



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Perspectives/Opinion

Prisons de haute sécurité : jusqu'où peut-on soigner en milieu carcéral ?

High-security prisons: How far is it possible to care people in prison?

Thomas Fovet ^{a,*}, Marion Eck ^{a,b}, Béatrice Carton ^{c,d}, Marc Fédèle ^{e,f}, Mathieu Lacambre ^{g,h}, Anne-Hélène Moncany ^b, Catherine Paulet ^{i,j}, Jean-Louis Senon ^k, Pierre Thomas ^a, Pascale Giravalli ^{f,i}

^a Université Lille, Inserm, CHU Lille, U1172 - LilNCog - Lille Neuroscience & Cognition, 59000 Lille, France

^b Pôle de Psychiatrie Légale et Conduites Addictives en Milieu Pénitentiaire, Centre Hospitalier Gérard Marchant, 31057 Toulouse, France

^c UCSA centre pénitentiaire de Bois d'Arcy et de la Maison d'arrêt des femmes de Versailles, Versailles, France

^d Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP), France

^e Pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire de Rennes, centre hospitalier Guillaume-Régnier, Rennes, France

^f Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPM), France

^g Équipe de psychiatrie légale, CHU de Montpellier, Montpellier, France

^h Section psychiatrie légale de l'Association française de psychiatrie biologique et de neuropsychopharmacologie (AFPN), France

ⁱ Pôle 11 : psychiatrie, médecine, addictologie en détention, médecine légale, UMR ADES AMU, AP-HM, Marseille, France

^j Former member of the United Nations Subcommittee on the Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, France

^k Université de Poitiers, Poitiers, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 1^{er} juillet 2025

Accepté le 18 septembre 2025

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Prison de haute sécurité

Principe d'équivalence

Isolément

Santé

Éthique

RÉSUMÉ

En mars 2025, le ministre de la Justice a annoncé que les centres pénitentiaires de Vendin-le-Vieil et Condé-sur-Sarthe accueilleront dès la fin du mois de juillet 2025 « les 200 plus gros narcotrafiquants du pays » au sein de « Quartiers de lutte contre la criminalité organisée ». Les conditions d'incarcération au sein de ces prisons de haute sécurité seront « très strictes » et auront pour objectif de « couper les personnes détenues du monde extérieur ». Les conséquences négatives de l'isolement carcéral sur la santé des personnes détenues sont richement documentées et de nombreux textes et traités internationaux stipulent que cette mesure ne doit être utilisée que dans des circonstances exceptionnelles, en dernier ressort et pour une durée la plus courte possible au sein des établissements pénitentiaires. Dans cet article, nous interrogeons le rôle des soignants dans ces quartiers de haute sécurité : jusqu'où peut-on appliquer le principe d'équivalence selon lequel les personnes détenues doivent bénéficier de soins équivalents à la population générale ? Nous développons la question de la responsabilité éthique des soignants qui exercent dans des établissements où les conditions d'incarcération sont connues pour leurs effets délétères sur la santé des personnes incarcérées.

© 2025 L'Encéphale, Paris. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

ABSTRACT

In March 2025 the French Minister of Justice announced that, beginning at the end of July 2025, the prisons of Vendin-le-Vieil and Condé-sur-Sarthe would host approximately 200 individuals convicted of drug trafficking within newly established units specifically designed to address organized crime. Incarceration conditions in these high-security facilities will be extremely strict, with the explicit goal of severing incarcerated people's contact with the outside world. The detrimental effects of solitary confinement on incarcerated people's health are well-documented, and numerous international conventions and treaties stipulate that such measures should be used only in exceptional circumstances, as a last resort, and for the shortest time possible. This article examines the role of healthcare professionals within these high-security units. To what extent can the principle of equivalence of care – according to which incarcerated

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Thomas.fovet@chru-lille.fr (T. Fovet).

individuals must receive healthcare equivalent to that provided to the general population – be upheld in this context? We address the issue of the ethical responsibility of healthcare professionals working in facilities where conditions of incarceration are known to have deleterious effects on the health of incarcerated individuals.

© 2025 L'Encéphale, Paris. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

En mars 2025, le ministre de la Justice a annoncé que les centres pénitentiaires de Vendin-le-Vieil (Pas-de-Calais) et Condé-sur-Sarthe (Orne) seraient les premières prisons de haute sécurité en France. Ces établissements accueilleront dès la fin du mois de juillet 2025 « les 200 plus gros narcotrafiquants du pays » au sein de « quartiers de lutte contre la criminalité organisée » (QLCO). Les conditions d'incarcération, inspirées du régime de détention de l'article 41-bis de la loi pénitentiaire italienne applicable aux personnes détenues appartenant à des organisations criminelles de type mafieux ou condamnées pour actes de terrorisme, seront « très strictes » et auront pour objectif de « couper les personnes détenues du monde extérieur ». Cela inclut des mesures telles que la généralisation de la visioconférence pour limiter les extractions, la fouille intégrale après les parloirs qui seront systématiquement réalisés derrière une vitre sécurisée (hygiaphone), la suppression de l'accès aux unités de vie familiale ou la limitation des communications téléphoniques (deux fois deux heures par semaine) [1]. Ces nouvelles dispositions qui s'appliqueront aussi bien aux personnes prévenues que condamnées et qui ne vont pas sans rappeler les quartiers de haute sécurité supprimés par Robert Badinter en 1982 pour leur caractère « inhumain » [2], posent des dilemmes éthiques importants pour les professionnels de santé.

