale**.

S'agissant des soins dentaires : des soins dentaires sont assurés à hauteur de 0,4 ETP par un chirurgien-dentiste. Rapporté au nombre de détenus, on obtient le chiffre d'1 praticien pour 855 personnes.

La moyenne nationale est quant à elle d'1 chirurgien-dentiste pour 1612,91 personnes⁶⁰.

L'accès aux soins d'un chirurgien-dentiste est donc 1,8 fois supérieure dans le centre pénitentiaire par rapport à la moyenne nationale.

⁵³ Equivalents temps plein

⁵⁴ CGLPL, Rapport de troisième visite du Centre pénitentiaire de Grenoble-Varces, 2023.

<https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2024/04/Rapport-de-troisi%C3%A8me-visite-du-centre-p%C3%A9nitentiaire-de-Grenoble-Varces-Is%C3%A8re.pdf>

⁵⁵ Effectifs actualisés au : 1 janvier 2023. **Source** : GENESIS / Traitement : DAP-SDSE, IP Gide-GENESIS / Traitement : DAP pour le détail par quartier

⁵⁶ Fédération des psychologues et de psychologie, *Etat des lieux de la profession de psychologue en activité libérale*, B. Schneider et M. Gauché, Fédérer n° spécial 99 bis, Bulletin des Psychologues et de Psychologie, novembre 2022. https://ffpp.net/wp-content/uploads/2022/11/Federer_99_bis.pdf

⁵⁷ **Source** : Insee, *estimations de population et statistiques de l'état civil*.

⁵⁸ **Source** : CNOM, *Atlas de la démographie médicale en France, 2022*, p. 64.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

⁶⁰ Soit 62 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

Source : Ministère des Solidarités et de la Santé, *Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives, novembre 2021*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

Enfin, 5 infirmiers officient à temps plein au sein du centre pénitentiaire⁶¹. Soit un ratio de 1,44 infirmier pour 100 personnes. Sur le bassin de vie de Pont de Claix⁶² -dans lequel se situe la commune de Varcès-Allières-et-Risset-, ce pourcentage est de 0,15%⁶³, soit **9 fois inférieur à celui du centre pénitentiaire.**

3. Centre de détention de Neuvic (Dordogne)

On dénombre 371 détenus dans le Centre de détention de Neuvic en 2023⁶⁴.

La même année, la prison employait 5,8 ETP d'infirmiers.⁶⁵ Soit un ratio de 1,56% d'infirmiers par rapport à la population.

Sur le bassin de vie de Neuvic, ce taux est de 0,13%⁶⁶.

Le nombre d'infirmiers dans le centre de détention est donc plus de 11 fois supérieur à celui de la population environnante.

4. Maison centrale de Poissy (Yvelines)

Sur l'année 2022, on recense 994 consultations de médecine générale à la Maison centrale de Poissy⁶⁷.

On dénombre 240 détenus en 2022⁶⁸ ; soit 4,14 consultations par an par détenu. Comparativement, sur le TVS de Poissy, le nombre de consultation accessible par an et par habitant est de 2,78. **L'accès aux soins de médecine générale est donc 1,48 inférieur dans la population environnante.**⁶⁹

En 2022, 17 324 actes infirmiers de toute nature, dont 14 404 consultations infirmières, 109 entretiens et 48 entretiens arrivants ont été réalisés au sein de la Maison centrale. Ce niveau de soins est permis par la présence de 5 infirmiers pour les 240 détenus.

⁶¹ CGLPL, 2023, op. cit., p. 59.

⁶² Le bassin de vie est une unité statistique utilisée par l'INSEE. Il est défini comme le plus petit territoire au sein desquels les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. En 2022, 1 707 bassins de vie structuraient le territoire national, dont 1 256 dans l'espace rural.

Source : <https://www.insee.fr/fr/information/6676988>

⁶³ Soit 147,31 ETP d'infirmiers pour 100 000 habitants.

