



Ministère
de l'emploi, du travail
et de la cohésion sociale

Ministère des Solidarités,
de la santé et de la famille



Études et Résultats

N°386 • mars 2005

La grande majorité des personnes entrées en prison au cours de l'année 2003 sont des hommes âgés de 18 à 44 ans.

En 2003, huit entrants sur dix ont été jugés lors de la visite médicale d'entrée en bon état de santé général à leur arrivée en prison.

Mais ils déclarent beaucoup plus de consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes) que l'ensemble de la population et pour le quart d'entre eux des consommations qui se cumulent.

En outre, à l'issue de l'examen médical d'entrée, une personne entrant en prison sur dix se voit prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie.

Par rapport à 1997, la prévalence des consommations à risque de substances psychoactives a eu tendance à diminuer, de même que la proportion des personnes déclarant une sérologie positive pour le VIH, le VHB et/ou le VHC.

On note par ailleurs une augmentation des prescriptions d'examens de biologie et d'imagerie, ainsi que de consultations d'hépatogastro-entérologie.

Les femmes et les mineurs, groupes de populations peu nombreux en prison, ont des usages encore plus importants de produits psychoactifs eu égard à l'ensemble de la population, et qui pour les femmes se rapprochent de ceux des hommes.

La santé des personnes entrées en prison en 2003

La prise en charge sanitaire des détenus nécessite une connaissance régulière de l'état de santé des personnes qui arrivent en prison. Une enquête avait été réalisée au printemps 1997, lors de la visite médicale d'entrée, dans l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires (glossaire), établissements qui accueillent la quasi-totalité des personnes arrivant du milieu libre. Cette enquête avait permis, pour la première fois, d'approcher, au niveau national les besoins de soins des futurs détenus. Son renouvellement en 2003 selon une méthodologie quasi identique (encadré 1) donne des indications sur la situation récente et son évolution depuis 1997.

Au cours de l'année 2003, la direction de l'Administration pénitentiaire a enregistré 80 621 entrées dans les 134 maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires (tableau 1). Parmi elles, 3 970 (4,9 %) ont concerné des mineurs et 3 634 (4,5 %) des femmes.

Un état général jugé bon à l'examen clinique d'entrée pour huit nouveaux détenus sur dix...

Après l'examen clinique d'entrée, les médecins jugent 80 % des entrants en bon état de santé général (tableau 2). À l'inverse, 1,7 % sont considérés comme étant en mauvais état général. Les entrants en prison sont très majoritairement des hommes âgés de 18 à 44 ans, groupe qui, en population générale, se considère généralement en bonne santé. Le Baromètre santé 2000¹ indique, par exemple, que les indicateurs de santé physique et de santé perçue déclarés sont plus élevés dans cette classe d'âge et les scores significativement plus importants pour les hommes.

Marie-Claude MOUQUET

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère des solidarités, de la santé et de la famille
Drees

1. Enquêtes multithématiques et répétées régulièrement au cours du temps réalisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).



Par ailleurs, les médecins estiment qu'un peu plus de la moitié des arrivants en détention a besoin de soins bucco-dentaires, non urgents dans la très grande majorité des cas (95 %), sachant que

2,7 % des entrants requièrent au contraire des soins urgents (tableau 2). Si dans l'ensemble, la proportion d'entrants jugés en bon état général à leur arrivée en prison est un peu plus élevée en 2003 qu'en

1997, l'état bucco-dentaire des nouveaux détenus est en revanche un peu moins souvent jugé bon par les médecins.

... mais des maladies chroniques qui nécessitent la poursuite des traitements en prison

En 2003, près de six entrants en prison sur dix déclarent avoir eu au moins un recours au système de soins dans les douze mois précédant leur incarcération (tableau 2). Il s'agit le plus souvent d'une consultation ou d'une visite à domicile (53 % des entrants). Lorsqu'ils étaient en liberté, les nouveaux détenus avaient donc moins recours au système de soins que l'ensemble de la population (d'après l'enquête ESPS² en 2002, près des deux tiers de hommes âgés de 18 à 24 ans et de 70 % de ceux âgés de 25 à 54 ans ont consulté un médecin généraliste dans les douze mois précédents).

Comme pour l'ensemble de la population, le recours au système de soins varie notablement chez les nouveaux détenus en fonction de leur niveau de protection sociale et de leur état de santé. Ainsi, les entrants sans protection sociale, par ailleurs nettement plus nombreux qu'en population générale (encadré 2) ont été seulement un tiers à déclarer au moins un contact avec le système de soins dans les douze mois précédents. Inversement près de neuf entrants sur dix se déclarant bénéficiaire d'une prise en charge médico-sociale (allocation pour adulte handicapé, invalidité ou longue maladie, exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée) déclarent en avoir eu un.

Ces prises en charge médico-sociales indiquent, à cet égard, la présence de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles nécessitant des soins ou des traitements médicamenteux à poursuivre en prison ou des aides pour la vie quotidienne. Environ 6 % des entrants en prison en 2003 déclarent ainsi souffrir de tels problèmes de santé (tableau 2).

Les traitements médicamenteux en cours à l'arrivée témoignent, quant à eux, de maladies dont le traitement est appelé à se poursuivre en prison. Hormis les problèmes de santé mentale, il s'agit le plus souvent, en 2003, d'asthme, de maladies cardiovasculaires et d'épilepsie. En effet, 4,4 % des entrants déclarent prendre des broncho-dilatateurs ou anti-asthmatiques, 2,3 % des médicaments

T • 01 répartition des établissements pénitentiaires enquêtés

	1997			2003		
	France métropolitaine	Départements d'Outre-mer	France entière	France métropolitaine	Départements d'Outre-mer	France entière
Maison d'arrêt	113	4	117	112	3	115
Quartier maison d'arrêt	15	3	18	15	4	19
Total	128	7	135	127	7	134
Nombre d'entrants	75 738	2 687	78 425	77 872	2 749	80 621
dont :						
Mineurs			3 692			3 970
Femmes			4 101			3 634

Champ : France entière.
Source : Ministère de la Justice, direction de l'Administration pénitentiaire

T • 02 entrants en prison appréciation de l'état de santé

	En %	
	1997	2003
<i>Proportion d'entrants dont l'état général est jugé</i>		
Bon	77,1	80,3
Moyen	21,2	18,0
Mauvais	1,7	1,7
Total	100,0	100,0
<i>Proportion d'entrants dont l'état bucco-dentaire est jugé</i>		
Bon	49,7	47,3
Nécessitant des soins à programmer	47,7	50,0
Nécessitant des soins en urgence	2,6	2,7
Total	100,0	100,0
<i>Proportion d'entrants déclarant avoir eu au moins un contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération</i>		
Total (1)	58,3	56,2
dont : Consultation ou visite médicale ou suivi gynécologique	53,7	52,7
Hospitalisation d'au moins 4 jours pour traumatisme	7,3	6,5
Autre hospitalisation sauf en psychiatrie	8,9	7,7
Suivi régulier ou hospitalisation en psychiatrie	8,8	9,1
- dont proportion avec traitement en cours par des psychotropes	5,1	5,8
<i>Proportion d'entrants déclarant bénéficier de ou être en</i>		
Allocation pour adulte handicapé (AAH)	///	2,4
Invalidité ou longue maladie	///	3,3
Exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD)	///	3,8
Au moins un des trois	///	6,2
<i>Proportion d'entrants déclarant un traitement en cours par</i>		
Bronchodilatateurs et anti-asthmatiques	3,7	4,4
Antituberculeux	0,1	0,0
Anticomitiaux	1,3	2,0
Insuline	0,4	0,5
Anti-HTA, anti-angor ou anticoagulants	2,3	2,3
Tri thérapies ou autres antirétroviraux	0,8	0,5
Traitement antiviral (anti VHC, anti VHB,...)	0,3	0,2
Autre traitement au long cours (hors contraception)	///	5,5
<i>Proportion d'entrants déclarant avoir</i>		
Fait une tentative de suicide dans les 12 mois précédant l'incarcération	///	5,9
Un piercing ou un tatouage	///	24,8

(1) Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant ayant pu avoir plusieurs contacts avec le système de soins.
Champ : France entière.
Source : Enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Drees

2. Enquête santé et protection sociale réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes).

contre l'hypertension ou l'angine de poitrine ou des anticoagulants et 2 % des anticomitiaux (tableau 2). Ces fréquences diffèrent sensiblement de celles observées en population générale. Ainsi, par exemple, pour les hommes âgés de 18 à 54 ans, l'enquête ESPS relève, en 2002, des fréquences inférieures pour les médicaments anti-asthmatiques (1,7 %) et anti-épileptiques (0,9 %) mais supérieures pour les médicaments destinés au traitement des maladies cardiovasculaires (5,6 %). Les proportions d'entrants en cours de traitement pour un problème d'asthme ou d'épilepsie sont plus élevées qu'en 1997. En revanche, celle d'entrants en cours de traitement pour des pathologies cardiovasculaires n'a pas varié.

