



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2016 –**

**PEUT-ON REDUIRE LA CONSOMMATION DE  
TABAC EN MILIEU CARCERAL ?  
ENJEUX, LIMITES ET STRATEGIES  
OPERATIONNELLES**

**– Groupe n°25 –**

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| – <b>Florence BRACQUART</b>   | – <b>Prisca ORSONNEAU</b>   |
| – <b>Thibault EUVRARD</b>     | – <b>Eugénie REYNE</b>      |
| – <b>Sandrine FAUCHER</b>     | – <b>Valérie SCHEFFZEK</b>  |
| – <b>Anaëlle GUILLOU</b>      | – <b>Kévin TORTET</b>       |
| – <b>Marie-Liesse LEFRANC</b> | – <b>Elodie VIEILLEDENT</b> |

*Animatrice*

*Dr. Christine BARBIER*



---

# S o m m a i r e

---

<b>Introduction .....</b>	<b>11</b>
<b>1. La consommation de tabac, un fléau en milieu carcéral.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Une réalité variable selon les types d'établissements pénitentiaires.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Les personnes incarcérées, majoritairement précaires et en mauvaise santé... </b>	<b>16</b>
<b>1.3 Une réglementation spécifique d'application variable.....</b>	<b>18</b>
<b>1.4 Une prise en charge sanitaire renforcée depuis 1994.....</b>	<b>19</b>
<b>1.5 Une économie du tabac installée durablement en milieu carcéral.....</b>	<b>23</b>
<b>2 Des modalités d'intervention existantes mais limitées.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Les leviers d'action émergents : promotion, prévention et éducation à la santé .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2 Des interventions centrées sur la réduction des risques et le sevrage.....</b>	<b>27</b>
<b>2.3 De nombreux freins à la lutte contre le tabac en milieu carcéral .....</b>	<b>29</b>
<b>2.4 Recommandations et pistes de réflexion.....</b>	<b>33</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>37</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>39</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>



---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont permis la réalisation de ce rapport et le cheminement de notre réflexion sur la réduction de la consommation de tabac en milieu carcéral.

Tout d'abord, nous adressons nos remerciements les plus chaleureux au Dr Christine Barbier qui a orienté nos travaux et nos réflexions au cours des trois semaines du module interprofessionnel. Ses conseils et son expérience ont permis la réalisation de ce rapport et la conduite de notre enquête de terrain.

Nous remercions ensuite l'ensemble de nos interlocuteurs : médecins, pharmaciens, éducateurs spécialisés au sein d'associations et de CSAPA, surveillants et gradés de l'administration pénitentiaire, directions des établissements pénitentiaires, infirmiers, cadres de santé, et tous ceux qui ont accueilli les membres de notre groupe au ministère de la Santé, en Agence régionale de santé, et au ministère de la Justice. Nos entretiens et nos échanges constituent la base de notre rapport et nous tenons à saluer leur engagement à nos côtés pour déchiffrer et défricher les enjeux et les problématiques du milieu pénitentiaire et de la réduction de la consommation de tabac.

Enfin, nous sommes reconnaissants à l'égard de M. Jocelyn Dutil, élève-directeur d'hôpital de la promotion Simone Iff et Dr Samuel d'Almeida-Launey pour leur aide et leurs recommandations compte tenu de leur connaissance approfondie du sujet.



---

## Liste des sigles utilisés

---

AP	Administration Pénitentiaire
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie et en Addictologie
CD	Centre de Détention
CGLPL	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de Santé Publique
CSST	Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHSF	Centre Hospitalier Sud Francilien
CIP	Conseiller d'insertion et de probation
CPU	Commission pluridisciplinaire unique
CPP	Code de Procédure Pénale
DAP	Direction de l'Administration Pénitentiaire
DGS	Direction Générale de la Santé
DISP	Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires
DMI	Dotation Mensuelle pour les Indigents
DSP	Dispositif de Soins Psychiatriques
DSS	Dispositif de Soins Somatiques
ENAP	Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire
EP	Etablissement Pénitentiaire
EPM	Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs
EPS	Etablissement Public de Santé
FSP	France Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
INPES	Institut National de Prévention et Education à la Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGSJ	Inspection Générale des Services Judiciaires

MA	Maison d'Arrêt
MIP	Module interprofessionnel
MST	Maladie sexuellement transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PNRT	Programme National de Réduction du Tabagisme
PUI	Pharmacie à usage interne
RESPADD	Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SPF	Santé Publique France
TSN	Traitement de substitution nicotinique
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
US	Unité Sanitaire
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine







## Introduction

*« (...) il résulte de l'instruction que, durant sa période d'incarcération, d'une durée de 120 jours, M. X a occupé les cellules, de 21 m<sup>2</sup> et 20,75 m<sup>2</sup>, avec 4 à 6 codétenus, dont il n'est pas contesté que certains étaient fumeurs ; qu'il est en outre constant que les cellules ne disposent que d'une fenêtre de petite dimension ; que M. X est donc fondé à soutenir qu'il a subi une promiscuité certaine et que, lui-même étant non-fumeur, son incarcération ne s'est pas déroulée dans les conditions de salubrité requises ».*

Décision du Tribunal Administratif de Caen en date du 24 septembre 2015<sup>1</sup>

Responsable de 78 000 décès chaque année, le tabac tue 20 fois plus que les accidents de la route. La priorité de santé publique de lutte contre le tabagisme concerne l'ensemble des individus. Le milieu carcéral ne doit pas constituer une exception. La décision du Tribunal administratif de Caen susvisée, qui reste une décision isolée, engage la responsabilité pour faute de l'Etat en raison d'une atteinte suffisamment caractérisée à la dignité humaine liée au tabagisme passif subi par le requérant lors de sa détention.

En France, au 1<sup>er</sup> avril 2016, le nombre de personnes écrouées s'élève à 79 422 dont 68 361 personnes détenues (les autres bénéficiant d'aménagements de peine) pour 58 659 places opérationnelles, soit un taux d'occupation moyen de 117 %, mais pouvant atteindre plus de 150 % dans de nombreux établissements comme la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis<sup>2</sup>. La France enregistre une forte progression de sa population incarcérée, qui est la plus importante d'Europe. Cette population est essentiellement masculine (96% des détenus). Les mineurs représentent 1% de la population carcérale.

La prévalence du tabagisme est plus élevée en milieu carcéral qu'au sein du reste de la population (81% des hommes de 18 à 54 ans fument en détention contre 36 à 38% de la population générale masculine<sup>3</sup>). Cette prévalence peut s'expliquer par la socio-démographie des personnes incarcérées ainsi que par les conditions propres à la détention.

---

<sup>1</sup> Voir Annexe 4

<sup>2</sup> Voir les statistiques mensuelles du ministère de la Justice, URL : [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/mensuelle\\_avril\\_2016.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_avril_2016.pdf)

<sup>3</sup> HARCOUET L., BALANGER S., MEUNIER N. et al, « La réduction tabagique à la maison d'arrêt de Paris-La Santé », *La Revue de médecine interne*, 29, 357-363, 2008, p. 357

La prison française est particulièrement marquée par des contraintes spatio-temporelles : surpopulation, oisiveté et tensions. Ces contraintes qui peuvent être à l'origine d'une anxiété, d'une angoisse voire d'un « choc carcéral » contribuent souvent à une aggravation du tabagisme chez les personnes détenues. De plus, l'obligation d'encellulement individuel, affirmée par la loi du 5 juin 1875 sur le régime des prisons départementales, n'est pas respectée et engendre de fait un tabagisme passif.

L'histoire du tabagisme en détention remonte à 1839<sup>4</sup>, lorsque le Code de procédure pénale (CPP) instaure l'interdiction de fumer en prison par crainte des effets psychoactifs du tabac sur les personnes détenues (article D-347 du CPP). En 1983, le tabac en détention est finalement autorisé sauf contre-indication médicale. Il est alors introduit dans les cantines des prisons françaises. Cette évolution s'inscrit à contre-courant des tendances croissantes à la restriction du tabac au sein de l'espace public incarnée par la loi du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme puis par la loi Evin du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, qui instaure l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif. Depuis le décret du 30 avril 2013, seul le règlement intérieur des établissements carcéraux traite de la régulation du tabac en détention. De ce fait, des règles et des pratiques variables s'observent aujourd'hui au sein des différentes catégories d'établissements pénitentiaires (EP).

Le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT), présenté le 25 septembre 2014 en Conseil des ministres, fait de la prévention et de la réduction du tabagisme une priorité nationale de santé publique. Le plan s'articule autour de trois axes stratégiques : protection des jeunes, aide à l'arrêt du tabac et action sur l'économie du tabac. Ce programme a vocation à se décliner sur l'ensemble du territoire.

L'incarcération peut, dans ce cadre, constituer une opportunité pour rencontrer des professionnels de santé, bénéficier d'un bilan et entamer une réduction de la consommation de tabac<sup>5</sup>. Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, les personnes sous main de justice doivent avoir accès à une qualité de soins

---

<sup>4</sup>Voir thèse de Samuel d'Almeida-Launey *Le tabagisme en prison: définir une politique factuelle de santé*, soutenue le 03 juin 2016, Co-Directeurs: Daniel Nizri (IGAS) et Masoud Dara (OMS)

<sup>5</sup> La Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice d'Octobre 2012 constate cette ambivalence : "*Dans un contexte de prévalence élevée de la consommation de tabac, la période de l'incarcération peut conduire à une augmentation de celle-ci en raison des phénomènes d'anxiété et de stress. À l'inverse, cette période d'incarcération peut être l'occasion d'un bilan de cette addiction et le moment d'initier un traitement.*" (p. 170)

équivalente à celle de la population générale. En effet, l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009<sup>6</sup> rappelle que « *la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* ». <sup>7</sup> Pourtant, la réduction des risques et le sevrage demeurent des dispositifs marginaux et insuffisamment développés en détention.

Face à ce constat, l'identification des freins existants doit permettre de dégager des perspectives de réduction durable de la prévalence du tabagisme en établissement pénitentiaire.

*L'appréhension et l'analyse du contexte du tabagisme en détention (I) mettent en évidence des dispositifs existants mais limités qu'il convient de renforcer (II).*

## **1. La consommation de tabac, un fléau en milieu carcéral**

### **1.1 Une réalité variable selon les types d'établissements pénitentiaires**

Si la prévalence du tabagisme est plus élevée en milieu carcéral qu'au sein du reste de la population (81% des hommes de 18 à 54 ans fument en détention contre 36 à 38% de la population générale masculine<sup>8</sup>), ces chiffres varient en fonction du type d'établissement, des règles de détention et des caractéristiques de population propres à chaque établissement pénitentiaire. Il existe en France 188 établissements pénitentiaires<sup>9</sup>. Parmi eux, plusieurs catégories d'établissements peuvent être identifiées en fonction du public accueilli et du régime de détention. On distingue notamment les personnes selon

---

<sup>6</sup> Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (n°2009-1436)

<sup>7</sup> Ce principe est également rappelé dans le Plan d'action stratégique 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. Les trois axes retenus sont que « *les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soin que la population générale* », « *les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral* » et « *la prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé* ».

<sup>8</sup> HARCOUET L., BALANGER S., MEUNIER N. et al, « La réduction tabagique à la maison d'arrêt de Paris-La Santé », *La Revue de médecine interne*, 29, 357-363, 2008, p. 357

<sup>9</sup> Ministère de la Justice, *Les chiffres clés de la justice 2015*

qu'elles soient prévenues, c'est-à-dire en attente de jugement ou de condamnation définitive (25% des détenus) ou condamnées (75 % des détenus)<sup>10</sup>.

Parmi les différents types d'établissements pénitentiaires, les maisons d'arrêt (MA) sont au nombre de 91, et accueillent aussi bien des personnes prévenues en détention provisoire que des personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans (40 % des détenus en France)<sup>11</sup>. Les durées de séjour y sont donc courtes, et souvent non programmées. Ces établissements se caractérisent par une moyenne d'âge relativement jeune en comparaison avec les autres établissements pénitentiaires. Ils connaissent une surpopulation carcérale particulièrement forte : si le taux d'occupation des cellules s'élève en France à 122 personnes pour 100 places en 2015, il est ainsi de 136 personnes pour 100 places en MA<sup>12</sup>. Outre les maisons d'arrêt, il existe également en France 88 établissements pour peine, au sein desquels se distinguent :

- 6 maisons centrales : accueillent des personnes détenues condamnées à de longues peines et/ou présentant des risques particuliers. Le régime de détention de ces prisons se caractérise par un degré de sécurité renforcé.
- 25 centres de détention : accueillent des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans, et présentant de bonnes perspectives de réinsertion. Ces centres sont caractérisés par un régime de détention axé sur la resocialisation des personnes détenues.
- 11 centres de semi-liberté : reçoivent des personnes condamnées ayant cependant été admises au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté. Les détenus peuvent donc sortir de l'établissement au cours de la journée, notamment pour exercer une activité professionnelle ou suivre une formation.