Sources : *Accessibilité potentielle localisée aux infirmières libérales ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2022, SNIIRAM, (CNAM/DSES/DEOS).*

⁶⁴ Effectifs actualisés au : 1 janvier 2023

Sources : *GENESIS / Traitement : DAP-SDSE, IP Gide-GENESIS / Traitement : DAP pour le détail par quartier*

⁶⁵ **Source :** CGLPL, *Rapport de deuxième visite du centre de détention de Neuvic (Dordogne)*, 2023, p. 53.

<https://www.cglpl.fr/2024/rapport-de-deuxieme-visite-du-centre-de-detention-de-neuvic-dordogne/>

⁶⁶ Ou 132,18 ETP d'infirmiers pour 100 000 habitants.

Source : *Accessibilité potentielle localisée aux infirmières libérales ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2022, SNIIRAM, CNAM/DSES/DEOS.*

⁶⁷ CGLPL, *Rapport de troisième visite de la maison centrale de Poissy (Yvelines)*, 2023, p. 49.

<https://www.cglpl.fr/2024/rapport-de-troisieme-visite-de-la-maison-centrale-de-poissy-yvelines/>

⁶⁸ **Source :** Ibid., p. 2.

⁶⁹ **Source :** *Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé en 2022, SNIIRAM, CNAM/DSES/DEOS.*

Sur le bassin de vie de Poissy, la densité d'infirmiers est de 72,79 infirmiers pour 100 000 habitants⁷⁰. Proportionnellement, l'effectif d'infirmiers est **29,7 fois supérieur** au bassin de vie environnant la Maison centrale.

Enfin, avec 1 366 actes de médecine dentaires (consultations + soins) réalisés en 2022, pour 240 détenus, soit 5,69 actes par an par détenu, l'offre de soins dentaires est bien **supérieure à la moyenne**.

780 séances de kinésithérapie ont été réalisées sur site en 2022 : soit 3,51 séances par an par détenu pour 2022. Malheureusement, aucune donnée générale ne permet de comparaison pertinente sur ce point.

5. Maison d'arrêt de Nevers (Nièvre)

2 psychologues assurent 1 ETP pour un effectif de 102 détenus à la date de la visite⁷¹.

Par comparaison, le ratio à l'échelle du pays est de 1 psychologue pour 808.59 habitants, soit un pourcentage de 0,13% de psychologues dans la population générale.

Une consultation avec un psychologue est donc **7 fois plus accessible** au sein de la Maison d'arrêt qu'en moyenne à l'échelle nationale.

6. Centre de détention de St Mihiel (Meuse)

Dans le centre de détention de Saint Mihiel, on dénombre 3,8 ETP assurés par des infirmiers⁷² en 2023. A la même date, on recense 345 détenus⁷³.

Soit un ratio de 1,10% d'infirmiers au sein de la prison.

104,41 ETP d'infirmiers étaient assurés en 2022 pour 100 000 habitants dans le TVS de St Mihiel, soit 0,1%. Ce taux est **dix fois inférieur** à celui de la prison.

2 889 consultations de médecine générale ont été effectuées en 2022. En rapportant ce chiffre au nombre de détenus, on obtient le ratio de 8,37 consultations par an par détenu.

Qu'en est-il de la population générale ?

En 2022, pour 34841 communes françaises, le nombre de consultations **accessibles** par an et par habitant est inférieur à 8⁷⁴.

Ce chiffre est égal ou supérieur à 8 pour 124 communes seulement, soit 0,35% des communes pour lesquelles ces chiffres existent.

⁷⁰ **Source** : *Accessibilité potentielle localisée aux infirmières libérales ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2022*, SNIIRAM, CNAM/DSES/DEOS.

⁷¹ **Source** : CGLPL, *Rapport de troisième visite de la maison d'arrêt de Nevers (Nièvre)*, 2023.

<https://www.cgpl.fr/2024/rapport-de-troisieme-visite-de-la-maison-darret-de-nevers-nievre/>

⁷² **Source** : CGLPL, *Rapport de 3ème visite, du 12 au 16 juin 2023 du Centre de détention de Saint-Mihiel*, p. 65.

<https://www.cgpl.fr/2024/rapport-de-troisieme-visite-du-centre-de-detention-de-saint-mihiel-meuse/>

⁷³ Ibid., p.2.

