



HAL
open science

Handicap en milieu carcéral : quelles différences avec la situation en population générale ?

Aline F. Désesquelles

► **To cite this version:**

Aline F. Désesquelles. Handicap en milieu carcéral : quelles différences avec la situation en population générale?. Population (édition française), 2005, 60 (1-2), pp.71-98. hal-00793566

HAL Id: hal-00793566

<https://hal.science/hal-00793566>

Submitted on 19 Mar 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le handicap en milieu carcéral en France : quelles différences avec la situation en population générale ?

Aline Désesquelles (Ined)

Depuis plusieurs années déjà, le problème de la situation sanitaire des prisons est régulièrement porté sur le devant de la scène. En 1997, la *Revue française des affaires sociales* y avait consacré un numéro spécial. Olivier Obrecht (Obrecht, 1998) faisait alors le constat suivant : « *L'univers carcéral a connu de profondes mutations dans les vingt dernières années, avec notamment une modification sociologique conséquente de la population qui s'y retrouve : schématiquement moins de voleurs simples et de plus en plus de toxicomanes, de délinquants sexuels et d'étrangers en situation irrégulière. Ces changements se sont accompagnés d'une évolution concomitante de l'état de santé des détenus dans le sens d'une dégradation progressive* ». À la question : « *la prison serait-elle devenue un lieu de prise en charge médicale des marginaux, des pauvres, de tous ceux que la société peine de plus en plus à intégrer ?* », il n'hésitait pas à répondre par l'affirmative, rejoignant ainsi le point de vue exprimé par Michèle Colin et Jean-Paul Jean selon lesquels le « *monde carcéral [est] devenu un réceptacle où aboutissent toutes les marginalités* » (Colin et Jean, 1997). En 1997, 5 % des entrants en prison étaient sans abri, 10 % avaient un domicile précaire et 18 % n'avaient pas de protection sociale (Mouquet *et al.*, 1999). Or, la précarité, parce qu'elle est souvent synonyme d'un moindre accès aux soins, d'une hygiène et d'une prévention défectueuses et de comportements à risque est un état propice à l'apparition de pathologies. L'enquête sur les sans-domicile usagers des services d'aide (de la Rochère, 2003) a ainsi montré que ceux-ci souffrent deux fois plus souvent d'une maladie ou d'un traumatisme que l'ensemble de la population.

Ce constat de précarisation de la population carcérale se doublait d'un deuxième constat : celui du vieillissement de cette population. En 2001, on comptait un peu plus de 5 000 détenus âgés de 50 ans ou plus, un effectif certes modéré mais qui a plus que doublé depuis le début des années 1990 (Kensey, 2001). Cette tendance tient, d'une part, à une modification de la législation relative au délai de prescription pour les crimes et délits sexuels¹ qui a fait entrer en prison des personnes d'âge mûr et, d'autre part, à l'élévation de l'échelle des peines depuis le nouveau code pénal ainsi qu'à la diminution des libérations conditionnelles.

¹ Loi 94-89 du 1^{er} février 1994.

Enfin, le troisième et dernier constat était celui d'une pénurie d'informations sur l'état de santé des détenus et notamment dans le domaine du handicap : « *On remarque une pénurie d'informations sérieuses sur l'état de santé des détenus. [...] Par exemple, bien que les handicapés constituent une évidente catégorie qui a des besoins spécifiques, les données quantitatives les concernant ne sont pas disponibles* » (Guillonnet et Kensey, 1997).

Dans ce contexte, l'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance en milieu carcéral (dite HID-prisons) dont sont issus les résultats présentés dans cet article, venait combler un manque certain. Mise en place à l'initiative de l'Insee en 1998, la conception de cette opération a été coordonnée par l'Ined². L'objectif premier était de dresser un état des lieux de la situation dans les prisons françaises en termes de handicap et, tirant profit de l'existence de données identiques en ménages ordinaires et en institutions, de comparer la population carcérale à la population générale. Il s'agissait aussi d'évaluer l'ampleur et la nature du besoin d'aide de cette population. Après une rapide description de la méthodologie de l'enquête³, nous présenterons et analyserons les principaux résultats que l'on peut tirer de cette opération.

I. Présentation de l'enquête HID-prisons : une extension de l'enquête HID en population générale

L'enquête HID-prisons est une extension de l'enquête réalisée par l'Insee en 1999 auprès des personnes vivant dans les ménages ordinaires (HID-ménages) et, un an plus tôt, dans les institutions socio-sanitaires (HID-institutions). Ces deux enquêtes sont aujourd'hui considérées comme les sources de référence en France pour l'étude du handicap et de l'incapacité (Mormiche, 1998). Au total, les enquêtes HID-ménages et HID-institutions ont porté sur un échantillon de 22 000 personnes de tout âge, représentatives de la plus grande partie de la population résidant en France métropolitaine. En effet, certaines sous-populations ne rentrent pas dans le champ de ces enquêtes. L'idée de monter une opération spécifique auprès de la population carcérale est née de ce constat. Des enquêtes portant spécifiquement sur la psychopathologie en milieu carcéral ou sur d'autres pathologies ou comportements très fréquents chez les détenus (sida, hépatite C, toxicomanie, consommation d'alcool) ont été réalisées récemment. L'originalité et l'intérêt de l'enquête HID-prisons au sein de ce dispositif statistique résident dans l'étendue des problèmes couverts

² Finalement, l'enquête est le résultat d'un partenariat, notamment sur le plan financier, entre l'Ined, l'Insee, le ministère de la Justice, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et le ministère délégué à la Santé.

³ Pour plus de détails, on se reportera à l'article paru dans le *Courrier des Statistiques* (Désesquelles, 2003).

et des facteurs explicatifs envisagés, d'une part, et dans la possibilité de confrontation avec les résultats obtenus en population générale, d'autre part.

1. De la déficience au désavantage : cadre théorique

Afin d'assurer cette comparabilité, on a en premier lieu veillé à ce que le questionnaire de l'enquête HID-prisons soit aussi semblable que possible à ceux des enquêtes HID-ménages et HID-institutions. C'est sans doute de ce dernier questionnaire que le questionnaire HID-prisons est finalement le plus proche. La prison est en effet « presque » une institution comme une autre, à ceci près que les personnes qui s'y trouvent n'ont pas la liberté d'aller et venir. La formulation de certaines questions a donc dû être sensiblement modifiée⁴ ; d'autres questions ont été supprimées parce qu'elles n'étaient pas pertinentes en prison⁵.

Plus généralement, le questionnaire HID a été conçu de façon à permettre le repérage d'incapacités de nature aussi diverse que possible, qu'elles soient d'origine physique, psychique ou même culturelle⁶. Le modèle théorique sous-jacent est le schéma dit de Wood (OMS, 1980) qui établit une relation de causalité entre les dimensions suivantes du handicap :

- la *déficience* est une altération d'un organe ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Dans le questionnaire HID, la présence de déficiences est repérée par la question suivante : « Avez-vous des difficultés dans la vie de tous les jours, qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales, dues aux conséquences d'un accident, d'une maladie chronique, d'un problème de naissance, d'une infirmité, du vieillissement...? ». Les personnes répondant par l'affirmative à cette question étaient invitées à préciser la nature et l'origine de ces déficiences. Les informations ainsi recueillies étant très hétérogènes, elles ont été recodées par une équipe de médecins spécialement formés à cet effet, de façon à distinguer les déficiences de leurs origines (maladie, accident, malformation congénitale, etc.) ;
- l'*incapacité* est une réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Un module entier du questionnaire a été consacré au repérage de ces incapacités. Cinq grands domaines ont été distingués : (1) la toilette,

⁴ Questions sur les déplacements par exemple.

⁵ Questions sur les achats ou sur les vacances par exemple.

⁶ Difficultés de lecture, d'écriture, problèmes de langue.

l'habillement et l'alimentation ; (2) l'élimination ; (3) les transferts et les déplacements ; (4) voir, entendre, parler (difficultés dues à un problème sensoriel) ; (5) la souplesse et la manipulation (usage des doigts, des mains, des pieds). Dans cet article, nous parlerons d'incapacité physique pour désigner l'existence de difficultés dans l'un au moins de ces cinq domaines. Il s'agit d'une dénomination abusive car une partie de ces incapacités résulte probablement d'un problème psychique. Mais ceci permet de les différencier des incapacités dont l'origine est exclusivement psychique et qui sont repérées par des questions portant sur les difficultés d'orientation dans le temps⁷ ou dans l'espace⁸ et sur les problèmes de comportement (problèmes de communication non liés à un problème sensoriel, comportements agressifs ou impulsifs, mise en danger de soi).

Les modalités des réponses aux questions posées permettent par ailleurs de distinguer les incapacités sévères (fait seul avec beaucoup de difficultés / besoin d'aide partielle ou totale) des incapacités modérées (fait avec quelques difficultés). Dans cet article, seules les incapacités sévères ont été prises en considération ;

– le *désavantage* est une réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir un rôle social dans les limites considérées comme normales compte tenu notamment de l'âge de la personne. Le désavantage n'est pas uniquement fonction de l'état physique ou psychique de la personne mais aussi de son environnement : caractéristiques du logement, aides disponibles, aménagements des transports et des lieux de vie, etc. Dans le questionnaire de l'enquête, le désavantage est abordé par le biais de plusieurs modules concernant notamment la scolarité, l'emploi et les relations avec la famille.

2. Protocole et bilan de la collecte

En dépit des contraintes particulières imposées par le milieu carcéral, on a veillé à ce que les conditions de passation des questionnaires soient aussi proches que possible de celles mises en oeuvre en population générale. Dès les premiers tests, un second objectif est toutefois apparu : limiter la non-réponse.