Les établissements pour peine accueillent des personnes détenues dont la moyenne d'âge est supérieure à celle des maisons d'arrêt. Le flux d'entrée y est moindre, et les durées de détention sont également plus longues que dans ces dernières<sup>13</sup>. Sont appelés centres pénitentiaires les établissements mixtes, c'est à dire comprenant au moins deux types de quartiers différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale). Il en existe

---

<sup>10</sup> RESPADD, Table ronde tabagisme et incarcération, mai 2015, *Colloque Tabagisme et Vulnérabilités*, p.15

<sup>11</sup> BARBIER C., MAUILLON D., « Prescription des traitements de substitution nicotiques en milieu carcéral », Lettre du RESPADD, janvier 2016, p.2

<sup>12</sup> RESPADD, Table ronde tabagisme et incarcération, mai 2015, *Colloque Tabagisme et Vulnérabilités*, p.14

<sup>13</sup> BARBIER C., MAUILLON D., *Ibid.*

46 en France. Six établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) ont été créés en 2002, et ouverts depuis 2008. Ils sont organisés de façon à privilégier l'éducation et la réinsertion des détenus. Environ 700 mineurs y étaient incarcérés en 2012. En leur sein, les mineurs âgés d'entre 13 et 15 ans représentent environ 0,1% de la population carcérale, contre 1,3% pour ceux âgés de 16 à 17 ans<sup>14</sup>.

Les caractéristiques de chaque catégorie d'établissement pénitentiaire peuvent avoir des conséquences non négligeables sur la réussite d'une politique de réduction des risques en matière de consommation de tabac en détention. La surpopulation carcérale, particulièrement prégnante en MA, pose ainsi des difficultés notables en matière de prévention du tabagisme passif, car il est souvent difficile de séparer, en pratique, malgré l'obligation légale, les personnes fumeuses et non fumeuses dans ce type d'établissement<sup>15</sup>. Les stratégies de réduction des risques et de sevrage présentent des résultats variables selon le type d'EP. Une étude des pratiques de prescription de traitements de substitution nicotinique (TSN), réalisée par la DGS, montre ainsi des écarts en matière de taux de substitution entre les différentes catégories d'établissement : si le taux de substitution moyen s'élevait à 5% des détenus en recherche active de sevrage en 2012, il n'était que de 3% en maison d'arrêt, contre 5% en centre de détention et 28% en établissement pénitentiaire pour mineurs<sup>16</sup>. Ces chiffres peuvent notamment être lus au regard des conditions de détentions propres à chaque catégorie d'établissement. Le taux de substitution plus faible en MA pourrait ainsi s'expliquer par la courte durée des séjours, qui ne permet pas de suivre la personne détenue au moyen de consultations régulières, ainsi que par le contexte d'arrivée des personnes détenues : souvent dans une situation instable et angoissante car en attente de jugement, la personne évolue en outre dans un contexte de surpopulation et de promiscuité et n'est donc pas toujours dans un état d'esprit propre à entamer un sevrage. De même, la moyenne d'âge étant relativement jeune en MA, la motivation pour arrêter de fumer du fait des complications en matière de santé liées au tabac est sans doute moindre qu'en centre de détention. Dans ces derniers, en revanche, le taux de substitution est plus élevé, notamment en raison d'une moyenne d'âge plus haute, et de fait, d'une plus forte prévalence des maladies liées au tabac, ainsi que de durées de peines plus longues permettant un meilleur accompagnement des personnes détenues dans

---

<sup>14</sup> GOUBIN C., 2012, p. 8

<sup>15</sup> Entretien avec un personnel médical d'US, région parisienne, mai 2016

<sup>16</sup> BARBIER C., MAUILLON D., *Ibid*, p. 3

l'optique d'un sevrage. Enfin, les taux très élevés en EPM peuvent s'expliquer à la fois par l'interdiction totale de fumer qui s'y applique<sup>17</sup>, favorisant la prescription de traitements de substitution aux mineurs dépendants, ainsi sans doute que par la jeunesse du public, incitative pour les équipes médicales en termes de proposition de sevrage<sup>18</sup>.

## **1.2 Les personnes incarcérées, majoritairement précaires et en mauvaise santé**

La prévalence particulièrement élevée du tabagisme en détention doit être étudiée en tenant compte des conditions de vie liées à cette détention et aux risques accrus de dépendance tabagique qui s'en suivent. Elle doit être observée au regard des déterminants sociodémographiques de l'état de santé des détenus. Ceux-ci influent sur le tabagisme, favorisent un état de santé dégradé des personnes avant même l'entrée en établissement pénitentiaire, et complexifient la réduction des risques ou le sevrage du détenu.

La difficulté tient à l'absence de systématisation statistique exhaustive de ce type de données. Il n'existe, à ce jour, aucune donnée nationale sur l'état de santé des détenus<sup>19</sup>. La population carcérale est majoritairement issue de catégories sociales défavorisées<sup>20</sup>. Ce sont le plus souvent des personnes confrontées avant la détention à un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité en matière de santé : la précarité, un faible niveau d'éducation, diverses addictions, une rupture du lien social et familial, l'absence de suivi médical ou de couverture adéquate du risque santé (13 % des personnes incarcérées n'ont aucune couverture sociale et 17% bénéficient de la couverture maladie universelle<sup>21</sup>).

Selon une étude de 2011, ¼ des détenus ont ainsi arrêté l'école avant 16 ans, et les ¾ avant leurs 18 ans. 11% à 15% des détenus sont illettrés<sup>22</sup>. En 2007, 29 % des entrants avaient échoué au bilan lecture proposé aux personnes récemment incarcérées<sup>23</sup>. Concernant les conditions de vie des personnes détenues avant leur incarcération, on estimait en 2007 que 10% des personnes détenues avaient un domicile précaire, tandis que 5% étaient sans domicile fixe<sup>24</sup>. Sur le plan familial, il est estimé que 15% des personnes

---

<sup>17</sup> La circulaire du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire.

<sup>18</sup> BARBIER C., MAUILLON D., *Ibid.*

<sup>19</sup> L'OR2S Picardie a mis en place un logiciel utilisé par les différents acteurs du secteur permettant de collecter les informations sur l'état de santé des détenus entrants.

<sup>20</sup> BARBIER C., MAUILLON D., *Ibid.*

<sup>21</sup> CHALMETON H., 2007

<sup>22</sup> GOUBIN C., 2012, p.11

<sup>23</sup> CHALMETON H., 2007, p.2

<sup>24</sup> *Ibid.*



détenues ont quitté le domicile familial avant l'âge de 15 ans, et que 47% des pères de ces personnes sont ouvriers, tandis que 54% des mères sont inactives<sup>25</sup>. En 1999 déjà, l'INSEE menait une enquête comparant l'histoire des personnes incarcérées à celles du reste de la population<sup>26</sup>, et montrait que les personnes détenues se caractérisaient plus fréquemment que le reste de la population par une précocité et une instabilité des engagements familiaux. Sur le plan professionnel, selon les études, il existe en détention une surreprésentation des catégories professionnelles à faible revenu : une personne sur deux déclare être ou avoir été ouvrier, contre une personne sur trois dans la population générale. 30% seulement des personnes détenues déclaraient avoir un emploi.

Si les substances psychoactives sont fortement représentées en milieu carcéral, un fort pourcentage de détenus consommait déjà régulièrement une ou plusieurs substances illicites avant la détention. Il est ainsi estimé que l'utilisation prolongée et régulière de drogues illicites douze mois avant l'incarcération concerne 33.3% des détenus, dont notamment 29,8% consommant du cannabis. 28% d'entre eux consomment au moins 2 substances psychoactives, l'association la plus fréquente étant l'alcool avec une drogue illicite<sup>27</sup>. Le tabac accompagne souvent ces consommations.

Un mauvais état bucco-dentaire est constaté dans les EP dû aux conditions de vie, à l'accès aux droits et aux soins ainsi qu'aux conduites à risques<sup>28</sup>.

La population carcérale présente une forte prédominance des troubles mentaux. Une enquête réalisée par la DREES sur les personnes détenues relevait déjà qu'en 2003, plus de 40% de la population carcérale avait été vue au moins une fois par une équipe de psychiatrie<sup>29</sup>. Le suicide est sept fois plus fréquent en milieu carcéral qu'en milieu libre. En prison, près d'un décès sur deux est un suicide<sup>30</sup>. Les maladies infectieuses sont également fréquentes. 1 200 détenus sont ainsi séropositifs déclarés, soit environ 2% de la population sous écrou<sup>31</sup>. Il est également estimé que 30 % des personnes mises sous écrou sont dépendants aux opiacés, tandis que 30 % sont alcooliques à leur entrée en détention<sup>32</sup>.

---

<sup>25</sup> GOUBIN C., 2012, p. 11

<sup>26</sup> Etude de l'histoire familiale, INSEE, 1999, cité par "L'accompagnement social des condamnés et des sortants de prison"; Conférence de consensus sur la prévention de la récidive, 14 et 15 février 2013, p.26 et suivantes

<sup>27</sup> GOUBIN C., *Ibid.*

<sup>28</sup> RESPADD, Table ronde tabagisme et incarcération, mai 2015, *Colloque Tabagisme et Vulnérabilités*, p.15

<sup>29</sup> La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, Etudes et documents, DREES, septembre 2005, cité par "L'accompagnement social des condamnés et des sortants de prison", Conférence de consensus sur la prévention de la récidive, 14 et 15 février 2013, p.26 et suivantes

<sup>30</sup> Duthé G., Hazard A., Kensey A., 2014.

<sup>31</sup> CHALMETON H., *Ibid.*

<sup>32</sup> CHALMETON H., *Ibid.*

### 1.3 Une réglementation spécifique d'application variable

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale organise l'accès aux soins des personnes détenues, confie au Ministère de la Santé et au service public hospitalier leur prise en charge sanitaire et prévoit l'affiliation au régime général de l'assurance maladie de l'ensemble des personnes détenues. Elle pose le principe de l'équivalence avec le milieu libre, réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins, y compris la prévention et le dépistage, que la population générale. La gestion des soins est assurée par les établissements publics de santé (EPS). La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans ses articles 41 et 44, modifie la loi pénitentiaire de 2009 et le Code de santé publique (CSP). Dorénavant, « *au début de son incarcération, il est proposé à toute personne détenue un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac. Ce bilan, effectué à titre préventif, dans un but de santé publique et dans l'intérêt du patient, reste confidentiel* ». A cet effet, l'instruction du 17 novembre 2010 propose un questionnaire sur le repérage des addictions en annexe, utilisé très souvent par les équipes des unités sanitaires quand elles ne réalisent pas leur propre outil. L'article L3411-8 IV du CSP dispose que « *la politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral* ».

Afin d'assurer l'application de la loi Evin de 1991, au regard du principe d'équivalence, la circulaire du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire précise que le gain attendu en matière de santé publique ne doit pas s'accompagner de « *tensions excessives dans la gestion des détentions* ». Cela pose un dilemme permanent entre santé et sécurité. Il revient au directeur de l'établissement pénitentiaire de décider des modalités d'application de la réglementation. En pratique, les cours de promenade sont des lieux où le tabagisme est systématiquement autorisé, à de rares exceptions comme l'a relevé le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) lors de ses visites. A l'arrivée en détention, au cours de l'entretien avec l'officier pénitentiaire, le détenu doit se déclarer fumeur ou non-fumeur. Selon la responsable Santé de la Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) Grand Ouest, c'est l'un des paramètres pris en compte pour

l'affectation en cellule qui est considérée comme un espace privé. Les détenus peuvent donc y fumer librement. Au sein des établissements pénitentiaires pour mineurs, l'interdiction de fumer est totale<sup>33</sup>.

Le règlement intérieur type, prévu à l'article R. 57-6-18 du CPP, peut être adapté, dans le respect du droit en vigueur. Cette faculté a été précisée par la note de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) du 20 décembre 2013 relative aux règlements intérieurs des établissements pénitentiaires. Ce document prévoit obligatoirement qu'« *il est interdit de fumer en dehors des cellules et des cours de promenade* » sous peine de sanctions disciplinaires. Le règlement intérieur ainsi que le *Guide du nouvel arrivant* doit être accessible et porté à la connaissance de tout nouvel entrant en prison. Enfin, une note de la DAP du 11 août 2014 relative à l'utilisation de la cigarette électronique dans les établissements et services pénitentiaires a autorisé les EP à « cantiner » ce produit. Les détenus ne peuvent pas apporter leur propre cigarette électronique à leur entrée en détention. Le prix est de 13 euros 80 TTC, soit le modèle de base.