⁷⁴ Consultations de médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé en 2022, sans borne d'âge.

Source : DREES 2022.

Sur le TVS de St Mihiel, - autour de l'établissement pénitentiaire ciblé - le nombre de consultations par an par habitant est de 3,47, soit **plus de deux fois inférieur** à celui du centre de détention.

7. Maison d'arrêt d'Albi (Tarn)

Le délai d'attente par un détenu pour un médecin généraliste dans la maison d'arrêt est de 2 à 3 jours⁷⁵. Par comparaison, en zone rurale, le délai d'attente est de 10 jours en moyenne⁷⁶.

Le délai d'attente au sein de la maison d'arrêt pour un psychiatre est d'une semaine. Pour la population générale, ce délai est en moyenne de 16 jours. Ce chiffre varie d'ailleurs d'une moyenne de 12 jours pour les régions de Bretagne et Île de France jusqu'à 40 jours en Auvergne-Rhône-Alpes.⁷⁷

8. Maison d'arrêt de Carcassonne (Aude)

Le cas de la Maison d'arrêt de Carcassonne est à part. L'accès aux soins n'y est en effet pas pleinement garanti en matière psychiatrique⁷⁸.

On constate cependant que l'accès à un médecin généraliste y est plus rapide qu'en population générale (2 jours contre 5 jours).

De même, s'agissant d'une séance de kinésithérapie, le délai est de 8 jours. Par comparaison, en population générale, seulement 32 % des masseurs-kinésithérapeutes sont en capacité de donner un rendez-vous rapidement pour une urgence ou une maladie chronique. Ces professionnels disponibles plus facilement peuvent délivrer en moyenne un rendez-vous dans un délai de 3 jours pour un soin rapide et 10 jours pour un soin chronique⁷⁹.

9. Maison d'arrêt de Belfort (Territoire-de-Belfort)

On dénombre 402 consultations de médecine somatique générale réalisées en 2022⁸⁰, pour 44 personnes hébergées dans la maison d'arrêt à la date de la visite du CGLPL⁸¹. Soit un taux de 9,13 consultations par personne.

⁷⁵ **Source** : CGLPL, *Rapport relatif à la dignité des conditions de détention à la maison d'arrêt d'Albi (Tarn)*, 2023, Tableau 55, p. 30. <https://www.cglpl.fr/2024/rapport-relatif-a-la-dignite-des-conditions-de-detention-de-la-maison-darret-dalbi-tarn/>

⁷⁶ **Source** : IPSOS pour la Fédération hospitalière de France, mars 2024

⁷⁷ **Source** : Fondation FondaMental, *L'offre et la consommation de soins en santé mentale*, 12 octobre 2023. <https://www.fondation-fondamental.org/sur-doctolib-le-volume-de-consultations-des-18-24-chez-les-psychiatres-et-les-psychologues-augmente>

⁷⁸ **Source** : CGLPL, *Rapport relatif à la dignité des conditions de détention à la maison d'arrêt de Carcassonne (Aude)*, 2023. <https://www.cglpl.fr/2024/rapport-relatif-a-la-dignite-des-conditions-de-detention-a-la-maison-darret-de-carcassonne-aude/>

⁷⁹ **Source** : Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs, *Communiqué de Presse sur le Rapport d'étude sur l'accès aux soins en kinésithérapie*, 9 juillet 2021,

⁸⁰ **Source** : CGLPL, *Rapport de la deuxième visite de la maison d'arrêt de Belfort (Territoire-de-Belfort)*, 2023, p.34. <https://www.cglpl.fr/2024/rapport-de-deuxieme-visite-maison-darret-de-belfort-territoire-de-belfort/>

⁸¹ **Source** : CGLPL, 2023, op. cit., p.2

Par comparaison, sur la commune de Belfort, la moyenne de consultations accessibles par an par habitant est de 3,6 en médecine générale. Un nombre (qui n'est que potentiel car on en parle ici que de consultations accessibles) 2,5 fois moins élevé qu'en prison.

120 consultations dentaires ont été réalisées en 2022, soit, rapporté au nombre de détenus, un ratio de 2,7 consultations par personne. Ce taux est deux fois supérieur à la moyenne nationale.