En population générale, le questionnaire de l'enquête HID avait été administré en face-à-face par des enquêteurs de l'Insee. Dans les ménages ordinaires, la passation du questionnaire HID avait été

⁷ Ne plus se souvenir à quel moment de la journée on est.

⁸ Avoir des difficultés à retrouver son chemin.

précédée d'une enquête de filtrage (enquête VQS ou Vie Quotidienne et Santé), dont l'objectif était double : repérer les personnes ayant des incapacités et constituer un échantillon-témoin. Finalement, le protocole le plus satisfaisant en prison s'est avéré très proche de celui suivi en ménages ordinaires. En dépit de la forte prévalence attendue des incapacités, il a été décidé de maintenir un filtrage via la passation d'un court questionnaire (questionnaire « VQS-prisons »), quasiment identique à celui utilisé pour les ménages. La principale différence réside dans le fait que ce questionnaire, au lieu d'être auto-administré, était rempli par des enquêteurs de l'Insee dans le cadre d'un entretien en face-à-face⁹. Le questionnaire HID était soumis immédiatement après aux personnes ayant satisfait au critère de filtrage suivant : avoir répondu positivement à l'une des 13 questions portant sur la présence d'incapacités, de limitations d'activité, d'un handicap ou d'un besoin d'aide lié à un problème de santé.

L'enquête sur le terrain s'est déroulée en mai 2001. Au préalable, on avait procédé au tirage aléatoire de 32 établissements (25 maisons d'arrêt, 6 centres de détention et 1 maison centrale)¹⁰ parmi l'ensemble des établissements pénitentiaires situés en France métropolitaine. Dans chacun d'eux, les enquêteurs ont tiré un échantillon de 50 à 100 personnes. Trois catégories de détenus ont été exclus du tirage :

- les mineurs, qui n'auraient pu être interrogés sans autorisation parentale ;
- les détenus bénéficiant d'un régime de semi-liberté¹¹ qu'il n'était pas possible d'interroger aux heures autorisées pour le passage des enquêteurs ;
- les détenus hospitalisés, car l'objectif de l'enquête était de repérer les incapacités chroniques. Or, à l'hôpital, les incapacités sont le plus souvent temporaires. Ce choix est en outre conforme à celui qui a été fait pour l'enquête en population générale, puisque seules les unités de soin de long séjour des hôpitaux ont été prises en compte dans l'enquête HID-institutions. La comparaison n'est donc pas affectée, bien au contraire, par l'exclusion de cette sous-population.

Au 1^{er} mai 2001, la population entrant dans le champ de l'enquête s'élevait à près de 44 000 personnes. L'échantillon initialement sélectionné comprenait quant à lui 2 800 détenus. Parmi eux, 2 031 personnes

⁹ Dans le cas de l'enquête auprès des ménages ordinaires, ce questionnaire, distribué au moment du recensement, était auto-administré.

¹⁰ Les maisons d'arrêt sont réservées aux prévenus et aux personnes condamnés à des peines de moins d'un an ou dont le reliquat de peine est inférieur à un an. Les centres de détention prennent exclusivement en charge des personnes condamnées à des peines d'une durée supérieure à un an et pour lesquelles les perspectives de réinsertion sont considérées comme bonnes. Les maisons centrales reçoivent les condamnés les plus difficiles.

¹¹ Régime particulier de détention sous lequel le détenu ne passe que la nuit en prison.

(1 951 hommes et 80 femmes) ont d'abord répondu au questionnaire de filtrage VQS-prisons. Le taux d'échec s'établit ainsi à 27,5 % dont 20,9 % de refus et 6,6 % d'entretiens impossibles¹². La variation du taux de participation entre les établissements (de 47 % à 96 %) est très importante. De façon générale, la participation a été plus élevée (82 % en moyenne) dans les établissements de moins de 150 détenus, où il est plus aisé de mobiliser le personnel et les détenus, que dans les établissements plus grands (70 % en moyenne).

Sur ces 2 031 répondants au questionnaire VQS-prisons, 950 détenus ont satisfait au critère de filtrage. Cet échantillon a été complété par un échantillon de 364 individus témoins ne satisfaisant pas au critère de filtrage. Finalement, 1 314 personnes ont donc été invitées à répondre au questionnaire HID et 1 284 entretiens ont pu être réalisés. 13 personnes ont refusé de répondre et 17 ont été jugées inaptes à le faire, le plus souvent en raison d'un problème de langue (12 cas), beaucoup plus rarement en raison d'un problème de santé (4 cas). Tous les résultats présentés dans cet article portent sur cet échantillon de 1 284 détenus qui, grâce à l'inclusion de témoins et, bien sûr, après calcul de pondérations corrigeant la déformation introduite par le filtrage, devient représentatif de la population entrant dans le champ de l'enquête.

Compte tenu du taux d'échec relativement élevé pour une enquête en face-à-face, le risque qu'un effet de sélection vienne biaiser significativement les résultats était important. On pouvait craindre que les détenus en très bonne santé, ne se sentant pas concernés par l'enquête, choisissent de ne pas y participer ou, qu'inversement, on exclût de l'enquête ceux qui en raison de leur mauvais état général auraient des difficultés à se rendre au parler. Pour contrôler ce risque de biais, des informations complémentaires ont été recueillies. Les médecins des 32 établissements participants ont accepté de procéder à une évaluation individuelle de l'état général de tous les détenus initialement sélectionnés, qu'ils aient ou non répondu par la suite au questionnaire VQS. Cette évaluation selon une échelle à 4 niveaux (excellent / bon / médiocre / très mauvais) a le plus souvent été effectuée sur la base des dossiers médicaux. L'information ainsi recueillie, croisée avec celle par ailleurs disponible sur la participation à l'enquête, a permis de conclure à l'absence de sélection des détenus enquêtés relativement à leur état général tel qu'il a été évalué par les médecins (Désesquelles, 2003).

¹² Détenus transférés ou libérés entre le moment du tirage et le moment de l'entretien, détenus jugés dangereux, détenus interdits de communiquer, détenus au quartier disciplinaire.

II. Une comparaison clairement en défaveur des détenus

Pour comparer la situation des détenus à celle de la population « libre »¹³, il est nécessaire de tenir compte de la différence de structure par âge de ces deux sous-populations. L'âge médian de la population carcérale était en effet de 31 ans en mai 2001, contre 45 ans pour le reste de la population. L'analyse des données des enquêtes HID-ménages et HID-institutions a par ailleurs mis en évidence de fortes disparités en termes d'incapacités entre hommes et femmes (Mormiche *et al.*, 2000 ; Cambois *et al.*, 2003). Or les femmes ne représentent que 4 % de la population carcérale. En conséquence, tous les chiffres relatifs à la population générale présentés ici ont été calculés en ramenant la structure par âge et par sexe de cette population à celle de la population carcérale (standardisation).

1. Avoir une déficience est deux fois plus fréquent en prison

Deux détenus sur trois ont au moins une déficience (tableau 1). À structure par âge et par sexe similaire, cette proportion est deux fois plus faible en population générale. Les déficiences intellectuelles et du psychisme sont les plus fréquentes : elles concernent 45 % de la population carcérale, soit 3 fois plus qu'en population générale. L'importance de ce type de problèmes en milieu carcéral se retrouve dans d'autres études. Selon l'enquête réalisée par la Drees sur la santé mentale à l'entrée en prison, 55 % des entrants en prison souffrent d'au moins un trouble psychiatrique (Coldefy *et al.*, 2002). Les situations regroupées sous le titre de « déficiences intellectuelles ou du psychisme » sont vraisemblablement très variées. En particulier, toutes ne relèvent sans doute pas de la pathologie mentale mais correspondent plutôt, comme nous le verrons plus loin, à des symptômes anxio-dépressifs qui pourraient être révélateurs d'une souffrance psycho-sociale (La Rosa, 1998).

Les autres déficiences repérées par l'enquête sont également beaucoup plus fréquentes en prison qu'en population générale mais l'écart est plutôt de l'ordre de un à deux :

- Un détenu sur quatre a une déficience motrice. Le plus souvent, il s'agit d'un problème de dos (11 % de la population carcérale contre 6 % de la population générale). L'importance de la traumatologie en milieu carcéral est un phénomène bien connu. Les causes en sont multiples : comportements à risque avant l'incarcération, séquelles de l'infraction ou de l'arrestation,

¹³ Également désignée dans cet article par l'expression « population générale ».

survenue d'accidents en prison (accidents de sport, du travail, rixes entre détenus) ou encore conduites auto-destructrices (Lalande, 1997).

- Un détenu sur cinq présente une déficience viscérale ou métabolique. La prévalence de ce type de déficience est particulièrement élevée à 50 ans ou plus (2 détenus sur 5), dépassant alors celle des déficiences intellectuelles et psychiques. Les déficiences respiratoires et cardio-vasculaires touchent chacune 7 % de la population carcérale contre 2 % de la population générale.
- Un détenu sur cinq a au moins une déficience sensorielle. Les déficiences visuelles ou auditives concernent chacune un détenu sur dix, soit le double de la prévalence observée en population générale. L'écart est encore plus marqué pour les déficiences du langage et de la parole (5 % des détenus contre 1 % de la population générale).

Il faut enfin souligner la fréquence élevée des problèmes dentaires¹⁴ (6 % de la population carcérale), et ce, plus particulièrement au-delà de 50 ans (18 % dans ce groupe d'âges). Le lien entre précarité et mauvais état de santé bucco-dentaire est assez bien établi (Hassoun, 1998) et expliqué par une hygiène bucco-dentaire médiocre et un moindre accès aux soins (Dargent-Paré *et al.*, 2000). La prise prolongée et régulière de drogues, qui concernerait un entrant en prison sur trois (Mouquet *et al.*, 1999), participe aussi sans doute de cette situation¹⁵.