Près de 40 % des personnes entrées en prison en 2003 déclarent par ailleurs avoir fait un test de dépistage du Sida avant l'incarcération et 1,1 % être séropositives³ (tableau 3). Parmi elles, un peu plus de quatre sur dix (44 %) ont un traitement en cours par trithérapies ou autres antirétroviraux. De même, en 2003, un entrant en prison sur cinq déclare avoir fait un test de dépistage de l'hépatite B avant son incarcération et le taux de séropositivité déclaré pour cette maladie s'élève à 0,8 %. Enfin, trois nouveaux détenus sur dix déclarent avoir fait un test de dépistage de l'hépatite C et 3,1 % être séropositifs pour cette maladie, très peu de ces derniers (1,5 %) déclarant un traitement en cours par médicament antiviral.

Les entrants en prison qui ont consommé une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie (6,5 % des nouveaux détenus sont dans ce cas dont un peu moins de 40 % dans les douze mois précédant l'incarcération) sont plus nombreux à avoir fait pratiquer des examens de dépistage. Ainsi, moins d'un sur cinq déclare n'avoir effectué aucun test de dépistage contre près de la moitié de l'ensemble des entrants (graphique 1). Ils sont aussi beaucoup plus nombreux à déclarer des résultats positifs. Par contre ceux qui sont porteurs d'un piercing ou d'un tatouage sans jamais avoir été usagers de drogue par voie intraveineuse (19 % des entrants) indiquent des fréquences de dépistage et des taux de séropositivité

E•1

L'enquête sur la santé des entrants en prison

L'enquête sur la santé des entrants en prison intitulée « Fiche santé entrant de l'état de liberté », réalisée pour la première fois en 1997 dans l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires (glossaire) a été renouvelée en 2003. Elle recueille, à l'occasion de la visite médicale d'entrée, des informations sur les facteurs de risque pour la santé de la population des entrants de l'état de liberté et les pathologies constatées à l'entrée, repérées en particulier par les traitements en cours. Ces données visent à permettre la conduite d'actions de prévention et de prise en charge adaptées.

La totalité des 134 établissements pénitentiaires concernés a été enquêtée (cf. tableau 1). La durée d'enquête a été modulée en fonction du nombre d'entrants de l'état de liberté reçus en 2002. Elle a été initialement fixée à :

- deux semaines à Fleury-Mérogis (9 272 entrants en 2002),
- un mois dans les gros établissements (plus de 600 entrants en 2002),
- deux mois dans les établissements moyens (de 300 à 600 entrants en 2002),
- trois mois dans les petits établissements (moins de 300 entrants en 2002).

Douze établissements pénitentiaires n'ont pas réalisé l'enquête et plusieurs en ont réduit la durée. Cette opération a néanmoins permis de collecter 6 087 fiches représentatives de l'ensemble des entrants en maison d'arrêt en 2003, soit un taux de sondage global d'un entrant sur treize. Une pondération a posteriori, individualisée par établissement pénitentiaire a été réalisée pour prendre en compte, d'une part, les différences de durée d'enquête dans les établissements répondants et, d'autre part, le flux d'entrants dans les établissements pénitentiaires non répondants.

Les nombres d'entrants en prison pour 1997 et 2003 repris dans cette publication proviennent de la statistique trimestrielle de la population incarcérée exploitée par la direction de l'administration pénitentiaire, avec une révision pour 1997 par rapport aux chiffres précédemment publiés.

Concernant les évolutions constatées entre 1997 et 2003, seules celles qui apparaissent statistiquement significatives sont mentionnées dans le texte.

T•03 entrants en prison
maladies infectieuses chroniques

En %

	1997	2003
Proportion d'entrants déclarant avoir eu des tests de dépistage du SIDA, de l'hépatite B et/ou de l'hépatite C avant l'incarcération		
Les trois tests	17,1	17,0
Deux tests	7,9	11,2
SIDA et hépatite B	5,7	1,8
SIDA et hépatite C	1,6	8,6
Hépatite B et hépatite C	0,6	0,8
Un seul test	24,1	14,5
SIDA	22,1	12,6
Hépatite B	1,6	0,9
Hépatite C	0,4	1,0
Proportion d'entrants déclarant une séropositivité VIH, VHB et/ou VHC au moment de l'incarcération		
Les trois séropositivités	0,3	0,1
Deux séropositivités	1,2	0,6
VIH et VHB	0,1	0,1
VIH et VHC	0,3	0,2
VHB et VHC	0,8	0,3
Une seule séropositivité	5,0	3,5
VIH	0,9	0,6
VHB	1,1	0,4
VHC	3,0	2,5
Proportion d'entrants déclarant avoir eu avant l'incarcération		
Une vaccination complète contre l'hépatite B	13,7	31,3
Champ : France entière. Source : Enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Drees		

3. Les taux de prévalence pour les infections à VIH, VHB ou VHC indiqués dans cette étude ont été calculés en rapportant le nombre de personnes se déclarant séropositives au nombre total d'entrants en prison et non seulement au nombre, de personnes ayant déclaré avoir fait des tests de dépistage. Il s'agit donc de minima reposant sur l'hypothèse que les entrants n'ayant jamais fait de tests de dépistage ou déclarant ignorer leur statut sérologique bien qu'ayant été testés ou n'ayant pas répondu à ces questions sont tous séronégatifs.

Glossaire

Entrant venant de l'état de liberté

Personne prévenue ou condamnée arrivant dans un établissement pénitentiaire en provenance du milieu libre et non pas d'un autre établissement pénitentiaire.

Prévenu

Personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

Condamné

Personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive.

Maison d'arrêt

Etablissement pénitentiaire qui reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

Centre de détention

Etablissement pénitentiaire qui reçoit les condamnés considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures, d'où un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

Maison centrale

Etablissement pénitentiaire qui reçoit les condamnés les plus difficiles, d'où un régime de détention essentiellement axé sur la sécurité.

Centre pénitentiaire

Etablissement pénitentiaire qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt et centre de détention par exemple).

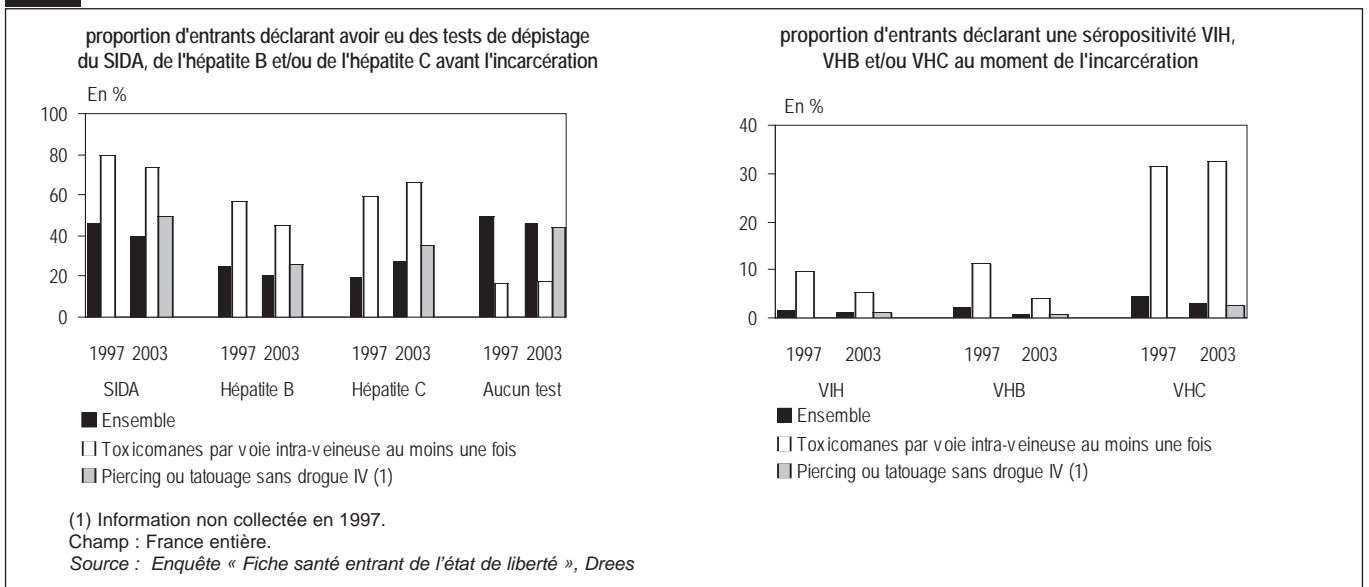
proches de ceux de l'ensemble des entrants (graphique 1).

La prévalence des maladies infectieuses chroniques a diminué parmi les entrants en prison entre 1997 et 2003. En 1997, elle s'élevait, en effet à 1,6 % pour l'infection à VIH, à 2,3 % pour l'hépatite B et 4,4 % pour l'hépatite C. Cette tendance est également observée pour l'ensemble de la population carcérale⁴. Cette baisse est sans doute liée à la diminution, constatée dans toutes les enquêtes de portée nationale, de la prévalence de ces infections parmi les toxicomanes⁵. Le recours moindre en 2003 qu'en 1997 au dépistage de l'hépatite B ainsi que la proportion beaucoup plus faible d'entrants en prison se déclarant atteints par cette maladie (0,8 % contre 2,3 % en 1997) peut probablement s'expliquer en partie par la diffusion progressive de la vaccination dans la population jeune. En 2003, un peu plus de trois entrants en prison sur dix déclarent, en effet, avoir eu une vaccination complète contre l'hépatite B avant leur incarcération contre seulement environ un sur sept en 1997. Plus globalement, la part des nouveaux détenus déclarant une sérologie positive pour le VIH, l'hépatite B et/ou l'hépatite C, s'élève à 4,2 % en 2003 contre 6,5 % en 1997.