10. Maison d'arrêt de Dijon (Côte d'Or)

3,5 ETP infirmiers⁸² assurent des soins pour un effectif de 265 détenus⁸³. Soit 1,32 ETP pour 100 personnes

Autour de Dijon (Bassin de vie), le nombre d'équivalents temps-plein d'infirmiers (ETP) accessibles pour 100 000 habitants standardisés est de 76,69 ETP accessibles pour 100 000 habitants standardisés⁸⁴. Soit 0,07 ETP pour 100 personnes. On dénombre donc **18 fois plus de soins infirmiers** accessibles dans la maison d'arrêt que dans la population générale environnante.

S'agissant des soins dentaires : avec 0,3 ETP dentiste pour 265 détenus, le ratio de la maison d'arrêt est de 0,11 ETP de dentiste pour 100 personnes. Dans la population générale environnante (TVS de Dijon), ce chiffre est bien inférieur, à hauteur de 0,09 pour 100 personnes⁸⁵.

Par ailleurs, la moyenne du TVS de Dijon n'est pas représentative du département de Côte d'Or mais constitue un modèle ; ce chiffre pouvant descendre jusqu'à 0,01 ETP pour 100 personnes dans certains TVS ruraux (par exemple le TVS de Venarey-les-Laumes).

11. Centre pénitentiaire de Perpignan (Pyrénées-Orientales)

S'agissant de la médecine générale : on dénombre 4 679 consultations réalisées en 2022 dans le centre pénitentiaire⁸⁶. La population était en 2022 de 729 détenus. Le ratio est donc de 6,4 consultations par détenu par an.

Une brève comparaison avec la population générale s'impose. **Ce taux est supérieur à celui de 34 496 communes françaises**⁸⁷. Seulement 468 communes ont un nombre de consultations accessibles par an et par habitant égal ou supérieur à 6,4⁸⁸. En 2019, 15,1% de la population française résidait dans un TVS avec une moyenne de consultations de médecine générale par an par habitant inférieure à 2,5⁸⁹.

⁸² Source : CGLPL, *Rapport de la deuxième visite de la maison d'arrêt de Dijon (Côte d'Or)*, 2023, p. 65. <https://www.cgpl.fr/2024/rapport-de-deuxieme-visite-de-la-maison-darret-de-dijon-cote-dor/>

⁸³ Source : CGLPL, 2023, op. cit. p. 2

⁸⁴ Source : DREES, 2022

⁸⁵ Source : DREES, 2022

⁸⁶ Source : CGLPL, *Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Perpignan (Pyrénées-Orientales)*, 2023, p. 93. <https://www.cgpl.fr/2024/rapport-de-deuxieme-visite-du-centre-penitentiaire-de-perpignan-pyrenees-orientales/>

⁸⁷ Source : SNIIRAM (CNAM/DSES/DEOS) 2022, données consultables sur <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

⁸⁸ Nous comparons ici des consultations réalisées (dans les établissements pénitentiaires) et des consultations accessibles (population générale). Les soins effectivement délivrés dans la population générale sont donc encore inférieurs aux chiffres présentés.

⁸⁹ Sources : SNIIRAM 2015-2019, CNAM ; *populations municipales 2013-2017*, Insee ; *distancier Metric*, Insee ; *calculs Drees*

S'agissant des soins dentaires : deux dentistes ont réalisé 3 082 consultations en 2022 au sein du centre pénitentiaire⁹⁰ ; soit un taux de 4,22 consultations dentaires par an par détenu. Par comparaison, la moyenne nationale est de 1,3 consultation dentaire par an par habitant. L'accessibilité aux soins en matière de médecine dentaire est donc **plus de trois fois supérieure** au sein du centre pénitentiaire de Perpignan que dans la moyenne de la population française.