La mise en application de l'ensemble ces dispositions dépend des orientations définies par le directeur de l'EP. Pour exemple, un directeur peut être en faveur d'un sevrage brusque au tabagisme<sup>34</sup> alors qu'un autre peut favoriser un accompagnement à la réduction des risques. Ces positions entraînent nécessairement une différence d'approche entre le personnel de direction et le personnel soignant des unités sanitaires.

#### **1.4 Une prise en charge sanitaire renforcée depuis 1994**

Lors de l'arrivée en détention, chaque détenu est orienté vers l'unité sanitaire (US) pour une visite médicale obligatoire dont les objectifs recherchés sont d'apporter une information sur l'accès aux soins, d'identifier les problèmes de santé, de prendre en compte le traitement médical, d'effectuer un dépistage de pathologies infectieuses (le dépistage de la tuberculose est obligatoire, les tests VIH, VHB, VHC sont proposés) et de repérer les éventuelles addictions : drogues, alcool, tabac. Si la première consultation (24-48h après l'arrivée en détention) est un moment clef pour le repérage des addictions, y compris du tabac, elle n'est pas toujours propice lors de l'entrée en détention, les détenus étant

---

<sup>33</sup> BARBIER C., MAUILLON D., *Ibid.*

<sup>34</sup> Lors des entretiens, il nous a été précisé par exemple qu'un directeur s'est opposé à la e-cigarette en affirmant qu'il était favorable au « sevrage brusque »

potentiellement confrontés à un « choc carcéral » ainsi qu'à un sevrage forcé (organisation de la cantine et difficultés ou obstacles à apporter ses effets personnels ).

La MA d'Angers prévoit un deuxième niveau de repérage des addictions par deux IDE formés en addictologie. Ces entretiens permettent de faire un point plus précis sur les difficultés rencontrées par le détenu. De manière générale, s'il souhaite obtenir une consultation médicale, il doit formuler une demande écrite. Cela peut s'avérer problématique notamment si la personne est étrangère, illettrée et qu'elle ne peut faire appel à une aide « extérieure » (surveillant, codétenu...). Enfin, des certificats médicaux sont établis par l'US pour les détenus non-fumeurs ou en cours de sevrage afin qu'ils puissent occuper une cellule non-fumeur. Néanmoins, l'AP n'est pas toujours en mesure de répondre favorablement à ces demandes.

Des Services médicaux psychologiques régionaux (SMPR) peuvent également être compétents pour proposer et suivre des programmes d'arrêt ou de réduction du tabagisme en détention. Des études<sup>35</sup> ont démontré que les personnes souffrant de maladies mentales sont plus susceptibles de fumer que la population générale puisque la dépendance au tabac est 2 à 3 fois plus fréquente chez les patients atteints de troubles psychiatriques. En milieu carcéral, selon un psychiatre spécialisé en addictologie et en tabacologie, le tabac peut interagir avec les traitements médicamenteux prescrits aux détenus présentant des troubles mentaux. En effet, le tabac diminuerait les effets de certains médicaments utilisés dans le traitement des maladies mentales ce qui oblige à augmenter les doses prescrites avec des possibles risques de surdosage et d'effets secondaires contraignants en milieu carcéral (ex : prise de poids). Concernant les mineurs, contraints à un sevrage forcé, le protocole de l'unité sanitaire est parfois contredit par les pratiques du SMPR ou d'autres intervenants. Cela pose la question de la coordination de la prise en charge des addictions entre l'US et le SMPR.

Outre les dispositifs présentés ci-dessus, les CSAPA, référents en milieu pénitentiaire sont désignés, dans l'organisation de la prise en charge des addictions (y compris le tabac) en détention, pour assurer l'accompagnement, l'élaboration du projet de soins et d'insertion des personnes détenues et assurer l'articulation avec l'extérieur en vue de la préparation à la sortie<sup>36</sup>. Néanmoins, les différentes études et retours d'entretiens

---

<sup>35</sup> Comme l'étude de l'INVS de 2014 en bibliographie.

<sup>36</sup> L'instruction DGS/DGOS du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, confie le pilotage de l'organisation des soins en addiction à l'unité sanitaire et définit le rôle des CSAPA en milieu carcéral.

semblent montrer que les CSAPA concentrent plus, pour des raisons historiques<sup>37</sup>, leurs actions en milieu carcéral sur les personnes usagères de drogue ou d'alcool que dans le domaine du tabac<sup>38</sup>.

Concernant le troisième niveau (UHSI, cf. infra), le rapport de l'IGAS de 2011<sup>39</sup> précise que, « *ces unités restent un dispositif dans lequel les détenus ont des réticences à être hospitalisés* ». L'interdiction de fumer est un des motifs majeurs de refus. L'UHSI de Rennes, la dernière créée en 2012, a bénéficié des expériences des autres UHSI et a intégré une cour de déambulation permettant aux patients de fumer. Les patients détenus ont cependant la possibilité de fumer uniquement 15 à 45 minutes par jour (selon le nombre de détenus, les profils ou les affinités) durant l'après-midi.

---

<sup>37</sup>Les ex CCAA (Centre de Cure ambulatoire en Alcoologie et addictologie) et CSST (Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie) traitaient des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme, GUILLERY X., 2011

<sup>38</sup>BARBIER C., MAUILLON D., 2016

<sup>39</sup>MARSALA V. et PAUTRAT C., 2011

**Tableau de présentation de l'organisation des soins en milieu carcéral, en trois niveaux**

<p align="center"><u>GRADATION DES PRISES EN CHARGE</u></p> <p align="center"><u>PRISES EN CHARGE</u></p>	<p><i>NIVEAU 1</i></p> <p>Consultations, prestations, activités ambulatoires, activités thérapeutiques, prises en charge de groupe</p>	<p><i>NIVEAU 2</i></p> <p>Hospitalisation à temps partiel</p>	<p><i>NIVEAU 3</i></p> <p>Hospitalisation à temps complet</p>
<p><b>Soins somatiques</b></p> <p>Loi 18 janv. 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale : transfert de compétence de l'administration pénitentiaire vers le service public hospitalier.</p> <p>Arr. min. 24 août 2000 : création des UHSI</p>	<p>Unités sanitaires (ex-UCSA) : Dispositifs de soins somatiques – DSS</p> <p>Outre la prise en charge sanitaire des détenus les unités sanitaires sont compétentes dans le repérage, la prise en charge des addictions. Initialisation et suivi des TSO et TSN</p>	<p>Milieu hospitalier : chambres sécurisées de l'établissement hospitalier de rattachement</p> <p>L'hospitalisation requiert le consentement de la personne détenue.</p>	<p>8 UHSI en France qui accueillent des détenus majeurs et mineurs.</p> <p>L'hospitalisation requiert le consentement de la personne détenue.</p>
<p><b>Soins psychiatriques</b></p> <p>Loi 31 déc. 1985 et décret 14 mars 1986 : création du secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire et des SMPR.</p> <p>Loi 9 sept. 2002 : création des UHSA.</p>	<p>Unités sanitaires : Dispositifs de soins psychiatriques – DSP au sein des US ou Service médico-psychologique régional (SMPR) : il existe 26 SMPR en France.</p> <p>Des SMPR peuvent être compétents dans les TSO et TSN</p>	<p>Unité sanitaire/SMPR : prise en charge en hospitalisation de jour. Les cellules d'hébergement sont situées à proximité de l'unité de soins.</p>	<p>Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) implantée au sein d'un établissement hospitalier et sécurisée par l'administration pénitentiaire (hospitalisation avec ou sans consentement) ; établissement de santé autorisé en psychiatrie (hospitalisation sans consentement) ; Unité pour malades difficiles (hospitalisation sur arrêté préfectoral).</p>

## 1.5 Une économie du tabac installée durablement en milieu carcéral

En raison de l'interdiction de tout échange avec l'extérieur, un des premiers enjeux, pour la personne nouvellement incarcérée, est de se fournir en tabac. Pour ce faire, des valeurs pécuniaires, provenant de diverses sources (familles, allocations, rentes, pensions...) sont portées au compte nominatif de la personne incarcérée<sup>40</sup>. Avec cette somme, le détenu peut « cantiner », c'est-à-dire acheter des biens auprès de la cantine, système de commande de produits autorisés par l'AP et payés en totalité par le détenu. La cantine améliore le quotidien et fournit des produits qui ne sont pas mis à disposition par l'AP comme des plaques chauffantes ou du tabac. Suite à des critiques liées à la différence de prix entre la prison et le milieu libre<sup>41</sup>, les prix sont fixés, depuis 2012, par l'AP pour les établissements en gestion publique<sup>42</sup>, et différent assez peu du milieu libre. Les prix du tabac et des produits liés au tabac correspondent à ceux du marché. Le règlement intérieur fixe les conditions d'accès à la cantine (périodicité des commandes, information des détenus, etc.). L'importance du tabac en détention est symbolisée dès l'entrée d'un arrivant puisque dans le premier bon de commande fournit par l'AP quatre produits sur neuf concernent le tabac. Cependant, « *si elle crée des inégalités, la cantine favorise aussi le développement de rapports de force, puisque le détenu " riche " va établir sa domination sur les moins argentés qui dépendront de lui pour bénéficier d'une cigarette, d'un timbre ou encore de la télévision* »<sup>43</sup>.

La paupérisation des populations incarcérées est une problématique pressante pour l'administration pénitentiaire et pour l'accès à la cantine. Depuis 2013, l'indigence est définie par l'AP selon trois critères cumulatifs<sup>44</sup> évalués par la commission interdisciplinaire de prise en charge de la pauvreté. Selon Didier Fassin « *environ 25% des*

---

<sup>40</sup> Ce compte est divisé en trois parts : « *la première sur laquelle seuls les parties civiles et les créanciers d'aliments peuvent faire valoir leurs droits ; la deuxième, affectée au pécule de libération, qui ne peut faire l'objet d'aucune voie d'exécution ; la troisième, laissée à la libre disposition des détenus.* » (Art. L.728-1 du CPP voir aussi Art. D320-1). La partie à la libre disposition des détenus/prévenus est alors la somme restante après avoir réparti les sommes dans les deux premières parts.

<sup>41</sup> Sénat, *Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, 2000, Rapport de la Commission d'enquête n°449.

<sup>42</sup> Ce qui peut expliquer des critiques persistantes sur les prisons à gestion déléguée comme à Corbas (Rhône) : <http://www.leparisien.fr/societe/lyon-un-detenu-epingle-les-prix-de-la-cantine-dans-le-journal-de-la-prison-20-07-2015-4958715.php> (site consulté le 16 mai 2016)

<sup>43</sup> Sénat, *Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, 2000, Rapport de la Commission d'enquête n°449.

<sup>44</sup> Voir circulaire du 17 mai 2013 relative à la lutte contre la pauvreté en détention : le niveau de ressources sur la part disponible du compte nominatif pendant le mois courant doit être inférieur à 50 euros tout comme sur le mois précédent, enfin, il faut un montant de dépenses sur le mois courant (dépenses cumulées sur 30 jours) inférieur à 50 euros.

détenus étaient classés dans la catégorie des indigents, 5% d'entre eux disposant même de moins de 10 euros sur leur compte »<sup>45</sup>. En urgence, une dotation de 20 euros peut être accordée à l'arrivée en détention, ainsi qu'une dotation en nature comprenant un kit d'hygiène ou encore de correspondance. Le tabac n'est pas mentionné dans cette dotation. Il ressort tant de l'enquête de terrain que de l'anthropologie de Didier Fassin<sup>46</sup>, que la fourniture de tabac aux indigents est une priorité dans les établissements au sein de la dotation mensuelle pour les indigents (DMI) mais aussi de manière plus ponctuelle pour les surveillants qui disposent dans leurs poches de cigarettes à distribuer, de façon discrétionnaire, aux détenus indigents en demande.

La place symbolique de la cigarette dépasse la seule addiction. Tout d'abord, pour les personnels de surveillance, la cigarette est un moyen de maintenir la « paix sociale »<sup>47</sup>. Elle permet d'éviter des actes de violences (contre soi-même, par agacement contre un personnel de surveillance, ou entre détenus pour un vol ou racket), il s'agit en quelque sorte de fournir la juste quantité pour éviter le manque. Cette fonction semble être une évidence pour les personnels de surveillance, confirmée pendant les entretiens par les personnels soignants. La cigarette tient une place encore plus importante pour les indigents, leur alimentation en tabac dépendant entièrement des personnels de surveillance, elle se révèle ainsi un puissant outil disciplinaire à la discrétion de l'administration. Il ne s'agit pas uniquement de ne plus disposer de tabac, il faut aussi le mériter, cette aide fonctionne alors sur un mode binaire : punition ou gratification<sup>48</sup>.