Toutefois, ces résultats purement déclaratifs demeurent fragiles : en particulier, le calcul des séroprévalences repose uniquement sur les déclarations des entrants et non sur des résultats d'examen sanguins qui, comme en population générale, ne peuvent être systématiques.

La prescription d'examen complémentaires ou de consultations spécialisées donne également des indications sur les pathologies ou les problèmes de santé repérés à l'arrivée en prison. En 2003, un examen biologique est préconisé, lors de la visite médicale d'entrée, à près d'une personne arrivant en détention sur deux, parmi lesquelles quatre sur dix ont déclaré avoir déjà eu des examens de dépistage VIH, VHB et/ou VHC avant l'incarcération (tableau 4). Environ 6 % de ces examens apparaissent donc plutôt comme un contrôle réalisé suite à une déclaration de sérologie positive pour au moins une de ces trois pathologies. La prescription d'un examen d'imagerie (hors dépistage de la tuberculose et radio dentaire) concerne, en 2003, un entrant sur six contre seulement un sur vingt et un en 1997. Enfin, hors psychiatrie et gynécologie, les consultations spécialisées les plus fréquemment demandées relèvent de l'oph-

G 01 entrants en prison dépistages VIH, VHB et/ou VHC déclarés



4. L'enquête « un jour donné » réalisée par la direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) sur les infections à VIH ou VHC en milieu pénitentiaire indique qu'en juin 2003, 1,1 % des personnes incarcérées en maison d'arrêt étaient connues des soignants comme atteintes par le VIH le jour de l'enquête, contre 1,6 % en 1997, et 4,8 % par l'hépatite C, contre 4,2 % en 2000.

5. Ainsi, par exemple, l'enquête sur la prise en charge des toxicomanes réalisée depuis 1987 par la Drees évaluait, dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), la séroprévalence pour l'infection à VIH à 16 % en 1997 et 9 % en 2003 et celle pour l'hépatite C à 52 % en 1997 et 41 % en 2003 (les prévalences VIH et VHC issues de cette enquête et indiquées ici sont calculées en faisant l'hypothèse que les toxicomanes dont le statut sérologique est inconnu se répartissent de la même façon que ceux dont le statut sérologique est connu).

talmologie (1,6 % des entrants) et de l'hépatogastro-entérologie (1,5 %) (tableau 4).

En 2003, la prescription d'examen complémentaires concerne une fraction plus importante d'entrants en prison qu'en 1997. En revanche, la fréquence des demandes de consultations spécialisées n'apparaît pas significativement plus élevée qu'en 1997, à l'exception de l'hépatogastro-entérologie. Dans ce dernier cas, l'augmentation constatée est très vraisemblablement due aux changements intervenus dans la prise en charge de l'hépatite C.

Des consommations de substances psychoactives nettement plus répandues que dans l'ensemble de la population

Les produits retenus dans cette étude comme « à risque » pour la santé sont des produits psychoactifs dont la consommation, licite ou non, peut entraîner une dépendance, nécessiter une prise en charge en cas de sevrage, modifier le comportement et/ou avoir des conséquences graves sur la santé. Les médicaments psychotropes, y compris ceux utilisés pour des traitements en cours, sont inclus dans l'analyse.

En 2003, près de quatre sur cinq des personnes arrivant en prison déclarent fumer du tabac quotidiennement et environ une sur sept consomme plus de vingt cigarettes par jour (tableau 5). La prévalence du tabagisme quotidien est plus élevée parmi les entrants en prison que dans l'ensemble de la population et ce quel que soit l'âge. Elle est, par exemple, environ deux fois plus importante pour les hommes métropolitains âgés de 18 à 54 ans (81 % contre 40 % d'après l'enquête EPCV⁶). Comme dans l'ensemble de la population, la proportion de fumeurs réguliers est plus forte entre 18 et 39 ans. Le tabagisme quotidien touche, dans cette tranche d'âge, environ quatre nouveaux détenus sur cinq contre sept sur dix entre 40 et 59 ans et quatre sur dix à partir de 60 ans (graphique 2). La proportion la plus importante de « gros fumeurs » (définis ici par convention comme fumant quotidiennement au moins 21 cigarettes) s'observe chez les 25-39 ans et chez les 40-59 ans.

La prévalence du tabagisme quotidien parmi les entrants en prison est toutefois restée stable entre 1997 et 2003, mais la consommation quotidienne déclarée a un peu diminué (21 cigarettes en moyenne en 1997 et 19 en 2003).

En outre, un peu plus de trois entrants en prison sur dix déclarent une consommation excessive d'alcool⁷ (tableau 5). Elle est, elle aussi, plus fréquente que dans l'ensemble de la population (19 % en 2002 chez les hommes métropolitains âgés de 18 à 54 ans selon l'enquête ESPS). La proportion de buveurs excessifs est, comme dans l'ensemble de la population, plus élevée entre 18 et 59 ans, le type de consommation évoluant avec l'âge (graphique 2). Avant 25 ans il s'agit très majoritairement d'une consommation discontinue. Ensuite la consommation régulière

devient prédominante, une consommation discontinue lui étant toutefois associée dans environ 40 % des cas. Par rapport à 1997, la proportion d'entrants en prison se déclarant buveurs excessifs a légèrement diminué (31 % en 2003 contre 33 % en 1997). La prise en charge de l'alcoolisation excessive est aussi un peu plus fréquente en 2003 : 6 % des entrants en prison se sont vu prescrire une consultation spécialisée en alcoologie contre 4 % en 1997 (tableau 4).

Par ailleurs, le tiers des nouveaux détenus déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant leur incarcération (tableau 5). Il s'agit le plus souvent de cannabis, trois entrants sur dix déclarant avoir consommé régulièrement ce produit dans les douze mois précédant leur incarcération. Cette fréquence élevée

T
•04

entrants en prison
examens complémentaires et consultations spécialisées prescrits

En %

	1997	2003
<i>Proportion d'entrants pour lesquels le médecin a prescrit un examen biologique (1)</i>		
Ensemble des entrants	41,3	47,9
Entrants consommateurs de drogues par voie intra-veineuse au moins une fois	66,2	60,5
Entrants ayant eu un test de dépistage VIH, VHB et/ou VHC avant l'incarcération	41,9	45,1
Entrants positifs VIH, VHB et/ou VHC avant l'incarcération	68,9	67,8
<i>Proportion d'entrants pour lesquels le médecin a prescrit</i>		
Un examen d'imagerie (2)	4,8	16,6
<i>Proportion d'entrants pour lesquels le médecin a prescrit</i>		
Au moins une consultation spécialisée (3)	21,7	23,5
dont :		
• Gynécologie (4)	19,5	22,9
• Ophtalmologie	1,3	1,6
• O.R.L.	0,6	0,7
• Dermatologie	1,2	1,1
• Hépatogastro-entérologie	0,8	1,5
• Suivi de l'infection par le VIH	1,0	///
• Maladies infectieuses	///	0,8
• Cardiovasculaire	///	1,1
• Pneumologie	///	0,5
• Psychiatrie (hors motif relatif à l'alcoolisme et/ou la toxicomanie)		
- Ensemble des entrants	8,8	9,6
- Entrants suivis régulièrement ou hospitalisés en psychiatrie dans les 12 mois précédant l'incarcération	36,8	43,7
- Entrants ayant en cours un traitement par médicaments psychotropes	25,2	33,9
- Entrants ayant déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide dans les 12 mois précédant l'incarcération	///	42,3
• Alcoologie ou psychiatrie pour motif en relation avec l'alcoolisme	4,0	6,0
• Toxicomanie ou psychiatrie pour motif en relation avec la toxicomanie	6,7	6,3

(1) Hors sérologie de la syphilis en 1997.

(2) Radiologie, scanner, IRM, scintigraphie, échographie..., hors dépistage de la tuberculose et radio dentaire.

(3) Le total est inférieur à la somme des lignes, plusieurs consultations spécialisées pouvant être prescrites pour le même entrant.

(4) Les consultations de gynécologie ont été rapportées aux seules femmes.

Champ : France entière.

Source : Enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Drees

6. Enquête permanente sur les conditions de vie réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

7. Définie, dans l'enquête, comme supérieure ou égale à cinq verres par jour pour les hommes et trois verres par jour pour les femmes quand elle est régulière, et supérieure ou égale à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois quand elle est discontinue.

est à relier à la fréquence des incarcérations motivées par des infractions à la législation sur les stupéfiants car, à l'exception du cannabis⁸, l'usage déclaré de drogues illicites demeure marginal dans l'ensemble de la population. En effet, selon les statistiques de l'Administration pénitentiaire, au 1^{er} janvier 2004, 14 % des condamnations étaient liées, à titre principal, à des infractions à la législation sur les stupéfiants. Ce type d'infraction représente actuellement le troisième motif de condamnation après le viol ou autres

agressions sexuelles (22 %) et le vol simple et qualifié (18,4 %). Par rapport à 1997, la proportion d'entrants en prison déclarant une consommation régulière de cannabis augmente, alors que celle des utilisateurs d'opiacés surtout ou de cocaïne diminue. De même l'usage de drogue par voie intra-veineuse apparaît beaucoup moins fréquent en 2003 qu'en 1997⁹ (tableau 5). Par ailleurs, à leur arrivée en prison, environ 7 % des personnes nouvellement incarcérées déclarent bénéficier d'un traitement de substitution, dont huit

fois sur dix par subutex¹⁰ (environ 85 % des personnes sous traitement de substitution dans l'ensemble de la population). Il est à noter que le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 comprend un objectif d'amélioration de l'accès aux traitements de substitution par méthadone en les rendant accessibles dans tous les établissements pénitentiaires¹¹.