Les conséquences négatives de l'isolement carcéral sur la santé sont richement documentées. Une méta-analyse récente sur le sujet montre que le placement à l'isolement peut générer des symptômes dépressifs, des symptômes psychotiques mais aussi favoriser les comportements hostiles et agressifs [3]. Plusieurs travaux ont montré par ailleurs que le recours à l'isolement n'est pas associé à une réduction des comportements violents en détention [4], mais qu'il est en revanche lié à une augmentation de la réincarcération après la libération [5,6]. En détention, le niveau d'isolement physique et émotionnel – comme l'absence de visites au parloir – est un facteur de risque suicidaire majeur [7]. Le placement au quartier disciplinaire (QD) – sanction disciplinaire lors de laquelle le niveau de privation sensorielle et relationnelle est extrême, la personne détenue n'ayant ni contact social, ni accès à ses effets personnels ou à la télévision – est associé à une multiplication du risque de suicide par 20. Le placement au quartier d'isolement (QI) – isolement administratif pour raisons de sécurité, ou judiciaire pour les besoins d'une enquête – est, lui aussi, associé à un risque suicidaire élevé [8]. L'impact physique de l'isolement sur les personnes détenues est également important : les études rapportent notamment des irritations cutanées, des fluctuations pondérales, des douleurs musculosquelettiques et une mauvaise prise en charge des pathologies chroniques chez les personnes concernées [9]. Ces conséquences sur la santé ne se limitent pas à la période de la détention : le placement à l'isolement est associé à un risque de trouble de stress post-traumatique (TSPT) après l'incarcération [10] et on observe une surmortalité dans les cinq ans suivant la libération chez les personnes ayant été placées en isolement pendant la détention [11].

Étant donné ces « effets dommageables sur la santé mentale, somatique et le bien-être social de ceux qui y sont soumis », le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) considère que l'isolement ne doit être utilisé que dans des circonstances exceptionnelles, en dernier ressort et pour une durée la plus courte

possible [12]. Les Règles minima des Nations Unies pour le traitement des personnes détenues (« Règles Nelson Mandela ») stipulent quant à elles que l'isolement cellulaire prolongé (i.e., supérieur à 15 jours) devrait être interdit. Comme l'a récemment indiqué l'Observatoire international des prisons (OIP), l'isolement ne cesse de gagner du terrain ces dernières années avec la multiplication de régimes de détention restrictifs [13], mais la mise en place des QLCO, reposant sur un régime carcéral d'isolement total, passe clairement un cap dans les mesures sécuritaires utilisées dans les prisons françaises.

Quelle place pourraient donc occuper les soignants dans ce type d'établissement ? En France, les soins en milieu pénitentiaire sont fondés sur un principe d'équivalence par rapport à la population générale [14]. Une unité de soins en milieu pénitentiaire (USMP) est ainsi implantée dans chaque prison afin de garantir aux personnes détenues un accès à des soins de qualité dans le respect des règles déontologiques de l'exercice (secret médical, consentement aux soins, etc.). Ces unités sont rattachées à un hôpital de proximité et agissent en toute indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire et de la justice pour les soins proposés [15]. Les interrogations sur la place et l'instrumentalisation des professionnels de la santé en prison sont anciennes mais ces questionnements trouvent une résonance toute particulière avec l'ouverture des QLCO. Le sujet de la responsabilité éthique des soignants, lorsque les autorités imposent des conditions de détention dont les effets dévastateurs sur la santé des personnes détenues sont connus, est ici prégnant. Comme pour toute activité médicale, les principes de bienfaisance, de non-malfaisance, de respect des droits des patients et de leur dignité sont primordiaux dans l'exercice en milieu pénitentiaire. Les organisations nationales et internationales affirment ainsi régulièrement que les soignants ont l'obligation éthique de s'abstenir de soutenir, d'excuser, de participer ou de faciliter la torture ou toute forme de traitements cruels, inhumains ou dégradants [16]. Ces postulats posent inexorablement la question du rôle des soignants dans les quartiers de haute sécurité : jusqu'où peut-on appliquer le principe d'équivalence ?

