

*Maladies chroniques
et traumatismes*

Dispositifs de surveillance et enquêtes nationales sur la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger

Sommaire

Abréviations	2
1. Introduction	3
2. Méthode	4
2.1 Objectifs de la recherche	4
2.2 Pays sélectionnés	4
2.3 Méthode de recherche	4
2.4 Nature des informations collectées	5
2.5 Limites de la recherche	6
3. Résultats	7
3.1 Présentation des 15 pays étudiés	7
3.1.1 Contexte carcéral	7
3.1.2 Organisation et responsabilité de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	9
3.2 Surveillance et suivi de la santé en milieu carcéral	10
3.3 Dispositifs de surveillance de la santé en milieu carcéral	13
3.3.1 Dispositifs de recensement des décès et des actes auto-agressifs en milieu carcéral	13
3.3.2 Dispositifs de surveillance généraux	16
3.3.3 Dispositifs de surveillance « thématiques »	19
3.4 Production de données épidémiologiques de référence par enquêtes nationales ponctuelles et/ou répétées (hors dispositifs de surveillance)	21
3.4.1 Des objectifs communs	24
3.4.2 Des méthodologies d'enquête diversifiées	24
4. Conclusion	25
Références bibliographiques	28
Annexes	33

Dispositifs de surveillance et enquêtes nationales sur la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger

Rédaction

Charlotte Verdot, Élodie Godin-Blandeau et Aude-Emmanuelle Develay (Département des maladies chroniques et traumatismes (DMCT), Institut de veille sanitaire (InVS))

Relecture

Aline Desesquelles (Institut national d'études démographiques (Ined))
Brigitte Helinck (Département scientifique et de la qualité (DiSQ), InVS)
Isabelle Grémy (DMCT, InVS)

Membres du comité de pilotage

Christine Barbier (Direction générale de la santé (DGS))
Eve Becache (psychiatre, Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), Lyon)
Anthony Blanc (médecin de médecine légale et santé publique, Unité sanitaire de Toulouse)
Agnès Cadet-Taïrou remplacée par Ivana Obradovic (Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT))
Rozen Calvar remplacée par Florence Lys (Direction générale de l'offre de soins (DGOS))
Chantal Coru (Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP))
Aline Desesquelles (Institut national d'études démographiques (Ined))
Rkia Elouadi (DGS)
Laura Harcouet (Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP))
Hélène Lansade (Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur)
France Lert (Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm))
Patrick Mauriauourt (médecin, Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Lille)
Catherine Paulet remplacée par Cyrille Canetti (psychiatres, Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP))
Caroline Semaille (InVS)

Remerciements

Les correspondants européens du groupe World Health Organization (WHO) Health in Prison Project et du projet de la Commission européenne « Mentally Disordered Persons in European Prison Systems – Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS) » contactés dans le cadre de cette étude sont remerciés pour les informations qu'ils ont fournies par mail ou *de visu* dans le cadre du « Network Meeting on Prison and Health » organisé par le WHO Regional Office for Europe les 11 et 12 octobre 2012 à Copenhague (Danemark).

Abréviations

AIC	Australian Institute of Criminology
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BJS	Bureau of Justice Statistics
CIDI-A	Composite International Diagnostic Interview – Automated
CIS	Clinical Interview Schedule
CISP	Classification internationale des soins primaires
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM (-III or -IV)	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (-III or -IV)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EUPRIS	Mentally Disordered Persons in European Prison Systems – Needs, Programmes and Outcome
GHQ-12	General Health Questionnaire - 12 items
HIPP	Health in Prison Project
HPA	Health Protection Agency
ICPA	International Corrections and Prisons Association
ICPC	International Classification of Primary Care
ICPS	International Centre for Prison Studies
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
IPDE	International Personality Disorder Examination
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
NCSP	National Chlamydia Screening Programme
NOMS	National Offender Management Service
OFJ	Office fédéral de la justice
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDQ4	Personality Disorder Questionnaire 4
PNMI	Programme national des maladies infectieuses
PPO	Prison and Probation Ombudsman
QIT	Questionnaire informatisé sur la toxicomanie
SCC	Service correctionnel du Canada
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-III (or DSM IV)
SDT	Système de dépistage de la tuberculose
SF-36	Short Form (36) Health Survey
SGD	Système de gestion informatique des détenus
SIDTMEI	Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale
SIFCF	Survey of Inmates in Federal Correctional Facilities
SILJ	Survey of Inmates in Local Jails
SISCF	Survey of Inmates in State Correctional Facilities
SMPR	Service médico-psychologique régional
SOPHID	Survey Of Prevalent HIV Infections Diagnosed
SSMI	Système de surveillance des maladies infectieuses
TONI II	Test of Nonverbal Intelligence II
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	World Health Organization

1 Introduction

Les personnes incarcérées présentent un état de santé dégradé en comparaison de celui de la population générale et les études menées [1-6] montrent qu'il s'agit d'une situation généralisée à l'ensemble des institutions carcérales dans les pays occidentaux.

Les personnes détenues cumulent de nombreuses difficultés sanitaires, sociales et psychologiques, les rendant particulièrement vulnérables dans un environnement captif avec des conditions de vie qui s'avèrent peu propices à la promotion de la santé. On relève ainsi en milieu carcéral une surreprésentation des maladies infectieuses (tuberculose, hépatites, VIH) [2;4;7-14], de certaines pathologies chroniques (cardio-vasculaires, digestives, pulmonaires) [2;15-23], des problèmes dermatologiques, sensoriels et traumatiques [24-26], des troubles mentaux [27-33], des médications psychotropes associées [34], des conduites à risque [4;10;32;35-37] et des passages à l'acte [5;38-44]. Cet état de santé dégradé résulte de problèmes de santé préexistants à l'incarcération (pathologies psychiatriques, conduites à risque, addictions, faible accès aux soins, précarité) et de l'apparition ou aggravation de certaines pathologies en détention du fait de conditions de détention parfois difficiles (surpopulation, confinement, hygiène défaillante, violence, sédentarité...).

Au regard de cette situation, la prise en charge sanitaire s'est développée en milieu carcéral pour faire face aux besoins urgents de la population carcérale. L'évaluation de la santé à l'entrée en détention est devenue systématique et des prises en charge préventives et sanitaires se sont mises en place (dépistage, traitements, soins, thérapies, actions de prévention). La question de la surveillance et du suivi de la santé des personnes incarcérées est alors devenue centrale pour évaluer les besoins, ajuster les réponses en matière de prise en charge et d'accès aux soins et mesurer l'étendue des interventions délivrées en prison.

De fait, les enquêtes épidémiologiques sur la santé en milieu carcéral se multiplient ces dernières années mais elles demeurent toutefois très inégales selon les thématiques de santé et les pays concernés. La santé mentale et les maladies infectieuses font l'objet de dispositifs de surveillance spécifiques ou d'études épidémiologiques nationales dans les pays occidentaux [2;28;35;45]. Mais d'autres thématiques de santé sont encore peu étudiées en prison (telles que les maladies chroniques, la dermatologie ou les traumatismes) et tous les pays n'accordent pas la même importance ni les mêmes moyens à la surveillance et au suivi de la santé des personnes détenues.

À l'heure actuelle, la France ne dispose pas de système de surveillance spécifique de la santé des personnes incarcérées. Plusieurs enquêtes épidémiologiques ont été réalisées à l'entrée en détention [46-48] ou sur des thématiques spécifiques telles que les déficiences [49], la santé mentale [27] et les maladies infectieuses [50]. Mais si ces études ont l'avantage de rendre compte de données nationales sur la question, elles n'en demeurent pas moins ponctuelles et leur non-actualisation ne permet pas de suivre l'évolution de l'état de santé des personnes incarcérées ni d'adapter le dispositif de prise en charge aux besoins fluctuants de la population carcérale. C'est pourquoi la question de l'élaboration d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes incarcérées se pose aujourd'hui en France et cette démarche est notamment intégrée dans le plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », porté par le ministère chargé de la santé en collaboration avec celui de la justice. Dans le cadre de ce plan, l'Institut de veille sanitaire (InVS) est porteur d'une action visant la « *définition d'un corpus commun de données pour un dispositif de surveillance de la santé des détenus incluant des indicateurs relatifs au suivi des pathologies chroniques, de la santé mentale et des maladies infectieuses* ». Il s'agit d'identifier les données de santé à surveiller et à intégrer dans un tel dispositif et de définir leurs modalités de recueil, c'est-à-dire l'architecture générale du dispositif de surveillance à privilégier.

Pour ce faire, il est important de recenser et d'étudier les dispositifs existants à l'étranger en matière de surveillance et de suivi de la santé des personnes incarcérées afin de s'appuyer sur ces expériences étrangères pour nourrir les réflexions et guider les choix de faisabilité et de mise en œuvre d'un tel dispositif en France. Une telle démarche n'est toutefois pas aisée car si les études de prévalence sont en général assez bien documentées et diffusées, les informations relatives aux dispositifs nationaux de surveillance de la santé en milieu carcéral sont assez discrètes et disparates (notamment en Europe). L'objet de ce document est donc de présenter les résultats d'une recherche portant sur les dispositifs de surveillance et études nationales réalisés à l'étranger, afin de cerner la

diversité des orientations, organisations et méthodes employées pour évaluer et surveiller la santé des personnes incarcérées.

2 Méthode

2.1 Objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette recherche était de dresser un état des lieux des dispositifs de surveillance de la santé des personnes incarcérées existants à l'étranger, ou de rendre compte, le cas échéant, des enquêtes épidémiologiques d'envergure nationale réalisées sur la question.

Ce travail a plus précisément consisté en une recherche d'informations sur :

- l'organisation et la responsabilité de la prise en charge de la santé en milieu carcéral au sein des différents pays étudiés ;
- les dispositifs de surveillance mis en œuvre et/ou les enquêtes épidémiologiques nationales réalisées, afin de suivre et de rendre compte de la santé des personnes incarcérées ;
- les dispositifs de surveillance et/ou de recensement des décès, suicides et actes auto-agressifs éventuellement développés en détention.

2.2 Pays sélectionnés

Cette recherche s'est concentrée sur les pays présentant des caractéristiques carcérales et des profils sociodémographiques comparables à la France (permettant d'envisager une éventuelle « transposition » des dispositifs recensés au contexte français) et bénéficiant d'une certaine visibilité quant aux informations recherchées (accessibilité *via* le web, informations disponibles en langue anglaise ou française).

Cette recherche a ainsi portée sur 15 pays différents (France incluse) relatifs à trois continents :

- Océanie : Australie, Nouvelle-Zélande ;
- Amérique du Nord : Canada, États-Unis ;
- Europe (Ouest et Nord) : Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse.

2.3 Méthode de recherche

Les informations ont été collectées selon trois procédures distinctes mais complémentaires, afin de s'assurer de la détection des informations capitales sur le sujet :

- a) La recherche principale fut réalisée *via* internet, en consultant directement les sites officiels nationaux (gouvernements, ministères chargés de la santé et de la justice) et internationaux (organisations internationales, Organisation mondiale de la santé (OMS), Conseil de l'Europe), traitant de la question de la santé en milieu carcéral.
- b) Ces informations ont été complétées par une recherche bibliographique réalisée d'après la base de données Scopus. Cette recherche a permis d'identifier des publications scientifiques faisant référence à des enquêtes épidémiologiques nationales non mentionnées sur les sites internet précédemment enquêtés.
- c) Enfin, au regard des informations collectées, plusieurs correspondants étrangers ont été directement contactés afin d'obtenir si nécessaire des renseignements supplémentaires et actualisés quant à l'organisation et la surveillance de la santé en milieu carcéral au sein de leur pays.

Cette dernière étape n'a concerné que les pays européens pour lesquels l'information était plus difficilement accessible en comparaison des États-Unis, du Canada, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande pour lesquels l'ensemble des informations est disponible et aisément consultable sur un site officiel bien identifié (site ministériel).

La demande d'informations complémentaires s'est donc faite directement auprès de correspondants européens identifiés grâce à leur investissement dans le cadre du World Health Organization (WHO) Health in Prison Project (HIPP)¹ ou du projet de la Commission européenne « Mentally Disordered Persons in European Prison Systems – Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS) » (2007) [51]. Certains ont été contactés par e-mail, d'autres ont été directement rencontrés dans le cadre du Network Meeting on Prison and Health organisé par le WHO Regional Office for Europe les 11 et 12 octobre 2012 à Copenhague (Danemark).

Au total, 61 personnes ont été contactées afin d'obtenir des informations complémentaires concernant les 10 pays européens étudiés (hors France). Ces différents contacts ont permis d'obtenir des renseignements pour 9 de ces 10 pays (réponses « informatives » par e-mail et/ou discussions orales avec des représentants nationaux). Seules les démarches envers l'Italie n'ont pas abouti (tableau 1).

I Tableau 1 I

Contacts européens et compléments d'informations obtenus

Pays	Nombre de personnes contactées par e-mail	Nombre de réponses obtenues par e-mail et leur contenu	Représentants rencontrés à Copenhague
Europe	3 pour l'OMS Europe 1 pour l'EMCDDA ^a 1 pour l'ICPS ^b 1 pour l'UNODC ^c 3 pour l'ICPA ^d	1/3 (réponse non informative) 1/1 (réponse informative) 1/1 (réponse informative) 1/1 (réponse non informative) 0/3	Oui (3) Oui (1) Non Oui (1) Oui (1)
Allemagne	2	1/2 (réponse informative)	Non
Belgique	5	1/5 (réponse non informative)	Oui (1)
Danemark	4	0/4	Oui (2)
Espagne	9	1/9 (réponse informative)	Oui (1)
Finlande	3	3/3 (2 réponses informatives)	Oui (1)
Italie	2	0/2	Non
Norvège	3	1/3 (réponse informative)	Oui (1)
Pays-Bas	11	6/11 (1 réponse informative)	Oui (1)
Royaume-Uni	9	1/9 (réponse informative)	Oui (5)
Suisse	4	1/4 (réponse informative)	Oui (1)

^a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

^b International Centre for Prison Studies (ICPS)

^c United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

^d International Corrections and Prisons Association (ICPA)

2.4 Nature des informations collectées

Pour étudier l'orientation, l'organisation et les méthodes employées pour surveiller la santé des personnes incarcérées au sein des différents pays étudiés, il était tout d'abord essentiel de spécifier les contextes nationaux dans lesquels les dispositifs recherchés s'inscrivaient.

Les informations collectées ont ainsi concerné :

- l'organisation carcérale elle-même : le nombre de personnes détenues, le taux d'incarcération et le nombre d'établissements pénitentiaires de chaque pays étudié, de manière à situer chaque action, chaque dispositif dans son contexte carcéral précis ;

¹ <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/who-health-in-prisons-programme-hipp>

- l'organisation générale de la santé en milieu carcéral (ministère de tutelle, prise en charge) afin de circonscrire les orientations adoptées, les priorités poursuivies, l'organisation mise en œuvre et les moyens dévolus.

Concernant les dispositifs de surveillance et les enquêtes épidémiologiques sur la santé des personnes incarcérées, les informations recherchées ont consisté à décrire et caractériser ces dispositifs, en relevant notamment pour chacun d'entre eux :

- l'objectif poursuivi ;
- la ou les thématique(s) de santé couverte(s) ;
- la périodicité du recueil ;
- la population cible (profil, représentativité et méthode d'échantillonnage) ;
- la méthode employée (outils utilisés, mode de passation ou de collecte des données).