12. Maison d'arrêt de Draguignan (Var)

Avec 11 infirmiers⁹¹ pour un effectif de 610 personnes⁹², la proportion d'infirmiers est de 1,8 pour 100 personnes dans la maison d'arrêt. Par comparaison, cette proportion dans la population environnante est de 0,24 pour 100 personnes (245,67 ETP d'infirmiers accessibles pour 100 000 habitants dans le bassin de vie de Draguignan)⁹³. Le nombre d'infirmiers est donc proportionnellement **7,5 fois inférieur** dans la population environnante.

S'agissant des soins dentaires, 1 dentiste à temps plein officie au sein de la maison d'arrêt, soit un ratio de 0,16 ETP pour 100 personnes. Avec 62,268 ETP de chirurgiens-dentistes accessibles pour 100 000 habitants soit 0,06 ETP accessibles pour 100 habitants⁹⁴ dans le TVS de Draguignan, on dénombre proportionnellement 2,6 fois moins de dentistes en population générale que pour la maison d'arrêt de Draguignan.

13. Quartier centre de détention du centre pénitentiaire de Nantes (Loire-Atlantique)

Des infirmiers sont présents dans le quartier centre de détention (QCD) à hauteur de 6 ETP⁹⁵. Soit, rapporté à un effectif de détenus de 489 personnes⁹⁶, une proportion de 1,22 ETP pour 100 personnes.

On recense dans le Bassin de vie de Nantes 76,46 ETP pour 100 000 habitants. Soit 0,07 pour 100 personnes⁹⁷. Le nombre d'infirmiers proportionnellement au nombre de personnes est donc **plus de 15 fois supérieur** au sein du centre de détention que dans la population générale environnante.

⁹⁰ Source : CGLPL 2023, op. cit., p. 94.

⁹¹ Source : CGLPL, *Rapport de visite de la maison d'arrêt de Draguignan (Var)*, 2022, p. 84. <https://www.cglpl.fr/2024/rapport-de-visite-de-la-maison-darret-de-draguignan-var/>

⁹² Effectifs actualisés au 1 mai 2022

Sources : Effectifs écroués détenus : GENESIS / Traitement : DAP-SDSE, IP Gide-GENESIS / Traitement : DAP pour le détail par quartier

⁹³ Source : Accessibilité potentielle localisée aux infirmières libérales ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2022, SNIIRAM (CNAM/DSES/DEOS), données consultables sur <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

⁹⁴ Source : Accessibilité potentielle localisée aux chirurgiens-dentistes libéraux ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2022, SNIIRAM (CNAM/DSES/DEOS), données consultables sur <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

⁹⁵ Source : CGLPL, *Rapport de deuxième visite du quartier centre de détention du centre pénitentiaire de Nantes (Loire-Atlantique)*, 2023, p.75. <https://www.cglpl.fr/2023/rapport-de-deuxieme-visite-du-quartier-centre-de-detention-du-centre-penitentiaire-de-nantes-loire-atlantique/>

⁹⁶ Source : CGLPL, 2023, op. cit., p.2.

⁹⁷ Source : Accessibilité potentielle localisée aux infirmières libérales ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2022, SNIIRAM (CNAM/DSES/DEOS), données consultables sur <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

S'agissant des soins dentaires : 1 ETP de chirurgien-dentiste est assuré par quatre praticiens pour le QCD. Soit un ratio de 0,20 ETP pour 100 personnes. En comparaison, on recense dans le TVS de Nantes 79,69 ETP pour 100 000 habitants. Soit 0,07 pour 100 personnes.

Les dentistes sont donc 2,8 fois plus accessibles au sein de l'unité sanitaire du QCD du centre pénitentiaire de Nantes dans la population alentour.

14. Centre pénitentiaire de Béziers (Hérault)

16 infirmiers sont présents à temps plein dans le centre pénitentiaire.⁹⁸

Avec un effectif de 1178 personnes au sein du centre pénitentiaire à la date du 10 octobre 2022⁹⁹, la proportion d'infirmiers est de 1,35 pour 100 personnes.

Dans le TVS de Béziers, on dénombre la même année 301,45 ETP accessibles pour 100 000 habitants¹⁰⁰, soit 0,30 ETP pour 100 personnes.

Il y a donc 5 fois plus d'infirmiers dans le centre pénitentiaire que dans la population générale environnante.