Pour les détenus, la cigarette tient plusieurs rôles. Les vertus anxiolytiques et occupationnelles du tabac sont particulièrement appréciées en détention. La cigarette est aussi un moyen de domination ou de témoignage d'affection à l'égard d'un autre détenu, il n'est pas rare de voir les détenus s'échanger des cigarettes sans contrepartie apparente<sup>49</sup> pour aider un indigent, par simple amitié, pour accueillir un nouvel arrivant (ou son retour en détention). Enfin, le tabac représente une véritable économie en prison, il possède une valeur d'usage (pour fumer une cigarette ou un joint), mais aussi une valeur d'échange qui remplace la monnaie tout en ayant des caractéristiques similaires (divisibilité, liquidité).

---

<sup>45</sup> Fassin, 2015, p.248

<sup>46</sup> Fassin, 2015, p.247

<sup>47</sup> Fassin, 2015, p.247 mais aussi l'ensemble des entretiens réalisés par le groupe.

<sup>48</sup> Fassin, 2015, p.358-359

<sup>49</sup> Fassin, 2015, p.248



## 2 Des modalités d'intervention existantes mais limitées

### 2.1 Les leviers d'action émergents : promotion, prévention et éducation à la santé

Un des enjeux en matière de consommation du tabac en milieu carcéral est d'agir sur les déterminants de santé en développant une véritable politique de prévention et de promotion de la santé. L'incarcération peut être l'occasion de promouvoir une telle politique auprès des personnes détenues. La démarche de promotion de la santé dans le milieu pénitentiaire consiste à intervenir sur les déterminants de santé des personnes détenues à savoir leur estime de soi, leur environnement (cellule dédiée aux non-fumeurs), leurs conditions de vie (lutte contre l'oisiveté, l'accès au sport), l'hygiène de vie ou les contraintes spatiales (l'encellulement individuel). La mise en place d'une véritable promotion de la santé, qui s'intègre dans une approche globale, nécessite un partenariat entre les personnels sanitaires et pénitentiaires et peut associer des intervenants extérieurs (intervenants en détention, associations). Ces derniers aspects sont traités lors des comités de coordination des actions de prévention de l'EP s'il en possède un<sup>50</sup>.

L'information de masse par le biais des campagnes est l'un des outils de la prévention. Ainsi, un des objectifs du PNRT est de développer massivement une campagne d'information « *Le tabac tue un fumeur sur deux* » qui sera diffusée dans les médias et sur les réseaux sociaux<sup>51</sup>. De plus, selon le médecin référent addiction et santé des personnes détenues de l'ARS Aquitaine<sup>52</sup>, la campagne lancée au Royaume-Uni depuis 2012 nommée « *Stoptober* » ayant pour objet d'encourager les fumeurs à arrêter de fumer pendant vingt-huit jours peut être développée en milieu carcéral en France. Cependant, pour que ces campagnes soient efficaces, elles nécessitent une coordination des acteurs concernés et une communication adaptée au milieu carcéral. Selon une enquête de l'INPES de 2008, les individus les moins diplômés ont plus tendance à penser que les campagnes de prévention sur le tabac ou autres addictions « *sont trop nombreuses, infantilisantes, énervantes ou qu'elles exagèrent les risques pour la santé* »<sup>53</sup>. La précarité et le statut socio-économique sont également liés à une « *forme de fatalisme* » et ont un impact sur les attitudes à l'égard

---

<sup>50</sup> Entretien INPES du 17 mai 2016

<sup>51</sup> PNRT accessible sur le site <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914> et annexe 3

<sup>52</sup> Entretien téléphonique avec la référente addiction/santé des détenus ARS Aquitaine, mai 2016

<sup>53</sup> RESPADD, Conférences plénières, *Colloque Tabagisme et vulnérabilités*, mai 2015, p.9

de la prévention<sup>54</sup>. Un autre objectif de la prévention du tabagisme est d'agir sur les non-fumeurs avant leur consommation. A ce titre, un des axes du PNRT est de protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme. Cet objectif s'applique également aux mineurs en milieu carcéral. Ainsi, dans certains EPM sont développés des groupes de paroles, du sport, de la relaxation ou encore de la sophrologie<sup>55</sup>.

Dans la continuité de la prévention, l'éducation pour la santé fait partie des missions des unités sanitaires et a pour objectif de transmettre les informations et faire acquérir des compétences aux détenus afin qu'ils puissent faire les meilleurs choix quant à leur santé<sup>56</sup>. Elle vise à développer les aptitudes personnelles et collectives notamment par des actions de réduction des risques adaptées au public auxquelles elles s'adressent. C'est à l'établissement de santé, auquel les US sont rattachées, de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire<sup>57</sup>. Un programme d'éducation pour la santé est adressé par la direction de l'établissement à l'ARS et s'inscrit dans les plans régionaux de santé. L'US de la MA d'Angers a développé en 2015 les projets<sup>58</sup> suivants : un atelier « Prévention des risques en détention » sur l'hygiène, les pratiques à risques et leurs conséquences, des groupes de paroles, des entretiens individuels par des IDE sur différents thèmes (tabac, alcool ou autres addictions). Des EPM organisent, avec l'aide de divers outils (jeux, échanges) des consultations et ateliers de groupes. Ces séances permettent de favoriser la parole et le partage d'expériences entre les participants.

Cependant, selon le rapport de la cour des comptes de 2014<sup>59</sup>, si les actions de prévention et d'éducation pour la santé en détention, adaptées aux problèmes des détenus, se sont développées, elles présentent de grandes disparités entre les établissements.

---

<sup>54</sup> Idem

<sup>55</sup> Entretien téléphonique avec la référente addiction/santé des détenus, ARS Aquitaine, mai 2016

<sup>56</sup> Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, Education et promotion de la santé en milieu pénitentiaire, 2012, p.211

<sup>57</sup> Article R. 6112-60 du code de la santé publique

<sup>58</sup> Rapport d'activité USMP Angers 2014-2015

<sup>59</sup> Rapport de la cour des comptes 2014, p.20

## 2.2 Des interventions centrées sur la réduction des risques et le sevrage

Les actions de prise en charge de la dépendance en milieu carcéral existent mais ne sont pas homogènes. Le plus souvent c'est au détenu de faire part de sa volonté d'arrêter de fumer pour pouvoir bénéficier des aides. Certains détenus se retrouvent contraints à un sevrage tabagique par manque de moyens financiers ou matériels (délai d'approvisionnement). Outre ces situations, une étude réalisée à la MA de La Santé en 2008<sup>60</sup>, montre que les personnes incarcérées souhaiteraient arrêter le tabac mais ne l'envisagent pas à court terme. Celles qui souhaitent bénéficier d'un sevrage tabagique sont peu nombreuses. Les motivations invoquées sont la santé et le coût du tabac. En 2015, sur une file active de 716 personnes (le nombre de personnes vues en consultation médicale au moins une fois dans l'année), 47 ont suivi un TSN à la MA d'Angers<sup>61</sup>.

Une étude portant sur la prescription des TSN<sup>62</sup>, révèle une différence entre les maisons d'arrêt et les établissements pour peine. Comme il a été souligné au préalable, en établissement pour peine, les détenus semblent être plus demandeurs de sevrage tabagique.

Si certains détenus souhaitent un sevrage complet du tabac, les différentes études menées montrent qu'en milieu carcéral l'objectif n'est pas tant d'arrêter complètement le tabac mais plutôt d'en réduire sa consommation et donc d'en réduire les risques, et ce en raison des pressions psychologiques qui existent en détention et que subissent les détenus. A ce titre, en entretien, un médecin d'US a souligné que lors de la première consultation, il conseillait de ne pas augmenter leur consommation, d'essayer de la réduire mais déconseillait le sevrage dans l'immédiat.

Un outil de réduction des risques efficace pourrait être la cigarette électronique qui semble moins toxique pour les codétenus. Si celle-ci est autorisée depuis 2014<sup>63</sup> en milieu carcéral, certains établissements pénitentiaires sont réticents à sa diffusion, invoquant des raisons sécuritaires.

A l'occasion de la visite médicale à l'entrée de l'incarcération, un bilan des consommations doit être réalisé, le détenu peut alors faire part de sa volonté d'arrêter de

---

<sup>60</sup> Harcouet L. et al.. 2008, p.357-363

<sup>61</sup> Rapport d'activité 2015 de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire de la maison d'arrêt d'Angers

<sup>62</sup> Barbier C., Mauillon D, 2016 p.3

<sup>63</sup> Note DAP du 11 août 2014 sur l'utilisation de la cigarette électronique dans les établissements et services pénitentiaires

fumer. A défaut il pourra, tout au long de son incarcération, demander une aide pour arrêter sa consommation. C'est à l'US d'assurer la prise en charge du sevrage et de fournir les substituts nicotiques, qui sont les traitements privilégiés en milieu carcéral. Ceux-ci existent sous forme de gommes à mâcher, de timbres ou patches transdermiques, de comprimés sublinguaux et à sucer, de spray nasal et d'inhaleur. Toutes ces formes de TSN ont une efficacité similaire à posologie égale. En milieu ordinaire, le choix du traitement peut être fondé sur la susceptibilité aux effets indésirables, ou encore à la préférence du patient. En milieu carcéral, le détenu est limité aux produits disponibles à l'US, certains de ces traitements comme les gommes sont souvent interdits pour des raisons de sécurité. Le choix des traitements dépend donc de l'établissement pénitentiaire qui peut en favoriser certains plutôt que d'autres pour des motifs sécuritaires. Une attention doit être portée sur l'observance et le risque de dépendance de certains TSN.

Relativement au financement de ces traitements, la circulaire du 31 janvier 2007 précise que « *les substituts nicotiques sont à la charge de l'établissement public de santé qui doit les fournir gratuitement à la personne détenue lorsqu'ils ont été prescrits par un médecin intervenant à l'US, dans le cadre d'une pathologie liée au tabac et/ou dans le cadre de la prise en charge d'une dépendance tabagique* »<sup>64</sup>. En pratique la gratuité totale n'est pas toujours appliquée en milieu carcéral. En effet, au nom du principe d'équivalence, certaines US, comme par exemple celles de la maison d'arrêt et du centre de détention de Nantes, font payer les TSN après un mois de gratuité. Pourtant l'esprit du PNRT est de favoriser l'accès aux TSN pour les populations les plus vulnérables (cf. Annexe 3); la population carcérale étant majoritairement précaire, la gratuité des traitements semble nécessaire pour favoriser une politique de diminution des risques même si elle reste insuffisante.

En tout état de cause lorsqu'un détenu décide d'arrêter le tabac, le seul traitement pharmacologique ne suffit pas, il est nécessaire d'y associer un accompagnement psychologique et de suivre régulièrement le patient, via des consultations tabacologiques par exemple. Ce genre de dispositif n'existe pas dans tous les établissements pénitentiaires. Se pose également la question du suivi après l'incarcération. En effet, si les traitements sont en principe gratuits au sein de la prison, ce n'est plus le cas à l'extérieur. La préparation à la sortie doit être précoce afin de permettre un accompagnement adéquat en milieu libre. Il revient au professionnel du CSAPA de référence ou du professionnel

---

<sup>64</sup> Circulaire DHOS/DAP du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'Administration pénitentiaire.

traitant de coordonner la continuité des soins en dehors de la prison et d'éviter ainsi les ruptures de prise en charge lors de la sortie. De plus, la question de l'ouverture des droits sociaux et de l'hébergement requiert une attention particulière en raison de la précarité du public concerné. Un partenariat avec la CPAM peut être envisagé (expériences du centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan et de Mont-de-Marsan) ainsi qu'avec des structures d'hébergement et de réinsertion<sup>65</sup>. Cependant, les CSAPA restent spécialisés dans la dépendance alcoolique et aux opiacés, ce qui représente un véritable problème pour assurer l'accompagnement des détenus dépendants au tabac.