Souhaitant réaliser un état des lieux des dispositifs généraux de surveillance et d'étude de la santé des personnes incarcérées au sein des pays étudiés, seuls ont été retenus les dispositifs et enquêtes d'envergure nationale. Les critères d'inclusion retenus dans le cadre de cette recherche faisaient donc référence aux systèmes de surveillance gouvernementaux et aux enquêtes représentatives de la population carcérale totale. Les dispositifs non exhaustifs et les enquêtes menées auprès de populations spécifiques ou au sein d'établissements pénitentiaires ciblés ou sans méthode d'échantillonnage randomisé ont donc été écartés de cette recherche afin que les données et informations collectées puissent être généralisées à l'ensemble de la population carcérale de chaque pays étudié.

Enfin, concernant les dispositifs de surveillance spécifiques des décès, suicides et actes auto-agressifs éventuellement développés en détention, les informations recherchées se sont concentrées plus particulièrement sur :

- l'existence ou non de dispositifs de recensement et de surveillance de ces actes en détention ;
- l'exhaustivité des procédures de recensement et le circuit de déclaration (consignation systématique ou non, caractéristiques du dispositif) ;
- l'autorité en charge de ce dispositif (équipe sanitaire et/ou équipe pénitentiaire) ;
- la nature des informations collectées (nature de l'acte, circonstances, données personnelles, médicales, sociales, carcérales...).

2.5 Limites de la recherche

Bien que la méthodologie de recherche employée ait été enrichie d'une triple approche (recherche internet, recherche bibliographique et contact direct avec des correspondants nationaux), ce travail ne peut garantir l'exhaustivité des informations collectées.

La recherche effectuée s'est en effet heurtée à plusieurs difficultés :

- la barrière de la langue ;
- le difficile accès ou le manque de diffusion des données de certains pays ;
- le caractère non représentatif des populations étudiées, ainsi que ;
- l'orientation professionnelle et l'affiliation de certains référents contactés. Le projet EUPRIS (2007) portait en effet sur la santé mentale en milieu carcéral, les référents étaient donc majoritairement des spécialistes en psychiatrie, travaillant indépendamment du système carcéral et n'étant ainsi pas forcément au fait de la situation générale de la santé en prison dans leur pays.

Le niveau d'information obtenu diffère donc selon les pays, en fonction de la disponibilité, de la diffusion et de l'accessibilité des études et rapports réalisés (tableau 2).

I Tableau 2 I

Disponibilité et sources des informations obtenues par pays

Disponibilité de l'information	Sources des informations	Pays
Information disponible et aisément consultable	Sites ministériels détaillés Rapports disponibles en ligne	Australie ; Nouvelle-Zélande ; Canada ; États-Unis ; Royaume-Uni
Information disponible de manière « indirecte »	Publications scientifiques anglophones	Belgique ; Finlande ; Italie ; Norvège ; Suisse
Information peu disponible	Informations relayées par les correspondants nationaux et certaines publications de tiers	Allemagne, Danemark ; Espagne ; Pays-Bas

3 Résultats

Des fiches descriptives présentant les principales informations relatives à chacun des 15 pays étudiés sont disponibles en annexes.

3.1 Présentation des 15 pays étudiés

Bien que les différents pays étudiés dans le cadre de ce travail de recherche aient été sélectionnés pour leur proximité en termes d'organisation et de prise en charge pénitentiaires, ils présentent toutefois certaines différences quant à leur contexte carcéral et/ou sanitaire.

Il convient donc de présenter plus en détail chacun de ces 15 pays de manière à pouvoir étudier par la suite chaque dispositif à la lumière du contexte dans lequel il s'inscrit.

3.1.1 Contexte carcéral

Le tableau 3 présente quelques données clés permettant de rendre compte de l'importance et de l'organisation des systèmes pénitentiaires, mettant ainsi en lumière certaines correspondances ou différences majeures entre ces 15 pays.

Les États-Unis par exemple se détachent clairement des autres états du fait de l'importance considérable de leur population carcérale. Avec plus de 2 millions de personnes incarcérées, les détenus américains représentent près du quart de la population carcérale mondiale et le taux d'emprisonnement de ce pays est le plus élevé au monde (près de 1 % de la population américaine est aujourd'hui emprisonnée). La situation semble donc difficilement comparable avec celle des pays nordiques comme la Norvège ou le Danemark qui recensent moins de 4 000 détenus (tableau 3).

I Tableau 3 I

Contexte carcéral des 15 pays étudiés

Pays	Nombre de détenus	% de femmes	% d'étrangers	Taux d'emprisonnement /100 000 hab.	Nombre d'établissements	Densité carcérale*	Durée moyenne de détention (en mois)	Taux de supervision (nombre détenus/surveillant)
Australie	29 383	7,5	19,7	130,0	124	105,9	na	na
Nouvelle-Zélande	8 623	5,9	19,8	194,0	19	83,7	na	na
Canada	38 691	5,1	na	114,0	234	96,4	na	na
États-Unis	2 239 751	8,7	5,9	716,0	4 575	106,0	na	na
Allemagne	71 634	5,2	26,7	87,6	186	91,3	8,0	2,6
Belgique	11 382	3,9	40,7	105,0	32	124,8	6,7	na
Danemark	3 944	4,6	21,6	71,3	52	96,1	3,1	1,5
Espagne	65 098	8,0	34,3	164,8	77	96,9	17,2	4,2
Finlande	3 316	7,8	12,8	62,0	35	103,4	5,9	2,3
France	66 925	3,5	17,8	103,5	189	108,4	9,0	2,5
Italie	68 345	4,4	36,6	113,3	225	153,2	na	1,8
Norvège	3 636	6,2	31,1	74,8	46	95,1	3,4	1,7
Pays-Bas	11 737	6,1	21,4	70,8	67	94,9	3,5	1,8
Royaume-Uni	85 002	5,0	13,1	153,9	136	97,5	na	2,6
Suisse	6 181	5,6	71,6	79,4	113	92,5	1,3	na

na : données manquantes

* nombre de personnes détenues rapportées à la capacité opérationnelle (nombre de places opérationnelles) des établissements pénitentiaires

Sources des données :

Australie, Nouvelle-Zélande, Canada, États-Unis : <http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/>

Europe : SPACE I – Survey 2010 [52]

Ces différences d'échelle sont certes relatives à la taille des pays (et notamment à la taille de leur population) mais elles reflètent également les politiques pénales qui y sont développées, comme en témoignent les taux variables d'emprisonnement (de 62/100 000 habitants en Finlande à plus de 700/100 000 aux États-Unis) ou encore le pourcentage de personnes détenues étrangères incarcérées au sein des établissements pénitentiaires des différents pays (de 5,9 % aux États-Unis à plus de 70 % en Suisse).

Toutefois, au-delà de ces différences d'échelle et de politiques pénales, certaines données demeurent comparables entre ces 15 pays :

- la population carcérale demeure majoritairement masculine (les femmes représentent moins de 10 % des personnes détenues de chaque pays) ;
- les durées de détention sont relativement courtes (quelques mois) témoignant d'un important turn-over en milieu carcéral ;
- le taux de supervision est plutôt conséquent (en moyenne deux personnes détenues pour un surveillant) ;
- et enfin, il est à noter que près de la moitié de ces pays se retrouve confrontée à un problème majeur de surpopulation carcérale eu égard aux taux nationaux de densité carcérale. Sachant de plus qu'il existe de grandes disparités au sein même des pays², il est légitime d'avancer que la surpopulation carcérale est aujourd'hui une difficulté commune à la majorité des pays occidentaux.

Au-delà de la présentation des quelques disparités nationales relatives au profil de la population carcérale et au contexte pénitentiaire local, il convient de s'intéresser également à l'organisation et à la responsabilité de la santé en milieu carcéral au sein de ces pays, puisque cela concourt à différencier les orientations et moyens alloués à la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées.

3.1.2 Organisation et responsabilité de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral

Selon les pays, la responsabilité de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral se partage entre le ministère en charge de l'administration pénitentiaire (généralement la justice) et le ministère chargé de la santé (tableau 4). Cette distinction s'opère parfois au niveau régional comme en Australie ou en Suisse.

I Tableau 4 I

Responsabilité de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral

Ministère de la Justice	Ministère chargé de la santé	Variable (Santé / Justice)
Nouvelle-Zélande Canada États-Unis Allemagne Belgique Danemark Espagne* Finlande Pays-Bas	Norvège (1988) France (1994) Royaume-Uni (2006) Italie (2008)	Australie (selon juridictions) Suisse (selon cantons)

* En Espagne, l'administration pénitentiaire (et la prise en charge sanitaire en milieu carcéral) sont sous la responsabilité du ministère de l'Intérieur.

² La France par exemple a une densité carcérale de 108,4 % mais inégalement répartie au sein de ses 191 établissements pénitentiaires. Ce sont principalement les maisons d'arrêt qui sont surpeuplées (les maisons centrales et les centres de détention étant soumis à un principe de *numerus clausus*) et certaines d'entre elles atteignent jusqu'à 200 % d'occupation.

Les pays européens s'orientent progressivement vers un transfert de la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées aux services de santé de droit commun, lequel est fortement préconisé par l'OMS afin de garantir une offre et une qualité des soins en milieu carcéral équivalentes à celles dispensées en population générale. Ce passage a été initié dès 1988 par la Norvège (suivie par la France en 1994, le Royaume-Uni en 2006 et plus récemment l'Italie en 2008) et certains pays sont actuellement en réflexion pour poursuivre ce mouvement (Belgique et Espagne).

Pour les pays dont la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées est sous la tutelle du ministère de la Justice, il existe généralement une division (ou une unité) « santé » au niveau national chargée de décliner une politique et une organisation commune à l'ensemble du pays.

3.2 Surveillance et suivi de la santé en milieu carcéral

Bien que la santé en milieu carcéral soit aujourd'hui un sujet d'intérêt partagé par de nombreux états, l'étude et le suivi de cette question demeurent très inégaux en fonction des pays. Les enquêtes épidémiologiques se multiplient ces dernières années mais de manière assez hétérogène, au regard des thématiques de santé abordées, des méthodologies employées ou de l'envergure même de ces études.

De nombreuses enquêtes se sont intéressées à la santé des personnes incarcérées d'un point de vue local (au sein d'un établissement par exemple) ou ciblé sur une population particulière (comme les toxicomanes incarcérés, les personnes détenues malades psychiatriques, les seniors, les mineurs délinquants...) [53-57]. Elles ont mis en évidence la surreprésentation de certaines pathologies en détention (les maladies infectieuses, psychiatriques et addictives, notamment) et dans le même temps le besoin d'étendre les connaissances sur la santé des personnes détenues à d'autres domaines (aux maladies chroniques notamment). Dès lors, le sujet, longtemps ignoré et proscrit, est devenu un réel enjeu de santé publique et un terrain à investir.

Les enquêtes et les programmes se sont donc multipliés, souvent à l'échelle d'un pays, afin de :

- a) dresser un état des lieux de la situation globale relative à la population carcérale totale ;
- b) définir la nature et la prévalence des pathologies présentes en détention ;
- c) répondre aux besoins identifiés, orienter et développer les politiques et les démarches entreprises quant à la prise en charge de la santé en milieu carcéral ;
- d) suivre l'évolution de la situation au cours du temps.

La priorité et les moyens dévolus à l'étude et au suivi de la santé en milieu carcéral sont toutefois, là encore, variables selon les pays. Tous n'ont pas investi cette question à la même vitesse ni selon la même méthode. Certains sont en effet pourvus aujourd'hui de dispositifs complets de surveillance de la santé des personnes détenues, alors que d'autres ne disposent encore que de données « locales » et quelquefois éparées pour rendre compte de la prévalence des problèmes de santé en prison (tableau 5).

Il semblerait toutefois que ces différences soient liées non pas à un intérêt variable pour le sujet, mais plutôt à l'état d'avancée des investigations menées sur le sujet, d'un point de vue chronologique. L'intérêt naît d'études locales mettant en lumière la situation sanitaire difficile des prisons, puis les pays se dotent d'enquêtes d'envergure nationale afin d'obtenir des données de référence sur la question et enfin, se pose la question de la mise en place d'un dispositif spécifique de surveillance de la santé des personnes incarcérées.

I Tableau 5 I

Sources des données nationales de référence sur la santé des personnes incarcérées

Dispositifs pérennes de surveillance	Enquêtes nationales (données de référence)	Données « locales » faisant office de données nationales de référence
Australie Canada États-Unis Belgique (en cours) Finlande Pays-Bas Royaume-Uni Suisse	Australie Nouvelle-Zélande Espagne Finlande France Italie Norvège Royaume-Uni	Allemagne Danemark Suisse

De ce fait, il existe une certaine diversité quant aux orientations et actions entreprises pour suivre la santé des personnes incarcérées (tableau 6). Le suivi de la santé des personnes détenues s'appuie, selon les pays, sur un dispositif pérenne de surveillance (enregistrement en continu, ou enquêtes menées régulièrement selon une périodicité prédéfinie), thématique ou général, et/ou sur des enquêtes ponctuelles réalisées à l'échelle nationale (et parfois reconduites).

I Tableau 6 I

Dispositifs de surveillance et enquêtes nationales au sein des 15 pays étudiés

Pays	Dispositifs pérennes de surveillance		Enquêtes nationales ponctuelles et/ou répétées	
	Enregistrement en continu (date de mise en œuvre)	Enquêtes nationales régulières	Enquêtes nationales répétées (1 à 2 fois)	Enquêtes nationales ponctuelles
Australie		Santé générale (enquête annuelle depuis 2009)	VIH, VHB, VHC, risques (2004, 2007)	
Nouvelle-Zélande		Enquête « carcérale » incluant quelques données médicales (bisannuelle depuis 1987)		Santé mentale (1999) ; Santé générale (2005)
Canada	Santé générale (date inconnue) + maladies infectieuses (2000)			Santé mentale (1988) ; Santé générale (1995) ; Maladies infectieuses (2007)
États-Unis		Enquête générale incluant la santé (tous les 5-7 ans)		
Allemagne				
Belgique	Santé générale (nouveau système depuis 2010)			Infections (1997) ; Recours aux soins (2005)
Danemark				
Espagne				Santé mentale (2011)
Finlande	Addictions (date inconnue)		Santé générale (1985, 1992, 2006)	Santé générale (2002) ; Santé mentale (date inconnue)
France			Santé générale (1997, 2003)	Handicap, incapacité, dépendance (2001) ; Santé mentale (2001, 2004) ; VIH, VHC, TSO – Traitements de substitution aux opiacés (2010)
Italie	Surveillance toxicomanie et VIH- (ARRÊT 2002)			Santé générale (2005)
Norvège				Conditions de vie (2003) ; Santé mentale (2004) ; Santé générale (2005) ; Soins (2006, 2009)
Pays-Bas	Santé mentale, addictions (2003)			
Royaume-Uni	Maladies infectieuses (2002)			Santé générale (1994) ; Santé mentale (1998) ; Santé des femmes (2006) ; Santé et évaluation des besoins (2008)
Suisse	Maladies infectieuses (2008)			

Suivi et recensement des décès / suicides (par tous les pays)

3.3 Dispositifs de surveillance de la santé en milieu carcéral

La surveillance de la santé des personnes incarcérées est très variable, nous l'avons vu, selon les pays. Tous n'ont pas développé de systèmes de surveillance spécifiques au milieu carcéral mais lorsque c'est le cas, trois types de dispositifs ont pu être identifiés :

- les dispositifs de « suivi » de la mortalité (dispositifs de recensement des décès et parfois des actes auto-agressifs survenant en détention) ;
- les dispositifs de surveillance « généraux », couvrant l'ensemble des données de santé ;
- les dispositifs de surveillance « thématiques », dédiés à un ou plusieurs faits de santé spécifiques.