Enfin, à l'arrivée en prison, près d'un entrant sur sept dit avoir un traitement en cours par médicament psychotrope (tableau 5). Il s'agit, dans la plupart des cas, d'un traitement par anxiolytiques (tranquillisants) ou hypnotiques (sommifères ou sédatifs). Cette proportion est nettement supérieure à celle observée pour l'ensemble de la population (selon l'enquête ESPS, la prise d'un médicament psychotrope au cours des dernières 24 heures a concerné, en 2002, environ un homme sur vingt âgé de 25 à 54 ans). Par rapport à 1997, on observe, en 2003, une proportion un peu plus faible d'entrants sous traitement par médicament psychotrope et en particulier par anxiolytique ou hypnotique. En revanche, la proportion de nouveaux détenus traités par médicaments neuroleptiques ou antidépresseurs est plus importante. Sur les dix dernières années, les indicateurs de consommation déclarée de médicaments psychotropes¹² montrent également une augmentation de la consommation d'antidépresseurs tandis que celle des anxiolytiques et des hypnotiques reste relativement stable.

En ne tenant compte que des plus « gros fumeurs », les consommations de substances psychoactives se cumulent chez environ le quart des personnes qui entrent en prison

Le quart des personnes entrées en prison en 2003 déclarent au moins deux consommations de substances psychoactives parmi les suivantes : consommation importante de tabac (plus de

T •05 entrants en prison consommations de substances psychoactives et traitements de substitution	En %	
	1997	2003
<i>Proportion d'entrants déclarant fumer, habituellement, par jour</i>		
De 1 à 5 cigarettes	6,4	7,4
De 6 à 20 cigarettes	53,4	55,4
Plus de 20 cigarettes	18,5	15,0
Non fumeur ou fumeur occasionnel ou ancien fumeur	21,7	22,2
Total	100,0	100,0
<i>Proportion d'entrants déclarant une consommation excessive d'alcool</i>		
Au moins 5 verres par jour pour les hommes et 3 verres par jour pour les femmes (1) et/ou au moins 5 verres consécutifs au moins une fois par mois	33,3	30,9
<i>Proportion d'entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'incarcération</i>		
Total (2) (3)	32,0	33,3
dont : Cannabis	25,6	29,8
Héroïne, morphine ou opium	14,4	6,5
Cocaïne ou crack	8,9	7,7
Médicaments utilisés de façon toxicomaniaque	9,1	5,4
Autre produit (L.S.D., ecstasy, colles, solvants...)	3,4	4,0
Polytoxicomanie (4)	14,6	10,5
<i>Proportion d'entrants déclarant une utilisation de drogue illicite par voie intra-veineuse</i>		
Au moins 1 fois	11,8	6,5
Au cours des 12 mois précédant l'incarcération	6,2	2,6
<i>Proportion d'entrants déclarant un traitement de substitution en cours par</i>		
Méthadone	0,6	1,5
Subutex	6,3	6,0
<i>Proportion d'entrants déclarant un traitement en cours par médicaments psychotropes</i>		
Total (2)	17,1	14,8
dont : Neuroleptiques	3,5	4,5
Antidépresseurs	4,0	5,1
Anxiolytiques ou hypnotiques	15,2	12,0
(1) >= 5 verres par jour quel que soit le sexe en 1997.		
(2) Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant pouvant consommer plusieurs produits.		
(3) Utilisation d'au moins une substance.		
(4) Utilisation d'au moins deux substances.		
Champ : France entière.		
Source : Enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Drees		

8. L'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (Eropp) réalisée par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) relevait, en 2002, un usage de cannabis au cours de l'année pour 9 % des hommes et 6 % des femmes, âgés de 18 à 75 ans.

9. L'enquête Eropp relève une augmentation, entre 1999 et 2002, aussi bien de l'expérimentation du cannabis que de son usage dans les douze derniers mois, confirmant la banalisation de ce produit en particulier chez les jeunes adultes. Le cinquième rapport du dispositif Trend (Tendances récentes et nouvelles drogues), dispositif d'observation sur les usages et usagers de drogues illicites mis en place en 1999 par l'OFDT, indique, en 2003, une poursuite de la diminution des pratiques d'injection et de la diffusion des usages de cocaïne et d'ecstasy.

10. Les protocoles de traitement de substitution en cas de dépendance aux opiacés sont organisés autour de deux médicaments le subutex et la méthadone. La prédominance du premier s'explique par le fait qu'il peut être prescrit par tous les médecins tandis que le second ne peut être initié que dans un centre spécialisé ou dans un établissement de soins.

11. L'enquête sur l'accès aux traitements de substitution dans les établissements pénitentiaires, enquête « un jour donné » réalisée par la direction générale de la Santé (DGS) et la direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), indique qu'en 2001, la prescription d'au moins un traitement à la méthadone avait concerné 49 % d'entre eux. La même enquête réalisée en février 2004 montre qu'une telle prescription avait, alors, été faite dans 74 % des établissements et que 6,6 % des détenus bénéficiaient d'un traitement de substitution, par méthadone dans un cas sur cinq.

12. Indicateurs suivis par l'OFDT pour l'ensemble de la population adulte.

vingt cigarettes par jour), consommation excessive régulière ou discontinue d'alcool¹³, utilisation prolongée et régulière de drogues illicites dans les douze mois précédant l'incarcération ou traitement à base de médicaments psychotropes en cours à l'arrivée (tableau 6). Si l'on excepte les fumeurs quotidiens de moins de 21 cigarettes (63 % des entrants en 2003), un entrant en prison sur trois déclare consommer un seul « produit », le plus souvent alcool ou drogue illicite. L'association la plus fréquente, alcool et drogues illicites, concerne un peu plus de la moitié des personnes arrivant en détention qui se déclarent poly-consommatrices. En outre, un quart de

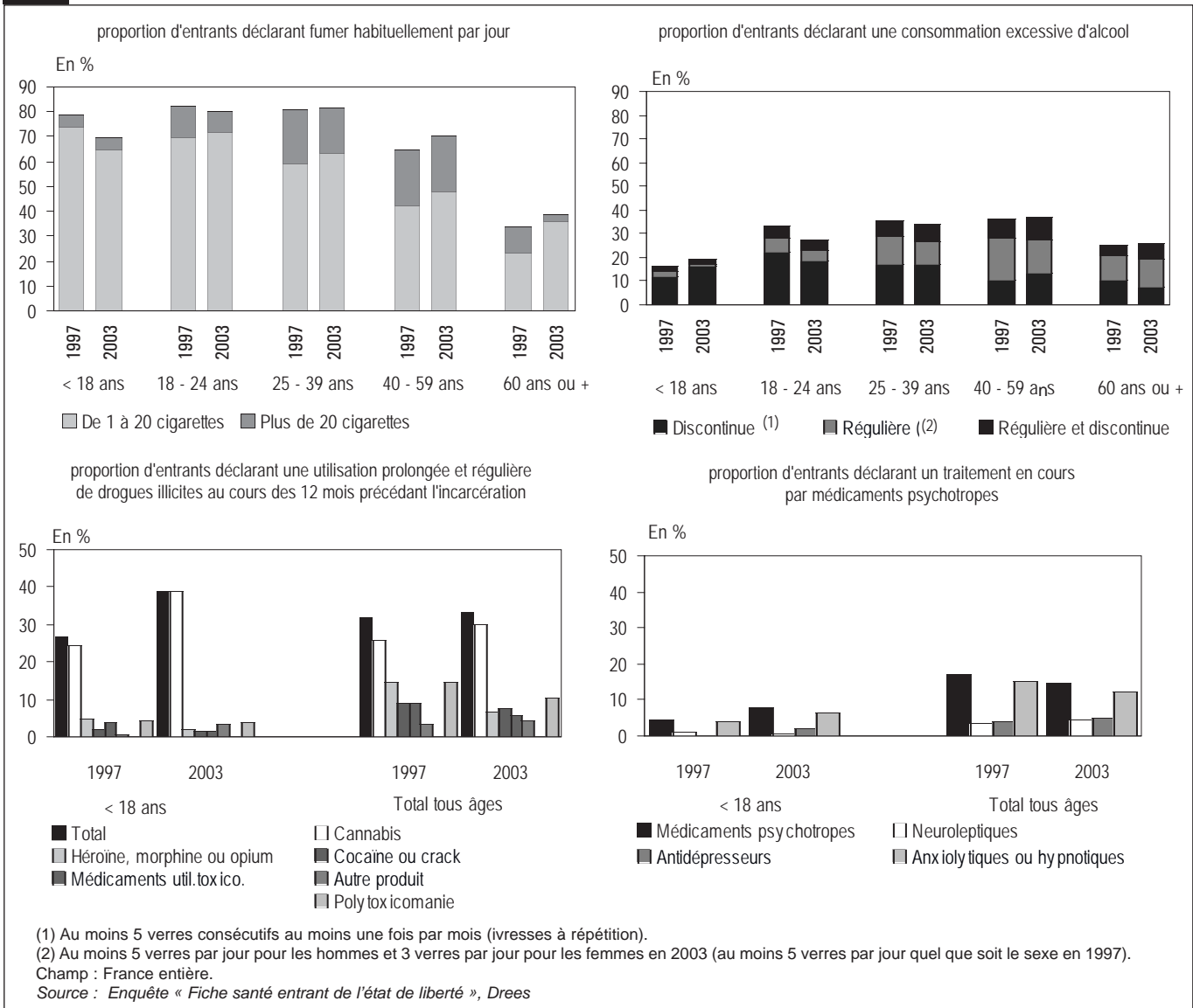
ceux qui se déclarent consommateurs de drogues illicites autres que le cannabis fument plus de vingt cigarettes par jour et 42 % ont une consommation excessive d'alcool.