### **2.3 De nombreux freins à la lutte contre le tabac en milieu carcéral**

Trois principaux freins ont été identifiés :

- **Le défi de l'attractivité médicale et soignante**

La loi du 18 janvier 1994 vise à faire bénéficier les personnes détenues d'une prise en charge sanitaire de qualité identique à celle offerte à la population générale dans des conditions qui respectent leurs droits à la dignité et à la santé. Le rapport annuel 2014 de la Cour des comptes révèle que malgré de réels progrès depuis 1994, l'offre de soins reste incomplète en milieu carcéral, et que des obstacles à une prise en charge globale persistent. L'offre de soins ambulatoires en établissement pénitentiaire reste hétérogène. Bien que les équipes d'unités sanitaires aient presque doublé entre 1997 et 2012 (hausse de 56% de médecins somatiques et psychiatriques, de 131% de non médicaux somatiques, et de 60% de non médicaux psychiatriques), des disparités interrégionales en personnels de santé exerçant en unités sanitaires (1,7 % de médecins généralistes en Martinique contre 4,95 % en Pays de Loire, 10,22 % d'IDE en Basse-Normandie contre 25,43 % en Franche-Comté) et des disparités infrarégionales en fonction du lieu d'implantation subsistent. Ces disparités s'expliquent par des difficultés récurrentes à recruter, comme en témoigne l'importance des postes non pourvus, en particulier chez les médecins spécialistes, les psychiatres et les masseurs-kinésithérapeutes.

- **Une mise à niveau insuffisante des locaux et des systèmes d'information**

Des unités sanitaires modernes sont implantées dans des prisons partiellement rénovées ou récemment construites, telles que les centres pénitentiaires de Metz, Nancy-

---

<sup>65</sup> Fédération Addictologie, Guide Pratique sur la continuité des soins des personnes détenues, 2014, p.32

Maxéville ou de Rennes-Vezin. Cependant, dans les prisons plus anciennes, des locaux sanitaires souvent très vétustes et exigus subsistent comme au centre pénitentiaire de Fresnes, au centre de détention de Melun, ou à la maison d'arrêt des Baumettes à Marseille. La rénovation de ces locaux, incombant à l'AP, demeure lente et limitée.

En matière d'équipements informatiques, des enveloppes ont été confiées aux ARS pour développer les connexions entre les unités sanitaires et les établissements de santé de rattachement, ainsi que les utilisations d'outils informatiques de facturation et de productions de soins. En mars 2013, 3% d'établissements pénitentiaires n'étaient pas connectés, contre 21% en 2010. Le développement de la télémédecine devrait faciliter à moyen-court terme l'accès de patients détenus à certains soins de spécialité, et la réduction des extractions pour des raisons médicales.

#### **– Un équilibre imparfait entre exigence de soins et nécessité de sécurité**

Les professionnels de santé et le personnel pénitentiaire travaillent souvent en bonne intelligence et dans le respect mutuel des compétences et des contraintes propres à chacun. Néanmoins, la démarche de santé reste trop souvent dépendante du fonctionnement pénitentiaire. La réduction de la consommation de tabac se heurte à la logique de surveillance propre à la détention. Comme l'écrivait D. Fassin « *La sécurité est et a toujours été une priorité absolue du monde pénitentiaire et toute réforme de son fonctionnement ne peut se faire que si elle est vue comme ne la remettant pas en cause* », il en va de même pour les politiques de santé publique en établissements pénitentiaires. Cette contradiction originelle se déploie notamment lors des affectations en cellule en maison d'arrêt au cours desquelles le critère « non-fumeur » est subsidiaire par rapport aux questions de protection des détenus vulnérables et des incompatibilités supposées ou avérées entre les détenus. En outre, ce sont bien les conditions de détention (architecture, surpopulation, etc.), les raisons de la détention (comme la hausse des emprisonnements à la suite des infractions liées à la législation sur les stupéfiants) qui freinent la mise en place d'une politique de réduction des risques ou de sevrage pour le tabac en prison, tout autant que les représentations, cette problématique n'étant pas considérée comme prioritaire par les personnels de surveillance –eux-mêmes très souvent fumeurs.

Le respect du secret médical est également délicat compte tenu de la configuration des locaux ne permettant pas toujours de garantir et de préserver l'intimité des personnes (présence régulière de surveillants en salles de soins, distributions de médicaments en cellule à la vue des codétenus et du personnel). De plus, la conservation des dossiers médicaux n'est pas toujours sécurisée, et une relation directe par téléphone entre le

médecin et le patient en cas d'urgence est très difficile, voire impossible. Plusieurs détenus étrangers ne peuvent non plus bénéficier d'un interprétariat professionnel.

L'accès aux droits à la sortie de la détention pose également problème en termes de continuité des soins, provoquant des ruptures de prise en charge aggravées par la forte mobilité des sortants.

### **Focus : Expériences internationales**

*Issues d'une étude Catherine Ritter, Tabakgebrauch und Kontrolle in Gefängnissen – ein Literatur Review / Tobacco Use and Control in Detention Facilities – a Literature Review, 2012*

Une comparaison internationale indique que les taux de prévalence du tabagisme chez les hommes et les femmes en milieu carcéral sont 2 à 4 fois supérieurs à ceux de la population générale.

Les stratégies développées diffèrent selon l'objectif recherché à savoir : une réduction des risques ou une interdiction totale ou partielle du tabac en détention. A ce jour, le Canada, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et la Grande-Bretagne ont engagé ou finalisé un processus d'interdiction du tabac en prison. Il n'existe pas, à ce jour, de consensus, au sein de la littérature scientifique internationale, sur l'intérêt ou non d'une interdiction totale du tabac en détention.

Afin de permettre une action efficace, les expériences internationales font, notamment, ressortir la nécessité :

- de valoriser la place du détenu non-fumeur et de prendre en compte les caractéristiques propres au milieu carcéral qui peuvent favoriser le tabagisme,
- d'élaborer des études épidémiologiques nationales qui sont plus effectives que l'utilisation de statistiques internationales pour inciter les politiques publiques à intervenir,
- d'analyser la qualité de l'air au sein d'établissements pénitentiaires sur la base de deux indicateurs : la teneur en nicotine dans l'air qui permet d'évaluer l'importance du tabagisme passif et la teneur en particules fines qui détermine l'amélioration ou non de la qualité de l'air.

Les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'application de l'article 8 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, relatives à la protection contre l'exposition à la fumée du tabac (fumée secondaire) dispose également qu'une « *attention particulière doit aussi être accordée aux lieux de travail qui sont également des lieux d'habitation ou de séjour tels que les prisons...* ». Le guide de l'OMS sur la santé en prison datant de 2007 encourage le développement de programmes destinés à l'arrêt de l'usage du tabac en détention mais ne recommande pas des outils spécifiques permettant d'atteindre cet objectif.

Présentation d'expériences développées dans certains pays :

- Jour sans tabac, check-list des bonnes pratiques dans l'arrêt du tabac à destination des directeurs et des surveillants de prison (en vue de l'interdiction du tabac en prison), développement d'unités entières sans tabac au sein des prisons, mise en place d'un coach santé, mise à disposition de brochures à l'intention des détenus sur les modalités d'arrêt du tabac (Royaume-Uni),
- Le dispositif « *Quitters are Winners* » à destination des détenus qui souhaitent arrêter de fumer. Il s'agit d'un programme de 4 sessions de groupe qui permet de développer une entraide et une cohésion entre les détenus qui souhaitent se sevrer ; mise en place d'une ligne gratuite « *Tabac info service* » à destination des détenus (Australie),
- Marketing social sur l'importance de l'arrêt du tabac auprès des détenus (Royaume-Uni et Australie),
- Participation des détenus dans la construction des outils destinés à réduire le tabagisme. En Pologne, des détenus ont été sollicités afin de classer, par ordre d'importance, les outils qu'ils considèrent comme efficace dans l'arrêt du tabac,
- Approche coordonnée et pluridisciplinaire (personnel pénitentiaire, personnel soignant) et développement d'approches variées : TSN, sport, dispositifs de gestion du stress (yoga, acupuncture), entretiens et conseils individualisés, groupes de parole, mise à disposition de fruits et légumes frais (Royaume-Uni).



## **2.4 Recommandations et pistes de réflexion**

Cette comparaison internationale permet de souligner la diversité des stratégies des Etats et l'absence de bonnes pratiques partagées au niveau international. Bien qu'il soit difficile dans le temps imparti de ce MIP d'avoir le recul nécessaire à l'élaboration de recommandations abouties et testées auprès des parties prenantes, nous souhaitons rappeler les recommandations du CGLPL et de la Cour des comptes (cf. Annexe 5) et proposer des pistes de réflexion et des préconisations.

### **RECOMMANDATION 1 : ETABLIR UNE VERITABLE STRATEGIE NATIONALE DE DECLINAISON DU PNRT EN DETENTION**

Compte tenu des obstacles à la lutte contre le tabac en détention (cf. Annexe 3), une stratégie nationale est indispensable. Elle doit affirmer la spécificité des addictions tabagiques en milieu carcéral et y allouer des moyens spécifiques.

### **RECOMMANDATION 2 : AMELIORER LA CONNAISSANCE DE L'ETAT DE SANTE DES DETENUS, LES DONNEES RELATIVES AU TABAGISME ET DEVELOPPER LA RECHERCHE**

Comme il n'existe pas de base de données permettant de connaître l'état de santé de la population carcérale et la consommation de tabac, le déploiement de l'outil tel que celui de l'OR2S en Picardie-Haute-Normandie, apparait comme une nécessité. Dans le cadre de ce déploiement, les aspects relatifs à la consommation de tabac pourraient être détaillés (consommation journalière avant et après détention, consommation de cigarettes, tabac à rouler ou e-cigarette, demande de sevrage, motivations pour réduire ou arrêter la consommation). Un laboratoire de recherche pourrait être dédié à cette question.

### **RECOMMANDATION 3 : RENFORCER LA COLLABORATION DES ARS, DISP, PJJ ET EPS**

Dans le cadre de leurs recommandations, les ARS, les DISP, les PJJ et les EPS doivent aborder explicitement la question du tabagisme en détention. Ces acteurs peuvent mettre en place des actions à destination du personnel, organiser la mise à disposition d'IDE tabacologues et la collaboration des services addictologiques du territoire, mener des actions de sensibilisation, contribuer à la continuité de la prise en charge sanitaire à la sortie des détenus.

**RECOMMANDATION 4 : AMELIORER LES OUTILS ACTUELS DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME EN DETENTION EN INTEGRANT LES ASSOCIATIONS SPECIALISEES**

Lors des entretiens, l'association le RESPADD a présenté plusieurs pistes d'amélioration des outils actuels notamment une formation du personnel à l'entretien motivationnel, la diffusion systématique d'outils à l'efficacité prouvée<sup>66</sup>, une gestion des stocks performante pour éviter une pénurie de TSN.

**RECOMMANDATION 5 : CONSACRER UNE FICHE SPECIFIQUE AU TABAGISME DANS LE GUIDE METHODOLOGIQUE EN COURS D'ACTUALISATION**

Afin de marquer la spécificité du tabac parmi les autres addictions, de sensibiliser les équipes (US, SMPR, CSAPA, pénitentiaire) et d'établir des standards communs, une fiche spécifique pourrait être consacrée au tabagisme. Les questions de remboursement, des e-cigarettes, des activités et ateliers recommandés y seraient abordées<sup>67</sup>.

**RECOMMANDATION 6 : REPERTORIER ET DIFFUSER LES BONNES PRATIQUES DES ETABLISSEMENTS**

Les prises en charge spécifiques du tabagisme et les actions de prévention et d'éducation pour la santé (intervention précoce d'un tabacologue, organisation de la journée sans tabac, ateliers de discussion, intervention d'associations spécialisées) pourraient être répertoriées et diffusées lors de réunions de partage de pratiques, à l'occasion de journées spécifiques telles que les journées mondiales de la santé (7 avril) ou sans tabac (31 mai).

**RECOMMANDATION 7 : SENSIBILISER LES ACTEURS A LA QUESTION DU TABAGISME DANS UNE APPROCHE TRANSVERSALE (INTRA ET INTER-ETABLISSEMENTS)**

Pour que la lutte contre le tabac soit efficace, il faut que le directeur de l'EP engage une politique d'établissement volontariste, qui implique l'ensemble des personnels pénitentiaires et soignants, par la signalétique, la formation, l'information factuelle et pragmatique à destination des détenus et du personnel.

---

<sup>66</sup> comme le *Nicotine dependence scale*

<sup>67</sup> Actuellement, la question est évoquée uniquement dans la partie I-C-b, intitulée « *substituts nicotiques* » de la rubrique « *prévention, repérage et prise en charge des conduites addictives* » du Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice, Octobre 2012, p. 168.