3.3.1 Dispositifs de recensement des décès et des actes auto-agressifs en milieu carcéral

Les dispositifs relatifs au suivi de la mortalité en milieu carcéral ne sont pas des dispositifs de surveillance en tant que tels. Il s'agit généralement de « simples » systèmes d'enregistrement des décès survenant en détention, à des fins de recensement démographique et administratif. La nature des informations collectées dans ce cadre reste très limitée, la cause du décès étant généralement cantonnée à de grandes catégories distinctives (causes naturelles, causes accidentelles et suicides). Toutefois, au regard de l'importance des décès par suicide survenant en milieu carcéral ces dernières années, on assiste progressivement à la mise en place d'une surveillance des actes auto-agressifs en détention (surveillance et étude des comportements suicidaires et des passages à l'acte).

3.3.1.1 Suivi de la mortalité en milieu carcéral

En règle générale, tous les pays recensent de manière systématique les décès survenus en milieu carcéral (tableau 7). Les décès sont différenciés selon leur cause avec au minimum une distinction entre les décès de causes naturelles, les suicides et « autres causes » (accidents, homicides...).

Cette remontée d'informations se fait au niveau national, par l'administration pénitentiaire, quelle que soit l'autorité responsable de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral. Ce recensement est réalisé soit de manière automatique et informatisée (*via* les fichiers nationaux des détenus), soit par la remontée de fiches signalétiques ou de rapports d'enquête spécifiques.

Certains pays (Nouvelle-Zélande, Danemark, Royaume-Uni) couplent également ces déclarations d'un signalement systématique de chaque décès à l'Ombudsman³. Pour chaque notification de décès, il peut alors choisir de réaliser une enquête complémentaire ou non, afin de pousser les investigations sur les causes ou les circonstances d'un décès particulier.

³ Terme d'origine suédoise utilisé dans de nombreux pays. L'Ombudsman est un haut fonctionnaire indépendant assurant la fonction de défenseur des droits des individus.

I Tableau 7 I

Déclaration et recensement des décès en milieu carcéral

Pays	Système de déclaration et de remontée des décès	Administration centralisant les données
Australie	Systématique et continu	Australian Institute of Criminology (AIC)
Nouvelle-Zélande	Systématique et continu	Department of Corrections (Inspector) + Ombudsman (Défenseur des droits)
Canada	Systématique et continu (prisons fédérales)	Direction des enquêtes sur les incidents du Service correctionnel du Canada (SCC)
États-Unis	Systématique et trimestriel (jails et prisons d'état)	Bureau of Justice Statistics (BJS) du Department of Justice (gouvernement fédéral)
Europe	Recensement annuel (un correspondant par pays)	Conseil de l'Europe (Council of Europe Annual Penal Statistics – SPACE Project)
Allemagne	Systématique et continu	Aufsichtbehörde (administration pénitentiaire)
Belgique	Systématique et continu	Direction générale des établissements pénitentiaires du service public fédéral justice
Danemark	Systématique et continu	« Administration pénitentiaire » + Ombudsman
Espagne	Systématique (<i> périodicité ?</i>)	Ministère de l'Intérieur
Finlande	Systématique (<i> périodicité ?</i>)	Criminal Sanctions Agency
France	Systématique et continu	Direction de l'administration pénitentiaire
Italie	Systématique (<i> périodicité ?</i>)	Dipartimento Amministrazione Penitenziaria
Norvège	Systématique et continu	Département des services correctionnels
Pays-Bas	Systématique et continu	Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)
Royaume-Uni	Systématique et continu	National Offender Management Service (NOMS) + Ombudsman
Suisse	Systématique et annuel	Office fédéral des statistiques (enquête annuelle)

Les informations collectées dans le cadre de ces déclarations portent principalement sur les causes générales du décès et les données sociodémographiques, pénales et carcérales de la personne détenue (issues du fichier « pénitentiaire » national).

En cas de suicide, ces données sont complétées par les circonstances du suicide, le mode opératoire, les résultats de l'évaluation du risque suicidaire lorsqu'une telle évaluation a été effectuée (par le personnel pénitentiaire) et le rapport d'autopsie s'il est disponible. Outre ce dernier élément, issu des investigations médico-légales, l'ensemble des informations transmises en cas de décès en milieu carcéral demeure du ressort de l'administration pénitentiaire et ne concerne généralement que des données sociodémographiques et carcérales. Les informations médicales, quant à elles, ne sont généralement pas recueillies ou disponibles (sauf dans le cadre d'enquêtes individuelles) et ce, quelle que soit l'autorité responsable de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral.

En effet :

- lorsque la prise en charge sanitaire des personnes détenues est sous la tutelle du ministère chargé de la santé, on note un certain cloisonnement entre l'autorité pénitentiaire et l'autorité médicale, ce qui ne permet pas d'échange d'informations dans ce cadre. De ce fait, les informations collectées lors d'un décès ne concernent que les informations disponibles par l'administration pénitentiaire, ce qui exclut toute donnée médicale ;
- lorsque la prise en charge sanitaire des personnes détenues est sous la tutelle du ministère de la Justice, les données médicales, bien que gérées par l'administration pénitentiaire, demeurent confidentielles en respect du secret médical. De ce fait, les informations collectées lors d'un décès se limitent aux données sociodémographiques et carcérales et ne couvrent pas les données médicales.

Les données relatives à la mortalité sont généralement limitées aux rapports médico-légaux et aux informations connues et transmises par l'administration pénitentiaire. Il est ainsi difficile de pouvoir

analyser plus en détail la mortalité en milieu carcéral et prévenir certains décès survenant en détention (notamment les suicides) sans avoir connaissance de certaines données d'ordre médical (comme les antécédents personnels et familiaux du détenu, les troubles psychiatriques, ou les conduites à risques...).

Concernant plus particulièrement les suicides, il ne semble exister, à l'heure actuelle, que deux situations particulières permettant une disponibilité simultanée des données médicales et carcérales pour l'étude et l'analyse du phénomène suicidaire en milieu carcéral. Ce sont :

- les enquêtes réalisées par l'Ombudsman (Nouvelle-Zélande, Danemark, Royaume-Uni) : l'indépendance dont il fait preuve lui permet en effet d'accéder à l'ensemble des informations (médicales et carcérales) concernant une personne détenue dans le cadre des investigations qu'il mène en détention suite à un suicide. Ces enquêtes ne sont toutefois pas systématiques et elles font généralement l'objet de rapports d'enquêtes individuels et non d'une analyse du phénomène suicidaire en détention⁴ ;
- les études spécifiques sur le suicide et les actes auto-agressifs en milieu carcéral, dont le protocole prévoit et organise la collecte de données carcérales, médicales et psychiatriques, permettant une analyse complète du phénomène dans une perspective de recherche [58,59].

3.3.1.2 Suivi des actes auto-agressifs en détention

Si les décès par suicide sont aujourd'hui systématiquement recensés en milieu carcéral, ce n'est pas encore le cas des nombreuses tentatives de suicide et automutilations survenant en détention. Pourtant ces actes auto-agressifs sont très fréquents, symptomatiques d'un mal-être notable et souvent annonciateurs de futurs passages à l'acte.

Il existe cependant peu de données sur la question. Ces comportements peuvent parfois passer inaperçus ou ne pas être consignés au regard de leur niveau de gravité ; ils peuvent être empreints de significations diverses (expression d'un mal-être, menace, moyen de pression, mode de communication...) et ne pas être toujours considérés comme l'expression d'une souffrance ; et ils ne font pas toujours l'objet d'une prise en charge médicale.

En règle générale, lorsque de tels actes sont notifiés, ils sont simplement enregistrés par les personnels pénitentiaires dans le fichier de suivi des personnes détenues en tant qu'incidents survenus en détention et ne font pas nécessairement l'objet d'investigations particulières.

Seuls quelques pays semblent mettre en place des dispositifs ou procédures de signalement et de suivi de ces actes auto-agressifs :

- Canada : tous les incidents (incluant les tentatives de suicide et les automutilations) sont signalés dans le Système de gestion informatique des détenus (SGD) qui est une base de données nationale du Service correctionnel du Canada (SCC), pour les prisons fédérales. La fréquence et l'ampleur des actes auto-agressifs ont suscité un intérêt certain de la part de la Direction de la recherche du SCC qui a réalisé plusieurs rapports d'enquête sur la question ces dernières années⁵ [44;60-63] ;
- Royaume-Uni : tous les actes auto-agressifs sont répertoriés depuis 2002 dans la National Offender Management Service (NOMS) Death in Prison Custody Database, de même que les décès, les incidents graves et les coups et blessures. Il s'agit d'une base de données qui inclut le fichier national des personnes détenues, les rapports d'incident, les investigations de l'Ombudsman et les rapports des médecins légistes ;
- Danemark : toutes les tentatives de suicide sont signalées à l'Ombudsman (au même titre que les décès) et peuvent donc faire l'objet d'enquêtes particulières à son initiative ;
- France : les tentatives de suicide et les automutilations sont signalées dans le fichier national des personnes détenues et recensées par l'administration pénitentiaire, mais de manière non systématique.

⁴ À noter toutefois le rapport thématique réalisé en 2011 par le « Prisons and Probation Ombudsman for England and Wales » (PPO), reprenant et analysant tous les suicides survenus en milieu carcéral de 2007 à 2009 ayant fait l'objet d'une enquête individuelle (Learning from PPO investigations: Self-inflicted deaths in prison custody 2007-2009. London, June 2011. <http://www.ppo.gov.uk/docs/self-inflicted-deaths-in-prison.pdf>).

⁵ Il est à noter que le signalement de ces actes dans le fichier de gestion des détenus est également de mise au niveau provincial. De plus, au Québec, depuis mars 2005, toute tentative de suicide doit être signalée et un rapport doit être envoyé au responsable provincial du dossier de la prévention du suicide des services correctionnels (procédure 31 H 08).

3.3.2 Dispositifs de surveillance généraux

Au-delà du suivi régulier de la mortalité en détention, seuls quelques pays semblent avoir mis en place des dispositifs de surveillance spécifiques de la santé des personnes incarcérées. Certains pays ont ainsi développé des dispositifs de surveillance généraux, enregistrant toutes les données de santé des personnes détenues en routine, ou les recueillant dans le cadre d'enquêtes régulières afin de produire des données épidémiologiques sur le sujet.

3.3.2.1 Dispositifs de surveillance en routine

Sur les 15 pays étudiés dans le cadre de cette recherche, deux seulement ont instauré un dispositif de surveillance en routine de la santé des personnes incarcérées. Ces deux pays (le Canada et la Belgique), ont développé des dispositifs selon une orientation et une structure différentes qui illustrent ainsi deux modèles possibles de mise en œuvre d'une surveillance continue de la santé en milieu carcéral.

✓ Canada : un fichier des personnes détenues exhaustif intégrant les données de santé

Dans le système fédéral canadien, toutes les informations relatives aux personnes détenues (données sociodémographiques, psychosociales, pénales, sanitaires...) sont consignées dans le SGD (Offender Management System) renseigné par l'ensemble des personnels travaillant en prison (surveillants, personnel médical, travailleurs sociaux...).

Cette base de données est constituée de quatre modules dont un est spécifique de la santé. Non seulement les informations de santé sont enregistrées dans une même base de données nationale (renseignée dès l'entrée et tout au long de la détention), mais elles sont de plus recueillies selon une procédure et des outils standardisés :

- le recueil de données à l'entrée se fait dans le cadre de l'Évaluation initiale des délinquants (Offender Intake Assessment) qui comprend entre autres une évaluation générale de la santé (préoccupations, antécédents, besoins particuliers, traitements, évaluation du risque suicidaire), un Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) [64] et un Système informatisé de dépistage des troubles mentaux (SIDTMEI) [65;66] ;
- les informations recueillies en continu concernent tous les incidents survenant en détention (dont les tentatives de suicide et les automutilations considérées comme telles), les traumatismes (nombre, gravité et circonstances), les accidents de sport ou de travail et les données de mortalité (classées selon la cause).

La disponibilité des données (et leur caractère standardisé) permet alors à la Direction de la recherche du SCC de réaliser des rapports de recherche réguliers sur des thématiques de santé particulières [44;61;62;67-69].

✓ Belgique : une application internet centralisant les données de santé

Depuis 1999, les données médicales des détenus sont informatisées en Belgique. Jusqu'en 2009, les données étaient recueillies via le logiciel Epicure qui compilait les dossiers médicaux électroniques des personnes détenues (intégrant les observations médicales, celles des dentistes, des infirmiers et des kinésithérapeutes), les résultats d'examens médicaux et les prescriptions électroniques des médicaments. Les données de santé étaient ainsi collectées informatiquement, mais à l'échelle de chaque établissement pénitentiaire (un serveur par établissement), le recueil étant par ailleurs peu structuré et non systématique. En conséquence, le dispositif ne permettait pas de suivre, à l'échelle nationale, la santé des personnes détenues. Ce logiciel, saturé et jugé obsolète fut donc abandonné en 2009 au profit de la création en 2010-2011 d'un serveur central via une application internet.

Cette nouvelle application permet le recueil standardisé des données de santé des personnes détenues à l'échelle nationale et comprend plusieurs modules, dont un module médical (avec notamment le codage des pathologies selon la CISP⁶), infirmier, de prescriptions médicales, etc. Chaque personne détenue y est identifiée par un numéro unique, identique pour toutes les incarcérations. Par ailleurs, tous les professionnels de santé exerçant en milieu carcéral peuvent accéder à cette base de données et participer au recueil selon un profil spécifique afférent à leur profession.

⁶ Classification internationale des soins primaires (CISP)

Ce dispositif a été mis en place fin 2011, il devrait permettre à terme le suivi, l'analyse et la réalisation de projets de recherche sur la santé des personnes incarcérées [70]. Sa mise en œuvre récente et le manque d'informations actuellement disponibles ne permettent pas encore de pouvoir juger de l'efficacité d'un tel dispositif, mais il semble pour le moins prometteur en matière de surveillance.

3.3.2.2 Enquêtes nationales régulièrement reconduites

S'ils n'ont pas développé de dispositifs de surveillance en routine de la santé en milieu carcéral, les États-Unis, l'Australie et dans une moindre mesure la Nouvelle-Zélande, ont cependant mis en œuvre un système de surveillance et de suivi régulier au moyen d'enquêtes nationales périodiques.

Là encore, deux orientations distinctes se retrouvent : soit la santé est intégrée dans une large enquête couvrant tous les champs de l'univers carcéral (États-Unis et Nouvelle-Zélande), soit elle fait l'objet d'une enquête spécifique qui lui est entièrement dédiée (Australie).

✓ États-Unis : des enquêtes d'envergure, répétées depuis 1974

Aux États-Unis, le Bureau of Justice Statistics (BJS) a mis en place un dispositif de surveillance « général » propre aux établissements pénitentiaires. Ce dispositif, basé sur de larges enquêtes⁷, ne concerne pas spécifiquement la santé des personnes détenues, mais ce champ est inclus et largement couvert dans ce cadre.