La prévalence des déficiences augmente avec l'âge. Cet accroissement doit bien sûr être mis en relation avec le vieillissement biologique mais d'autres phénomènes .

entrent en jeu dans cette évolution. On note en effet que l'écart entre la population générale et la population carcérale est plus marqué à 18-29 ans qu'à 50 ans ou plus : le rapport des prévalences passe de 2,1 (60,8 % vs 28,5 %) dans le premier groupe d'âges à 1,6 (82,5% vs 51,8%) dans le second. On se gardera d'en déduire que le vieillissement est plus accéléré en milieu libre qu'en milieu carcéral. Les détenus âgés de 50 ans ou plus n'ont en effet pas tous passé de longues années en prison. La durée moyenne d'incarcération est certes plus élevée dans ce groupe d'âges (3,8 ans) que chez les plus jeunes (2,1 ans chez les 18-29 ans) mais plus des deux tiers des détenus âgés de 50 ans ou plus sont en prison

¹⁴ Ce type de déficience a fait l'objet d'une codification spécifique pour l'enquête HID-prisons en raison d'une fréquence élevée de déclaration. On ne dispose pas d'une donnée équivalente pour la population générale.

¹⁵ La consommation d'héroïne ou de neuroleptiques est en effet génératrice de caries.

depuis moins de 5 ans. La tendance constatée correspond plus vraisemblablement à une « sélection » à l'entrée en prison de sous-populations plus défavorisées sur le plan de la santé aux âges jeunes qu'aux âges plus élevés. En témoigne en particulier le fait que, contrairement aux autres déficiences, la prévalence des déficiences intellectuelles et du psychisme soit plus forte chez les moins de 50 ans (46 %) que chez les détenus âgés de 50 ans ou plus (37 %).

L'origine des déficiences déclarées en milieu carcéral (tableau 2) diffère sensiblement de celle observée en population générale¹⁶. À structure par sexe et âge comparable à celle de la population carcérale, la moitié des personnes ont attribué leur déficience à une maladie en population générale, contre seulement un peu plus du tiers des détenus avec au moins une déficience. Les origines accidentelles sont en revanche plus fréquentes en milieu carcéral (27 % vs 20 % en population générale). Une analyse à un niveau de regroupement plus fin montre que ce résultat reste valide pour les accidents de la circulation (10 % vs 3 %) mais n'est pas vérifié pour les accidents du travail (4 % vs 8 %). C'est cependant dans le groupe assez hétérogène « autres origines » qu'il faut chercher la cause de la majorité des déficiences déclarées. On y trouve notamment les problèmes personnels et familiaux (30 % en milieu carcéral vs 23 % en population générale), le vieillissement qui, en population carcérale comme en population générale, est cité par 7 % des personnes ayant une déficience, ou encore la consommation d'alcool ou de drogue (8 % vs 1 %). La surreprésentation en milieu carcéral de l'addiction, dont les conséquences sur la santé physique et mentale sont nombreuses, n'est pas une surprise. Selon l'enquête sur les entrants en prison citée précédemment (Mouquet *et al.*, 1999), un entrant en prison sur dix aurait une consommation régulière d'alcool excessive et un sur trois une consommation régulière de drogue.

Enfin, 28 % des détenus attribuent leur déficience au « stress »¹⁷. Dans deux cas sur trois, ces détenus ont précisé qu'il s'agissait d'un stress lié à la détention. Toutefois, la forte représentation de ce type de problèmes est notée dès l'entrée en prison : 55 % des troubles repérés chez les entrants en prison sont des troubles anxieux (Coldefy *et al.*, 2002). Il est donc peut-être plus juste de parler d'un stress lié à l'incarcération plutôt qu'à la détention. Les conséquences de ces états anxieux ne doivent pas être sous-

¹⁶ Il ne s'agit pas de la prévalence de ces différentes origines au sein de la population carcérale, mais de la proportion, parmi l'ensemble des détenus ayant au moins une déficience, de ceux qui l'attribuent à une origine donnée. Une même déficience peut avoir plusieurs origines, de même qu'un détenu peut avoir des déficiences dues à des origines multiples. En conséquence, la somme des proportions figurant dans le tableau 2 n'est pas égale à 100 %.

¹⁷ Il s'agit du terme utilisé par les détenus.

estimées puisqu'ils constituent le cadre clinique de la plupart des passages à l'acte auto-agressifs, des auto-mutilations et des suicides (de Beaurepaire, 1997).

2. L'écart est encore plus marqué pour les incapacités

Un peu plus d'une personne détenue sur cinq a au moins une incapacité d'origine physique (tableau 3). À structure par âge et par sexe comparable, l'écart par rapport à la population générale est proche de 1 à 3 et donc encore plus marqué que pour la présence d'une déficience. Si toutes les déficiences ne se traduisent heureusement pas par des incapacités, il semble donc que ce passage soit plus fréquent en population carcérale qu'en population générale. Ceci se vérifie en particulier pour les incapacités liées à un problème sensoriel : l'écart de prévalence entre les deux populations (17 % vs 6 %) est en effet beaucoup plus marqué que pour les déficiences sensorielles (21 % vs 10 %). Comparée à la proportion de détenus ayant une déficience motrice (25 % des détenus, cf. tableau 1), la prévalence des incapacités susceptibles d'être induites par ce type de déficiences apparaît très modérée : 2 % des détenus ont des problèmes pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation, 6 % des problèmes de souplesse ou de manipulation et 4 % des problèmes de transfert du lit au fauteuil ou de déplacement. Au total, 8 % des détenus ont une incapacité de ces différents types.

Les problèmes de repérage dans le temps sont particulièrement fréquents en prison (plus d'un détenu sur dix). On peut penser qu'ils sont une conséquence directe de la détention. Le rapport au temps est en effet très particulier en milieu carcéral, et ce, plus particulièrement en maison d'arrêt où « *l'on attend toujours quelque chose : un changement de cellule, une place au sport, un travail, une autorisation de parler, un avocat, un procès [...]. La maison d'arrêt, c'est un arrêt du temps. Le temps s'y transforme en une arbitraire succession d'instant* » (Plichart et Golse, 1997). L'écart entre la population carcérale et la population générale est beaucoup moins marqué pour les problèmes, nettement moins fréquents, d'orientation dans l'espace et de communication¹⁸ mais la différence est toujours en défaveur des détenus. Les autres problèmes de comportement concernent 1 détenu sur 3. Plus précisément, 27 % des détenus ont déclaré être parfois trop agressifs ou impulsifs et 18 % se sont, par leur comportement, mis en danger. Lors de l'enquête HID-institutions, les questions portant sur ces comportements n'étaient

¹⁸ Dans les ménages ordinaires, la question sur les difficultés de communication (hors problème sensoriel) n'était posée qu'à ceux ayant répondu avec aide au questionnaire. Nous avons fait l'hypothèse que ceux ayant répondu sans aide n'avaient pas de difficultés dans ce domaine.

malheureusement posées qu'aux moins de 15 ans. La comparaison n'est donc possible qu'avec la population vivant en ménages ordinaires. Compte tenu de la fréquence sans doute élevée de ces comportements en institution, l'écart très important observé (34 % vs 12 %) surestime sans doute l'écart réel entre la population carcérale et le reste de la population.

Finalement, un détenu sur deux a au moins une incapacité. La prévalence des limitations d'activité dues à un problème de santé (29% vs 5% en ménages ordinaires) se situe à un niveau plus bas. La présence d'une incapacité peut en effet ne pas se traduire par une limitation d'activité (Ravaud *et al.*, 2002). Par ailleurs, 8 % des détenus ont obtenu une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité, un chiffre très proche de celui observé en population générale. La reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité ne reflète bien sûr que partiellement la sévérité des incapacités : elle mesure aussi la capacité de la personne à effectuer des démarches pour en bénéficier.

La figure 1 permet de visualiser les intersections entre les différentes sous-populations mises au jour. Au total, 68 % des détenus ont au moins une déficience, une incapacité, une limitation d'activité ou une reconnaissance d'un taux d'incapacité. L'inclusion du groupe des personnes ayant au moins une incapacité dans celui des personnes ayant au moins une déficience est liée à la structure du questionnaire : toutes les personnes déclarant une incapacité se voyaient en effet demander quelle en était l'origine. L'inclusion presque complète des autres cercles n'était en revanche pas acquise. On note toutefois que 9 % des détenus ont déclaré une limitation d'activité mais pas d'incapacité¹⁹. Près des trois quarts de ceux qui ont une déficience ont une incapacité et 43 % d'entre eux ont une limitation d'activité. 13 % de ceux qui ont une incapacité et 21 % de ceux qui ont une limitation d'activité ont obtenu une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité. Au total, 2 200 détenus conjuguent les 4 caractéristiques. Ils sont beaucoup plus âgés que l'ensemble de la population carcérale (leur âge médian est de 43 ans) et toutes les incapacités prises en considération dans cette étude ont une prévalence plus élevée²⁰ dans ce

¹⁹ Ravaud *et al.* (2002) ont trouvé un résultat similaire à partir des données de l'enquête HID-ménages.

²⁰ Les prévalences sont les suivantes : difficultés d'orientation et/ou autres problèmes de comportement : 63 % ; difficultés pour voir, entendre ou parler : 43 % ; difficultés de transfert et/ou de déplacement : 21 % ; difficultés de souplesse et/ou de manipulation : 36 % ; difficultés de toilette, d'habillement et/ou d'alimentation : 12 % ; difficultés d'élimination : 6 %.

groupe que dans le reste de la population carcérale. Les détenus en établissement pour peine²¹ y sont surreprésentés (42 % contre 30 % de l'ensemble de la population carcérale).