Le droit d'accès à la cigarette électronique et aux cellules non-fumeurs doit être respecté. Même en l'absence de demande explicite d'un détenu non-fumeur, le critère du tabagisme peut être un critère d'affectation dans les cellules pour éviter les entrées dans le tabac.

Si le don d'une cigarette par un surveillant est perçu comme une « récompense », un « facteur de paix sociale », un « geste d'humanité », les agents doivent également être sensibilisés à la question du tabac, à la lutte contre « la cigarette monnaie d'échange », à l'appui et au soutien des détenus en situation de manque. Ils doivent également être incités à faire respecter le principe des espaces non-fumeurs y compris dans les salles d'attente des US. Une formation spécifique à l'ENAP et des journées régionales ou nationales (pour les EPM notamment) pourraient être organisées.

#### **RECOMMANDATION 8 : FAVORISER UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE AUX SPECIFICITES DES PUBLICS (TROUBLES MENTAUX, DETERMINANTS SOCIAUX, FEMMES, MINEURS,..)**

En matière de tabagisme, il est établi que la réduction de la consommation dépend de la capacité à solliciter la motivation de l'intéressé. Concernant les détenus, les espaces de discussions collectifs et la sensibilisation par les pairs semblent en ce sens des vecteurs fondamentaux. L'appel à projet relatif à la promotion de la santé en milieu pénitentiaire, publié par l'agence Santé Publique France (ex-INPES), soutient les actions partant des besoins des détenus<sup>68</sup>. Des initiatives telles que celle de l'association Médecins du Monde à Nantes pourraient être mises en place pour la question de la consommation du tabac.

#### **RECOMMANDATION 9 : DEVELOPPER DES OUTILS INNOVANTS : L'ACCES AU E-COACHING ET AUX BORNES MULTIMEDIAS**

Il existe aujourd'hui un consensus sur l'efficacité potentielle des actions de sevrage à distance<sup>69</sup>, tel que le site Tabac Info Service. Des applications spécifiques au public peu ou pas diplômé, comme *Stopadvisor*<sup>70</sup> au Royaume-Uni, pourraient apporter des résultats intéressants. La mise en place de ces dispositifs pose la question de l'accès à internet<sup>71</sup> en

---

<sup>68</sup> Les projets retenus sont accessibles sur le site

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/santepenitentiaire/pdf/EXPERIENCES%20PILOTES%20INPES%2002%2002.pdf>, consultée le 11 mai 2016

<sup>69</sup> Colloque du RESPADD du 10 mai 2016, « Tabac, Cannabis 2.0 », intervention de Madame Viêt Nguyen-Thanh, INPES, « *Les interventions efficaces en aide à distance* »

<sup>70</sup> <https://www.lifeguideonline.org/player/play/stopadvisor demonstration>, consultée le 18 mai 2016. Cette application présente des principes éditoriaux spécifiques, utilise des vidéos plutôt que du texte.

<sup>71</sup> Le CGLPL demande dans un avis du 20 juin 2011 relatif à l'accès à l'informatique des personnes détenues une meilleure garantie de la liberté de communication des personnes détenues sans autres limites que celles exigées par la sécurité, l'ordre public, l'avenir des personnes détenues et le droit de leurs victimes et recommande que les règles d'accès à l'informatique concernant l'acquisition de matériels, les capacités de

détention et, lorsqu'il est possible, la disponibilité de postes informatiques. Cette nouvelle approche permettrait non seulement d'apporter de nouveaux outils de promotion de la santé en détention mais également de faciliter l'accès aux nouvelles technologies indispensables pour "faciliter l'insertion".

Des solutions innovantes pourraient également être envisagées grâce à des outils numériques ne nécessitant pas d'accès à internet (Le Koombook de l'association Bibliothèques Sans Frontières offre des ressources éducatives, culturelles, sanitaires ou de formation ; les bornes interactives de prévention du RESPADD proposent des conseils adaptés et individualisés).

**RECOMMANDATION 10 : ASSURER LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE TABACOLOGIQUE DES DÉTENUÉS SORTANTS**

Le CIP, le CSAPA et les US doivent faire le lien avec l'extérieur notamment, par le biais de conventions, avec la CPAM (un référent en EP), avec les établissements d'hébergement social, la PASS de l'EPS, avec un médecin traitant identifié en amont. Cette préparation permettrait d'éviter le renoncement aux soins, de s'assurer de l'ouverture des droits et de réduire le risque d'abandon des traitements de substitution initiés en détention.

---

stockage, l'accès à l'internet et une messagerie électronique soient, dans le respect des impératifs de sécurité, assouplies et harmonisées. Dans son rapport 2015, il constate des difficultés persistantes et des pratiques locales très hétérogènes.

## Conclusion

*« Nous ne pouvons juger du degré de civilisation  
d'une nation qu'en visitant ses prisons »*

Dostoïevski,

dans *Souvenirs de la maison des morts* (1862)

La Cour européenne de sauvegarde des droits de l'Homme dans un arrêt du 25 janvier 2011 condamne l'Etat roumain pour violation de l'article 3 de la Convention qui stipule que *« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants »*. En effet, en raison d'une surpopulation carcérale, aucune mesure n'avait été prise pour protéger le détenu contre les effets nocifs des fumées secondaires malgré des recommandations médicales.

La Cour précise que *« l'État est donc tenu, nonobstant les problèmes logistiques et financiers, d'organiser son système pénitentiaire de façon à assurer aux détenus le respect de leur dignité humaine »*.

Une véritable stratégie de réduction de la consommation de tabac en milieu carcéral doit permettre d'améliorer l'état de santé des personnes incarcérées et contribue à garantir la dignité de chaque détenu. Les contraintes propres à l'administration pénitentiaire ne peuvent constituer un frein légitime à l'atteinte de ces objectifs.



---

## Bibliographie

---

- **Textes de loi et codes (par ordre chronologique)**

Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, URL :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&dateTexte=20160519>

Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, URL :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&dateTexte=20160519>

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale confiant au service public hospitalier la prise en charge sanitaire des personnes détenues, URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>

Loi n° 1436 du 24 novembre 2009 (loi pénitentiaire), URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&categorieLien=id>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

Art. L.3214-1 à L.3214-5 du Code de santé publique

Art. L.728-1 du Code de procédure pénale

- **Textes et dispositions juridiques (hors textes de loi, par ordre chronologique)**

Circulaire DHOS/DAP du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'Administration pénitentiaire.

Instruction DGS/MC2/DGOS/R4 du 17 novembre 2010 relative à la prise en charge des addictions en détention.

Circulaire interministérielle du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) et au partage d'informations opérationnelles entre professionnel de santé ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

Circulaire du 17 mai 2013 relative à la lutte contre la pauvreté en détention.

Décret n° 2013-368 du 30 avril 2013 relatif aux règlements intérieurs types des établissements pénitentiaires, URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027382116&dateTexte=20160519>

Note de la Direction de l'administration pénitentiaire du 20 décembre 2013 relative aux règlements intérieurs des établissements pénitentiaires, URL : [http://www.textes.justice.gouv.fr/art\\_pix/JUSK1340044N.pdf](http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1340044N.pdf)

Note de la Direction de l'Administration Pénitentiaire du 11 août 2014 relative à l'utilisation de la cigarette électronique dans les établissements et services pénitentiaires Art. R3214-1 à art.R1112-33, art.3214-1 à art. R3214-23, art. R6112-14 à art. R6112-23 du Code de santé publique.  
Art. D320-1 du Code de procédure pénale

- **Rapports et documents officiels (par ordre chronologique)**

Sénat, *Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, 2000, Rapport de la Commission d'enquête n°449. URL : [https://www.senat.fr/basile/visio.do?id=r856730\\_15&idtable=r856730\\_2|r856730\\_15|r867844\\_11|r861850\\_8|r864423\\_11|r867283\\_8|r873411\\_11|r813189\\_46&c=conditions+de+d%E9tention&rch=gs&de=19960518&au=20160518&dp=20+ans&radio=dp&aff=sep&tri=p&off=0&afd=ppr&afd=ppl&afd=pjl&afd=cvn&isFirst=true](https://www.senat.fr/basile/visio.do?id=r856730_15&idtable=r856730_2|r856730_15|r867844_11|r861850_8|r864423_11|r867283_8|r873411_11|r813189_46&c=conditions+de+d%E9tention&rch=gs&de=19960518&au=20160518&dp=20+ans&radio=dp&aff=sep&tri=p&off=0&afd=ppr&afd=ppl&afd=pjl&afd=cvn&isFirst=true)

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), *La santé et la médecine en prison 2006*, URL : <http://www.espace-ethique.org/sites/default/files/avis094%20CCNE.pdf>

Plan d'actions stratégiques 2010-2014, Politique de santé pour les personnes sous main de justice.  
<http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice,1329.html>

V. Marsala, C.Pautrat, Evaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues, 2011, Rapport IGAS/IGSJ, URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000640.pdf>

Observatoire international des prisons (OIP), *Rapport sur les conditions de détention en France*, 2011, URL : <http://www.oip.org/index.php/rapports>

Catherine Ritter, Tabakgebrauch und Kontrolle in Gefängnissen – ein Literatur Review/ Tobacco Use and Control in Detention Facilities – a Literature Review, 2012

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice. octobre 2012.  
<http://www.sante.gouv.fr/prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

Rapport annuel d'activité 2012 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, URL: <http://www.cgplp.fr/2013/publication-du-rapport-dactivite-2012-2/>  
Fédération Addiction, « Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et l'extra-muros », *Rapport d'enquête addiction et milieu carcéral*, décembre 2012.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), *Drogues et dépendances, données essentielles 2013*, URL :



<http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>

Référentiel d'intervention en promotion de la santé en milieu pénitentiaire. INPES 2014  
<http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2014/022-referentiel-sante-milieu-penitentiaire.asp>

Fédération Addictologie, Guide Pratique sur la continuité des soins des personnes détenues, 2014, URL : <http://www.federationaddiction.fr/parution-du-guide-pratiques-continue-soins-personnes-detenuues/>

Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, URL : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>

Observatoire régional de la santé et du social de Picardie et Haute-Normandie (OR2S), Rapport d'activité pour l'année 2015, URL : [http://www.or2s.fr/images/RapportActivite/2015\\_RapportActivite2014\\_PicardieEtHauteNormandie.pdf](http://www.or2s.fr/images/RapportActivite/2015_RapportActivite2014_PicardieEtHauteNormandie.pdf)

Cour des Comptes, *La santé des personnes détenues, des progrès encore indispensables*, Rapport public pour l'année 2014, URL : [http://www.ccomptes.fr/content/download/64922/1553346/version/2/file/2\\_4\\_1\\_sante\\_personnes\\_detenuues\\_Tome\\_I.pdf](http://www.ccomptes.fr/content/download/64922/1553346/version/2/file/2_4_1_sante_personnes_detenuues_Tome_I.pdf)

Direction de l'administration pénitentiaire, *Guide du détenu arrivant*, 2015, URL : [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Je\\_suis\\_en\\_detention\\_V6\\_juillet2015\\_opt.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Je_suis_en_detention_V6_juillet2015_opt.pdf)

National Offender Management Service, *Report on second-hand smoke in prisons : final report*, 2015, URL : [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/469654/SH\\_S\\_in\\_Prisons\\_Final\\_Report\\_minus\\_Appendix.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/469654/SH_S_in_Prisons_Final_Report_minus_Appendix.pdf)

Chiffres clés de l'administration pénitentiaire 2015, URL : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>

Rapport annuel d'activité 2015 du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, URL : <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/04/Rapport2015-complet.pdf>

#### - **Ouvrage**

Fassin D., *L'Ombre du Monde*, Paris, Seuil (La couleur des idées), 2016, p.602

#### - **Publications académiques (par ordre alphabétique)**

Barbier C., Mauillon D., « Prescription des traitements de substitution nicotinique en milieu carcéral », *La lettre du RESPADD*, janvier 2016, N° 25.

Duthé G., Hazard A., Kensey. A, « Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », *Population-F*, Vol. 69, Numéro 04, Décembre 2014, pp 519-550

Dreyer E., « Un an de droit européen en matière pénale (janvier – décembre 2011) », avril 2012, Droit pénal n° 4, Avril 2012.

Godin Blandeau E., Verdot C., Develay, *Etat des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*, INVS, 2014, p.94, URL : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenu-es-en-France-et-a-l-etranger>

Godin Blandeau E., Verdot C., Develay, *La santé des personnes détenues une revue de la littérature*, BEH 2013 n°35-36 p. 434 -440, URL : [http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/2013\\_35-36\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_1.html)

GOUBIN C., *Evaluation des usages des substances psycho actives chez les mineurs incarcérés à l'Etablissement pénitentiaire pour mineurs d'Orvault en 2011*, Mémoire de capacité en addictologie, Université de Nantes 2012, 31p.