La surveillance de la santé des personnes détenues est ainsi assurée par la réalisation de trois enquêtes (une pour chaque type d'établissement pénitentiaire) généralement reconduites tous les 5 à 7 ans :

- The Survey of Inmates in State Correctional Facilities (SISCF) : réalisée en 1974, 1979, 1986, 1991, 1997 et 2004 ; cette enquête s'adresse aux personnes détenues condamnées à des peines supérieures à 1 an et incarcérées dans les prisons d'État (représentant 58 % de la population carcérale totale) ;
- The Survey of Inmates in Federal Correctional Facilities (SIFCF) : réalisée en 1991, 1997 et 2004 ; cette enquête s'adresse aux personnes détenues condamnées et incarcérées dans les prisons fédérales (représentant 9 % de la population carcérale totale) ;
- The Survey of Inmates in Local Jails (SILJ) : réalisée en 1978, 1983, 1989, 1996 et 2002 ; cette enquête s'adresse aux personnes détenues prévenues ou condamnées à des peines inférieures à 1 an, incarcérées dans les « local jails » (représentant 33 % de la population carcérale totale).

Ces enquêtes permettent de recueillir des informations sur les caractéristiques individuelles, socio-économiques, pénales, carcérales et sanitaires des personnes détenues. Dans le domaine de la santé, les données recueillies concernent la consommation de drogues et d'alcool, les conditions de santé, la santé mentale, le handicap et les déficiences, les antécédents en matière de santé, les comportements à risque, le dépistage ainsi que les traitements.

Ces trois enquêtes emploient la même méthodologie. Il s'agit d'une enquête par questionnaire (informatisé) administré en face-à-face par des enquêteurs de l'US Census Bureau à un échantillon national représentatif de la population carcérale. Pour l'échantillonnage, un plan de sondage à deux degrés est établi (tirage au sort stratifié des établissements puis tirage au sort aléatoire des personnes détenues). Près de 25 000 détenus sont directement concernés par ces enquêtes. Les données sont ensuite pondérées pour assurer la production de prévalences représentatives de la population carcérale totale.

Des rapports thématiques sont réalisés par le BJS [21;33;71-74] et l'ensemble des données est également mis à disposition sur leur site internet permettant ainsi aux chercheurs de produire des études et analyses supplémentaires [16;23].

✓ Nouvelle-Zélande : quelques données de santé recueillies tous les 2 ans

La population carcérale néozélandaise fait l'objet d'une enquête régulière « The Census of Prison Inmate and Home Detainees » menée tous les 2 ans, à date fixe, depuis 1987⁸. Cette enquête, très

⁷ <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=dca>

⁸ <http://www.corrections.govt.nz/research/census-of-prison-inmates-and-home-detainees/census-of-prison-inmates-and-home-detainees-2003/introduction.html>

générale, produit des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes détenues (âge, sexe, appartenance ethnique), les données pénales (détail des condamnations, antécédents criminels, adhésion éventuelle à un gang), les données sociales (niveau de formation, revenus, statut marital, enfants) et les programmes et activités suivis en détention.

Peu de données médicales sont recueillies : elles rendent compte du nombre de personnes détenues sous surveillance psychologique ou psychiatrique (en fonction du type de délit commis) et la fréquence des prescriptions médicamenteuses. Une distinction est faite entre prescriptions générales et prescriptions psychiatriques (sans toutefois connaître la nature plus précise de ces prescriptions). Le recueil de données est réalisé d'après le fichier national des personnes détenues (base de données de l'administration pénitentiaire) et complété directement par les informations fournies par le personnel pénitentiaire et le personnel médical [75;76].

✓ Australie : une enquête annuelle sur la santé en milieu carcéral

Depuis 2009, l'Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) réalise une enquête annuelle sur la santé des personnes détenues. Il s'agit d'obtenir des informations sur :

- la santé des personnes entrant en prison ;
- les traitements délivrés en détention ;
- les conditions d'exercice et l'activité du personnel médical.

À terme, le projet est de couvrir l'étude de la santé des personnes détenues à quatre périodes distinctes : lors de l'entrée en détention, au cours de la détention, au moment de la sortie de prison et après la sortie (actuellement cette étude ne couvre que les deux premières périodes citées).

Cette enquête concerne les établissements pénitentiaires de tous les États d'Australie (en 2009 et 2010 tous les états n'ont pas participé mais il est prévu que l'enquête devienne à terme exhaustive). Elle se déroule sur deux semaines et s'adresse à tous les entrants en détention, aux personnes détenues ayant recours aux services médicaux durant la période d'étude et à celles ayant une prescription médicale au long cours.

Quatre questionnaires (en version papier ou électronique) sont utilisés pour le recueil de données :

- « *Prison entrants form* » : questionnaire de six pages, administré en face à face par un professionnel de santé à chaque entrant en détention pendant les deux semaines de l'étude. Les données recueillies concernent les caractéristiques sociodémographiques, la santé mentale, les maladies chroniques, l'accès aux soins, les traumatismes, les addictions et le risque suicidaire ;
- « *Clinic form* » : questionnaire d'une page rempli par un professionnel de santé pour chaque consultation durant la période d'étude. Les données recueillies concernent l'origine de la demande de consultation (staff ou personne détenue), le professionnel de santé rencontré (médecin, infirmier, kinésithérapeute...) et la nature des problèmes traités lors de la consultation ;
- « *Repeat medications form* » : questionnaire d'une page rempli par un professionnel de santé pour chaque traitement au long cours (relevés sur un jour donné). Les données recueillies concernent le statut aborigène ou non de la personne détenue et la famille de médicament prescrit ;
- « *Prison establishments form* » : questionnaire de deux pages rempli pour chaque établissement pénitentiaire par le responsable du service médical de l'établissement sur l'offre et l'organisation des soins. Les données recueillies concernent le nombre d'ETP (Équivalent temps plein) dans l'équipe, le nombre de transferts à l'hôpital réalisés, le nombre de vaccins réalisés, le nombre de grossesses chez les femmes détenues et la préparation à la sortie (réalisation ou non d'un résumé du dossier médical).

Des données supplémentaires sont également recueillies concernant le nombre de personnes détenues sous traitement pour le VHC, les notifications d'infections sexuellement transmissibles et les entrées et sorties de prison au cours des 12 derniers mois.

Cette enquête, relativement récente, est amenée à être reconduite tous les ans. Un rapport complet est réalisé chaque année et rendu disponible sur le site internet de l'AIHW [77].

3.3.3 Dispositifs de surveillance « thématiques »

Si certains pays ont mis en place des systèmes de surveillance généraux, d'autres ont développé des dispositifs spécifiques couvrant certaines thématiques de santé particulières. Ces dispositifs concernent ainsi la surveillance des problèmes de santé les plus étudiés en milieu carcéral, à savoir les maladies infectieuses, les addictions et la santé mentale.

3.3.3.1 Systèmes de surveillance des maladies infectieuses

De nombreux pays, dont la France, ont développé un système de signalement et de déclaration obligatoire des maladies infectieuses sur leur territoire, lequel inclut parfois les établissements pénitentiaires, mais de manière non systématique et non spécifique. De tels dispositifs visent la surveillance générale de ces maladies d'un point de vue national et il est généralement impossible de pouvoir en extraire des données spécifiques, propres aux institutions carcérales (ce qui est regrettable compte tenu des prévalences importantes de ces maladies en détention).

Certains pays ont toutefois développé des dispositifs de surveillance spécifiques pour le milieu carcéral.

✓ Canada – SSMI

Le Système de surveillance des maladies infectieuses (SSMI)⁹ du SCC a été mis en place au début des années 2000 dans les prisons fédérales, pour surveiller le VIH, le VHC, le VHB et les IST. Le VHA a été intégré en 2005. Ce système se couple au Système de dépistage de la tuberculose (SDT) [78;79] qui avait été mis en place dès 1977 de concert avec l'Agence de santé publique du Canada¹⁰. Il s'agit d'un système de surveillance continu (un rapport est réalisé tous les mois) et passif puisque toutes les informations sont transmises par les services de santé des établissements pénitentiaires. Ce système de surveillance est un registre agrégé des tests sérologiques de dépistage et des déclarations de cas d'infection par le VIH, le VHC, le VHB, le VHA, la tuberculose et les IST. C'est le personnel infirmier des établissements pénitentiaires qui est chargé du dépistage des maladies infectieuses (proposé à toutes les personnes détenues). Tous les mois, il transmet les résultats du dépistage à un coordonnateur régional qui valide les données avant de les envoyer au responsable du Programme national des maladies infectieuses (PNMI), à l'Administration Centrale. Les données nationales sont alors accessibles *via* l'application web du SSMI. Un bulletin trimestriel est édité par le SCC ainsi qu'un rapport complet tous les 2 ans [80;81].

Mis en œuvre par le SCC, ce dispositif ne concerne que les personnes détenues condamnées des centres pénitentiaires fédéraux (couvrant ainsi seulement un tiers des établissements pénitentiaires canadiens). Sont exclus tous les prisonniers incarcérés dans les prisons provinciales (hors SCC), les femmes incarcérées provisoirement dans des établissements pour hommes (en situation transitoire) et toutes les personnes détenues dont le statut sérologique est connu avant leur entrée en détention (dépistage non réalisé en détention).

✓ Royaume-Uni – HPA

Au Royaume-Uni, le ministère chargé de la santé (Department of Health) a missionné la Health Protection Agency (HPA) pour développer et mettre en œuvre un programme de surveillance et de prévention des maladies infectieuses en milieu carcéral, lequel est opérationnel depuis 2002¹¹.

Ce dispositif consiste en une chaîne de déclaration faisant remonter tous les cas isolés et toutes les épidémies éventuelles d'un large éventail de maladies (VHA, VHB, VHC, légionellose, listériose, méningite, salmonellose, varicelle, tuberculose...). Il s'agit du dispositif de surveillance national (réalisé par la HPA) qui est décliné selon un circuit spécifique, propre au milieu carcéral.

Ainsi, le personnel de santé de chaque établissement pénitentiaire fait remonter les cas aux Unités locales de protection de la santé (Health Protection Units), qui relaient l'information à l'HPA *via* une équipe dédiée (« Prison Infection Prevention Team »), elle-même en lien avec le département « Offender Health » du ministère chargé de la santé.

⁹ <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infdsfcp-2005-06/p2-fra.shtml>

¹⁰ La responsabilité de la base de données du SDT a été transférée du SCC à la Division de la lutte antituberculeuse de santé Canada en 1997.

¹¹ <http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/PrisonInfectionPreventionTeam/PrisonInfectiousDiseaseSurveillance/>

Ce dispositif permet d'inclure les établissements pénitentiaires dans plusieurs programmes de surveillance nationaux tels que le Sentinel Surveillance of Hepatitis Testing study (basé sur les résultats des tests effectués en laboratoire concernant le VHB et le VHC), la Survey of Prevalent HIV Infections Diagnosed (SOPHID), le National Chlamydia Screening Programme (NCSP), le web-based TB surveillance system et le Regional surveillance of the hepatitis B vaccination programme [82].

✓ Italie – toxicomanie et VIH

L'administration pénitentiaire italienne s'est dotée en 1991 d'un système de surveillance de la toxicomanie et de l'infection VIH (Indagine nazionale sui detenuti tossicodependenti e affetti da virus HIV). Il s'agissait d'un système de surveillance continu et passif, avec une remontée semestrielle d'informations via les équipes soignantes intervenant en milieu carcéral. Chaque semestre, le nombre de personnes détenues usagères de drogues et/ou d'alcool ainsi que le nombre de prisonniers séropositifs au VIH et le nombre de tests de dépistage réalisés dans chaque établissement étaient envoyés aux structures pénitentiaires sanitaires régionales (Provveditorato regionale) pour contrôle et transmission à l'administration pénitentiaire centrale.

Ce dispositif de surveillance, porté par le ministère de la justice, fut stoppé en 2002, suite au passage progressif de la responsabilité de la prise en charge sanitaire au Servizio sanitario nazionale (ministère chargé de la santé).

✓ Suisse – projet BIG

En Suisse, en 2008, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a lancé le projet BIG sur la « *lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral* » [83], en collaboration avec l'Office fédéral de la justice (OFJ) et la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP). Ce projet visait à inclure les établissements pénitentiaires dans le processus de déclaration obligatoire des maladies infectieuses.

Ce dispositif de surveillance se différencie de celui des autres pays utilisant également un système de déclaration obligatoire des maladies infectieuses dans le sens où il spécifie les cas relevés en milieu carcéral. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2011, les formulaires de déclaration des maladies sont utilisés en prison ; le médecin se déclare comme « médecin pénitentiaire » et l'identification de l'établissement est requise. Il est donc dorénavant possible de réaliser un suivi spécifique des cas survenus ou connus en détention. Un des objectifs de ce dispositif est alors de créer une banque de données des maladies infectieuses diagnostiquées en milieu carcéral.

3.3.3.2 Dispositifs d'évaluation et de suivi des addictions et de la santé mentale

Au-delà des dispositifs de surveillance propres aux maladies infectieuses qui ont trouvé écho en milieu carcéral, certains pays ont choisi de développer une surveillance et un suivi spécifiques concernant d'autres problèmes de santé majeurs en prison et notamment la santé mentale et les addictions.

Si tous les pays ont généralisé une évaluation de la santé pour toutes les personnes nouvellement incarcérées (à l'entrée en détention), ces évaluations ne sont toutefois pas encore utilisées à des fins de surveillance. Il s'agit généralement de consultations médicales visant à relever l'état de santé des individus et à évaluer leurs besoins en matière de soins et de prise en charge. La procédure d'évaluation (outils, tests, consultations...) est souvent standardisée à l'échelle d'un établissement mais non d'un point de vue national ce qui ne permet pas en l'état de pouvoir réaliser un suivi épidémiologique de grande ampleur. De nombreux pays (dont la France) visent toutefois la standardisation de certaines procédures et outils diagnostics (notamment dans le cadre de la consultation d'entrée) afin de coupler la nécessaire évaluation individuelle des besoins des personnes détenues avec un dispositif de surveillance épidémiologique d'envergure nationale. Cependant une telle standardisation est encore loin d'être effective (en France seules des recommandations ont jusqu'à lors été énoncées concernant le repérage des conduites addictives à l'entrée).

Ainsi seuls certains pays¹² se sont déjà dotés de tels dispositifs :

- en Finlande, toutes les personnes détenues condamnées sont soumises à des évaluations systématiques et standardisées concernant entre autres les addictions et la

¹² Le cas du Canada a été détaillé précédemment dans la partie 3.3.2.1 relative aux dispositifs de surveillance généraux de la santé en milieu carcéral. La standardisation de l'évaluation d'entrée et les outils utilisés dans ce cadre font en effet partie d'un ensemble plus large et plus complet de suivi en routine de la santé des personnes détenues.

- consommation de drogues ainsi que leur capacité à travailler (incluant leur santé) afin de créer pour chacune un plan de suivi individualisé ;
- aux Pays-Bas, l'évaluation d'entrée de la santé mentale est standardisée et la direction de l'administration pénitentiaire (Dienst Justitiële Inrichtingen) réalise des statistiques nationales sur la santé mentale et les addictions en détention. Les consultations psychiatriques et les diagnostics DSM-IV sont enregistrés par le Forensic Psychiatric Service, au niveau de l'administration centrale.

3.4 Production de données épidémiologiques de référence par enquêtes nationales ponctuelles et/ou répétées (hors dispositifs de surveillance)

Au-delà des quelques dispositifs de surveillance développés au sein de certains pays, la production des données épidémiologiques de référence sur la santé des personnes incarcérées se fait principalement *via* la réalisation d'enquêtes nationales ponctuelles (parfois répétées une à deux fois). Il s'agit d'enquêtes épidémiologiques « générales » (couvrant plusieurs problématiques) ou d'enquêtes thématiques portant majoritairement sur la santé mentale et les maladies infectieuses (tableau 8).