Par rapport à 1997, la proportion d'entrants en prison se déclarant ainsi poly-consommateurs a diminué. Cette diminution s'est faite au profit de ceux qui se déclarent non consommateurs de substances psychoactives, consommateurs modérés d'alcool ou fumeurs de moins de 21 cigarettes par jour : leur part a, en effet, augmenté, tandis que celle des nouveaux détenus déclarant une seule consommation est restée stable.

La prescription d'une prise en charge psychiatrique concerne environ un dixième des entrants en détention et un cinquième en y ajoutant les consultations d'alcoologie et de toxicomanie

En 2003, près d'un entrant en prison sur dix déclare avoir été régulièrement suivi par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier psychiatrique au moins une fois par trimestre ou avoir été hospitalisé en psychiatrie dans les douze mois précédant son incarcération (tableau 2). Un tel suivi est plus fréquent chez les entrants en prison que dans l'ensemble de la population (selon le Baromètre santé

G
02 entrants en prison
consommations de substances psychoactives selon l'âge



13. Cf. note 7.

2000, la consultation d'un professionnel de santé mentale au moins une fois dans l'année n'a concerné qu'environ un homme sur trente âgé de 12 à 75 ans¹⁴).

Par ailleurs, en 2003, un nouveau détenu sur dix sept déclare avoir fait une tentative de suicide dans les douze mois précédant son incarcération (tableau 2). Or, on estime que dans l'ensemble de la population, les tentatives de suicide ayant nécessité une hospitalisation n'ont concerné, au cours de l'année 2002, qu'environ un homme âgé de 15 à 44 ans sur trois cent soixante quinze.

En outre, 5,1 % des entrants déclarent, à l'arrivée en prison, un traitement par antidépresseurs et 4,5 % un traitement par neuroleptiques (tableau 5). Ces proportions sont nettement plus élevées que celles observées dans l'ensemble de la population (selon l'enquête ESPS, la prise d'antidépresseurs au cours des dernières 24 heures serait le fait, en 2002, de 2,2 % des hommes âgés de 25 à 54 ans et celle de neuroleptiques de 1,2 %).

Parmi les entrants en prison suivis avant leur incarcération pour des problèmes psychologiques, un peu plus de six sur dix ont un traitement en cours par médicaments psychotropes et près de trois sur dix disent avoir fait une tentati-

ve de suicide dans les douze mois précédant leur incarcération, dont plus des deux tiers (70 %) déclarent, de plus, un traitement en cours par médicaments psychotropes.

Les médecins qui procèdent à l'examen médical à l'arrivée en prison prescrivent une consultation spécialisée en psychiatrie à près de 10 % des personnes nouvellement incarcérées (tableau 4). Toutefois, cette consultation n'est demandée que pour environ 44 % de ceux qui déclarent avoir eu un suivi psychiatrique dans les douze mois précédant l'incarcération, un tiers de ceux qui ont un traitement en cours par médicaments psychotropes et 42 % de ceux qui déclarent avoir fait une tentative de suicide dans les douze mois précédents. Par ailleurs, une consultation spécialisée pour un motif lié à l'usage problématique de drogues illicites est prescrite à 6,3 % des entrants et pour un motif lié à l'usage problématique d'alcool à 6 % d'entre eux.

Globalement, en 2003, près d'un entrant en prison sur cinq (19 %), est dirigé vers une consultation de psychiatrie, d'alcoologie ou de toxicomanie, certains d'entre eux pouvant nécessiter plusieurs types de prises en charge. Cette

proportion est très inférieure à celle des personnes nouvellement incarcérées repérées comme nécessitant un suivi psychologique dans l'enquête réalisée dans les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en 2001 (52 %). Cette différence tient vraisemblablement en partie à la spécificité des médecins ayant réalisé cette enquête, des psychiatres dont la mission est de détecter les troubles psychiques, mais aussi au fait qu'il est sans doute plus facile d'organiser ce suivi dans un établissement pénitentiaire disposant d'un SMPR. En 2003, près de la moitié des entrants en prison ont été incarcérés dans un établissement doté d'un SMPR. Par conséquent, la proportion de nouveaux détenus orientés vers un spécialiste en santé mentale ou en prise en charge des conduites addictives est vraisemblablement plus élevée que celui constaté à travers la prescription de consultations spécialisées de ce type. En effet, si l'on considère que le mode de fonctionnement des SMPR n'a pas changé par rapport à celui décrit dans l'enquête de 2001, vingt-quatre des vingt-six SMPR voient, en 2003, tous les entrants des établissements pénitentiaires dans lesquels ils sont installés, qu'il y ait eu ou non prescription d'une consultation spécialisée en psychiatrie, alcoologie ou toxicomanie à l'issue de la visite médicale d'entrée. De ce fait, ce sont, en 2003, 43 % des personnes entrant en prison qui bénéficient d'une évaluation psychologique systématique. Par ailleurs, dans les établissements où sont installés les deux SMPR qui ne voient pas tous les entrants, une consultation en psychiatrie, alcoologie ou toxicomanie est prescrite, à l'issue de la visite médicale d'entrée, à un entrant sur quatre. Cette fréquence est plus élevée que dans les établissements pénitentiaires sans SMPR, rattachés aux secteurs de psychiatrie générale, dans lesquels une telle prescription est faite à environ un entrant sur cinq (19 %). Au total, en 2003, plus d'un entrant en prison sur deux (54 %) est ainsi appelé à voir un professionnel spécialisé en santé mentale, alcoologie ou toxicomanie. Une analyse « toutes choses égales par

14. Toutefois, dans l'ensemble de la population, les jeunes adultes masculins s'estiment en moins bonne santé mentale que les hommes plus âgés : selon le même Baromètre santé, le score de santé mentale s'améliore nettement pour les hommes avec l'avancée en âge de même que les scores de dépression et d'anxiété.

8

T • 06 entrants en prison consommations de substances psychoactives cumulées (1)

	En %	
	1997	2003
<i>Proportion d'entrants déclarant consommer</i>		
Quatre « produits » : psychotropes, alcool, drogues illicites et tabac	1,6	1,1
Trois « produits »	7,5	5,6
<i>Psychotropes, alcool et drogues illicites</i>	2,5	2,1
<i>Psychotropes, alcool et tabac</i>	1,1	0,7
<i>Psychotropes, drogues illicites et tabac</i>	1,5	0,7
<i>Alcool, drogues illicites et tabac</i>	2,4	2,1
Deux « produits »	18,9	18,1
<i>Psychotropes et alcool</i>	2,2	2,4
<i>Psychotropes et drogues illicites</i>	2,9	2,5
<i>Psychotropes et tabac</i>	0,9	0,8
<i>Alcool et drogues illicites</i>	7,0	7,8
<i>Alcool et tabac</i>	3,9	2,8
<i>Drogues illicites et tabac</i>	2,0	1,8
Un seul « produit »	32,8	33,0
<i>Psychotropes</i>	4,2	4,4
<i>Alcool</i>	12,4	10,0
<i>Drogues illicites</i>	11,4	14,9
<i>Tabac</i>	4,8	3,7
Aucun « produit » (2)	38,2	40,2
Impossibilité de communiquer	0,7	0,6
Refus de répondre	0,3	1,4
Total	100,0	100,0

(1) Traitement en cours par médicaments psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques), tabac à partir de 21 cigarettes par jour, alcool excessif régulier et/ou discontinu et drogues illicites régulières (y compris médicaments utilisés de façon toxicomaniaque).

(2) Inclut alcool modéré et tabac inférieur à 21 cigarettes quotidiennes.

Champ : France entière.

Source : Enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Drees

ailleurs » confirme la différence de prescription d'une telle consultation en fonction de la nature de la structure psychiatrique à laquelle les établissements pénitentiaires sont rattachés. Elle montre, ainsi, qu'à caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, domicile, protection sociale, prise en charge médico-sociale de type AAH, invalidité ou longue maladie ou ALD), antécédents médicaux avant l'incarcération (suivi psychiatrique, tentative de suicide, consultation ou visite médicale), niveau de consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illégales, médicaments psychotropes) et statut sérologique VIH, VHB et/ou VHC identiques, la probabilité qu'une consultation spécialisée en psychiatrie, alcoologie ou toxicomanie soit prescrite à l'issue de l'examen médical d'entrée est plus élevée dans les deux établissements pénitentiaires disposant d'un SMPR sans que celui-ci examine tous les entrants en prison que dans ceux rattachés à un secteur de psychiatrie générale. Ces résultats semblent ainsi accréditer l'hypothèse d'une plus grande facilité d'accès à une consultation psychiatrique lorsque l'établissement pénitentiaire est rattaché à un SMPR.