Le positionnement des soignants au sein de l'institution mérite un examen attentif. En cherchant à soulager les symptômes induits par l'isolement extrême, ils peuvent se retrouver dans une posture ambiguë, contribuant indirectement au maintien de régimes d'incarcération délétères pour la santé. La pratique de la médecine dans un cadre sécuritaire aussi strict comporte ainsi le risque de normaliser ces conditions d'exercice favorisant potentiellement leur généralisation. L'impact des mesures sécuritaires sur la pratique médicale et le respect des principes éthiques et déontologiques dans les QLCO soulève aussi plusieurs interrogations. Comme l'a rappelé récemment le Conseil national de l'Ordre des médecins, le respect du secret médical constitue un enjeu majeur de l'exercice en milieu pénitentiaire [17] dont la compatibilité avec les contraintes sécuritaires imposées dans les QLCO reste incertaine. Par ailleurs, la disponibilité et l'efficacité des moyens thérapeutiques sont limitées dans ces quartiers : les traitements sédatifs risquent de devenir le principal outil mobilisable, tandis que les hospitalisations psychiatriques pourraient être extrêmement restreintes, notamment si elles débouchent sur un retour immédiat en QLCO.

Ces enjeux appellent une réflexion collective de la part des professionnels de la psychiatrie mais aussi, plus largement, de l'ensemble de la médecine. Au-delà du risque d'atteinte à la dignité des personnes et à leurs droits fondamentaux, il apparaît clairement que l'on ne peut éthiquement exiger des soignants en milieu pénitentiaire qu'ils cautionnent, par leur silence, des conditions d'enfermement délétères pour la santé ni qu'ils acceptent de travailler dans des conditions inhumaines et dégradantes pour les personnes prises en soins.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Vendin-le-Vieil et Condé-sur-Sarthe, les deux premières prisons de haute sécurité | Ministère de la justice 2025. <https://www.justice.gouv.fr/actualites/actualite/vendin-vieil-condé-sarthe-deux-premieres-prisons-haute-securite> (accessed June 18, 2025).
- [2] Savigneau J, Robert Badinter: « L'indépendance de la justice est primordiale ». France: Le Monde; 2011.
- [3] Luigi M, Dellazizzo L, Giguère C-É, et al. Shedding light on “the hole”: a systematic review and meta-analysis on adverse psychological effects and mortality following solitary confinement in correctional settings. *Front Psychiatry* 2020;11, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00840>.
- [4] Labrecque RM, Smith P. Assessing the impact of time spent in restrictive housing confinement on subsequent measures of institutional adjustment among men in prison. *Crim Justice Behav* 2019;46:1445-55, <http://dx.doi.org/10.1177/0093854818824371>.
- [5] Brinkley-Rubinstein L, Sivaraman J, Rosen DL, et al. Association of restrictive housing during incarceration with mortality after release. *JAMA Netw Open* 2019;2:e1912516, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.12516>.
- [6] Luigi M, Dellazizzo L, Giguère C-É, et al. Solitary confinement of inmates associated with relapse into any recidivism including violent crime: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse* 2022;23:444-56, <http://dx.doi.org/10.1177/1524838020957983>.
- [7] Zhong S, Senior M, Yu R, et al. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2021;6:e164-74, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30233-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30233-4).
- [8] Vanhaesebrouck A, Fovet T, Melchior M, et al. Suicide following a conviction, solitary confinement, or transfer in people incarcerated: a comprehensive retrospective cohort study in France, 2017-2020. *Suicide Life Threat Behav* 2024;54:450-9, <http://dx.doi.org/10.1111/stb.13064>.
- [9] Strong JD, Reiter K, Gonzalez G, et al. The body in isolation: the physical health impacts of incarceration in solitary confinement. *PLoS One* 2020;15:e0238510, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0238510>.
- [10] Hagan BO, Wang EA, Aminawung JA, et al. History of solitary confinement is associated with post-traumatic stress disorder symptoms among individuals recently released from prison. *J Urban Health* 2018;95:141-8, <http://dx.doi.org/10.1007/s11524-017-0138-1>.
- [11] Wildeman C, Andersen LH. Solitary confinement placement and post-release mortality risk among formerly incarcerated individuals: a population-based study. *Lancet Public Health* 2020;5:e107-13, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30271-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30271-3).
- [12] Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). L'isolement de détenus. 2011.
- [13] Prisons OI des. Isolément carcéral : « Je suis dans un tombeau ». oip.org n.d. <https://oip.org/analyse/isollement-carceral-je-suis-dans-un-tombeau/> (accessed June 20, 2025).
- [14] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (1). n.d.
- [15] Fovet T, David M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *EMC Psychiatrie* 2021;38(2):1-18.
- [16] Metzner JL, Fellner J. Solitary confinement and mental illness in U.S. prisons: a challenge for medical ethics. *J Am Acad Psychiatry Law* 2010;38:104-8.
- [17] Conseil National de l'Ordre des médecins. Aspects éthiques et déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire. Paris: Publication Ordre des médecins en ligne; 2025.