Parmi les 15 pays étudiés, cinq n'ont pas produit de telles enquêtes : les États-Unis, l'Allemagne, le Danemark, les Pays-Bas et la Suisse (tableau 8). La réalisation depuis 1974, de larges enquêtes régulièrement reconduites aux États-Unis explique aisément l'absence d'investigations ponctuelles supplémentaires puisque les besoins en matière de surveillance épidémiologique sont couverts dans ce cadre depuis près de 40 ans. En ce qui concerne les quatre autres pays européens, à notre connaissance ils ne disposent pas à l'heure actuelle d'enquêtes d'envergure nationale. Les données de prévalence existant sur la question demeurent issues d'études locales, menées au sein d'établissements pénitentiaires ciblés ou auprès de populations particulières et elles n'ont donc pas été considérées dans le cadre de ce travail.

I Tableau 8 I

Enquêtes nationales ponctuelles par thématiques de santé couvertes

Pays	Santé générale	Santé mentale	Maladies infectieuses	Autres
Australie			2	
Nouvelle-Zélande	1	1		
Canada	1	1	1	
États-Unis				
Allemagne				
Belgique			1	1
Danemark				
Espagne		1		
Finlande	4	1		
France	2	2	1	1
Italie	1			
Norvège	1	1		3
Pays-Bas				
Royaume-Uni	2	1		1
Suisse				

Ainsi, au total, 27 enquêtes nationales sur la santé des personnes incarcérées ont été identifiées dans le cadre de cette recherche (certaines études ayant été reconduites une ou deux fois). Bien que ces enquêtes répondent à des objectifs communs, les méthodologies employées font cependant preuve d'une assez grande hétérogénéité (tableau 9).

I Tableau 9 I

Enquêtes nationales ponctuelles (données épidémiologiques de référence des différents pays)

Pays	Enquête	Date	Population cible	Échantillonnage	n (% rép.)	Méthodologie
Australie	National Prison Entrants Bloodborne Virus and Risk Behaviour Survey [84] (VIH, VHB, VHC, conduites à risques)	2004 2007	Entrants en détention hommes et femmes	Exhaustif sur une période de 2 semaines	740 (73 %)	Questionnaire administré en face à face par personnel médical et analyses sanguines (sérologie VIH, VHB, VHC)
Nouvelle-Zélande	The National Study of Psychiatric Morbidity [85]	1999	Tous les détenus hommes et femmes	Exhaustif femmes et prévenus et 15 % des condamnés (plan de sondage à 2 degrés)	1 248 (80 %)	Interview structurée en face à face par interviewer formé. (Outils : questions sur les conduites suicidaires, CIDI-A***, PDQ4***)
	The Prisoner Health Survey [86] (santé générale)	2005	Condamnés (+16 ans) hommes et femmes	Plan de sondage à 2 degrés (stratification établissements et tirage au sort aléatoire)	423 (92,3 %)	Questionnaire administré en face à face par interviewer formé
Canada	Enquête sur la santé mentale [67]	1988	Hommes condamnés en prisons fédérales	Plan de sondage à 2 degrés (stratification par région et tirage au sort aléatoire)	1 925 (68,5 %)	Interview structurée en face à face (Outils : DIS** et diagnostics DSM-III***)
	Sondage national auprès des détenus [87] (5 thématiques dont une sur la santé : soins, addictions, santé émotionnelle)	1995	Hommes condamnés en prisons fédérales	Plan de sondage à 2 degrés (stratification établissements et tirage au sort aléatoire)	4 285 (64,2 %)	Questionnaire auto-administré (passation en groupes supervisée par enquêteurs privés)
	Sondage national sur les maladies infectieuses et les conduites à risque [88-90]	2007	Hommes et femmes condamnés en prisons fédérales	Plan de sondage à 2 degrés (stratification établissements et tirage au sort aléatoire)	3 370 (48 %)	Questionnaire auto-administré (passation en groupes supervisée par enquêteurs privés)
Belgique	Étude sur les infections en prison [91]	1997	Tous les détenus hommes et femmes	Tirage au sort aléatoire dans 13 prisons présélectionnées (13,7 % de la pop. totale)	893	Questionnaire rempli par les professionnels de santé d'après observations cliniques et contenu des dossiers médicaux des détenus
	Étude épidémiologique du recours aux soins en prison [92]	2005	Tous les détenus libérés en 2002	Échantillonnage aléatoire d'après le fichier des détenus	513	Étude rétrospective de cohorte d'après les dossiers médicaux informatisés
Espagne	Enquête sur la prévalence des troubles mentaux	2011	Détenus de 3 prisons et 2 hôpitaux psy	na* (publication courant 2012)	708	Entretien structuré en face à face (outils standardisés SCID***, IPDE, TONI II, EuroQol)
Finlande	Étude épidémiologique [51] (santé générale)	1985 1992 2006	Tous les détenus hommes et femmes	na*	903 na* 711	Questionnaire, entretien par infirmier, entretien psychiatrique, examen médical et analyses sanguines (sérologie)
	Évaluation de la santé en prison [51]	2002	na*	na*	na*	Prévalences calculées d'après le contenu des dossiers médicaux des détenus
	Étude de la morbidité psychiatrique des jeunes détenus [51]	na*	Jeunes détenus (15-21 ans)	na*	na*	Calcul des SMR et OR d'après croisement des registres de l'hôpital national et des prisons

Pays	Enquête	Date	Population cible	Échantillonnage	n (% rép.)	Méthodologie
France	Enquête DREES santé des entrants [47;48;93]	1997 2003	Entrants en détention hommes et femmes	Exhaustif sur une période donnée (selon taille prison)	8 728 6 087	Fiches de recueil remplies par les médecins lors de la consultation médicale d'entrée
	Enquête DREES SMPR** [94]	2001	Entrants et détenus suivis par les SMPR	Exhaustif sur une période donnée (SMPR métropole)	2 300	Questionnaire rempli par les médecins psychiatres lors des consultations
	HID prisons [49;95] (handicaps, incapacités, dépendances)	2001	Tous les détenus hommes et femmes	Plan de sondage à 2 degrés (établissements et détenus)	2 031 (72,5 %)	Questionnaire administré en face à face par des enquêteurs de l'Insee
	Cemka-Eval [27;96] (prévalence troubles psychiatriques)	2004	Tous les détenus hommes et femmes	Plan de sondage à 2 degrés (stratification établissements et tirage au sort aléatoire)	998	Entretien clinique individuel (entretien diagnostic + MINI***) réalisé par 2 cliniciens dont un psychiatre (enquêteurs externes)
	Prevacar [50] (VIH, VHC, traitements de substitution aux opiacés)	2010	Tous les détenus hommes et femmes	Plan de sondage à 2 degrés (stratification établissements et tirage au sort aléatoire)	1 861	Questionnaire renseigné par le médecin US d'après contenu des dossiers médicaux (dont sérologies)
Italie	Enquête épidémiologique [93]	2005	na*	na*	117 217	na*
Norvège	Étude sur les conditions de vie [51]	2003	na*	na*	260	na*
	Étude de la prévalence des troubles mentaux [51]	2004	Tous les détenus hommes et femmes	Tous les services médicaux des établissements	(95 %)	Estimation de la part des professionnels de santé exerçant en prison
	Étude épidémiologique [51;97] (santé générale)	2005	Tous les détenus hommes et femmes	Exhaustif (tous les établissements)	2 617 (90 %)	Diagnostics réalisés par cliniciens d'après le contenu des prescriptions (ordonnances)
	Étude descriptive des interventions et consultations en psychiatrie [51;98]	2006	Tous les détenus hommes et femmes	Sélection de 6 prisons (femmes et prévenus surreprésentés)	928	Questionnaires remplis par responsables psychiatrie (1 sur organisation des soins et 1 pour chaque détenu suivi sur 1 semaine)
	Enquête de satisfaction sur les services médicaux [51;99]	2009	Tous les détenus hommes et femmes	Sélection de 29 établissements	1 150 (90 %)	Questionnaire de satisfaction auto-administré
Royaume-Uni	The Survey of Physical Health of Prisoners [100]	1994	Hommes condamnés	Plan de sondage à 2 degrés (stratification établissements et tirage au sort aléatoire)	992 (99 %)	Questionnaire administré en face à face, consultations médicales et mesures physiques (poids, taille, pression artérielle)
	The ONS Survey of Psychiatric Morbidity [30]	1998	Tous les détenus hommes et femmes	Échantillonnage aléatoire	3 142 (88 %)	Interview structurée en face à face (outils : CIS-R***, AUDIT***, DIS***) + entretien clinique par psychiatre (n=505)
	The Health of Women in Prison Study [101] (santé générale)	2006	Toutes les femmes entrant en détention (1 ^{re} incarcération)	Exhaustif sur 2 prisons pré-sélectionnées de femmes	505 (82 %)	Questionnaires auto-administrés (SF-36***, GHQ-12***, questions santé) + mesures physiques (entrée / 1 mois / 3 mois)
	Surveying Prisoner Crime Reduction [102] (santé et évaluation des besoins)	2008	Nouveaux condamnés	Échantillonnage aléatoire d'après le fichier des détenus	1 457	Questionnaire administré en face à face par un enquêteur

* na : donnée manquante, information non disponible

** service médico-psychologique régional

*** voir liste des abréviations, page 2

3.4.1 Des objectifs communs

La réalisation de ces enquêtes épidémiologiques poursuit globalement des objectifs communs, dans tous les pays. Il s'agit en effet d'appréhender plus précisément les problèmes de santé des personnes incarcérées, de manière à dresser un état des lieux précis des besoins à couvrir en milieu carcéral, dans une perspective d'adaptation de la prise en charge et de l'offre de soins en milieu carcéral.

Ces enquêtes ne se suppléent pas à un éventuel dispositif de surveillance, mais elles constituent des études d'envergure permettant, à un moment donné, de positionner l'étendue des problèmes de santé rencontrés au sein des pays. Il semblerait que ce soit en réponse à ces études (et au regard de leurs résultats) que se pose ensuite la question du développement et de la mise en œuvre d'un dispositif de surveillance de la santé en milieu carcéral (comme c'est le cas en France).

3.4.2 Des méthodologies d'enquête diversifiées

Toutes ces enquêtes (détaillées dans le tableau 9) sont représentatives de la population carcérale nationale, puisqu'elles sont, soit exhaustives vis-à-vis de la population cible (ensemble des personnes détenues présentes ou ensemble des entrants en détention), soit basées sur des méthodes d'échantillonnage robustes telles qu'un plan de sondage à deux degrés (avec un tirage au sort stratifié des établissements puis un tirage au sort des répondants), ou encore un échantillonnage aléatoire réalisé directement depuis le fichier national des personnes détenues.

Au-delà des méthodes d'échantillonnage employées et de la représentativité de la population, ces études font cependant part d'une certaine hétérogénéité que ce soit vis-à-vis des thématiques de santé étudiées, de l'envergure des investigations menées (effectif de la population) ou des modalités de recueil (nature et collecte des données, outils utilisés...).

Concernant les modalités de recueil, elles peuvent relever d'investigations menées « directement » auprès des personnes détenues ou de manière « indirecte » *via* l'étude de leurs dossiers médicaux par exemple.

⇒ Les études (déclaratives) nécessitant une participation directe des personnes détenues peuvent s'appuyer sur des modalités de recueil variées :

- questionnaires administrés en face à face par un enquêteur formé aux outils et au contexte carcéral (Nouvelle-Zélande, France et Royaume-Uni) [49;86;102] ;
- questionnaires administrés en face à face par le personnel médical, lors des consultations médicales (France) ou psychiatriques (France, Norvège) [47;48;94;98] ;
- questionnaires auto-administrés (Canada [87;90], Norvège [99], Royaume-Uni [101]) ;
- méthodologie de recueil de données mixte : questionnaires administrés en face à face, couplés à des analyses sanguines pour la sérologie (Australie) [84] et/ou d'un examen clinique (Finlande, Royaume-Uni) [51;100;101].

Il paraît intéressant de souligner l'étude réalisée par l'Observatoire régional de la santé de Toscane (Italie) qui présente une méthodologie particulière, bien que cela ne soit pas une enquête nationale en tant que telle [103]. Il s'agit d'une étude longitudinale réalisée en 2010 et basée sur une cohorte prospective (toutes les personnes détenues de la région, incarcérées en date du 15 juin 2009). La santé de toutes les personnes détenues (n = 2 985 ; 71,6 % de participation) a été évaluée et suivie durant 1 an dans le cadre de consultations médicales régulières (à l'entrée puis à 3, 6 et 12 mois pour chaque individu). Les médecins étaient amenés à remplir un masque de saisie lors de chaque consultation afin de garantir une certaine standardisation des données.

Enfin, il importe de noter que, à mode de recueil et thématique identiques, les outils utilisés pour évaluer l'état de santé (type de questions posées, modules standardisés mobilisés) diffèrent considérablement selon l'étude. Cela est en particulier vrai pour les enquêtes de santé mentale qui

peuvent mobiliser des outils psychométriques très différents pour identifier les troubles psychiatriques des personnes incarcérées (CIDI-A¹³, PDQ4¹⁴, DIS¹⁵, SCID¹⁶, MINI¹⁷, CIS¹⁸... [27;30;67;85]).

⇒ Les études ne nécessitant pas une participation directe des personnes détenues, dont l'organisation est par ailleurs complexe à mettre en œuvre dans le contexte carcéral, peuvent s'appuyer sur :

- les dossiers médicaux des personnes détenues : recueil de données effectué directement par des enquêteurs (Belgique, Finlande) [51;92] ou *via* des questionnaires renseignés par les médecins exerçant en milieu carcéral d'après le contenu des dossiers (Belgique, France) [50;91] ;
- les prescriptions médicamenteuses des personnes détenues : diagnostics réalisés par des cliniciens d'après le contenu des ordonnances délivrées avec un codage selon la classification ICPC-2 (Norvège) [97] ;
- Le croisement de bases de données comme dans le cas de l'étude de la morbidité psychiatrique des jeunes détenus réalisée en Finlande [51] qui croise les registres de l'hôpital national de Finlande avec celui de l'administration pénitentiaire ;
- Une estimation de la prévalence des troubles mentaux d'après une estimation faite par les professionnels de santé exerçant en milieu carcéral (Norvège) [51].

Ce qui précède montre qu'il n'existe pas de réelle « harmonie » des approches, chaque pays développant une ou plusieurs enquêtes nationales sur la santé des personnes incarcérées selon ses propres moyens, orientations, ou priorités politiques. La recherche en milieu carcéral et la réalisation d'enquêtes épidémiologiques d'envergure sont en effet en expansion dans les pays occidentaux et ce développement demeure relativement récent pour la majorité des pays européens. L'ensemble de ces méthodes rend ainsi compte, certes d'une hétérogénéité quant au traitement de cette thématique de santé publique (ce qui ne permet pas aisément de comparaison entre les pays), mais cette diversité d'approche permet également d'appréhender le champ des possibles et diverses pistes d'investigations pouvant être développées dans un environnement qui s'avère parfois peu propice à la mise en œuvre de protocoles d'études scientifiques.