Par rapport à 1997, la proportion d'entrants pour lesquels une consultation spécialisée en psychiatrie est prescrite n'a pas varié de manière significative.

***À leur arrivée en prison,
70 % des mineurs fument et 20 %
ont une consommation
excessive d'alcool...***

La détention est exceptionnelle avant 15 ans et, en 2003, les deux tiers des mineurs qui arrivent en prison sont âgés de 17 ans. Bien que naturellement inférieures à celles des entrants en prison majeurs, les proportions de ceux qui déclarent des consommations de substances psychoactives atteignent des niveaux importants (graphique 2). Ainsi, en 2003, sept mineurs arrivant en prison sur dix déclarent fumer du tabac

et la consommation quotidienne dépasse 20 cigarettes pour 5 % d'entre eux. La prévalence du tabagisme quotidien est ainsi près de trois fois plus élevée chez les jeunes arrivant en prison qu'en population générale¹⁵. Toutefois, la diminution de la fréquence de la consommation quotidienne de tabac observée par rapport à 1997 chez les mineurs entrant en prison s'inscrit dans la même tendance que celle observée en population générale chez les adolescents de 12 à 18 ans¹⁶.

Près d'un mineur nouvellement incarcéré sur cinq déclare avoir une consommation d'alcool qui apparaît excessive, huit fois sur dix sur le mode discontinu. Là encore la pratique de ces jeunes diffère sensiblement de celle de leurs homologues pour lesquels la consommation excessive fréquente d'alcool demeure relativement rare¹⁷.

Près de quatre mineurs entrant en prison sur dix déclarent, en outre, une utilisation habituelle de drogues illicites dans les douze mois précédant l'incarcération. Il s'agit de cannabis le plus souvent utilisé à titre exclusif. La consommation est également, pour ce produit, nettement plus répandue qu'en population générale (selon l'enquête Escapad, environ un garçon sur sept âgé de 17 ans déclare une consommation régulière de cannabis en 2003). Par rapport à 1997, l'augmentation de la proportion de mineurs entrant en prison qui déclarent une utilisation régulière de cannabis correspond à une augmentation observée en population générale pour les garçons comme pour les filles. L'utilisation régulière des opiacés (héroïne, morphine, opium), de la cocaïne ou du crack est relativement rare et concerne environ 2 % des mineurs entrant en prison¹⁸. L'augmentation observée entre 1997 et 2003 de l'usage régulier d'autres produits provient vraisemblablement de l'ecstasy. Selon l'enquête Escapad, 4,1 % des garçons déclarent l'avoir expérimentée en 2003 contre 2,8 % en 2000. L'usage régulier

fréquent de drogues illicites, par ailleurs très rarement utilisées par les jeunes, parmi les mineurs entrant en prison est, vraisemblablement liée à leurs motifs d'incarcération. Selon l'administration pénitentiaire, les infractions à la législation sur les stupéfiants ont été, à titre principal, à l'origine d'environ 5 % des incarcérations de mineurs intervenues en 2003.

Enfin, un mineur arrivant en détention sur treize déclare déjà suivre un traitement par médicaments psychotropes.

***... et un sur huit est orienté
vers une consultation
spécialisée en psychiatrie***

En 2003, à l'examen clinique, les médecins ont jugé les mineurs nouvellement incarcérés en bon état général dans 91 % des cas et constaté un bon état bucco-dentaire dans 63 % des cas. Cependant, cette enquête réalisée à l'arrivée en prison, fait apparaître pour eux une nécessité fréquente de soins ou d'évaluation en santé mentale : une consultation spécialisée en psychiatrie est prescrite, à l'issue de l'examen médical d'entrée, à 12,1 % d'entre eux.

Leur probabilité de contamination par des maladies virales liée à la toxicomanie semble par contre plus limitée. Seuls 1 % des mineurs entrant en prison déclarent avoir déjà utilisé de la drogue par voie intra-veineuse au moins une fois dans leur vie (contre 6,5 % pour l'ensemble des entrants en prison) et aucun ne déclare une séropositivité pour le VIH, le VHB et/ou le VHC. Enfin, en 2003, près du quart des mineurs nouvellement incarcérés déclarent une vaccination complète contre l'hépatite B contre environ un tiers en 1997. Ce recul, est probablement à relier à la baisse d'ensemble de la vaccination intervenue au cours des années quatre-vingt-dix.

Cependant, compte tenu du petit nombre de mineurs entrant en prison, les évolutions constatées entre 1997 et 2003 n'apparaissent pas, pour la plupart, statistiquement significatives.

15. Selon l'enquête Espad (European school survey project on alcohol and other drugs) dont le volet français est réalisé par l'OFDT et l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) auprès des collégiens et lycéens âgés de 12 à 18 ans, le tabagisme quotidien concerne, en 2003, 21 % des garçons âgés de 16 ans et 29 % de ceux âgés de 17 ans.

16. Pour eux, la prévalence du tabagisme quotidien a diminué depuis les années 1970 jusqu'au début des années 1990, puis augmenté entre 1993 et 1999 et de nouveau diminué entre 1999 et 2003.

17. Selon l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad) réalisée par l'OFDT, en population générale, un garçon sur dix âgé de 17 ans déclare, en 2003, des ivresses régulières (au moins dix au cours de l'année).

18. Pour ces produits l'enquête Escapad relève uniquement des niveaux d'expérimentation s'élevant, en 2003, pour les garçons, à 2 % pour la cocaïne, 1 % pour l'héroïne et 0,6 % pour le crack.

Chez les femmes entrant en prison, les prévalences de consommation de substances psychoactives sont plus proches de celles des hommes que dans l'ensemble de la population

Comme en 1997, les femmes entrant en prison en 2003 déclarent faire usage de substances psychoactives moins souvent que les hommes. Ainsi, à l'arrivée en prison, un peu moins de deux femmes sur trois (63 %) déclarent fumer du tabac quotidiennement contre près de quatre hommes sur cinq (78,5 %). De même, la déclaration d'une consommation excessive d'alcool¹⁹ concerne environ une femme sur cinq (17 %) contre près d'un homme sur trois (32 %). L'utilisation régulière de drogues illicites dans les douze mois précédant l'incarcération est, quant à elle, déclarée par près d'une femme sur cinq (19 %) et un peu plus d'un homme sur trois (34 %). Enfin, un traitement en cours par médicaments psychotropes est déclaré par 14 % des femmes entrant en prison contre 15 % des hommes.

Mais l'analyse des taux standardisés tenant compte de la structure par âge des entrants en prison montre que le nombre de femmes qui, en leur sein, se déclarent consommatrices de substances psychoactives atteint en réalité des niveaux élevés par rapport à l'ensemble de la population (encadré 3). Ainsi, à structure d'âge identique, les écarts de prévalence de consommation de substances psychoactives constatés entre les femmes et les hommes sont généralement plus faibles parmi les détenus nouvellement incarcérés.

La prévalence d'un tabagisme quotidien important est sept fois plus élevée parmi les femmes entrant en prison que parmi les femmes en population générale. La proportion standardisée des entrantes qui fument quotidiennement plus de 20 cigarettes est ainsi presque équivalente à celle des hommes, alors qu'en population générale elle est 3,3 fois moins élevée. Pour les fumeuses quotidiennes de moins de 21 cigarettes, la situation apparaît un peu moins défavorable et leur prévalence standardisée est 1,8 fois plus élevée chez les entrantes que chez l'ensemble des femmes. À l'opposé, le taux standardisé de non fumeuses est 1,5 fois plus élevé chez les femmes en population générale que chez les nouvelles détenues.

La prévalence d'une consommation excessive d'alcool est, quant à elle, quatre fois plus élevée parmi les femmes entrant en prison que parmi l'ensemble des femmes. La proportion standardisée d'entrants en prison se déclarant buveurs excessifs est ainsi environ deux fois moins élevée chez les femmes que chez les hommes, alors qu'en population générale elle l'est près de quatre fois moins.

Par ailleurs, les femmes entrant en prison déclarent un peu moins souvent que les hommes une consommation régulière de drogues illicites dans l'année précédant l'incarcération (taux standardisé 1,3 fois inférieur à celui des hommes). Elles se déclarent également moins souvent poly-consommatrices (taux standardisé d'utilisatrices d'au moins deux drogues illicites 1,8 fois moins élevé que celui des hommes). En outre, la proportion standardisée de consommateurs réguliers de cannabis est environ deux fois moins élevée chez les femmes que chez les hommes qui entrent en prison, contre quatre fois moins dans l'ensemble de la population. Cette prévalence élevée d'utilisation de drogues illicites chez les femmes qui entrent en prison est vraisemblablement en partie liée à la sur-représentation en prison des femmes incarcérées pour infraction à la législation sur les stupéfiants.