S'agissant des soins dentaires : 1,5 ETP est assuré par plusieurs dentistes. Soit une proportion de 0,14 ETP accessible pour 100 personnes. Dans le TVS de Béziers, on dénombre 80,3 ETP chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants¹⁰¹. Soit 0,08 pour 100 habitants.

La proportion de soins dentaires accessibles au sein du centre pénitentiaire est donc 1,75 fois supérieure à celle de la population du TVS de Béziers.

15. Maison d'arrêt de Laval (Mayenne)

Au regard des délais d'attente pour les soins de la Maison d'arrêt de Laval¹⁰², on constate une meilleure prise en charge pour la moyenne nationale tant en médecine générale (2 jours d'attente en moyenne contre 5) qu'en psychiatrie (15 jours contre 17¹⁰³).

D'autre part, la médiane du délai d'attente est en Mayenne supérieure à 1 mois pour un rendez-vous auprès d'un chirurgien-dentiste, quand la moyenne au sein de la maison d'arrêt est de 5 jours.

⁹⁸ **Source** : CGLPL, Rapport de la troisième visite du centre pénitentiaire de Béziers (Hérault), 2022, p.73 <https://www.cglpl.fr/2023/rapport-de-la-troisieme-visite-du-centre-penitentiaire-de-beziers-herault/>

⁹⁹ **Source** : CGLPL, 2022, op. cit., p.22.

¹⁰⁰ **Source** : Accessibilité potentielle localisée aux infirmières libérales ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2022, SNIIRAM (CNAM/DSES/DEOS), données consultables sur <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

¹⁰¹ **Source** : Accessibilité potentielle localisée aux chirurgiens-dentistes libéraux ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2022, SNIIRAM (CNAM/DSES/DEOS), données consultables sur <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

¹⁰² **Source** : CGLPL, Rapport relatif à la dignité des conditions de détention à la maison d'arrêt de Laval (Mayenne), Tableau 55. <https://www.cglpl.fr/2023/rapport-relatif-a-la-dignite-des-conditions-de-detention-a-la-maison-darret-de-laval-mayenne/>

¹⁰³ **Sources** : Marianne, 2022, cité par Fondation Jean Jaurès, Cartes de France de l'accès aux soins, Soignants et patients face aux inégalités territoriales, Avril 2024, p. 85.

16. Maison d'arrêt de Chaumont (Haute-Marne)

Le délai d'attente pour obtenir une consultation du médecin psychiatre à la Maison d'arrêt de Chaumont est très court soit moins d'une semaine.¹⁰⁴

Or en France le délai médian d'attente est de 16 jours pour un psychiatre¹⁰⁵, soit deux fois plus qu'au sein de la maison d'arrêt.

En 2019 trois infirmières assuraient 2,75 ETP infirmières dans la Maison d'arrêt de Chaumont, pour une population de 76 détenus en 2019¹⁰⁶. Soit 3,61 infirmières pour 100 personnes.

Par comparaison, dans le bassin de vie de Chaumont, le nombre d'ETP d'infirmières libérales était de 81,66 pour 100 000 habitants, soit 0,08% d'infirmières par rapport à la population. **Soit une présence d'infirmières 45 fois plus importante au sein de la prison que dans la population environnante.**

Enfin, comme le mentionne le rapport du CGLPL, « *Pour les ophtalmologistes, les délais d'attente sont d'environ trois mois pour obtenir un rendez-vous (au lieu de neuf mois pour les autres patients en ville).* »¹⁰⁷

17. Maison d'arrêt de Toulouse-Seysse (Haute-Garonne) :

Lors de la dernière visite CGLP en juin 2021, 13 infirmières officiaient à temps plein au sein de la Maison d'arrêt¹⁰⁸. Ce chiffre est stable depuis 2017.

1130 personnes étaient détenues à cette date¹⁰⁹. La proportion d'infirmières pour la population carcérale de détenus est donc de 1,15%.