4 Conclusion

À l'heure où se pose la question de la définition et de l'organisation d'un dispositif pérenne de surveillance de la santé des personnes détenues en France, il est intéressant de s'interroger plus précisément sur ce qui se fait à l'étranger. Cette recherche fait état des dispositifs de collecte de données relatifs à la santé des personnes incarcérées au sein de 15 pays, en Océanie, Amérique du Nord et Europe (France comprise).

Elle montre que, si la santé en milieu carcéral est un sujet d'étude et de préoccupation dans tous les pays, la surveillance est loin d'être systématisée et organisée. Seules les données de mortalité font l'objet d'un dispositif national d'enregistrement en routine dans tous les pays étudiés, permettant ainsi de pouvoir estimer entre autres les taux de suicide en prison. Seulement ces dispositifs, qui ne sont par ailleurs pas toujours informatisés, se limitent souvent à recenser les décès (et leurs causes) et n'incluent généralement pas les tentatives de suicide et autres actes auto-agressifs survenant en détention.

La majorité des pays étudiés (10 pays), qu'ils aient ou non développés un dispositif pérenne de surveillance de la santé en milieu carcéral, a réalisé des enquêtes épidémiologiques d'envergure nationale qui, bien que ponctuelles, sont représentatives de la population carcérale. On observe cependant une hétérogénéité des modes de recueil (questionnaires administrés en face à face par des enquêteurs formés ou par le personnel médical, questionnaires auto-administrés, recueil de données à partir des dossiers médicaux, etc.) de sorte que la comparaison internationale n'est pas

¹³ CIDI-A : Composite International Diagnostic Interview – Automated (dépistage des troubles psychiatriques)

¹⁴ PDQ4 : Personality Disorder Questionnaire 4

¹⁵ DIS : Diagnostic Interview Schedule

¹⁶ SCID : Structured Clinical Interview For DSM-III (ou DSM IV)

¹⁷ MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

¹⁸ CIS : Clinical Interview Schedule

toujours possible. Néanmoins, ces enquêtes, réalisées le plus souvent sur un échantillon de détenus présents à un moment donné, présentent l'intérêt de produire des données de référence pour la population carcérale de ces pays. Leurs résultats conditionnent généralement le développement et l'adaptation de l'offre de soins en prison ainsi que l'orientation des politiques de santé publique en milieu carcéral. Dans cette perspective, il convient de les réitérer régulièrement pour actualiser les données de santé produites. C'est pourquoi les conclusions de ces études convergent généralement vers la nécessité d'implémenter, dans le pays concerné, un système de surveillance pérenne de la santé en milieu carcéral.

Concernant les pays ayant mis en place un dispositif de surveillance systématisé et pérenne, la priorité est souvent donnée à des dispositifs de surveillance thématiques, couvrant principalement les maladies infectieuses, les addictions ou la santé mentale. Seuls quatre pays sur les 15 étudiés (la Belgique étant le seul en Europe) se sont dotés d'un dispositif national, pérenne et global de surveillance de la santé des personnes incarcérées couvrant plusieurs thématiques de santé.

Plusieurs dimensions sont à prendre en compte pour caractériser ces dispositifs :

- la population cible : entrants en détention, population carcérale totale, échantillon représentatif de personnes détenues, ou ensemble des consultations, etc. ;
- le mode d'échantillonnage ;
- les thématiques de santé couvertes ;
- la périodicité : dispositif de recueil de données en continu ou répété régulièrement ;
- les modalités de recueil : dossier médical, questionnaires administrés en face à face par un enquêteur ou par le personnel médical, questionnaires auto-administrés, etc.

Au-delà de ces caractéristiques, deux grandes orientations se distinguent, le recueil de données étant réalisé en routine (Canada et Belgique) ou dans le cadre d'enquêtes réalisées régulièrement (États-Unis et Australie). Cette différence d'orientations est étroitement liée au développement préalable d'un système informatisé pour la collecte de données de santé des personnes détenues. En effet, le Canada et la Belgique ont mis en place un dispositif permanent et continu de collecte de données de santé couvrant plusieurs thématiques de santé sur toute la durée de la détention. Le déploiement de ce type de dispositif nécessite une standardisation des données collectées et s'accompagne de la constitution d'une base nationale de données de santé circonscrite à la population des personnes détenues. En revanche, en l'absence d'un système informatisé de recueil des données, l'option adoptée pour suivre de façon pérenne la santé des personnes détenues (États-Unis, Australie) est la réalisation régulière d'enquêtes nationales représentatives de la population carcérale, selon une périodicité, une population cible, des modalités de recueil et des outils mobilisés pour le recueil propre à chaque pays. Ainsi par exemple, l'enquête réalisée depuis 1974 aux États-Unis sur un échantillon de personnes détenues présentes un jour donné vise à produire des prévalences de pathologies à partir de données déclaratives. Concernant le projet australien, il vise à recueillir à terme un ensemble d'indicateurs de suivi de la santé des personnes incarcérées à différents stades de la détention (à l'entrée, en cours de détention, au moment de la sortie et après la sortie). Dans cette perspective, l'enquête repose sur des données recueillies par les professionnels de santé (*via* des questionnaires administrés en face à face à l'entrée en détention et l'ensemble des consultations et des traitements chroniques en cours sur la période d'étude).

La France, pour sa part, fait partie des pays qui ont mis en place des études nationales ponctuelles et notamment les quatre suivantes : l'enquête « HID-prison » réalisée en 2001 par l'Ined (extension en milieu carcéral de l'enquête HID-ménages) pour déterminer la prévalence du handicap, des incapacités et des déficiences dans le contexte carcéral [49;95] ; l'enquête sur la santé des personnes entrant en détention réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 1999 et reconduite en 2003 [47;48] ; l'enquête réalisée en 2004 par Cemka-Eval pour déterminer la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral [96] ; et l'enquête « Prévacar » mise en œuvre en 2010 par l'InVS et la DGS pour déterminer la prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés au sein de la population carcérale. Ces enquêtes, hormis l'étude « Prévacar » réalisée en 2010, sont anciennes de sorte que la France ne dispose pas de données actualisées sur la santé des personnes détenues. Elles apportent un éclairage sur des problèmes de santé connus en prison et plutôt bien documentés par ailleurs au niveau international alors même que le mode de vie des personnes détenues avant et pendant l'incarcération (consommation de substances psychoactives, habitudes alimentaires, manque d'activité physique, etc.) et le vieillissement de la population carcérale laissent présager une augmentation des

pathologies chroniques (notamment cardio-vasculaires, respiratoires, endocriniennes et cancéreuses) à propos desquelles il existe encore peu ou pas de données épidémiologiques françaises.

Vouloir définir, en France, un système de surveillance de la santé des personnes incarcérées implique de s'interroger sur la nature du dispositif à développer, son organisation et son opérationnalité. À ce titre, l'analyse des expériences étrangères montre qu'il n'existe pas de dispositif de référence pour le suivi pérenne de la santé des personnes détenues. Par contre, elle montre que la mise en place d'un système pérenne et continu est conditionnée à l'existence préalable d'une informatisation des données de santé associée alors à une standardisation de ces données et à la constitution d'une base de données de santé propre à la population des personnes détenues. Or toutes les unités sanitaires situées dans les établissements pénitentiaires ne sont pas encore câblées et très peu utilisent à ce jour des dossiers médicaux informatisés. Dans l'attente d'une telle informatisation, plusieurs pistes peuvent être envisagées pour améliorer la connaissance sur la santé des personnes détenues :

- réitérer des enquêtes spécifiques portant sur des problèmes de santé particulièrement préoccupants en milieu carcéral comme la pathologie psychiatrique (répétition de l'enquête Cemka-Eval) ou les maladies infectieuses (répétition de Prevacar) ;
- réitérer une enquête sur la population entrant en détention ce qui permettrait de caractériser les besoins de santé de la population à l'entrée en détention et d'adapter l'offre de soins en conséquence ;
- développer un volet spécifique « prison » dans les grandes enquêtes de « santé » nationales réalisées de façon périodique ce qui permettrait d'établir un état de santé de la population incarcérée et de le comparer, en ajustant sur les facteurs de risque avec celui de la population générale dans le cadre d'une méthodologie commune ;
- développer un volet spécifique « prison » dans les enquêtes ponctuelles sur des thématiques de santé faisant l'objet d'une surveillance à l'InVS (comme l'alimentation et l'activité physique, les accidents, etc.) ;
- réfléchir à la façon d'inclure une identification « établissement pénitentiaire » comme lieu source dans les formulaires de santé tels que ceux sur la notification des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, déjà effective pour la déclaration obligatoire de la tuberculose.

Quelle que soit l'option adoptée, un véritable engagement politique est nécessaire ainsi que la mise en œuvre de moyens adéquats et la participation de l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de la santé en prison.

Références bibliographiques

- [1] Butler T, Kariminia A, Levy M, Murphy M. The self-reported health status of prisoners in New South Wales. *Aust N Z J Public Health* 2004 ; 28(4):344-50.
- [2] Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet* 2011 ; 377(9769):956-65.
- [3] Watson R, Stimpson A, Hostick T. Prison health care: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2004 ; 41(2):119-28.
- [4] WHO Regional Office for Europe. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe ; 2007. 179 p.
- [5] Condon L, Gill H, Harris F. A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. *J Clin Nurs* 2007 ; 16(7):1201-9.
- [6] WHO Regional Office for Europe. Déclaration sur la santé en prison et la santé publique (adoptée à Moscou le 24 octobre 2003). C: 2003.
- [7] Weild AR, Gill ON, Bennett D, Livingstone SJ, Parry JV, Curran L. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales: a national survey. *Communicable disease and public health / PHLS* 2000 ; 3(2):121-6.
- [8] Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis incidence in prisons: A systematic review. *PLoS Med* 2010 ; 7(12)
- [9] Babudieri S, Longo B, Sarmati L, Starnini G, Dori L, Suligoj B, *et al.* Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: results from a multicentre study in Italy. *J Med Virol* 2005 ; 76(3):311-7.
- [10] Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis* 2007 ; 7(1):32-41.
- [11] Gough E, Kempf MC, Graham L, Manzanero M, Hook EW, Bartolucci A, *et al.* HIV and hepatitis B and C incidence rates in US correctional populations and high risk groups: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2010 ; 10:777.
- [12] Macalino GE, Vlahov D, Sanford-Colby S, Patel S, Sabin K, Salas C, *et al.* Prevalence and incidence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among males in Rhode Island prisons. *Am J Public Health* 2004 ; 94(7):1218-23.
- [13] Weinbaum CM, Sabin KM, Santibanez SS. Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: a review of epidemiology and prevention. *AIDS* 2005 ; 19 Suppl 3:S41-S46.
- [14] World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons (Evidence for Action Technical Papers). Geneva: World Health Organization ; 2007. 159 p.
- [15] Baillargeon J, Black SA, Pulvino J, Dunn K. The disease profile of Texas prison inmates. *Ann Epidemiol* 2000 ; 10(2):74-80.
- [16] Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *J Epidemiol Community Health* 2009 ; 63(11):912-9.
- [17] D'Souza RM, Butler T, Petrovsky N. Assessment of cardiovascular disease risk factors and diabetes mellitus in Australian prisons: Is the prisoner population unhealthier than the rest of the Australian population. *Aust N Z J Public Health* 2005 ; 29(4):318-23.
- [18] Fazel S, Vassos E, Danesh J. Prevalence of epilepsy in prisoners: systematic review. *BMJ* 2002 ; 324(7352):1495.
- [19] Greig JD, Lee MB, Harris JE. Review of enteric outbreaks in prisons: effective infection control interventions. *Public Health* 2011 ; 125(4):222-8.
- [20] Herbert K, Plugge E, Foster C, Doll H. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: A systematic review. *The Lancet* 2012 ; 379(9830):1975-82.
- [21] Maruschak LM. Medical Problems of Jail Inmates. US Department of Justice ; BJS ; 2006. 9 p.
- [22] Plugge EH, Foster CE, Yudkin PL, Douglas N. Cardiovascular disease risk factors and women prisoners in the UK: The impact of imprisonment. *Health Promotion International* 2009 ; 24(4):334-43.
- [23] Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, *et al.* The health and health care of US prisoners: Results of a nationwide survey. *Am J Public Health* 2009 ; 99(4):666-72.
- [24] Shiroma EJ, Ferguson PL, Pickelsimer EE. Prevalence of traumatic brain injury in an offender population: A meta-analysis. *J Correct Health Care* 2010 ; 16(2):147-59.

- [25] Gonin D. La santé incarcérée. Médecine et condition de vie en détention. Paris : L'Archipel ; 1991.
- [26] Grange F, Levin B, Pellenq E, Haegy JM, Guillaume JC. Dermatological consultation behind bars: an analysis on a three-year period in a French prison. *Ann Dermatol Venereol* 2001 ; 128(4):513-6.
- [27] Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, *et al.* Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006 ; 6
- [28] Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002 ; 359(9306):545-50.
- [29] Fazel S, Xenitidis K, Powell J. The prevalence of intellectual disabilities among 12,000 prisoners - a systematic review. *Int J Law Psychiatry* 2008 ; 31(4):369-73.
- [30] Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D. Psychiatric morbidity among prisoners: Summary report. London: Office for National Statistics ; 1998. 31 p.
- [31] Sirdifield C, Gojkovic D, Brooker C, Ferriter M. A systematic review of research on the epidemiology of mental health disorders in prison populations: A summary of findings. *J Forensic Psychiatry Psychol* 2009 ; 20(SUPPL.1):S78-S101.
- [32] Brooker C, Sirdifield C, Gojkovic D. Mental Health Services and Prisoners: An Updated Review. Lincoln: CCAWI University of Lincoln ; 2007. 129 p.
- [33] James DJ, Glaze LE. Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates. US Department of Justice ; BJS ; 2006. 12 p.
- [34] Jaeger D, Monceau M. La consommation des médicaments psychotropes en prison. Ramonville Saint-Agne : Erès ; 1996.
- [35] Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 2006 ; 101(2):181-91.
- [36] Butler T, Indig D, Allnutt S, Mamoon H. Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. *Drug Alcohol Rev* 2011 ; 30(2):188-94.
- [37] Jurgens R, Nowak M, Day M. HIV and incarceration: prisons and detention. *J Int AIDS Soc* 2011 ; 14:26.
- [38] Direction de l'Administration Pénitentiaire. Le suicide en prison: mesure, dispositifs de prévention, évaluation. Direction de l'Administration Pénitentiaire ; 2010. 136 p.
- [39] Fazel S, Benning R, Danesh J. Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978-2003. *Lancet* 2005 ; 366(9493):1301-2.
- [40] Fazel S, Benning R. Suicides in female prisoners in England and Wales, 1978-2004. *Br J Psychiatry* 2009 ; 194(2):183-4.
- [41] Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011 ; 46(3):191-5.
- [42] Fotiadou M, Livaditis M, Manou I, Kaniotou E, Xenitidis K. Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *Int J Law Psychiatry* 2006 ; 29(1):68-73.
- [43] Meltzer H, Jenkins R, Singleton N, Charlton J, Yar M. Non-fatal suicidal behaviour among prisoners. London: Office for National Statistics ; 1999. 79 p.
- [44] Usher A, wer J, Wilton G. Automutilation en milieu carcéral: évaluation, intervention et prévention. Service Correctionnel du Canada (SCC) ; 2010. 53 p.
- [45] Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2012 ; 200(5):364-73.
- [46] Coldefy M. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychiatriques régionaux. *Études et résultats* 2002 ; 181:1-12.
- [47] Mouquet MC. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. *Études et résultats* 1999 ; 4:1-10.
- [48] Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Études et résultats* 2005 ; 386:1-12.
- [49] Desesquelles A. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. *Insee Première* 2002 ; 854:-4.
- [50] Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, *et al.* Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Euro surveillance: bulletin Européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 2013;18(28).
- [51] Salize HJ, Dreäng H, Kief C. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS). Mannheim: Central Institute of Mental Health - European Commission ; 2007. 300 p.