Guillery X. « La prise en charge du tabac dans les CSAPA », *La lettre du RESPADD*, octobre 2011.

Harcouët Laura et al., « La réduction de la consommation tabagique à la maison d'arrêt de la Santé », *La revue de médecine interne*, n°29 (2008) p.357-363.

Sannier Olivier and al., « Réduction des risques et usages de drogues en détention: une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace », Presses médicales, 2012.

#### - **Conférences et colloques (par ordre chronologique)**

CHALMETON H., « Les sortants de prison : une population fragile et menaçante », *La fabrique de populations problématiques par les politiques publiques*, Colloque international Nantes, 13, 14 et 15 juin 2007.

Barbier Christine, « Prise en charge sanitaire des personnes détenues : 20 après la loi de janvier 1994. Avancées et nouveaux enjeux », Séminaires du mardi à l'EHESP, Rennes, 5 mai 2015.

Colloque « Tabagisme et vulnérabilités », RESPADD et Fédérations addictions, Paris, 28 mai 2015.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Démarche et méthodologie**

**Annexe 2 : Récapitulatif des entretiens réalisés**

**Annexe 3: Les principales dispositions du PNRT déclinées ou déclinables en milieu pénitentiaire**

**Annexe 4 : Jugement du Tribunal de Caen en date du 24 septembre 2015**

**Annexe 5 : Recommandations de la Cour des comptes et du CGLPL**

## **Annexe 1 : Démarche et méthodologie**

Une approche de terrain a été privilégiée. Des entretiens sur place ont été menés après avoir analysé la bibliographie transmise par la référente. Cette bibliographie a été complétée par l'ensemble des participants du MIP en fonction des recherches et des échanges réalisés avec les professionnels rencontrés.

Nous avons privilégié une bibliographie comprenant plusieurs aspects : des lectures généralistes sur la situation des lieux de privation de liberté et des détenus, des références relatives à l'accès aux soins en détention, des documents sur les politiques de lutte contre le tabac. Nous avons constaté que les travaux spécifiques sur la consommation de tabac en détention demeuraient peu nombreux. Le travail initial en groupe a favorisé la connaissance mutuelle des participants, l'appropriation du sujet, l'approfondissement de la problématique tout en établissant une stratégie d'entretiens (prise de rendez-vous, rédaction d'une grille d'entretien...)

Pour la phase d'investigation sur le terrain, le groupe composé de dix élèves s'est scindé en deux. Le premier sous-groupe a œuvré sur la zone Grand Ouest en direction des professionnels sanitaires et pénitentiaires des établissements de ce territoire, tandis que le second sous-groupe s'est rendu en Ile-de-France. Les entretiens se sont déroulés sur le terrain ou par téléphone, en fonction des disponibilités des interlocuteurs et des capacités d'accueil au sein des structures concernées.

Pour la phase d'analyse, les deux sous-groupes se sont retrouvés à l'EHESP de Rennes. Un débriefing sur les données récoltées et une lecture des premiers comptes rendus ont été réalisés en concertation avec l'animatrice référente. Le plan de la restitution écrite a été affiné.

La dernière phase fut consacrée à l'écriture, à la mise en forme, et à la relecture du travail collectif. **La version finale du rapport a été transmise à l'ensemble des professionnels rencontrés pendant le MIP afin de recueillir leur avis dans la perspective de la soutenance.**

## Annexe 2 : Récapitulatif des entretiens réalisés

Tableau des investigations : 23 entretiens et un colloque

Modalités		Date	Fonctions et établissements
Tel.	Sur site		
<b>Institutions</b>			
X		9 mai	Responsable Santé, référent prévention du suicide Unité des Politiques Publiques d'Insertion - Département des Politiques d'Insertion, de Probation et de Prévention de la récidive
	X	11 mai	Médecin référent dans la politique de santé des personnes détenues (DGS)
	X	12 mai	Médecin référent Addictions/santé des personnes détenues, ARS Aquitaine
	X	12 mai	Référent médical national, DAP
X		13 mai	Médecin à l'INPES/SPF, chargé de la promotion et de l'éducation à la santé dans le milieu pénitentiaire
X		19 mai	Interne en médecine réalisant une thèse sur le sujet suivant : <i>Le tabagisme passif en prison, définir une politique factuelle de santé</i> - Université Paris Descartes 2016
<b>Etablissements</b>			
X		9 mai	Educateur spécialisé intervenant au CSAPA de la MA d'Angers
X		10 mai	Chef de service et équipe de l'UHSI de la Pitié Salpêtrière
	X	10 mai	Médecin responsable de l'US de la MA de Versailles
X		10 mai	IDE tabacologue de la MA de Laval
X		10 mai	Entretien avec un officier DAP
	X	11 mai	Pôle régional spécialisé dans les addictions aux jeux (POSRAJ) Pôle Addiction et Précarité Centre Hospitalier Guillaume Régnier Rennes
	X	11 mai	Médecin coordonnateur et Cadre de santé de l'US de la MA d'Angers
	X	11 mai	Officier formatrice du personnel pénitentiaire de la MA d'Angers
X		11 mai	Directrice adjointe du CNE (Centre National d'Evaluation )-

			UAT (Unité Accueil Transfert) de Réau, CPSF (Centre pénitentiaire Sud Francilien)
X		13 mai	Chef de service du CASPA et US de Fleury-Mérogis du CHSF
	X	13 mai	Pharmacien responsable de la PUI au CH de Cochin
	X	17 mai	IDE de l'US EPM d'Orvault et médecin responsable des US EPM Orvault, MA et CD Nantes
	X	18 mai	Médecin PH de l'UHSI du CHU Pontchaillou
	X	18 mai	Officier du CP de Vezin-le-Coquet (entretien à l'UHSI du CHU Pontchaillou)
	X	19 mai	Cadre supérieur et une IDE de l'US de la MA de St Malo
<b>Associations</b>			
	X	10 mai	Colloque RESPADD « Tabac/Cannabis 2.0 »
	X	13 mai	Médecin en addictologie de la Croix-Rouge et une chargée de mission auprès de la Fédération Addiction
	X	18 mai	Directeur qualité et du pôle sanitaire et médico-social de l' AIS 35, Association pour l'Insertion Sociale

**Annexe 3 : Les principales dispositions du PNRT déclinées ou déclinables en milieu pénitentiaire**

<b>AXE</b>	<b>MESURES du PNRT</b>	<b>CONSTATS EN DETENTION</b>
<i>1. Protéger les jeunes</i>	Renforcer le respect de l'interdiction et éviter l'entrée dans le tabac	Quotas de cigarettes en CEF et CER mais interdiction de fumer en EPM
		Interdiction dans les UHSI mais certains ont mis en place des fumeurs
		Difficulté de faire respecter l'interdiction dans certains EP dont les salles d'attente des US
<i>2. Aider les fumeurs à arrêter</i>	Développer une information plus efficace en direction des fumeurs	Education à la santé par les US et le CSAPA mais divergence des pratiques selon les EP
		Message sur le tabagisme n'est pas prioritaire par rapport aux autres addictions
		Dans certains établissements, manque d'information sur le sevrage forcé en hospitalisation et les substitutions accessibles en UHSI
	Promouvoir le numéro d'appel unique « 3989 » et le site « tabac-info-service »	Pas d'accès à ces outils
	Développer le e-coaching	Pas de développement de ces outils en EP
	Impliquer davantage les	Les professionnels de santé

	professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité	sont formés ou sensibilisés à la prise en charge des addictions
		L'organisation pénitentiaire rend parfois difficile l'accessibilité aux US et aux RDV médicaux
		Insuffisance de formation des surveillantes et de l'encadrement à la promotion de la santé
	Améliorer l'accès au TSN	TSN disponibles mais pratiques hétérogènes selon les EP (sur l'accès et le coût)
	Améliorer le remboursement et développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac dans les CSAPA	La gratuité des TSN n'est pas adoptée par l'ensemble des EP (TSN payant ou gratuité au début du sevrage)
		Problème d'accessibilité à l'intégralité des méthodes de sevrage



#### Annexe 4 :

TRIBUNAL ADMINISTRATIF <b>DE CAEN</b> <b>N° 150035</b> _____ M. .... _____ M Président-rapporteur _____ Rapporteur public _____ Audience du 10 septembre 2015 Lecture du 24 septembre 2015 _____	EB <b>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</b> <b>AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS</b> Le tribunal administratif de Caen (1 <sup>ère</sup> chambre)
--	--

37-05-02-01

C

Vu la procédure suivante :

Par une requête, enregistrée le 7 janvier 2015, M. X représenté par Me L. , demande au tribunal :

1°) de condamner l'Etat à lui payer une somme de 6 050 euros de dommages et intérêts au titre des troubles dans les conditions d'existence et du préjudice moral qu'il a subis lors de sa détention à la maison d'arrêt de Coutances du 9 décembre 2013 au 8 avril 2014 ;

2°) de mettre à la charge de l'Etat la somme de 1 500 euros en application de l'article 37 de la loi du 10 juillet 1991.

Il soutient que :

- il a été incarcéré dans des conditions inhumaines, dégradantes et insalubres pendant 121 jours, en méconnaissance de l'article 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et de l'article 22 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 et de l'article D. 349 du code de procédure pénale ;
- il était avec 5 autres personnes dans une cellule de 25 m<sup>2</sup> avec une fenêtre de 80 cm de coté et comprenant une douche, une toilette, un évier, une armoire, une grande table et des chaises, laissant peu de place pour 6 personnes ;
- il était avec 5 fumeurs, alors qu'il ne fume pas ;
- il n'y avait pas de réfrigérateur ; il n'y avait pas d'eau chaude tous les jours ; les ventilations étaient défectueuses et bruyantes ; le linge n'était pas suffisamment renouvelé ;
- il n'a pas été rémunéré pour les travaux qu'il effectuait le week-end ; des chaussures adaptées à ces travaux lui ont été refusées ;
- la prison est surpeuplée.

Par un mémoire en défense, enregistré le 5 juin 2015, la garde des Sceaux, ministre de la justice, conclut au rejet de la requête.

Elle soutient que :

Sur la faute alléguée :

- le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté établi en 2014 à la suite d'une visite de 2011 précise que les cellules sont vétustes mais entretenues ;
- le requérant a occupé les cellules..... , de 21 m<sup>2</sup> et 20,75 m<sup>2</sup>, avec 4 à 6 codétenus ; aucune norme n'impose une taille minimale des cellules ; le requérant a toujours disposé d'une surface de 3 m<sup>2</sup>, et d'une surface supérieure pour la quasi-totalité de sa détention ; l'espace disponible permettait de circuler librement dans la cellule ; le requérant avait de nombreuses activités en dehors de sa cellule.
- l'eau chaude est disponible dans les cellules ; une forte demande peut toutefois entraîner une baisse du débit ; le règlement intérieur précise et détaille les éléments relatifs à la mise en œuvre des règles d'hygiène en cellule sous la responsabilité de la personne détenue ; les cellules sont dotées d'équipements et de produits d'entretien ; régulièrement, les produits d'hygiène sont renouvelés pour chacun des détenus ; les gants de toilette, les serviettes éponges, les taies d'oreiller et les torchons sont changés tous les huit jours, les draps tous les quinze jours, les couvertures tous les six mois, les matelas tous les trois ans ; les cellules sont dotées d'un système d'aération par les fenêtres et par les portes et le code de procédure pénale ne prévoit pas l'installation d'une ventilation mécanique ; l'absence de réfrigérateur, alors que trois repas sont distribués chaque jour, n'entraîne aucune souffrance.

Un mémoire présenté pour M. X a été enregistré le 4 septembre 2015.

M. X a été admis au bénéfice de l'aide juridictionnelle totale par une décision du 12 mars 2015.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales
- le code de procédure pénale ;
- le code de justice administrative.

Les parties ont été régulièrement averties du jour de l'audience.

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

- le rapport de M. ,
- et les conclusions de M. , rapporteur public.