Dans le bassin de vie de Muret, qui comprend la commune de Seysse, la proportion d'infirmières libérales était en 2021 de 243,94 ETP pour 100 000 habitants¹¹⁰. Soit un ratio de 0,24%, **plus de 4 fois inférieur à celui de la Maison d'arrêt.**

¹⁰⁴ CGLPL, Rapport de la deuxième visite de la maison d'arrêt de Chaumont (Haute-Marne), 2019. <https://www.cglpl.fr/2020/rapport-de-la-deuxieme-visite-de-la-maison-darret-de-chaumont-haute-marne/>

¹⁰⁵ Source : Doctolib, Fondation FondaMental, 2023.

https://media.doctolib.com/image/upload/mkg/file/cp_doctolib_fondation_fondamental.pdf

¹⁰⁶ Effectif au : 1er octobre 2019. Source : DAP - SDEX - Ex3

¹⁰⁷ CGLPL, 2019, op. cit., p. 82.

¹⁰⁸ CGLPL, Rapport de la troisième visite du centre pénitentiaire de Toulouse-Seysse (Haute-Garonne), 2021.

<https://www.cglpl.fr/2022/rapport-de-la-troisieme-visite-du-centre-penitentiaire-de-toulouse-seysse-haute-garonne/>

¹⁰⁹ Effectifs actualisés au : 1 juin 2021.

Sources : Ministère de la Justice / DAP / SA / SDEX / EX3 - Traitement Infocentre pénitentiaire Gide Genesis.

¹¹⁰ Cette proportion a régressé en 2022. L'écart s'est donc agrandi.

18. Maison d'arrêt de Niort (Deux-Sèvres)

Lors de la dernière visite effectuée par le CGLPL en janvier 2019, il a été relevé que des soins infirmiers sont assurés à hauteur de 2,5 ETP¹¹¹. Avec une population de 106 détenus au 1^{er} janvier 2019¹¹², il s'agit donc d'une proportion de 2,35% d'infirmiers pour la population de détenus.

Dans le bassin de vie de Niort, la même année, cette proportion est de 82,01 ETP infirmières pour 100 000 habitants¹¹³. Soit 0,08%.

La proportion d'infirmiers dans la maison d'arrêt de Niort est donc **28,75 fois supérieure** à celle de la population environnante.

D'autre part, la présence du dentiste au sein de la prison correspond à 0,2 ETP. Rapporté au nombre de détenus, on obtient le ratio de 0,18%. A première vue, ce chiffre peut paraître insuffisant.

Or, si l'on observe le nombre de chirurgiens-dentistes dans la population générale (sur le territoire de vie-santé de Niort), la proportion est de 47,98 ETP accessibles pour 100 000 habitants en 2022¹¹⁴. Soit 0,04%. Au vu des ETP de dentistes accessibles, on observe donc que les soins dentaires sont donc **3,9 fois plus accessibles** pour la population carcérale qu'au sein de la population générale environnante.

Le rapport du CGLPL fait également mention des délais d'attente pour bénéficier des soins médicaux dans la Maison d'arrêt : *«Selon les propos recueillis, il n'existe pas de délai d'attente pour bénéficier de soins dentaires – environ une à deux semaines – et les cas urgents sont vus en priorité.»*

¹¹¹ **Source** : CGLPL, Rapport de la deuxième visite de la maison d'arrêt de Niort (Deux-Sèvres), 2019, p. 68.

<https://www.cglpl.fr/2020/rapport-de-la-deuxieme-visite-de-la-maison-darret-de-niort-deux-sevres/>

¹¹² L'effectif est de 105 détenus au 1^{er} avril 2024. **Source** : GENESIS / Traitement : DAP-SSER, IP Gide-GENESIS / Traitement : DAP pour le détail par quartier

¹¹³ **Source** : Accessibilité potentielle localisée aux infirmières libérales ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2019, SNIRAM, CNAM/DSES/DEOS.

¹¹⁴ Les chiffres sont inexistantes pour l'année 2019.

Conclusion

Notre étude chiffre permet de voir une claire importance de moyens de l'Etat mis au service de la santé des détenus. Si les délais d'attente ne sont pas systématiquement plus courts en établissement pénitentiaire, les ETP sont considérablement plus importants.