- [52] Aebi MF, Delgrande N. Council of Europe Annual Penal Statistics - SPACE I - Survey 2010. Strasbourg, 23 March 2012: 2012. 150 p.
- [53] Colins O, Vermeiren R, Vreugdenhil C, Van Den Brink W, Doreleijers T, Broekaert E. Psychiatric disorders in detained male adolescents: A systematic literature review. *Can J Psychiatry* 2010 ; 55(4):255-63.
- [54] Fazel S, Hope T, O'Donnell I, Piper M, Jacoby R. Health of elderly male prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners. *Age Ageing* 2001 ; 30(5):403-7.
- [55] Fazel S, Doll H, Langstrom N. Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(9):1010-9.
- [56] Templeton DJ. Sexually transmitted infection and blood-borne virus screening in juvenile correctional facilities: A review of the literature and recommendations for Australian centres. *J Clin Forensic Med* 2006 ; 13(1):30-6.
- [57] Vincent GM, Grisso T, Terry A, Banks S. Sex and race differences in mental health symptoms in juvenile justice: The MAYSI-2 national meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008 ; 47(3):282-90.
- [58] Shaw J, Appleby L, Baker D. Safer Prisons. A National Study of Prison Suicides 1999-2000 by the National Confidential Inquiry into Suicides and Homicides by People with Mental Illness. Department of Health ; 2003. 65 p.
- [59] Marzano L, Rivlin A, Fazel S, Hawton K. Interviewing survivors of near-lethal self-harm: a novel approach for investigating suicide amongst prisoners. *J Forensic Leg Med* 2009 ; 16(3):152-5.
- [60] Power J, Brown SL. L'automutilation: analyse documentaire et répercussions sur les services correctionnels. Service Correctionnel du Canada (SCC) ; 2010. 59 p.
- [61] Gordon A. Incidents d'automutilation survenus dans les établissements du SCC sur une période de trente mois. Ottawa: Direction de la recherche - Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2010. 40 p.
- [62] Power J, Riley DL. Étude comparative des rapports d'enquête sur le suicide et sur l'automutilation chez les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada. Ottawa: Direction de la recherche - Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2010. 4 p.
- [63] Power J, Usher A. Étude qualitative de l'automutilation chez les femmes incarcérées. Ottawa: Direction de la recherche - Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2010. 4 p.
- [64] Kunic D, Grant BA. Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT): résultats du projet pilote. Ottawa: Direction de la recherche - Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2007. 7 p.
- [65] Stewart L, Harris A, Wilton G, Archambault K, Cousineau C, Varrette S, et al. Rapport initial sur les résultats du projet pilote sur le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI). Ottawa: Direction de la recherche - Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2010. 6 p.
- [66] Wilton G. Validation du Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI). Résultats de recherche émergents 2010 ; 10-2:-1.
- [67] Motiuk L, Porporino FJ. La prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale dans les pénitenciers du Canada. Ottawa: Direction de la recherche et des statistiques - Service correctionnel du Canada (SCC) ; 1991. 59 p.
- [68] Usher A, Stewart L, Wilton G, Malek A. Profil et résultats des délinquants souffrant de TDAH. Ottawa: Direction de la recherche - Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2010. 4 p.
- [69] Wichmann C, Serin R, Motiuk L. La prévision des tentatives de suicide chez les délinquants dans les pénitenciers fédéraux. Direction de la Recherche - Service Correctionnel du Canada (SCC) ; 2000. 51 p.
- [70] Direction générale des Établissements pénitentiaires. Rapport d'activités. Bruxelles: Service Public Fédéral Justice ; 2011. 179 p.
- [71] Mumola CJ. Medical Causes of Death in State Prisons, 2001-2004. US Department of Justice ; BJS ; 2007. 12 p.
- [72] Noonan M. Mortality in Local Jails, 2000-2007. US Department of Justice ; BJS ; 2010. 20 p.
- [73] Maruschak LM. HIV in Prisons, 2007-08. US Department of Justice ; BJS ; 2009. 12 p.
- [74] Mumola CJ, Karberg JC. Drug Use and Dependence, State and Federal prisoners, 2004. US Department of Justice ; BJS ; 2006. 12 p.
- [75] Department of Corrections (NZ). Census of Prison Inmates 1999. Wellington: Department of Corrections ; 2000. 7 p.

- [76] Department of Corrections (NZ). Census of Prison Inmates and Home Detainees 2001. Wellington: Department of Corrections ; 2003. 78 p.
- [77] Australian Institute of Health and Welfare. The health of Australia's prisoners 2010. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) ; 2011.
- [78] Service correctionnel du Canada. La lutte anti-tuberculeuse dans les pénitenciers fédéraux canadiens 1998: compte-rendu des résultats du système de dépistage de la tuberculose du Service correctionnel du Canada. Ottawa: Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2000. 23 p.
- [79] Service correctionnel du Canada. La lutte antituberculeuse dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 1999-2001: compte-rendu des résultats du Système de dépistage de la tuberculose du Service Correctionnel du Canada. Ottawa: Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2005. 9 p.
- [80] Service correctionnel du Canada. Surveillance des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens 2002-2004. Ottawa: Direction de la santé publique - Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2004. 88 p.
- [81] Service correctionnel du Canada. Surveillance des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens 2005-2006. Rapport provisoire. Ottawa: Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2006. 18 p.
- [82] Health Protection Agency (HPA). Health Protection in Prisons: 2009-2010 report. London: HPA ; 2011. 16 p.
- [83] Enggist S, Werren A. Planification du projet de mise en œuvre « Lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral (LuMMic) 2008-2010 ». Office fédéral de la santé publique (OFSP) ; 2008. 14 p.
- [84] Butler T, Papanastasiou C. National Prison Entrant's Bloodborne Virus and Risk Behaviour Survey Report. 2004 and 2007. National Drug Research Institute (Curtin University) & National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (University of New South Wales) ; 2008. 147 p.
- [85] Department of Corrections (NZ). The National Study of Psychiatric Morbidity in New Zealand Prisons. NZ Department of Corrections ; 1999. 78 p.
- [86] Ministry of Health (NZ). Results from the Prisoner Health Survey 2005. Wellington: Ministry of Health (New Zealand) ; 2006. 150 p.
- [87] Robinson D, Mirabelli L. Résumé des constatations du Sondage national auprès des détenus réalisé en 1995 par le SCC. Ottawa: Service correctionnel du Canada (SCC) ; 1996.
- [88] Zakaria D, Thompson JM, Borgatta F. Matériel d'étude pour le Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque. Ottawa: Direction de la recherche - Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2010. 8 p.
- [89] Zakaria D, Thompson JM, Jarvis A, Smith J. Dépistage et traitement des infections aux virus de l'immunodéficience humaine et de l'hépatite C chez les détenus sous responsabilité fédérale au Canada. Ottawa: Direction de la recherche - Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2010. 4 p.
- [90] Zakaria D, Thompson JM, Jarvis A, Borgatta F. Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque. Ottawa: Direction de la recherche - Service correctionnel du Canada (SCC) ; 2010. 8 p.
- [91] Moens G, Haenen R, Van Mol F, Van Oost J, De Schryver A, Jacques P. The prevalence of infections among non-hospitalized inmates in Belgian prisons. Archives of Public Health 1997 ; 55(5-6):159-68.
- [92] Feron JM, Paulus D, Tonglet R, Lorant V, Pestiaux D. Substantial use of primary health care by prisoners: Epidemiological description and possible explanations. J Epidemiol Community Health 2005 ; 59(8):651-5.
- [93] Esposito M. The health of Italian prison inmates today: A critical approach. J Correct Health Care 2010 ; 16(3):230-8.
- [94] Codelfy M. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychiatriques régionaux. Études et résultats 2002 ; 181:1-12.
- [95] Desesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France. Quelle différence avec la situation en population générale? Population 2005 ; 60(1-2):71-98. Disponible à partir de l'URL : <http://www.cairn.info/revue-population-2005-1-page-71.htm>

- [96] Falissard B, Duburcq A, Coulomb S, Bonte J, Marchand C, Fagnani F. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique). Rapport final. Paris: Direction générale de la santé, Direction de l'administration pénitentiaire ; 2004. 3 p.
- [97] Kjelsberg E, Hartvig P. Can morbidity be inferred from prescription drug use? Results from a nation-wide prison population study. *Eur J Epidemiol* 2005 ; 20(7):587-92.
- [98] Kjelsberg E, Hartvig P, Bowitz H, Kuisma I, Norbeck P, Rustad AB, et al. Mental health consultations in a prison population: A descriptive study. *BMC Psychiatry* 2006 ; 6
- [99] Bjorngaard JH, Rustad AB, Kjelsberg E. The prisoner as patient - a health services satisfaction survey. *BMC Health Serv Res* 2009 ; 9:176.
- [100] Bridgwood A, Malbon G. Survey of the Physical health of Prisoners 1994. London: Office of Population Censuses and Surveys. Social Survey Division ; 1995.
- [101] Plugge E, Douglas N, Fitzpatrick R. The Health of Women in Prison Study Findings. Oxford: Department of Public Health, University of Oxford ; 2006. 79 p.
- [102] Stewart D. The problems and needs of newly sentenced prisoners: results from a national survey. Ministry of Justice ; 2008. 26 p.
- [103] ARS Toscana. Lo stato di salute dei detenuti toscani. ARS Toscana ; 2010. 96 p.

Annexes

Fiches descriptives des quinze pays étudiés

Pays	Australie
Effectif de la population carcérale	29 383 personnes incarcérées (chiffres 2012)
Taux d'emprisonnement	130/100 000 habitants (chiffres 2012)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère chargé de la santé ou ministère chargé de la justice selon les juridictions, avec des modalités de prise en charge confiées soit au secteur public ou au secteur privé
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique et continu. Réalisé par l'Australian Institute of Criminology (AIC).
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Aucun
Dispositif de surveillance thématique	Aucun
Dispositif de surveillance général	Enquête annuelle sur la santé en prison (depuis 2009). ⇒ Réalisée par l'Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). ⇒ Enquête réalisée par questionnaires administrés et/ou remplis par les professionnels de santé exerçant en prison (inclusion exhaustive sur 2 semaines). ⇒ Population cible : tous les entrants, toutes les consultations et tous les traitements au long cours sur la période d'étude (à terme distinction de 4 périodes : l'entrée, la détention, la sortie, la post-sortie).
Enquêtes épidémiologiques nationales	National Prison Entrants Bloodborne Virus and Risk Behaviour Survey (2004 ; 2007)
Accessibilité et source de l'information	Bonne accessibilité des informations. Publications scientifiques internationales. Sites internet officiels et rapports téléchargeables. AIHW : http://www.aihw.gov.au/prisoner-health/ AIC : http://www.aic.gov.au/criminal_justice_system.html

Pays	Nouvelle-Zélande
Effectif de la population carcérale	8 623 personnes incarcérées (chiffres 2012)
Taux d'emprisonnement	194/100 000 habitants (chiffres 2012)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère de la Justice (Department of Corrections) Le ministère de la santé est responsable de la promotion et la prévention de la santé.
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès/suicides systématique et continu. Réalisé par l'Administration pénitentiaire (Department of Corrections). + signalement systématique à l'Ombudsman (le défenseur des droits)
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Aucun
Dispositif de surveillance thématique	Aucun
Dispositif de surveillance général	Enquête « carcérale » bisannuelle (depuis 1987) incluant quelques données médicales (nombre de détenus ayant un suivi psychologique et/ou psychiatrique et nombre de détenus bénéficiant d'une prescription médicamenteuse). ⇒ Réalisée par le Department of Corrections. ⇒ Réalisée un jour donné (exhaustivité) sur la base du fichier national des détenus de l'administration pénitentiaire. ⇒ Population cible : toutes les personnes détenues.
Enquêtes épidémiologiques nationales	The National Study of Psychiatric Morbidity (1999) The Prisoner Health Survey (2005)
Accessibilité et source de l'information	Bonne accessibilité des informations. Sites internet officiels et rapports téléchargeables. Department of Corrections: http://www.corrections.govt.nz/ Ministry of Health: http://www.health.govt.nz/

Pays	Canada
Effectif de la population carcérale	38 691 personnes incarcérées (chiffres 2010)
Taux d'emprisonnement	114/100 000 habitants (chiffres 2009)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère de la Justice (Service correctionnel du Canada – SCC)
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique et continu. Réalisé par la Direction des enquêtes sur les incidents du Service correctionnel du Canada (SCC) pour les prisons fédérales.
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Signalement des actes auto-agressifs (en tant qu'incidents survenant en détention) dans le Système de gestion informatique des détenus (SGD).
Dispositif de surveillance thématique	Système de surveillance des maladies infectieuses (SSMI). ⇒ Système de surveillance continu et passif (informations transmises tous les mois par les services de santé des établissements pénitentiaires). ⇒ Registre agrégé des tests sérologiques de dépistage et des déclarations de cas d'infection par le VIH, VHC, VHB, VHA, tuberculose et IST. ⇒ Population cible : toutes les personnes détenues des établissements fédéraux (en place depuis 2000).
Dispositif de surveillance général	SGD qui inclut des données de santé. ⇒ Mis en place par le SCC. ⇒ Enregistrement continu et systématique des données de santé dans un module spécifique de la base de données nationale des personnes détenues (enregistrement des données à l'entrée et en cours de détention). ⇒ Utilisation d'outils standardisés pour l'évaluation à l'entrée (santé générale, dépistage des troubles mentaux, des addictions, des traitements, etc.). ⇒ Population cible : toutes les personnes détenues du SCC.
Enquêtes épidémiologiques nationales	Enquête sur la santé mentale (1988) Sondage national auprès des détenus – santé générale (1995) Sondage national sur les maladies infectieuses et les conduites à risque (2007)
Accessibilité et source de l'information	Bonne accessibilité des informations. Publications scientifiques internationales. Site internet officiel et rapports téléchargeables. SCC : http://www.csc-scc.gc.ca/

Pays	États-Unis
Effectif de la population carcérale	2 239 751 personnes incarcérées (chiffres 2011)
Taux d'emprisonnement	716/100 000 habitants (chiffres 2011)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère de la Justice (The United States Department of Justice) ou des établissements privés (si gestion privée)
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique et trimestriel. Réalisé par le Bureau of Justice Statistics (BJS) du Department of Justice (gouvernement fédéral).
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Aucun
Dispositif de surveillance thématique	Aucun
Dispositif de surveillance général	Enquêtes « carcérales » de grande envergure couvrant également la santé, reconduites tous les 5-7 ans depuis 1974 dans les 3 types d'établissements (federal prison, state prison, local jails). ⇒ Dispositif mis en place par le Bureau of Justice Statistics (BJS) du Department of Justice (gouvernement fédéral). ⇒ Enquête transversale par questionnaires administrés par des enquêteurs (échantillon national représentatif établi d'après un plan de sondage à deux degrés). ⇒ Population cible : toutes les personnes détenues.
Enquêtes épidémiologiques nationales	Études et rapports thématiques réalisés d'après les résultats des trois enquêtes nationales régulièrement reconduites dont les données sont mises à disposition sur le site du BJS.
Accessibilité et source de l'information	Bonne accessibilité des informations. Publications scientifiques internationales. Site internet officiel et rapports téléchargeables. BJS : http://bjs.ojp.usdoj.gov/

Pays	Allemagne
Effectif de la population carcérale	71 634 personnes incarcérées (chiffres 2010)
Taux d'emprisonnement	87,6/100 000 habitants (chiffres 2010)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère de la Justice de chaque Land
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique et continu. Réalisé par l'Administration pénitentiaire (Aufsichtbehörde).
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Aucun
Dispositif de surveillance thématique	Aucun
Dispositif de surveillance général	Aucun
Enquêtes épidémiologiques nationales	Pas d'enquête d'envergure nationale.
Accessibilité et source de l'information	Peu de données nationales et faible accessibilité des informations. Rapports européens (EUPRIS, 2007 ; SPACE I- Survey 2010, 2012). Contact direct avec un correspondant national (par e-mail).