III. Sélection à l'entrée ou effet délétère de la détention ?

Au fil de la présentation des résultats de l'enquête, nous avons esquissé un certain nombre d'hypothèses qui pourraient expliquer les différences observées entre la population carcérale et la population générale. Nous allons maintenant approfondir cette analyse en distinguant deux grands types de facteurs explicatifs :

- des facteurs qui correspondent à un effet de sélection à l'entrée en prison. Autrement dit, la prison « recruterait » de façon sélective parmi les personnes souffrant d'incapacités ou susceptibles de développer des incapacités (vulnérabilité) ;
- des facteurs qui correspondent à un effet délétère de la détention.

1. Effet de sélection

Il existe indéniablement un lien direct entre l'histoire judiciaire des personnes et leur état de santé. Ainsi, la consommation d'alcool, dont on connaît les effets délétères sur le plan de la santé, joue un rôle important dans la criminalité envers les personnes. Ce constat vaut aussi pour la toxicomanie qui, en soi, est un comportement réprimé par la loi. Enfin, comme nous l'avons évoqué précédemment, ce sont parfois les circonstances même du délit ou de l'incarcération qui, par leur violence, sont responsables des traumatismes et des incapacités éprouvées.

Au-delà de ce lien évident entre criminalité ou délinquance et comportements préjudiciables en matière de santé, la sélection à l'entrée pourrait s'effectuer de façon plus indirecte : on pense bien sûr au profil de plus en plus défavorisé des entrants en prison, que nous avons souligné en introduction de cet article. On sait que les inégalités sociales face au handicap sont très fortes (Mormiche *et al.*, 2000). Comme dans le cas de la mortalité, l'échelle des risques face à l'incapacité est une image en miroir de la hiérarchie sociale. Par ailleurs, la surreprésentation en prison de personnes issues des classes populaires est bien établie (Kensey *et al.*, 2000). On pourrait donc penser que ces deux facteurs se conjuguent en prison pour aboutir aux écarts observés. Que se passe-t-il si, en plus de l'âge, on tient également compte de la

²¹ Centre de détention ou maison centrale.

catégorie socioprofessionnelle ? Dans un article précédent (Désesquelles *et al.*, 2002), nous avons montré qu'à catégorie socioprofessionnelle similaire, la prévalence des incapacités demeure beaucoup plus élevée en prison qu'à l'extérieur. On obtient un résultat identique pour les déficiences (figure 2). L'écart entre population générale et population carcérale se réduit cependant pour presque toutes les catégories socioprofessionnelles, signe du rôle non nul joué par cet effet.

La sélection sociale à l'entrée en prison n'explique donc pas ou, pour être plus nuancé, très partiellement seulement la prévalence plus forte des incapacités en prison. La nuance s'impose car la démonstration souffre de certaines faiblesses. D'une part, en raison d'effectifs insuffisants, les catégories socioprofessionnelles retenues sont larges et donc relativement hétérogènes. D'autre part, on prend en compte la profession²² de la personne sans tenir compte de son statut d'activité. Or, à profession identique, les chômeurs sont vraisemblablement plus nombreux parmi les détenus. Et parmi les chômeurs, ceux qui sont en situation particulièrement précaire sont sans doute aussi plus nombreux chez les détenus.

2. Effet propre de la détention

Le séjour en prison est susceptible d'avoir des répercussions sur l'état de santé physique et psychique des personnes, et par conséquent sur l'existence de déficiences ou d'incapacités. Certains auteurs (Lalande, 1997) soulignent le caractère « pathogène » de l'univers carcéral : l'angoisse générée par l'incarcération ainsi que les conditions d'hygiène insuffisantes sont en effet susceptibles de réactiver ou d'aggraver certaines pathologies²³. La violence des relations dans la prison est quant à elle une source continue de traumatisme psychologique (de Beaurepaire, 1997). Mais l'effet de la détention s'exprime aussi sans doute de façon plus subtile en affectant la perception que l'on a de son corps. La dévalorisation engendrée par le statut de détenu peut conduire jusqu'à la maltraitance de son corps. Mais cette dépréciation de l'estime de soi et le besoin de se construire une image plus avantageuse ont parfois des conséquences plus inattendues : « *le statut même de malade, globalement déprécié, permet à certains d'obtenir un statut reconnu* » (Parizot, 1998). On ne peut bien sûr exclure que certains détenus aient consciemment amplifié leurs problèmes de santé, espérant en tirer un quelconque profit. Mais ce comportement peut aussi être à l'œuvre de façon beaucoup plus inconsciente. La dureté des conditions

²² Pour les détenus, il s'agit de la dernière profession exercée avant l'incarcération.

²³ En particulier : asthme, ulcères gastro-duodénaux, affections dermatologiques.

de vie en prison, le manque d'activité et le repli sur soi qu'on y observe souvent peuvent se traduire par une attention au corps plus aiguë, une sensibilité accrue à la douleur et une exacerbation des difficultés éprouvées, voire une tendance à la somatisation.

L'analyse des conséquences de la détention est, on le voit, complexe. Que nous apprend l'enquête HID-prisons sur l'effet délétère des conditions de vie en détention ? Quel est le rôle joué par le temps passé derrière les barreaux sur le développement d'incapacités ? L'enquête HID ne permet pas de répondre de façon totalement satisfaisante à cette question dans la mesure où l'on ne dispose que de l'information sur l'ancienneté de l'incarcération en cours et que l'on ne sait rien des éventuelles incarcérations antérieures. Cette réserve étant émise, on note que les incapacités déclarées sont le plus souvent antérieures à l'incarcération en cours : c'est le cas de 77 % des incapacités physiques déclarées et de 61 % des problèmes d'orientation dans le temps et dans l'espace²⁴.

Il est possible de reconstituer la situation des personnes détenues au moment de leur incarcération. Sur la figure 3, il apparaît clairement que l'écart avec le reste de la population en termes d'incapacités physiques, déjà présent au moment de l'incarcération, s'accroît après celle-ci. Pour approfondir cette question, nous avons eu recours à une analyse multivariée (régression logistique) de façon à étudier l'effet propre de l'ancienneté de l'incarcération sur la présence de déficiences ou d'incapacités (tableau 4). Lorsque l'incarcération en cours remonte à plus de 5 ans, la probabilité d'avoir une déficience ou une incapacité est significativement plus élevée. On peut se demander si cet effet correspond à un phénomène de sélection, les détenus condamnés à de longues peines étant dès l'entrée en moins bon état général que les autres, ou à un effet du temps passé en prison. Pour y répondre, nous avons de nouveau eu recours à une régression qui a porté uniquement sur les détenus condamnés à une peine d'au moins 5 ans (tableau 5). Si l'effet constaté précédemment était exclusivement le produit d'un effet de sélection à l'entrée, on ne devrait pas observer de corrélation significative entre l'ancienneté de l'incarcération et la présence de déficiences ou d'incapacités. Or, la corrélation demeure et elle est même renforcée. Ce dernier résultat laisse penser qu'un effet de sélection intervient bien mais qu'il joue plutôt en sens inverse de celui que nous imaginions : à l'entrée, les détenus condamnés à des peines d'au moins 5 ans seraient plutôt en meilleure santé que ceux condamnés à des peines plus courtes.

²⁴ L'ancienneté des problèmes de comportement n'est pas connue.

Le tableau 6 illustre de façon très parlante ces résultats. Quel que soit l'indicateur de handicap retenu, la prévalence dans un groupe d'âges donné augmente très fortement lorsque l'ancienneté de l'incarcération est supérieure à 5 ans. Ainsi, à 50 ans ou plus, la prévalence de l'incapacité physique passe de 37 % chez les détenus incarcérés depuis moins de 5 ans à 66 % chez ceux qui y sont depuis plus longtemps. Ce constat d'un effet néfaste du temps passé derrière les barreaux sur la présence de déficiences ou d'incapacités amène bien sûr à se poser la question de la prise en charge de ces problèmes en milieu carcéral. Nous avons noté que l'écart entre la population carcérale et la population générale est moins marqué pour les déficiences que pour les incapacités, qu'elles soient physiques ou psychiques. L'écart observé en matière d'incapacités pourrait en partie résulter d'une moins bonne prise en charge des déficiences des détenus qui, en conséquence, ont tendance à s'aggraver et, à terme, deviennent incapacitantes. Ceci n'explique bien sûr pas les différences observées pour les déficiences. Suivant le même raisonnement, on peut faire l'hypothèse que faute d'une prise en charge adaptée avant ou pendant l'incarcération, les différentes origines de déficiences (maladie, accident, etc.) se traduisent plus fréquemment chez les détenus par des incapacités. Il est cependant impossible de vérifier ce point à partir de l'enquête HID car les origines potentielles de déficiences ne sont connues que si elles ont effectivement entraîné une ou plusieurs déficiences.

IV. De l'incapacité au besoin d'aide

Le questionnaire de l'enquête HID comprend plusieurs questions qui permettent d'évaluer le besoin d'aide des détenus. Selon la question utilisée, les résultats sont très différents. Pour chaque incapacité physique prise en considération dans l'enquête (toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts/déplacements, souplesse/manipulation), deux modalités de réponse (« ne fait pas sans aide partielle » et « ne fait pas sans aide totale ») permettent directement d'identifier un besoin d'aide en relation avec cette incapacité. Au total, 1,3 % des détenus, soit environ 600 personnes, ont exprimé un besoin d'aide pour l'une au moins des activités considérées. Ce pourcentage augmente avec l'âge, passant de moins de 0,5 % à 18-29 ans à 1 % à 30-49 ans et 6 % à 50 ans ou plus.