Comme dans l'ensemble de la population, les femmes qui entrent en prison consomment davantage de médicaments psychotropes que les hommes. La proportion standardisée de consommatrices de ces médicaments est 1,6 fois plus élevée que celle des hommes à l'entrée en prison et 1,7 fois en population générale. La fréquence de consommation de ces médicaments est ainsi environ trois fois plus élevée parmi les entrants en prison que dans l'ensemble de la population, pour les hommes comme pour les femmes.

Par rapport à 1997, on enregistre une forte hausse de la prévalence de l'alcoolisme excessif, déclaré, en 2003, par environ une femme nouvellement incarcérée sur six contre environ une sur dix en 1997. Par ailleurs, la prévalence du tabagisme quotidien ne diminue pas chez elles de façon statistiquement significative. En revanche, la proportion de nouvelles détenues déclarant un traitement en cours par médicament psychotrope diminue essentiellement du fait des anxioly-

tiques ou hypnotiques (12 % en 2003 contre 24 % en 1997). De même la prévalence de la toxicomanie parmi les femmes entrant en prison est moins élevée en 2003 qu'en 1997 (respectivement 19 % et 26 %). Cette diminution est à relier à celle enregistrée par la part des femmes incarcérées, à titre principal, pour infraction à la législation sur les stupéfiants qui, selon l'administration pénitentiaire, est passée de 21 % en 1997 à 14 % en 2003.

Les femmes entrant en prison requièrent plus de soins que les hommes

Femmes et hommes arrivant en prison sont aussi fréquemment jugés en bon état général (environ 80 % des cas), mais, en 2003, 2,7 % des entrantes ont été trouvées en « mauvais état général ». En revanche, les femmes ont un meilleur état bucco-dentaire : il a été jugé bon par le médecin pour 53 % d'entre elles (contre 47 % des hommes) et pratiquement aucune femme ne requiert de soins dentaires urgents alors que c'est le cas de 2,8 % des hommes.

Comme les hommes, les femmes entrant en prison déclarent avoir moins souvent eu des contacts avec le système de soins que dans l'ensemble de la population. Ainsi, par exemple, un peu plus d'une femme sur deux (54 %) déclare avoir vu un médecin en consultation ou en visite dans les douze mois précédant son incarcération²⁰. De même, un peu plus du quart (27 %) des femmes entrant en prison déclare avoir eu un suivi gynécologique dans les douze mois précédents. Compte tenu de l'âge de ces femmes (30 ans en moyenne), cette proportion apparaît également beaucoup plus faible que celle observée dans l'ensemble de la population²¹. Ces résultats sont probablement en partie liés aux conditions de vie difficiles d'une grande partie d'entre elles lorsqu'elles étaient en liberté : plus d'une sur trois déclare ne pas avoir de domicile stable et près d'une sur trois ne pas avoir de protection sociale (contre respectivement un sur six et un sur huit pour les hommes entrant en prison).

À l'arrivée en prison, les femmes se déclarent plus souvent que les hommes traitées pour des maladies cardiovasculaires. La proportion d'entrantes prenant des médicaments en rapport avec ces pathologies atteint, en effet, 4,4 % (contre 2,2 % pour les hommes).

19. Cf. note 7.

20. Selon le Baromètre santé, en 2000, neuf femmes sur dix avaient consulté un médecin généraliste dans les douze mois précédents.

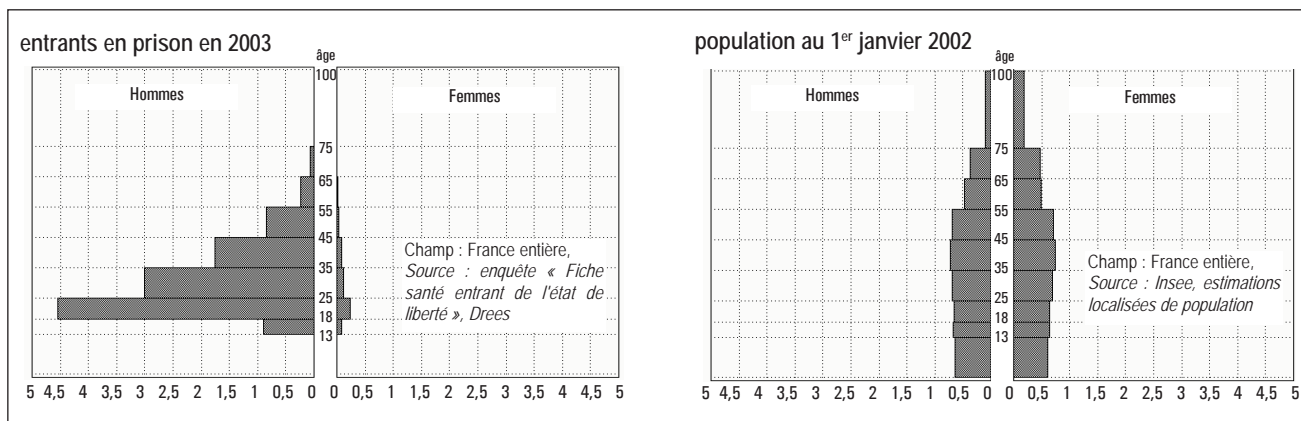
21. Selon l'enquête ESPS, la proportion de femmes ayant eu un examen gynécologique dans les dix-huit derniers mois était, en 2002, d'environ 54 % pour les femmes âgées de 18 à 24 ans, 76 % pour celles âgées de 25 à 34 ans et 71 % pour celles âgées de 35 à 44 ans.

E•2

Les personnes qui entrent en prison

Une population jeune et masculine

La population des entrants en prison est jeune. En 2003, la moitié a moins de 28 ans à l'arrivée en détention. Huit entrants sur dix sont des hommes âgés de 18 à 44 ans (graphique), leur part parmi les entrants en prison étant quatre fois plus élevée que dans la population française totale (19 %). Mais ce sont plus précisément les jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans qui sont les plus susceptibles d'aller en prison. À l'arrivée en détention, la proportion de cette classe d'âge est sept fois plus élevée que dans la population générale (32 % contre 4,6 %). Globalement, pour la France entière, le taux annuel d'entrée en prison s'élève à 1,6 pour mille personnes âgées de 13 ans ou plus (3,1 pour mille hommes et 0,1 pour mille femmes). Il atteint 9,1 pour mille hommes âgés de 18 à 24 ans (0,5 pour mille femmes) et 5,7 pour mille hommes âgés de 25 à 34 ans (0,2 pour mille femmes). Pour les mineurs il s'établit à un pour mille jeunes âgés de 13 à 17 ans (1,8 pour mille garçons et 0,2 pour mille filles).



Des problèmes de logement et de couverture sociale fréquents avant l'incarcération

Au moment de l'incarcération près d'une personne sur cinq déclare ne pas avoir de domicile stable (tableau). La proportion de nouveaux détenus qui déclarent un domicile stable a d'ailleurs légèrement diminué par rapport à 1997. En particulier, les femmes qui entrent en prison en 2003 déclarent des conditions de logement lorsqu'elles étaient en liberté beaucoup plus précaires qu'en 1997 : un peu plus d'une sur cinq dit qu'elle vivait dans un domicile précaire avant son incarcération et environ une sur sept qu'elle était sans abri contre respectivement environ une sur douze et une sur trente six ans auparavant.

entrants en prison - insertion sociale avant l'incarcération	En %	
	1997	2003
<i>Proportion d'entrants déclarant, avant l'incarcération, un domicile</i>		
Stable	83,7	81,3
Précaire	10,1	10,7
Sans abri	5,0	6,0
Impossibilité de communiquer	0,9	0,7
Refus de répondre	0,3	1,3
Total	100,0	100,0
<i>Proportion d'entrants déclarant, avant l'incarcération</i>		
Sécurité sociale	71,7	66,0
Couverture maladie universelle (CMU)	///	17,3
Aide médicale d'état (AME)	///	0,8
Aide médicale	5,5	///
Aucune protection sociale	17,5	13,6
Ne sait pas	4,0	///
Impossibilité de communiquer	1,0	0,9
Refus de répondre	0,3	1,4
Total	100,0	100,0

Champ : France entière.
Source : Enquête santé des entrants en prison en 2003, Drees

Champ : France entière,
Source : enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Drees

La loi du 18 janvier 1994 organise la couverture sociale des détenus en les affiliant tous, dès l'incarcération, à l'assurance maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale. Malgré la mise en place à partir de 2000 de la Couverture maladie universelle (CMU) et de l'Aide médicale d'État (AME), 13,6 % des personnes déclarent ne pas avoir de protection sociale à leur arrivée en prison (tableau). Cette proportion apparaît très élevée eu égard à l'existence de ces dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées et à leurs conditions d'attribution. La CMU de base permet ainsi d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie toute personne résidant en France de façon stable et régulière et sans droits ouverts à un autre titre. L'AME, quant à elle, prenait en charge, à la date de l'enquête, sous conditions de ressources, les frais de santé des personnes qui résident irrégulièrement en France. Une fraction des entrants peut mal connaître sa situation et faire erreur dans sa déclaration. Les autres peuvent effectivement ne pas avoir de couverture sociale, faute de droits ou probablement davantage faute d'avoir fait valoir leurs droits. En tout état de cause, cette proportion est nettement plus élevée que celle observée dans l'ensemble de la population. Les premiers résultats de l'enquête santé 2002-2003¹ montrent, en effet, que la part des personnes sans protection sociale s'élève à 0,5 %. Mais, cette enquête n'est réalisée qu'auprès des ménages « ordinaires », c'est-à-dire constitués de personnes vivant à leur domicile, et ne prend pas en compte les difficultés des personnes sans domicile stable. En outre, la population non affiliée à un régime de protection sociale de base apparaît comme relativement jeune, le plus souvent sans activité professionnelle et comportant une forte proportion d'étrangers. Or les entrants en prison, population relativement jeune, comporte une proportion notable de sans-abri (6 %) ou d'hébergés dans un domicile précaire² (11%) et, en 2003, ce sont 56 % de ceux qui se déclarent sans abri et 46 % de ceux qui occupent un domicile précaire qui disent ne pas avoir de protection sociale. Une enquête réalisée par l'Insee, en 2001, auprès des usagers des services d'hébergement et de distribution de repas chauds³ indiquait toutefois, quant à elle, que 77 % des sans-domicile âgés de 18 ans ou plus fréquentant ces structures déclarait posséder une carte de sécurité sociale personnelle et valide.