Pays	Belgique
Effectif de la population carcérale	11 382 personnes incarcérées (chiffres 2010)
Taux d'emprisonnement	105/100 000 habitants (chiffres 2010)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère de la Justice (Service Public Fédéral Justice)
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique et continu. Réalisé par la Direction générale des établissements pénitentiaires du Service Public Fédéral Justice.
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Aucun
Dispositif de surveillance thématique	Aucun
Dispositif de surveillance général	Dossier médical des personnes détenues informatisé depuis 1999 à l'échelle de chaque établissement pénitentiaire. Depuis 2011, dossier médical informatisé à l'échelle nationale. ⇒ Dispositif mis en place par le ministère de la Justice. ⇒ Création d'une base nationale de données, accès <i>via</i> une application internet avec code d'accès différencié selon le professionnel. ⇒ Enregistrement systématique et en continu des données de santé sous une forme structurée et standardisée. ⇒ Population cible : toutes les personnes détenues.
Enquêtes épidémiologiques nationales	Étude sur les infections en prison (1997) Étude épidémiologique sur le recours aux soins en prison (2005)
Accessibilité et source de l'information	Production et accessibilité modérées des informations. Rapports européens (EUPRIS, 2007 ; SPACE I- Survey 2010, 2012) et quelques publications scientifiques internationales. Service Public Fédéral Justice : http://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/prisons/ Contact direct avec un correspondant national (à Copenhague).

Pays	Danemark
Effectif de la population carcérale	3 944 personnes incarcérées (chiffres 2010)
Taux d'emprisonnement	71,3/100 000 habitants (chiffres 2010)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère de la Justice (Justitsministeriet)
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique et continu. Réalisé par l'Administration pénitentiaire. + signalement systématique à l'Ombudsman (défenseur des droits)
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Signalement de toutes les tentatives de suicide à l'Ombudsman.
Dispositif de surveillance thématique	Aucun
Dispositif de surveillance général	Aucun
Enquêtes épidémiologiques nationales	Pas d'enquête d'envergure nationale.
Accessibilité et source de l'information	Peu de données nationales et faible accessibilité des informations. Rapports européens (EUPRIS, 2007 ; SPACE I- Survey 2010, 2012) et quelques publications scientifiques internationales. Contact direct avec un correspondant national (à Copenhague).

Pays	Espagne
Effectif de la population carcérale	65 098 personnes incarcérées (chiffres 2010)
Taux d'emprisonnement	164,8/100 000 habitants (chiffres 2010)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère de l'Intérieur (qui gère les établissements pénitentiaires) (Ministerio del Interior)
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès/suicides systématique. Périodicité inconnue. Réalisé par l'Administration pénitentiaire (ministère de l'Intérieur).
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Aucun
Dispositif de surveillance thématique	Aucun
Dispositif de surveillance général	Aucun
Enquêtes épidémiologiques nationales	Enquête sur la prévalence des troubles mentaux (2011)
Accessibilité et source de l'information	Peu de données nationales et faible accessibilité des informations. Rapports européens (EUPRIS, 2007 ; SPACE I- Survey 2010, 2012). Contact direct avec un correspondant national (par e-mail). Revue spécialisée (langue espagnole) : <i>Revista Española de Sanidad Penitenciaria</i> : http://www.sanipe.es/index.html

Pays	Finlande
Effectif de la population carcérale	3 316 personnes incarcérées (chiffres 2010)
Taux d'emprisonnement	62/100 000 habitants (chiffres 2010)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère de la Justice (Justitieministeriet)
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique. Périodicité inconnue. Réalisé par l'Administration pénitentiaire (Criminal Sanctions Agency).
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Aucun
Dispositif de surveillance thématique	Evaluation standardisée à l'entrée des addictions et de la capacité à travailler (utilisée à des fins de prise en charge individuelle et non de surveillance). ⇒ Population cible : tous les entrants, hommes et femmes.
Dispositif de surveillance général	Aucun
Enquêtes épidémiologiques nationales	Étude épidémiologique – santé générale (1985 ; 1992 ; 2006) Évaluation de la santé en prison (2002) Étude de la morbidité psychiatrique des jeunes détenus (non daté)
Accessibilité et source de l'information	Production et accessibilité modérées des informations. Rapports européens (EUPRIS, 2007 ; SPACE I- Survey 2010, 2012) et quelques publications scientifiques internationales. Contact direct avec un correspondant national (par e-mail).

Pays	France
Effectif de la population carcérale	66 925 personnes incarcérées (chiffres 2010)
Taux d'emprisonnement	103,5/100 000 habitants (chiffres 2010)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère chargé de la santé (depuis 1994)
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique et continu. Réalisé par l'Administration pénitentiaire (DAP).
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Signalement des actes auto-agressifs (en tant qu'incidents survenant en détention) dans le fichier national des détenus (mais signalement non systématique).
Dispositif de surveillance thématique	Aucun
Dispositif de surveillance général	Aucun
Enquêtes épidémiologiques nationales	Enquête Drees santé des entrants (1997 ; 2003) Enquête Drees SMPR (2001) Handicaps, Incapacités, Dépendances (HID) prisons (2001) Cemka-Eval – troubles psychiatriques (2004) Prévacar – VIH, VHC, TSO (2010)
Accessibilité et source de l'information	Production et accessibilité modérées des informations. Rapports européens (EUPRIS, 2007 ; SPACE I- Survey 2010, 2012) et quelques publications scientifiques internationales. Ministère des Affaires sociales et de la Santé : http://www.sante.gouv.fr/ (pas de page internet dédiée, utiliser le moteur de recherche pour accéder aux documents sur le sujet).

Pays	Italie
Effectif de la population carcérale	68 345 personnes incarcérées (chiffres 2010)
Taux d'emprisonnement	113,3/100 000 habitants (chiffres 2010)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère chargé de la santé (depuis 2008) (Ministero della Salute – Servizio Sanitario Nazionale)
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique. Périodicité inconnue. Réalisé par l'Administration pénitentiaire (Dipartimento Amministrazione Penitenziaria).
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Aucun
Dispositif de surveillance thématique	Système de surveillance de la toxicomanie et de l'infection VIH (1991-2002). ⇒ Système de surveillance continu et passif avec une remontée semestrielle d'informations <i>via</i> les équipes soignantes des établissements. ⇒ Dispositif interrompu en 2002 suite au transfert progressif de la responsabilité de l'organisation de la prise en charge sanitaire au ministère de la santé.
Dispositif de surveillance général	Aucun
Enquêtes épidémiologiques nationales	Enquête épidémiologique – santé générale (2005)
Accessibilité et source de l'information	Production modérée et faible accessibilité des informations. Rapports européens (EUPRIS, 2007 ; SPACE I- Survey 2010, 2012) et quelques publications scientifiques internationales. Pas de contact avec un correspondant national.

Pays	Norvège
Effectif de la population carcérale	3 636 personnes incarcérées (chiffres 2010)
Taux d'emprisonnement	74,8/100 000 habitants (chiffres 2010)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère de la Santé et des Affaires sociales (depuis 1988) (Helse – OG Omsorgsdepartementet)
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique et continu. Réalisé par l'Administration pénitentiaire (Département des services correctionnels).
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Aucun
Dispositif de surveillance thématique	Aucun
Dispositif de surveillance général	Aucun
Enquêtes épidémiologiques nationales	Étude sur les conditions de vie en prison (2003) Étude de la prévalence des troubles mentaux (2004) Étude épidémiologique – santé générale (2005) Étude descriptive des interventions et consultations en psychiatrie (2006) Enquête de satisfaction sur les services médicaux (2009)
Accessibilité et source de l'information	Production et accessibilité modérées des informations. Rapports européens (EUPRIS, 2007 ; SPACE I- Survey 2010, 2012) et quelques publications scientifiques internationales. Contact direct avec un correspondant national (par e-mail).

Pays	Pays-Bas
Effectif de la population carcérale	11 737 personnes incarcérées (chiffres 2010)
Taux d'emprisonnement	70,8/100 000 habitants (chiffres 2010)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère de la Sécurité et de la Justice (Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) – Ministerie van Veiligheid en Justitie)
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique et continu. Réalisé par l'Administration pénitentiaire (DJI).
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Aucun
Dispositif de surveillance thématique	Evaluation standardisée à l'entrée de la santé mentale et des addictions (statistiques nationales). + enregistrement au niveau de l'administration centrale des consultations psychiatriques et des diagnostics DSM-IV. ⇒ Réalisé par le Forensic Psychiatric Service. ⇒ Population cible : toutes les personnes détenues.
Dispositif de surveillance général	Aucun
Enquêtes épidémiologiques nationales	Pas d'enquête d'envergure nationale.
Accessibilité et source de l'information	Peu de données nationales et faible accessibilité des informations. Documents et rapports téléchargeables sur : http://www.wodc.nl/ (documents en néerlandais mais résumés disponibles en anglais). Rapports européens (EUPRIS, 2007 ; SPACE I- Survey 2010, 2012). Contact direct avec un correspondant national (par e-mail).

Pays	Royaume-Uni
Effectif de la population carcérale	85 002 personnes incarcérées (chiffres 2010)
Taux d'emprisonnement	153,9/100 000 habitants (chiffres 2010)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère de la Santé (depuis 2006) (Department of Health – National Health Service)
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique et continu. Réalisé par l'Administration pénitentiaire (National Offender Management Service – NOMS). + signalement systématique à l'Ombudsman
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Depuis 2002, signalement de tous les actes auto-agressifs dans une base de données (NOMS Death in Prison Custody database).
Dispositif de surveillance thématique	Programme de surveillance et de prévention des maladies infectieuses (depuis 2002). ⇒ Réalisé par la Health Protection Agency (HPA) ; déclinaison du dispositif national de surveillance de déclaration obligatoire selon un circuit propre au milieu carcéral. ⇒ Population cible : toutes les personnes détenues.
Dispositif de surveillance général	Aucun
Enquêtes épidémiologiques nationales	The Survey of Physical Health of Prisoners (1994) The ONS Survey of Psychiatric Morbidity (1998) The Health of Women in Prison Study (2006) Surveying Prisoner Crime Reduction – Santé et évaluation des besoins (2008)
Accessibilité et source de l'information	Bonne accessibilité des informations. Publications scientifiques internationales. Sites internet officiels et rapports téléchargeables. Offender Health : http://www.dh.gov.uk/health/category/policy-areas/social-care/offender-health/ Offender Health Research Network: http://www.ohrn.nhs.uk/ Health Protection Agency: http://www.hpa.org.uk/

Pays	Suisse
Effectif de la population carcérale	6 181 personnes incarcérées (chiffres 2010)
Taux d'emprisonnement	79,4/100 000 habitants (chiffres 2010)
Autorité responsable de l'organisation de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral	Ministère de la Justice pour 23/26 cantons et Ministère de la Santé pour 3/26 cantons
Dispositif de surveillance de la mortalité	Recensement des décès / suicides systématique et annuel. Réalisé par l'Office fédéral des statistiques.
Dispositif de surveillance des actes auto-agressifs	Aucun
Dispositif de surveillance thématique	Projet BIG sur la lutte contre les maladies infectieuses (2008). ⇒ Projet porté par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). ⇒ Inclusion des établissements pénitentiaires dans le processus de déclaration obligatoire des maladies infectieuses (identification requise de l'établissement pour permettre un suivi spécifique en prison). ⇒ Population cible : toutes les personnes détenues.
Dispositif de surveillance général	Aucun
Enquêtes épidémiologiques nationales	Pas d'enquête d'envergure nationale.
Accessibilité et source de l'information	Production et accessibilité modérées des informations. Rapports européens (EUPRIS, 2007 ; SPACE I- Survey 2010, 2012) et quelques publications scientifiques internationales. Contact direct avec un correspondant national (par e-mail). Office Fédéral de la Justice : http://www.bj.admin.ch/bj/fr/home.html CSFPP : http://www.prison.ch/fr

Dispositifs de surveillance et enquêtes nationales sur la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger

Dans un contexte où se pose en France la question de la mise en place d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes incarcérées, ce rapport présente les résultats d'une recherche portant sur les modalités de surveillance épidémiologique existant dans ce domaine dans quinze pays occidentaux (en Océanie, Amérique du Nord, Europe). Les moyens investis et les méthodes utilisées pour surveiller la santé en prison sont hétérogènes selon les pays. Si tous enregistrent en routine les données de mortalité, seuls quatre pays ont développé un dispositif de surveillance couvrant plusieurs thématiques de santé, selon deux organisations très différentes. Le Canada et la Belgique recueillent en routine ces données de santé de manière systématique, standardisée et informatisée, alors que les États-Unis et l'Australie ont développé des enquêtes d'envergure nationale, régulièrement reconduites. Certains pays ont mis en place des dispositifs de surveillance dédiés à une thématique de santé particulière, comme les maladies infectieuses (Canada, Royaume-Uni, Suisse) ou la santé mentale (Pays-Bas, Finlande). Concernant les autres pays, dont la France, la production de données de santé se limite majoritairement à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques ponctuelles couvrant généralement une thématique spécifique (psychiatrie, addictions, maladies infectieuses). La diversité de ces approches permet d'alimenter les réflexions sur la faisabilité et l'organisation d'un futur dispositif de surveillance de la santé des personnes incarcérées en France.

Mots clés : dispositif de surveillance, santé, prison, détenu

Monitoring systems and national surveys on prison health in France and abroad

The implementation of a monitoring system of prison health is under consideration in France. In this context, this report presents the results of a search on such monitoring systems implemented in fifteen occidental countries (in Oceania, North America and Europe). The means and methods implemented to monitor the health of prisoners are heterogeneous between the countries. If all countries record in routine mortality data, only four have developed a monitoring system covering a wide array of health data, with two different methods: Canada and Belgium collect in routine health data with a systematic, standardized and computerized way, while United-States and Australia have developed nationwide regularly repeated surveys. Some countries have set up monitoring systems restricted to specific health problems, such as infectious diseases (in Canada, United Kingdom and Switzerland) and mental health (in Netherlands and Finland). For other countries, among which France, prison health monitoring systems are limited to occasional epidemiological studies, covering specific topics (psychiatric disorders, addictions, or infectious diseases). This search highlights the diversity of approaches and methods developed to monitor prisoners' health in high-income countries. The analysis of these different systems gives insights on the feasibility and the appropriate characteristics of the future French monitoring system of prisoners' health.

Citation suggérée :

Verdot C, Godin-Blandeau E, Develay AE. Dispositifs de surveillance et enquêtes nationales sur la santé des personnes incarcérées en France et à l'étranger. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 48 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>