On obtient des chiffres beaucoup plus élevés lorsqu'on analyse les réponses à la question suivante : « Disposez -vous de toute l'aide dont vous auriez besoin en raison de votre état de santé ? ». Si près des deux tiers des détenus répondent positivement à cette question, 23 % d'entre eux déclarent un besoin d'aide humaine et 12 % un besoin d'équipements. Compte tenu du conditionnel utilisé dans la formulation

de la question, celle-ci a pu être comprise comme une évaluation en général de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral, indépendamment du besoin réel de la personne.

Enfin, une troisième batterie de questions étaient posées dans le questionnaire de filtrage VQS :

- « En raison de problèmes de santé, auriez-vous besoin de l'aide d'une autre personne dans la vie quotidienne ? »
- « En raison de problèmes de santé, utilisez-vous de façon régulière ou auriez-vous besoin d'une prothèse, d'un appareillage ou d'un dispositif technique (cane, béquilles, membre artificiel, fauteuil roulant, prothèse auditive ...) ? »
- « En raison de problèmes de santé, auriez-vous besoin d'aménagements particuliers dans votre cellule ? »

3 % des personnes incarcérées déclarent avoir besoin de l'aide d'une tierce personne en raison d'un problème de santé, 4 % utilisent de façon régulière ou auraient besoin d'une prothèse, d'un dispositif technique ou d'un appareillage. Enfin, 4 % des personnes détenues ont déclaré qu'en raison de leur état de santé, des aménagements particuliers devraient être apportés à leur cellule. Le plus souvent, il s'agit d'un lit adapté ou d'une douche individuelle. Les populations correspondant à ces trois types de besoin d'aide ne se superposent pas. Ainsi, alors que moins de 1 % de la population carcérale conjugue les trois types de besoin, 8 % en déclarent au moins un. En raison de la faiblesse des effectifs concernés, la comparaison des trois sous-populations est hasardeuse. Leurs caractéristiques apparaissent toutefois très voisines. Tout au plus note-t-on une proportion un peu plus élevée de personnes ayant une déficience intellectuelle ou du psychisme chez celles qui déclarent avoir besoin d'aide humaine et un peu plus de personnes ayant une déficience motrice ou sensorielle chez celles qui ont besoin d'aide technique ou d'aménagements de la cellule.

Le tableau 7 précise le profil des personnes ayant déclaré un besoin d'aide à l'une de ces 3 questions et le compare à celui de l'ensemble des détenus et de ceux qui ont déclaré être limités dans leur activité. Un peu plus de la moitié des personnes ayant déclaré un besoin d'aide ont entre 30-49 ans contre 44 % des détenus. L'incarcération en cours remonte un peu plus souvent à au moins 5 ans ; en revanche, on ne note pas de différence en termes de type d'établissement.

Quasiment tous les détenus ayant déclaré un besoin d'aide ont déclaré au moins une déficience. 81 % d'entre eux ont au moins une incapacité, 67 % une limitation d'activité et 27 % une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité. Les déficiences motrices sont particulièrement surreprésentées (63 % vs

25 % parmi l'ensemble des détenus). La proportion de personnes ayant une déficience sensorielle y est aussi beaucoup plus élevée. En termes d'incapacités physiques, les difficultés sensorielles viennent en tête (41 % vs 17 % pour l'ensemble des détenus) suivies par les difficultés de souplesse et de manipulation (27 % vs 6 %). 36 % des personnes ayant déclaré un besoin d'aide se considèrent en bonne voire très bonne santé, soit près de deux fois moins que l'ensemble de détenus. Les personnes ayant déclaré un besoin d'aide ont finalement un profil assez voisin de celles ayant au moins une limitation d'activité mais les deux populations ne se recoupent pas totalement. L'incapacité et plus encore le besoin d'aide, quel qu'il soit, sont beaucoup moins fréquents chez les personnes limitées dans leur activité quotidienne. En revanche, on trouve un peu plus de personnes souffrant de déficiences viscérales ou métaboliques chez les personnes ayant une limitation d'activité que chez celles qui ont un besoin d'aide.

V. Typologie de la population carcérale

Pour mettre en relation de façon globale les différentes informations individuelles fournies par l'enquête HID, et notamment les déficiences et les incapacités selon leur nature et leur origine, nous avons eu recours à une analyse des correspondances multiples (ACM). Complétée par une classification hiérarchique, cette analyse permet finalement d'établir une typologie de la population carcérale. Outre les variables socio-démographiques « classiques » (âge, sexe, dernière profession exercée) et l'ancienneté de l'incarcération, les variables actives de l'analyse sont les variables caractéristiques de la situation « objective » des personnes au regard du handicap (nature et origine des déficiences, incapacité, limitation d'activité). Les autres variables (santé perçue, reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité, besoin d'aide évalué par les réponses aux trois questions du questionnaire VQS), qui décrivent plutôt des conséquences de cette situation de handicap, ainsi que la durée de la peine purgée et le type d'établissement (maison d'arrêt / établissement pour peine), qui sont très corrélées à l'ancienneté de l'incarcération, ont été incluses dans l'analyse à titre illustratif uniquement.

Les résultats sont présentés dans la figure 4 et le tableau 8. Quatre classes ont été isolées. La première, qui regroupe 2 détenus sur 5, est caractéristique de personnes sans handicap. La totalité des personnes sans déficience sont dans cette classe et moins du quart d'entre elles ont une déficience. La prévalence des incapacités y est quasi nulle et 2 % seulement des personnes de cette classe ont déclaré un besoin d'aide. 83 % d'entre elles (contre 64 % pour l'ensemble des détenus) se considèrent en bonne voire très bonne santé. Il s'agit d'un groupe jeune : la moitié des individus sont âgés de moins de 30 ans. On note

également une sensible surreprésentation dans cette classe de ceux dont l'ancienneté de l'incarcération est inférieure à 2 ans (71 % vs 62 %). Le statut pénal (prévenu /condamné) et la durée de la peine purgée y sont en revanche semblables à la moyenne des détenus.

La deuxième classe (1 détenu sur 4) est caractéristique de personnes ayant une déficience intellectuelle ou du psychisme (98 % des personnes de cette classe) et, associée à elle, un problème de comportement ou d'orientation dans le temps ou l'espace (91 % des personnes de la classe). Sans surprise, cette déficience est le plus souvent attribuée à un problème personnel (36 % des cas), au stress (35 %) ou à la consommation d'alcool ou de drogues (13 %). L'état de santé et le besoin d'aide des personnes de cette classe sont comparables à la moyenne des détenus. Il s'agit du groupe le plus jeune (61 % de moins de 30 ans vs 44 % pour l'ensemble des détenus). On note une légère surreprésentation des détenus condamnés à une peine de moins de 2 ans (31 % vs 24 %) et de ceux qui sont incarcérés en maison d'arrêt (77 % vs 70 %).

91 % des personnes de la troisième classe (16 % des détenus) ont une déficience motrice. Les personnes ayant des difficultés pour les déplacements ou les transferts y sont surreprésentées (20 % vs 4 %) et 90 % des personnes ayant ce type d'incapacités sont dans cette classe. On observe aussi une surreprésentation de ceux qui ont des difficultés de souplesse ou de manipulation (33 % vs 6 %) ou pour la toilette, l'habillement ou l'alimentation (8 % vs 2 %). Les deux origines les plus fréquentes de ces incapacités sont un accident (77 % des cas) ou une maladie (45 %). 62 % des personnes de cette classe (vs 45 % pour l'ensemble des détenus) ont par ailleurs une déficience intellectuelle ou du psychisme, 59 % des difficultés de comportement et/ou d'orientation (vs 39 %) et 43 % (vs 20 %) une déficience viscérale ou du métabolisme. C'est dans ce groupe que la prévalence des limitations d'activité est la plus élevée (86 % vs 29 %) de même que la proportion de ceux ayant obtenu une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité (24 % vs 8 %) et de ceux ayant un besoin d'aide, quel qu'il soit (26 % vs 8 %). 29 % (vs 10 %) des personnes de cette classe considèrent que leur état de santé est médiocre à très mauvais. Les 30-49 ans (59 % vs 44 %) y sont surreprésentés. La distribution selon l'ancienneté de l'incarcération ou encore selon le statut pénal et, pour les condamnés, selon la durée de la peine n'est en revanche pas différente de la moyenne.

Enfin, la quatrième classe (également 16 % des détenus) est caractéristique de personnes ayant une déficience sensorielle. 53 % (vs 11 %) ont une déficience auditive, 35 % (vs 10 %) une déficience visuelle

et 18 % (vs 5 %) une déficience du langage. Les trois quarts des personnes de cette classe ont des difficultés pour voir, entendre et/ou parler. Le cumul de déficiences est très fréquent : 55 % ont également une déficience intellectuelle ou du psychisme et 43 % une déficience viscérale ou du métabolisme. Les origines de déficience les plus fréquemment citées sont : la maladie (61 % des cas), le stress (32 %), les problèmes personnels (30 %) ou encore la vieillesse (19 %). La proportion de personnes ayant une limitation d'activité, une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité ou un besoin d'aide, quoique plus faible que dans la classe précédente, y est également très élevée. L'état de santé perçu y est aussi un peu moins mauvais. C'est le groupe le plus âgé (35 % de 50 ans ou plus). Les anciens cadres et professions intermédiaires y sont légèrement surreprésentés (13 % vs 9 %) mais surtout, on y trouve une surreprésentation marquée de ceux dont l'ancienneté de l'incarcération est supérieure à 5 ans (42 % vs 16 %), des condamnés à une peine de 5 ans ou plus (63 % vs 36 %) et des détenus en établissement pour peine (52 % vs 30 %). Compte tenu du vieillissement de la population carcérale, le poids de ce groupe, dont le besoin d'aide est important, pourrait encore croître à l'avenir.