Pour les établissements pénitentiaires dont les chiffres sont accessibles parmi les dix-huit ciblés, il apparaît que la moyenne du taux de consultation de médecine générale réalisées est supérieur à 7. Par comparaison, le taux de consultations accessibles dans la population locale environnante est de 3,99 (cf. Récapitulatif en annexe)

De même, on dénombre proportionnellement plus du double de médecins en prison que dans la population générale (0,32 ETP de médecins généralistes pour 100 habitants en prison contre 0,12 en moyenne nationale).

Enfin, le taux d'infirmiers employés en prison est dix fois supérieur à celui des moyennes des populations environnant les établissements concernés.

Concernant les soins dentaires, on constate que le taux moyen de consultations en prison correspond au double de la moyenne nationale.

Si l'offre de soins en matière psychiatrique est plus contrastée, s'agissant notamment des délais d'attente, en revanche la proportion de médecins psychiatres attachés à la population carcérale est considérablement plus importante celle de la population générale. Le constat est identique s'agissant des psychologues.

D'autres points soulèvent de graves interrogations :

- Sur le mécanisme de la prise en charge des dépenses de santé des personnes étrangères en situation irrégulière :

Les personnes étrangères en situation irrégulière bénéficient d'un régime de sécurité sociale plus favorable lorsqu'elles sont écrouées que lorsqu'elles n'ont pas affaire à la justice pénale. Le coût de ce système ne peut pas être évalué à l'heure actuelle, le nombre de ces personnes au sein des établissements pénitentiaires étant inconnu.

- Poser le débat d'une participation des détenus aux frais en fonction des ressources :

A l'heure actuelle, la prise en charge des frais de santé des personnes écrouées est particulièrement avantageuse (ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier). Le débat pourrait être posé d'appliquer la possibilité ouverte par l'article L382-34 du code de la sécurité sociale par un texte d'application (cf. Article L382-34 alinéa 2 et 3)

- Questionner les représentations de la prison auprès des populations

Avec l'organisation systématique des soins, il s'avère que la prison constitue parfois la première occasion pour certaines personnes d'avoir accès à certains soins. Ainsi, "L'incarcération offrirait la possibilité d'une première prise en charge à des personnes qui sont souvent éloignées du système de santé »¹¹⁵.

¹¹⁵ Eric Farge, op. cit., p. 108

En 1999, 40 % des entrants en prison déclaraient n'avoir eu aucun contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération (DREES, La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, vol. 4).

Loin de valider une représentation datée d'un milieu pénitentiaire moins pourvu en professionnels de santé qu'à l'extérieur, l'étude de cas ci-dessus permet donc de relativiser les critiques habituellement relayées par le milieu associatif.

Il ne s'agit pas pour l'Institut pour la Justice de demander une réduction de soins pour les prisonniers. Chacun a droit à être soigné, et ce droit gagne à être réaffirmé et amélioré sans équivoque.

Le premier objectif est au contraire d'y voir plus clair. En application des principes supérieurs de notre droit, il convient que chacun soit soigné convenablement, sans donner la préséance à certaines catégories de la population.

Or il apparaît, au vu des chiffres ci-dessus exposés, que dans nombre d'établissements pénitentiaires, le nombre de consultations et/ou de professionnels accessibles sont bien supérieurs à la moyenne du territoire d'implantation de l'établissement ou à la moyenne nationale.

Bien sûr, des nuances sont à apporter aux chiffres relevés. Par exemple, l'hygiène des locaux affectés aux soins en milieu pénitentiaire est rarement du même niveau qu'en médecine de ville.

D'autre part, la sociologie de la population carcérale ainsi que les conditions de détention elles-mêmes (par exemple, la suroccupation) expliquent des besoins de santé plus importants. Cela se vérifie surtout en matière psychiatrique (impact des conditions de détention) et dentaire (usage de stupéfiants).

Par exemple, à la maison d'arrêt de Draguignan, 80 % des détenus souffrent d'addictions. (CGLPL p. 84). Les surreprésentations de l'offre de soin dans les établissements pénitentiaires sont donc explicables et le plus souvent légitimes. Mais elles posent question au regard de l'offre particulièrement pauvre en médecine rurale.