1. Considérant que M. X demande la condamnation de l'Etat à lui payer une somme de 6.050 euros de dommages et intérêts en réparation des préjudices subis du fait de ses conditions de détention lors de son incarcération à la maison d'arrêt de Coutances du 9 décembre 2013 au 8 avril 2014 ;

Sur la responsabilité :

2. Considérant qu'aux termes de l'article 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales : « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* » ; qu'il résulte de l'article D. 189 du code de procédure pénale qu'« *à l'égard de toutes les personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire, à quelque titre que ce soit, le service public pénitentiaire assure le respect de la dignité inhérente à la personne humaine et prend toutes les mesures destinées à faciliter leur réinsertion sociale* » ; qu'aux termes de l'article D. 349 du même code : « *L'incarcération doit être subie dans des conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité, tant en ce qui concerne l'aménagement et l'entretien des bâtiments, le fonctionnement des services économiques et l'organisation du travail, que l'application des règles de propreté individuelle et la pratique des exercices physiques* » ; qu'aux termes des articles D. 350 et D. 351 du même code, d'une part, « *les locaux de détention et, en particulier, ceux qui sont destinés au logement, doivent répondre aux exigences de l'hygiène, compte*

*tenu du climat, notamment en ce qui concerne le cubage d'air, l'éclairage, le chauffage et l'aération* » et, d'autre part, « *dans tout local où les détenus séjournent, les fenêtres doivent être suffisamment grandes pour que ceux-ci puissent lire et travailler à la lumière naturelle. L'agencement de ces fenêtres doit permettre l'entrée d'air frais. La lumière artificielle doit être suffisante pour permettre aux détenus de lire ou de travailler sans altérer leur vue. Les installations sanitaires doivent être propres et décentes. Elles doivent être réparties d'une façon convenable et leur nombre proportionné à l'effectif des détenus* » ; qu'en outre, aux termes de l'article D. 354 de ce code, dans sa rédaction alors applicable : « *Les détenus doivent recevoir une alimentation variée, bien préparée et présentée, répondant tant en ce qui concerne la qualité et la quantité aux règles de la diététique et de l'hygiène, compte tenu de leur âge, de leur état de santé, de la nature de leur travail et, dans toute la mesure du possible, de leurs convictions philosophiques ou religieuses* » ;

3. Considérant qu'en raison de la situation d'entière dépendance des personnes détenues vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, l'appréciation du caractère attentatoire à la dignité des conditions de détention dépend notamment de leur vulnérabilité, appréciée compte tenu de leur âge, de leur état de santé, de leur personnalité et, le cas échéant, de leur handicap, ainsi que de la nature et de la durée des manquements constatés et des motifs susceptibles de justifier ces manquements eu égard aux exigences qu'impliquent le maintien de la sécurité et du bon ordre dans les établissements pénitentiaires, la prévention de la récidive et la protection de l'intérêt des victimes ; que seules des conditions de détention qui porteraient atteinte à la dignité humaine, appréciées à l'aune de ces critères et à la lumière des dispositions du code de procédure pénale, notamment des articles D. 349 à D. 351 ainsi que de l'article D. 354, révèlent l'existence d'une faute de nature à engager la responsabilité de la puissance publique ; qu'une telle atteinte, si elle est caractérisée, est de nature à engendrer, par elle-même, un préjudice moral pour la personne qui en est la victime ;

4. Considérant que si le requérant soutient qu'il n'a pas été rémunéré pour les travaux qu'il effectuait le week-end, cette circonstance n'est, en tout état de cause, pas établie ;

5. Considérant que la circonstance que les cellules occupées par le requérant ne disposaient pas de réfrigérateur n'est pas de nature à établir une atteinte à la dignité humaine, dès lors que trois repas sont servis aux détenus quotidiennement ;

6. Considérant qu'il ne résulte pas de l'instruction que le linge procuré aux détenus n'était pas suffisamment renouvelé ;

7. Considérant, toutefois, que M. X fait état de la surpopulation carcérale au sein des cellules qu'il a occupées et des mauvaises conditions d'hygiène, d'éclairage et d'aération des cellules, celles-ci ne disposant que d'une seule ouverture de 80 cm de côté et ses codétenus étant fumeurs ;

8. Considérant qu'il résulte de l'instruction que, durant sa période d'incarcération, d'une durée de 120 jours, M. X a occupé les cellules, de 21 m<sup>2</sup> et 20,75 m<sup>2</sup>, avec 4 à 6 codétenus, dont il n'est pas contesté que certains étaient fumeurs ; qu'il est en outre constant que les cellules ne disposent que d'une fenêtre de petite dimension ; que M. X est donc fondé à soutenir qu'il a subi une promiscuité certaine et que, lui-même étant non-fumeur, son incarcération ne s'est pas déroulée dans les conditions de salubrité requises par les dispositions citées au point 2 ;

9. Considérant, il est vrai, que M.X, âgé de 36 ans lors de son incarcération, ne fait état d'aucune circonstance de nature à établir une vulnérabilité particulière ; que la garde des Sceaux fait valoir qu'il y a lieu de prendre en compte l'ensemble des conditions de détention du requérant et que celui-ci, qui a bénéficié des promenades quotidiennes, de l'accès aux parloirs, a également été auxiliaire au service général du 7

janvier au 8 avril 2014 ; que, cependant, les conditions de détention subies par le requérant, telles qu'elles sont analysées au point 8, portent une atteinte suffisamment caractérisée à la dignité humaine et révèlent l'existence d'une faute de nature à engager la responsabilité de la puissance publique ;

Sur le préjudice :

10. Considérant qu'il sera fait une juste appréciation du préjudice subi par M. Xen condamnant l'Etat à lui verser une indemnité de 1 200 euros ;

Sur les conclusions tendant à l'application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

11. Considérant qu'aux termes de l'article L. 761-1 du code de justice administrative : « *Dans toutes les instances, le juge condamne la partie tenue aux dépens ou, à défaut, la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine, au titre des frais exposés et non compris dans les dépens. Le juge tient compte de l'équité ou de la situation économique de la partie condamnée. Il peut, même d'office, pour des raisons tirées des mêmes considérations, dire qu'il n'y a pas lieu à cette condamnation* » ;

12. Considérant que M. X a obtenu le bénéfice de l'aide juridictionnelle totale ; que, par suite, son avocat peut se prévaloir des dispositions des articles L. 761-1 du code de justice administrative et 37 de la loi du 10 juillet 1991 ; qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge de l'Etat le versement à Me Loison de la somme de 1 200 euros;

**DECIDE :**

Article 1<sup>er</sup> : L'Etat est condamné à verser à M. X la somme de 1 200 euros en réparation de son préjudice.

Article 2 : L'Etat versera à Me L , avocat de M.X , la somme de 1 200 euros sur le fondement des dispositions des articles L. 761-1 du code de justice administrative et 37 de la loi du 10 juillet 1991.

Article 3 : Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

Article 4 : Le présent jugement sera notifié à M. X et à la garde des Sceaux, ministre de la justice.

## **Annexe 5 : Recommandations de la Cour des comptes et du CGLPL**

### **-> Les principales recommandations du rapport annuel 2014 de la Cour des comptes**

Dans la partie relative à la santé des personnes détenues, les magistrats de la rue Cambon y font un tour d'horizon avant de détailler leurs critiques et recommandations. Nous avons relevé celles relevant de l'organisation et de l'accès aux soins en milieu pénitentiaire.

Les magistrats rappellent que « *La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a visé à faire bénéficier les personnes détenues d'une prise en charge sanitaire d'une qualité identique à celle offerte à la population générale dans des conditions qui respectent leurs droits à la dignité et à la santé. À cet effet, elle a transféré cette responsabilité du ministère de la justice à celui chargé de la santé et, par suite, à des équipes médicales, rattachées à des établissements de santé, indépendantes de la hiérarchie des établissements pénitentiaires.* »

Au niveau régional, « *au titre de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, les agences « évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire ». (...) En principe, les schémas régionaux d'organisation des soins doivent systématiquement comporter un volet relatif aux soins aux détenus. (...) Les défaillances d'articulation des agences avec les services de l'administration pénitentiaire sont en tout état de cause très préjudiciables. Les référents des agences disposent d'homologues au sein des directions interrégionales des services pénitentiaires, mais les relations sont parfois peu étroites.* »

Il est aussi rappelé que « *Les personnes détenues ne cotisent donc pas et n'ont pas à faire l'avance des frais médicaux.* », ainsi, la délivrance de traitements de substitution nicotinique ou aux opiacés est sans coût pour les détenus.

Quant aux recommandations, elles consistent en l'identification « *dans la prochaine loi de santé publique, des objectifs de santé publique propres à la population détenue, reposant sur des indicateurs de résultat alimentés par un suivi épidémiologique régulier* », sur l'amélioration de « *l'accessibilité aux soins par la généralisation de protocoles cadres entre équipes médicales et administration pénitentiaire en fonction des meilleures pratiques de coopération constatée* », et l'inscription de « *la prise en charge des personnes détenues dans un véritable parcours de soins allant au-delà de la levée d'écrou* ». En effet, la sortie de détention peut être synonyme de difficultés d'affiliation à la Sécurité sociale et de rupture de prise en charge sanitaire.

### **-> Les recommandations du rapport annuel 2015 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté**

L'accès aux soins des personnes détenues est décrit comme « *source d'importantes difficultés* » car « *le principe d'égalité d'accès aux soins, pourtant fixé il y a plus de vingt ans par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, n'est toujours pas respecté.* »

Ainsi, A. Hazan relève que « *Conformément à l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. Or, malgré les nombreuses recommandations émises par le CGLPL sur la question des soins*

*dispensés aux personnes détenues au sein des établissements de santé de proximité, des difficultés persistent quant aux droits fondamentaux des personnes détenues.»*

Par exemple, « *Dans la quasi-totalité des chambres sécurisées les patients détenus (...) ne disposent pas non plus d'un espace extérieur permettant de s'aérer et, le cas échéant de fumer.* » Cette application stricte de l'interdiction de fumer en milieu sanitaire est un motif fréquent de refus d'hospitalisation par les détenus et source d'aggravation de leur état de santé. D'autre part, malgré la note de la DAP du 23 juillet 2014, il est encore impossible de cantiner des cigarettes électroniques dans certains établissements pénitentiaires.

Thème n°25

Animé par : Barbier, Christine, Dr.

## <PEUT-ON REDUIRE LA CONSOMMATION DE TABAC EN MILIEU CARCERAL ? ENJEUX, LIMITES ET STRATEGIES OPERATIONNELLES

*Florence BRACQUART (AAH), Thibault EUVRARD (D3S), Sandrine FAUCHER (DS), Anaëlle GUILLOU (D3S), Prisca ORSONNEAU (D3S), Eugénie REYNE (AAH), Valérie SCHEFFZEK (DH), Kévin TORTET (DH), Marie-Liesse LEFRANC (DH), Elodie VIEILLEDENT (IASS)*

**Résumé :** 80% des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires français présentent une addiction à la nicotine contre 36 à 38% de la population générale. Cette prévalence tient au contexte socio-démographique de la population placée sous main de justice : vulnérabilité, précarité, accessibilité aux soins limitée... Mais aussi aux conditions de détention qui favorisent une hausse de la consommation en raison notamment de l'oisiveté, du stress de l'enfermement, ou encore de la promiscuité. Cette forte densité de fumeurs engendre également une gêne excessive pour les non consommateurs de tabac ou les détenus volontaires pour un sevrage. En outre, le tabagisme passif peut engendrer des symptômes somatiques à court et moyen terme.

On note une volonté politique croissante de réduction tabagique en milieu ordinaire qui s'inscrit pleinement dans le « Programme National de Réduction du Tabac ». A contrario, le tabac a été autorisé dans tous les établissements pénitentiaires à partir de 1983. Aujourd'hui, pour l'administration pénitentiaire le tabac permet de réguler les tensions, de palier à l'ennui et de servir de monnaie d'échanges entre personnes détenues. Cette dichotomie interroge. Quid du principe d'équivalence entre le citoyen libre et le citoyen détenu ?

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et la protection sociale, les personnes sous main de justice doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale. A ce titre, la détention peut présenter une opportunité pour les personnes incarcérées de rencontrer les professionnels de santé intervenant dans les différents dispositifs sanitaires implantés en milieu pénitentiaire. Ainsi, sous certaines conditions, les prévenus comme les détenus peuvent bénéficier des actions de promotion, de prévention et d'éducation à la santé dans un objectif de réduction des risques. Néanmoins, une forte hétérogénéité des pratiques est constatée entre les établissements.

La bibliographie étudiée associée aux différents entretiens réalisés durant trois semaines par le groupe, composé de dix étudiants, ont permis de constater ce dualisme de la santé en milieu pénitentiaire et les freins existants. Cependant, des perspectives de réduction durable de la prévalence du tabagisme sont envisagées. Pour ce faire, un ensemble de recommandations est formulé.

**Mots clés :** Droits des personnes sous main de justice, tabagisme passif, accès aux soins, addictions, réduction des risques, sevrage, établissements pénitentiaires, prévention et promotion de la santé, déterminants de santé, population carcérale, TSN, e-santé

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*