Conclusion

L'enquête HID-prisons met au jour une surreprésentation très forte des situations de handicap au sein de la population carcérale. L'écart avec le reste de la population résulte très vraisemblablement pour partie d'un effet de sélection à l'entrée. Mais, au sein d'un même groupe d'âges, le temps passé derrière les barreaux accroît significativement le risque d'avoir une incapacité.

En conséquence, une fraction non négligeable des détenus déclarent un besoin d'aide, dont on est en droit de se demander s'il est satisfait. Il existe bien des cellules aménagées pour les personnes handicapées mais en nombre très limité. Sans doute faudrait-il aussi développer le dispositif des auxiliaires de vie (Laplace *et al.*, 2002). Enfin, un effort devrait sans doute être fait du côté de la prévention des incapacités au sein des populations en situation de précarité en général et de celles qui sont incarcérées en particulier. À ce titre, nul doute qu'une amélioration des conditions de vie en détention constitue un élément déterminant de la réduction des situations de handicap en milieu carcéral.

Bibliographie

Cambois E., Désesquelles A., Ravaud J.-F. (2003). « Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap », *Population et sociétés*, n°386, janvier 2003.

Beaurepaire C. de (1997). « Psychopathologie et détention », *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 213-224.

Coldefy M., Faure P., Prieto N. (2002). « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux », *DREES-Etudes et résultats*, n° 181, juillet 2002.

Colin M., Jean J.-P. (1997). « Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus : deux objectifs indissociables », *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 17-32.

Dargent-Paré C., Bourgeois D. (2000). « La santé bucco-dentaire » in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Editions la découverte/Inserm, p. 267-282.

Désesquelles A. et le groupe de projet HID-prisons (2002). « Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur », *Insee première*, n°854, juin 2002.

Désesquelles A. (2003). « L'enquête HID-prisons : bilan d'une enquête particulière », *Courrier des Statistiques*, n°107, p. 43-54.

Guillonnet M., Kensey A. (1997). « La santé en milieu carcéral – Éléments d'analyse démographique », *Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars 1997, p. 41-60.

Hassoun D. (1998). « Précarité et état de santé bucco-dentaire », *Questions d'économie de la santé*, n°16, décembre 1998.

Kensey A., Cassan F., Toulemon L., (2000). « La prison : un risque plus fort pour les classes populaires », *Cahiers de démographie pénitentiaire*, n°9, décembre 2000.

Kensey A. (2001). « Vieillir en prison », *Cahiers de démographie pénitentiaire*, n°10, novembre 2001.

Lalande F. (1997). « La santé des détenus et l'état du système de soins avant la réforme », *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 61-72.

Laplace L., Daniel J., Belloncle M., Robert P.-Y., Bouchard I., Perot A., Fac C., Bernard B. (2002). « Dépendance pour les actes de la vie quotidienne en milieu carcéral dans la région pénitentiaire Ouest », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n°50, p. 453-461.

La Rosa E., 1998, *Santé, précarité, exclusion*, Paris, Puf, 222 p.

Mormiche P. (1998). « L'enquête HID de l'Insee - Objectifs et schéma organisationnel », *Courrier des statistiques*, n°87-88, décembre 1998, p. 7-18.

Mormiche P. et le groupe de projet HID (2000). « Le handicap se conjugue au pluriel », *Insee première*, n°742, octobre 2000.

Mouquet M.-C. et al. (1999). « La santé à l'entrée en prison en 1997 : un cumul des facteurs de risque », *DREES – Etudes et résultats*, n°4, janvier 1999.

Obrecht O. (1998). « Précarité et prison » in Lebas J., Chauvin P., *Précarité et santé*. Paris : Flammarion, p. 189-201.

OMS (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Genève : éditions de l'OMS.

Parizot I. (1998). « Trajectoires sociales et modes de relations aux structures sanitaires » in Lebas J., Chauvin P., *Précarité et santé*. Paris : Flammarion, p. 33-43.

Plichart P., Golse A. (1997). « Psychiatrie en prison, une clinique aux limites », *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 161-178.

Ravaud J.-F., Letourmy A., Ville I. (2002). « Les méthodes de délimitation de la population handicapée », *Population-F*, n° 3, p. 541-566.

Rochère B. de la (2003). « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *Insee première*, n°893, avril 2003.

Résumé

En 2001, une extension de l'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance (dite HID) a été réalisée auprès d'un échantillon de près de 1 300 détenus en France. Un détenu sur deux a au moins une incapacité, et la fréquence des incapacités d'origine psychique apparaît particulièrement élevée. À structure par âge et par sexe similaire, la prévalence des incapacités d'origine physique est près de trois fois plus élevée en milieu carcéral qu'en population générale. Cet écart résulte de deux effets qu'il est difficile de dissocier : un effet de sélection à l'entrée, d'une part, et un effet de la détention, d'autre part. On observe ainsi que parmi les condamnés à de longues peines, après contrôle de l'âge, l'ancienneté de la détention est significativement corrélée à la présence d'incapacités.

Les détenus en situation d'incapacité sont susceptibles d'avoir besoin d'une aide, qu'il s'agisse d'une aide humaine, d'équipements particuliers ou encore d'aménagements dans la cellule. 8 % des détenus sont dans ce cas. La demande d'aide apparaît particulièrement fréquente chez les détenus ayant des déficiences motrices, mais aussi chez des détenus souvent plus âgés, dont le point commun est la présence d'une déficience sensorielle mais qui cumulent souvent plusieurs types de déficiences.

Tableau 1 : Nature des déficiences en milieu carcéral : prévalence selon l'âge et comparaison avec l'ensemble de la population (en %)

Nature des déficiences (1)	18-29 ans	30-49 ans	50 ans ou plus	Ensemble des personnes détenues	Ensemble de la population libre (2)
Déficience motrice	18,4	29,2	30,9	24,6	11,3
<i>dont :</i>					
<i>déficience du tronc</i>	7,1	13,8	13,3	10,8	5,9
<i>déficience d'un seul bras</i>	4,5	5,6	6,7	5,2	1,9
<i>déficience d'une seule jambe</i>	4,2	6,2	3,3	5,0	1,8
Déficience visuelle	5,9	10,2	20,2	9,5	4,3
Déficience auditive	5,3	11,4	29,9	10,9	5,0
Déficience du langage ou de la parole	4,5	4,4	6,1	4,7	1,4
Déficience viscérale ou métabolique	11,7	23,8	39,1	20,3	8,8
<i>dont :</i>					
<i>déficience cardio-vasculaire</i>	2,3	8,0	21,7	7,1	2,2
<i>déficience respiratoire</i>	4,7	7,2	12,1	6,7	2,2
<i>déficience du tube ou des organes digestifs</i>	2,4	6,7	6,3	4,8	2,6
Déficience intellectuelle ou du psychisme	45,8	45,7	36,8	44,7	14,6
<i>dont :</i>					
<i>Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles</i>	17,0	13,6	6,0	14,2	0,3
<i>Perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation spatio-temporelle</i>	11,3	13,6	9,4	12,1	1,2
Autres déficiences	4,2	11,4	22,7	9,6	3,0
<i>dont :</i>					
<i>problèmes dentaires</i>	1,7	6,6	17,5	5,7	<i>n.d.</i>
<i>vertiges</i>	1,3	1,5	2,2	1,5	0,1
<i>déficiences esthétiques</i>	0,6	1,8	2,0	1,3	1,0
Inconnue	3,0	3,2	7,9	3,7	1,2
Au moins une déficience	60,8	70,8	82,5	67,8	32,8

(1) On a fait figurer dans ce tableau les grands groupes de déficiences repérés par l'enquête et, pour chacun d'eux, les déficiences les plus fréquemment déclarées.

(2) La population libre recouvre la population vivant en ménages ordinaires et en institutions socio-sanitaires. Les taux de prévalence ont été standardisés selon la structure par sexe et âge de la population carcérale.

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999.

Tableau 2 : Origine des déficiences en milieu carcéral et comparaison avec l'ensemble de la population²⁵ (en %)

Origine des déficiences	18-29 ans	30-49 ans	50 ans ou plus	Ensemble des personnes détenues	Ensemble de la population libre (1)
Accident <i>dont :</i>	24,7	31,4	18,1	26,8	20,1
<i>accident du travail</i>	0,8	6,1	6,9	4,1	7,6
<i>accident de la circulation</i>	9,8	11,9	3,6	9,9	3,2
Complication de grossesse	7,0	6,4	5,7	6,5	7,7
Malformation congénitale	3,0	4,1	0,7	3,1	4,4
Maladie	20,3	41,1	59,0	35,5	49,1
Autres origines <i>dont :</i>	53,1	54,7	60,1	54,8	39,4
<i>vieillesse</i>	0,1	6,2	25,1	6,5	7,8
<i>problèmes personnels et familiaux</i>	31,2	28,8	23,3	28,9	22,7
<i>alcoolisme, toxicomanie</i>	10,7	7,5	1,3	7,9	0,9
<i>stress</i>	25,1	31,1	27,7	28,2	<i>n. d.</i>

(1) Taux standardisés selon la structure par sexe et âge de la population carcérale.

Champ : personnes ayant déclaré au moins une déficience.

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999.

²⁵ Les résultats présentés dans ce tableau diffèrent sensiblement des résultats présentés précédemment dans le n° 854 d'*Insee première* (Désesquelles *et al.*, 2002) : la source de ces tableaux est en effet différente. Dans le cas présent, il s'agit de l'information sur l'origine des déficiences recueillie au cours de la passation du questionnaire HID. Dans le cas de l'*Insee première*, les données provenaient d'une question du questionnaire VQS sur l'origine des limitations d'activité déclarées.