Les proportions d'entrants en prison déclarant bénéficier de la CMU ou de l'AME (respectivement 17,3 % et 0,8 %) sont, par ailleurs, nettement supérieures à celles relevées dans l'ensemble de la population (respectivement 2,5 % et 0,25 % au 30 juin 2003). Ces dispositifs concernent bien sûr beaucoup plus fréquemment les personnes nouvellement incarcérées qui déclarent ne pas avoir un domicile stable : 24 % des personnes sans abri dit ainsi en bénéficier et 28 % des personnes hébergées dans un domicile précaire.

1. Enquête décennale réalisée par l'Insee.

2. Amis, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), squat...

3. Enquête réalisée par l'Insee dans 80 agglomérations métropolitaines de plus de 20 000 habitants dont l'objectif était d'étudier la population des sans-domicile regroupant, pour cette enquête, les personnes dormant dans la rue ou dans des abris de fortune et les personnes prises en charge par des organismes proposant, pour quelques jours ou quelques mois, un hébergement gratuit ou à faible participation dans des centres collectifs, des chambres d'hôtel ou des appartements ordinaires.

Les femmes arrivant en prison sont également plus touchées que les hommes par le sida et l'hépatite B. Les taux de séroprévalence²² s'élèvent, pour elles, respectivement à 3,8 % et 2 % contre 0,9 % et 0,8 % pour les hommes. Par ailleurs, elles se déclarent beaucoup moins souvent que les hommes vaccinées contre l'hépatite B : un peu moins d'une sur cinq contre près d'un homme sur trois. En revanche, elles déclarent être atteintes par l'hépatite C un peu moins souvent que les hommes (2,6 % contre 3,2 %).

À l'issue de la visite médicale d'entrée, un examen d'imagerie (hors dépistage de la tuberculose et radio dentaire) est préconisé à un peu plus d'une femme entrant en prison sur quatre contre à un peu moins d'un homme sur six. De même, la prescription de consultations spécialisées pour au moins un des problèmes somatiques retenus dans l'enquête²³ est plus fréquente pour elles et concerne environ une femme sur dix contre environ un homme sur seize. Toutefois, bien que quatre entrantes sur cinq aient entre 18 et 44 ans une consultation spécialisée en gynécologie n'a été prescrite qu'à environ une entrante sur quatre (23 %).

Enfin, la nécessité d'un suivi psychologique est apparu aux médecins plus fréquente pour les femmes entrant en prison que pour les hommes : hors motifs liés à l'alcoologie et à la toxicomanie, une consultation spécialisée en psychiatrie est prescrite à l'entrée en prison à, environ, une femme sur sept et un homme sur onze.

Les femmes entrant en prison en 2003 ont été un peu moins souvent créditées d'un bon état bucco-dentaire qu'en 1997 (53 % contre 57 %). En revanche, la proportion de celles jugées en bon état général n'apparaît pas statistiquement significativement différente de celle observée en 1997. Toutefois, on note une augmentation de la proportion d'entrantes souffrant de maladies cardiovasculaires. En effet, en 2003, 4,4 % d'entre elles déclarent un traitement en cours par des médicaments contre l'hypertension ou l'angine de poitrine ou des anticoagulants contre 1,2 % en 1997. Concernant les

maladies infectieuses chroniques, on constate une diminution de la proportion d'entrantes se déclarant infectées par le VIH, l'hépatite B et/ ou l'hépatite C (4,6 % en 2003 contre 9,6 % en 1997), liée à une diminution importante de la séroprévalence déclarée de l'hépatite C (2,6 % en 2003 contre 6 % en 1997), tandis que celles du VIH et de l'hépatite B ne varient pas de façon significative. Cette dégradation de l'état de santé des femmes entrant en prison semble devoir être mise en relation avec les difficultés accrues de leurs conditions de vie lorsqu'elles étaient en liberté (cf. encadré 2).

E•3

La comparaison des consommations à risque : la méthode des taux standardisés

Pour comparer entre elles deux populations ayant des répartitions par sexe et par âge aussi différentes que les entrants en prison et la population générale, il est nécessaire d'éliminer les effets liés à ces différences structurelles. La méthode des taux standardisés utilisée ici est une méthode de standardisation directe sur l'âge. Le taux standardisé est celui que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de référence.

Les données en population générale utilisées ici pour les consommations de tabac, d'alcool et de médicaments psychotropes des 16 ans ou plus proviennent de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) réalisée en 2002. Les données sur la consommation régulière de cannabis (10 usages et plus dans le mois) des 18-75 ans sont issues d'une exploitation du Baromètre santé 2000 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) réalisée par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). Pour comparer les prévalences respectives des usages de tabac, d'alcool ou de médicaments psychotropes, la structure par âge de la population de référence choisie est celle des hommes de France métropolitaine âgés de 16 ans ou plus de l'estimation localisée de population (ELP) au 1^{er} janvier 2002 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Pour la comparaison de celle des drogues illicites, c'est celle des hommes âgés de 18 à 75 ans de la même ELP. Par ailleurs, les données disponibles en population générale ne concernant que la France métropolitaine, les comparaisons effectuées excluent les personnes entrant dans les établissements pénitentiaires des Dom.

12

22. Cf. note 3.

23. Ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, dermatologie, hépato-gastro-entérologie, maladies infectieuses, maladies cardiovasculaires, pneumologie.

Pour en savoir plus...

- Bellamy V., « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 2003 », Document de travail, à paraître, 2005, Drees.
- « Les chiffres-clés de la Justice », ministère de la Justice, direction de l'Administration générale et de l'équipement, sous-direction de la statistique, des études et de la documentation, octobre 2004.
- Boisguérin B., « Les bénéficiaires de la CMU au 30 juin 2003 », Études et Résultats, n° 287, 2004, Drees.
- Feuillerat Y., « Enquête un jour donné sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire », 2004, Dhos.
- Beck F., Legleye S., « Les usages de substances psychoactives des adultes en France », Regards sur l'actualité, La Documentation française, 2004, à paraître.
- Cadet-Tairou A., Costes J.M., Bello P.Y. et Palle C., « Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 - Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? », Tendances, n° 37, 2004, OFDT.
- Choquet M., Beck F., Hassler Ch., Spilka S., Morin D. et Legleye S., « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis 10 ans », Tendances, n° 35, 2004, Inserm-OFDT.
- Bello P.Y., Toufik A., Gandillon M. et Giraudon I., « Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003 », Cinquième rapport national du dispositif TREND, 2004, OFDT.
- Beck F., Legleye S. et Spilka S., « Drogues à l'adolescence - Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - Escapad 2003 », 2004, OFDT.
- Amar E. et Balsan D., « Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 », Études et Résultats, n° 285, 2004, Drees.
- Beck F. et Legleye S., « Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes », Tendances, n° 30, 2003, OFDT.
- Auvray L., Doussin A. et Le Fur Ph., « Santé, soins et protection sociale en 2002 », Série résultats, n° 1509, 2003, Credes.
- Coldefy M., Faure P. et Prieto N., « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux », Études et Résultats, n° 181, 2002, Drees.
- Brousse C., de la Rochère B., Massé E., « Hébergement et distribution de repas chauds - Qui sont les sans-domicile usagers de ces services », Insee Première, n° 824, 2002, Insee.
- Badeyan G. et Parayre C. avec la collaboration de Mouquet M.C., Tellier S., Dragos S. et Ellenberg E., « Suicides et tentatives de suicide en France - Une tentative de cadrage statistique », Études et Résultats, n° 109, 2001, Drees.
- Tellier S., « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1997 », Document de travail, série statistiques, n° 4, 2000, Drees.
- Guilbert Ph., Baudier F. et Gautier A., « Baromètre santé 2000 Résultats », Quatrième trimestre 2001, CFES (Inpes).
- Mouquet M.-C., « La santé des personnes entrant en prison en 1997 - Fiche santé entrant de l'état de liberté, mai, juin, juillet 1997 », Documents statistiques, Collection études et statistiques, n° 4, 1999, Drees.
- Mouquet M.-C., Dumont M. et Bonnevie M.-C., « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque », Études et Résultats, n° 4, 1999, Drees.