Tableau 3 : Prévalence des incapacités en milieu carcéral et comparaison avec l'ensemble de la population (en %)

Part des personnes détenues ayant déclaré :	18-29 ans	30-49 ans	50 ans ou plus	Ensemble de la population carcérale	Ensemble de la population libre (1)
Avoir :					
des difficultés de toilette et/ou d'habillement et/ou d'alimentation	0,4	2,3	4,4	1,7	1,4
des difficultés d'élimination	0,7	0,6	2,9	0,9	0,7
des difficultés de transferts et/ou de déplacements	1,7	4,0	9,1	3,6	1,4
des difficultés pour voir, entendre ou parler	11,1	18,5	36,2	17,3	5,7
des difficultés de souplesse et/ou de manipulation	3,3	6,5	13,3	5,9	2,9
Au moins une incapacité physique	14,7	24,5	45,1	22,7	8,1
des difficultés d'orientation dans le temps	12,1	12,9	10,1	12,3	2,1
des difficultés d'orientation dans l'espace	0,8	2,1	1,1	1,8	1,0
des difficultés de communication	1,1	1,9	1,8	1,5	0,5
d'autres problèmes de comportement	37,2	32,7	24,6	33,7	12,4 (2)
Au moins une incapacité	45,8	49,2	59,5	48,9	13,0 (2)
Être limitées dans leurs activités en raison d'un problème de santé	22,9	31,3	41,3	29,0	4,8 (2)
Avoir obtenu une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité	3,2	9,7	16,2	7,6	6,7

(1) Les taux de prévalence ont été standardisés selon la structure par sexe et âge de la population carcérale.

(2) Le chiffre donné à titre de comparaison ne concerne que les personnes en ménages ordinaires.

Sources : enquêtes VQS-prisons et HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999, enquête VQS-ménages 1999.

Tableau 4 : Facteurs influençant la présence d'un handicap chez les détenus (odds ratios)

	Avoir au moins une déficience		Avoir au moins une incapacité physique		Avoir au moins une incapacité	
Homme	1,0		1,0		1,0	ns
Femme	1,3	ns	2,0	*	1,6	
18-29 ans	1,0		1,0		1,0	ns
30-49 ans	1,4	*	1,6	**	0,9	ns
50 ans ou plus	2,6	***	4,5	***	1,5	
Employé	1,0		1,0		1,0	ns
Indépendant	0,8	ns	0,9	ns	1,1	ns
Cadre, profession intermédiaire	0,6	*	0,8	ns	0,8	ns
Ouvrier	0,8	ns	1,3	ns	1,0	ns
N'a jamais travaillé	0,5	***	1,2	ns	0,8	
<u>Ancienneté de l'incarcération :</u>						
Moins de 2 ans	1,0		1,0		1,0	ns
2 à 5 ans	1,1	ns	1,3	ns	1,2	***
5 ans ou plus	2,3	***	2,2	***	2,7	

n.s. : non significatif (seuil 5%), * p < 0,5 ** p < 0,01 ***p < 0,001

Source : enquête HID-prisons 2001.

Tableau 5 : Facteurs influençant la présence d'un handicap chez les détenus condamnés à une peine d'au moins 5 ans (odds ratios)

	avoir au moins une déficience		avoir au moins une incapacité physique		avoir au moins une incapacité	
Homme	1,0		1,0		1,0	
Femme	0,4	ns	1,6	ns	1,2	ns
18-29 ans	1,0		1,0		1,0	
30-49 ans	1,2	ns	2,2	*	1,1	ns
50 ans ou plus	4,1	**	6,8	***	1,7	ns
Employé	1,0		1,0		1,0	
Indépendant	0,3	**	1,8	ns	1,0	ns
Cadre, profession intermédiaire	0,3	*	1,4	ns	1,0	ns
Ouvrier	0,5	ns	2,4	*	1,5	ns
N'a jamais travaillé	0,1	***	2,1	ns	0,5	ns
<u>Ancienneté de l'incarcération :</u>						
Moins de 2 ans	1,0		1,0		1,0	
2 à 5 ans	1,3	ns	1,8	ns	2,2	*
5 ans ou plus	3,2	***	3,0	**	5,1	***

n.s. : non significatif (seuil 5%), * p < 0,5 ** p < 0,01 ***p < 0,001

Source : enquête HID-prisons 2001.

Tableau 6 : Prévalence du handicap selon l'âge et la durée de l'incarcération en cours (en %)

	Détenus âgés de moins de 50 ans		Détenus âgés de 50 ans ou plus	
	Incarcérés depuis moins de 5 ans	Incarcérés depuis 5 ans ou plus	Incarcérés depuis moins de 5 ans	Incarcérés depuis 5 ans ou plus
Au moins une déficience	64	77	77	98
Au moins une incapacité physique	18	29	37	66
Au moins une incapacité	45	64	52	79

Source : enquête HID-prisons 2001.

Tableau 7 : Principales caractéristiques des détenus ayant déclaré un besoin d'aide (en %)

	Détenus		Ensemble des détenus
	ayant un besoin d'aide	ayant une limitation d'activité	
18-29 ans	30%	34%	44%
30-49 ans	55%	48%	44%
50 ans ou plus	15%	18%	12%
<u>Ancienneté de l'incarcération :</u>			
moins de 2 ans	56%	57%	62%
5 ans ou plus	23%	20%	16%
<u>Type d'établissement :</u>			
maison d'arrêt	71%	68%	71%
centre de détention	29%	32%	29%
<u>Nature des déficiences :</u>			
pas de déficience	1%	1%	32%
déficience intellectuelle ou du psychisme	67%	65%	45%
déficience motrice	63%	54%	25%
déficience viscérale ou du métabolisme	39%	45%	20%
déficience visuelle	17%	17%	10%
déficience auditive	27%	19%	11%
déficience du langage	11%	9%	5%
problèmes dentaires	8%	8%	6%
<u>Incapacités</u>			
difficultés de comportement / d'orientation	60%	54%	39%
difficultés de toilette et/ou d'habillement et/ou d'alimentation	10%	5%	2%
difficultés d'élimination	8%	3%	1%
difficultés de transferts et/ou de déplacements	13%	11%	4%
difficultés pour voir, entendre ou parler	41%	30%	17%
difficultés de souplesse et/ou de manipulation	27%	17%	6%
Limitation d'activité	67%	100%	29%
Reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité	27%	21%	8%
<u>Etat de santé perçu :</u>			
Bon ou très bon	36%	33%	64%
Moyen	37%	42%	26%
Médiocre ou très mauvais	27%	25%	10%
Besoin d'aide humaine	38%	8%	3%
Besoin d'aide technique	49%	10%	4%
Besoin d'aménagements de la cellule	45%	8%	4%

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquête VQS-prisons 200.1

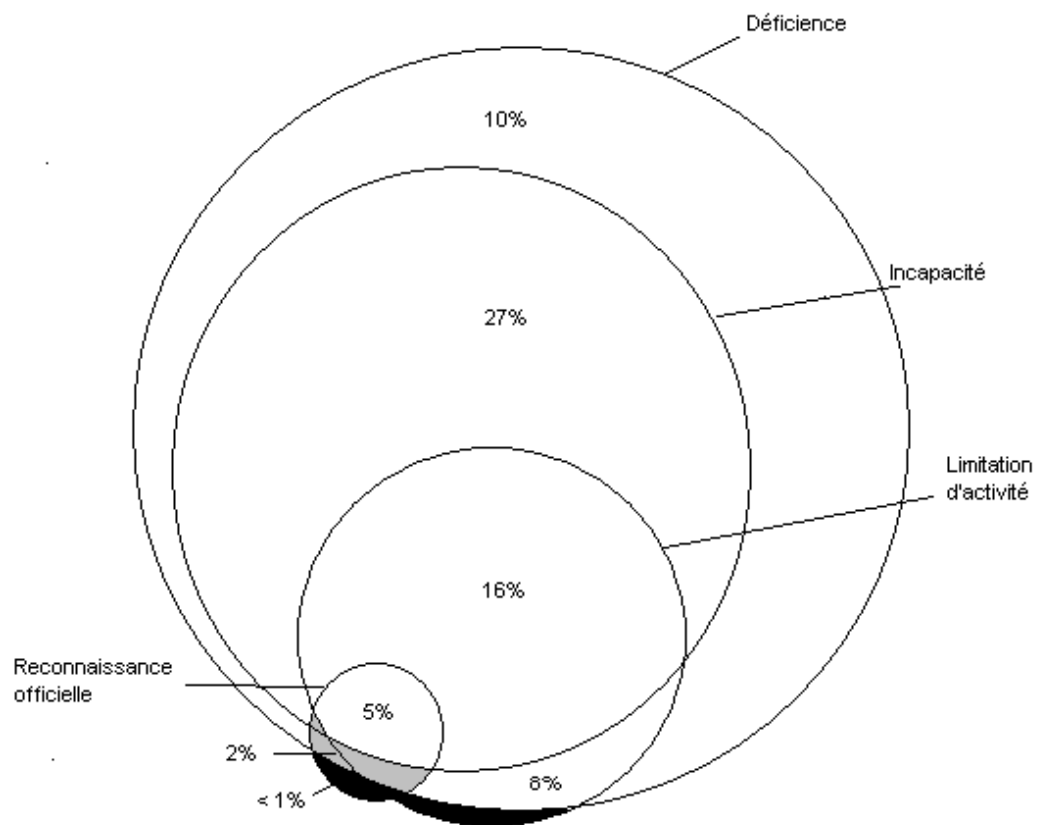
Tableau 8 : Principales caractéristiques des classes issues de la classification hiérarchique

	Classe 1 (42%)	Classe 2 (26%)	Classe 3 (16%)	Classe 4 (16%)	Ensemble des détenus
18-29 ans	51%	61%	28%	15%	44%
30-49 ans	42%	34%	59%	50%	44%
50 ans ou plus	7%	5%	13%	35%	12%
<u>Ancienneté de l'incarcération :</u>					
moins de 2 ans	71%	67%	62%	31%	62%
5 ans ou plus	8%	13%	17%	42%	16%
<u>Nature des déficiences :</u>					
pas de déficience	77%	0%	0%	0%	32%
déficience intellectuelle ou du psychisme	2%	98%	62%	55%	45%
déficience motrice	7%	10%	91%	28%	25%
déficience viscérale ou du métabolisme	7%	14%	43%	43%	20%
déficience visuelle	2%	5%	11%	35%	10%
déficience auditive	<1%	2%	10%	53%	11%
déficience du langage	0%	3%	5%	18%	5%
problèmes dentaires	4%	4%	8%	11%	6%
<u>Origine des déficiences :</u>					
maladie		16%	45%	61%	24%*
accident		5%	77%	19%	18%*
vieillesse		1%	7%	19%	5%*
problèmes personnels		36%	33%	30%	20%*
stress		35%	31%	32%	19%*
alcool-toxicomanie		13%	8%	5%	5%*
<u>Incapacités</u>					
difficultés de comportement / d'orientation	0%	91%	59%	46%	39%
difficultés de toilette et/ou d'habillement et/ou d'alimentation	0%	<1%	8%	2%	2%
difficultés d'élimination	0%	<1%	3%	2%	1%
difficultés de transferts et/ou de déplacements	0%	0%	20%	2%	4%
difficultés pour voir, entendre ou parler	1%	7%	17%	77%	17%
difficultés de souplesse et/ou de manipulation	0%	<1%	33%	3%	6%
<u>Limitation d'activité</u>					
Reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité	6%	21%	86%	51%	29%
	1%	4%	24%	14%	8%
<u>Etat de santé perçu :</u>					
Bon-très bon	83%	66%	30%	45%	64%
Moyen	15%	26%	41%	40%	26%
Médiocre-très mauvais	2%	8%	29%	15%	10%
Pas de besoin d'aide	98%	93%	74%	86%	92%
Besoin d'aide humaine	0%	2%	9%	6%	3%
Besoin d'aide technique	1%	1%	15%	6%	4%
Besoin d'aménagements de la cellule	1%	3%	10%	6%	4%

* : il s'agit ici de prévalences calculées par rapport à l'ensemble des détenus et non parmi les détenus qui ont une déficience, à la différence du tableau 2.

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquête VQS-prisons 2001.

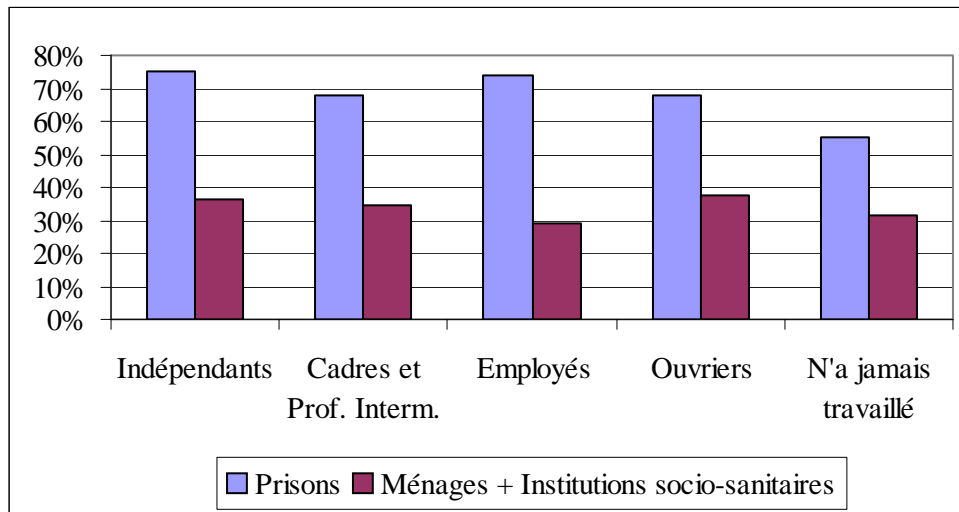
Figure 1 : Recouvrement entre les sous-populations obtenues selon différentes approches du handicap



Champ : population carcérale.

Sources : enquêtes VQS-prisons et HID-prisons 2001.

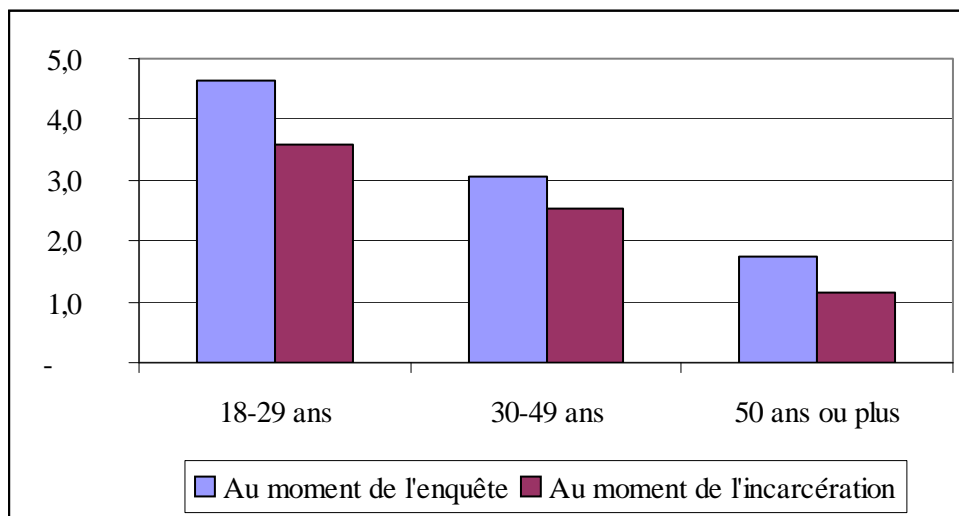
Figure 2 : Proportion de personnes ayant au moins une déficience selon le lieu de vie et la catégorie socioprofessionnelle (en %)



Note : les proportions en ménages ordinaires et institutions socio-sanitaires ont été calculées en faisant l'hypothèse que, dans chaque catégorie socioprofessionnelle, la structure par âge de cette population est identique à celle de la population carcérale.

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999.

Figure 3 : Rapport entre la prévalence de l'incapacité physique en milieu carcéral et en population générale : comparaison des situations au moment de l'enquête et au moment de l'incarcération

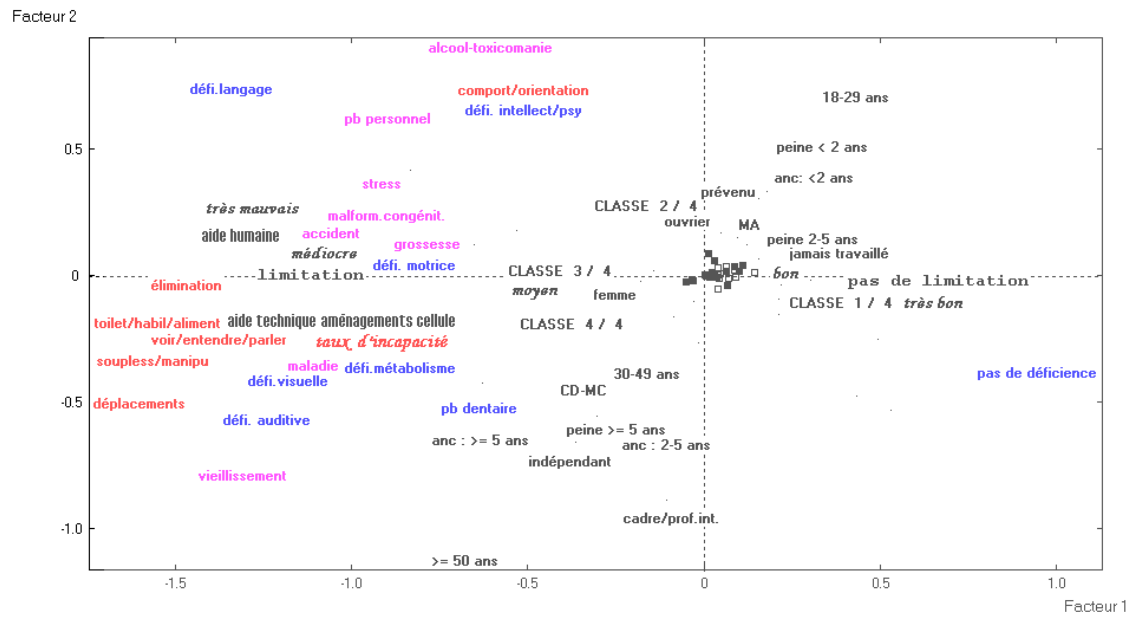


Note : Les données reconstituées au moment de l'incarcération ne prennent en compte que les incapacités dont l'ancienneté est connue.

Lire ainsi : à 18-29 ans, au moment de l'enquête, la proportion de personnes ayant au moins une incapacité physique était 4,6 fois plus élevée en milieu carcéral qu'en population générale. Le rapport était de 3,6 au moment de l'incarcération des détenus.

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999.

Figure 4 : Premier plan de l'analyse factorielle



Sources : enquête HID-prisons 2001, enquête VQS-prisons 2001.