

Les dispositifs de prise en charge

Des dispositifs ont été mis en place pour assurer le suivi des questions de santé en respectant la dignité du patient et la confidentialité des soins. Toutefois ces principes doivent composer avec les conditions actuelles de détention.

Les dispositifs de prise en charge des personnes placées sous main de justice

Les personnes détenues prises en charge par un dispositif de soins durant leur incarcération bénéficient de toutes les garanties prévues par la réglementation pour préserver leurs droits en tant que patients (notamment l'information sur leur état

de santé, le consentement et le refus de soin, la désignation d'une personne de confiance et la rédaction des directives anticipées) et garantir le secret médical.

Les principes exposés dans cet article concernent toute personne placée sous main de justice et se trouvant

Caroline Frizon
Virginie Bonfils
Chargées de mission organisation des soins aux personnes détenues, Direction générale de l'offre de soins, ministère des Solidarités et de la Santé

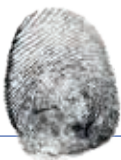
Contexte légal

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et son décret d'application n° 98-1099 du 8 décembre 1998 ont revu en profondeur l'organisation des soins en faveur des personnes incarcérées et transféré au service public hospitalier (SPH) pour leur prise en charge sanitaire. Depuis, le SPH s'emploie à leur garantir un accès à une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles de la population générale, tout en consolidant une

offre de soins spécifique et adaptée aux besoins. Ainsi, les soins en milieu pénitentiaire prennent pleinement en compte les évolutions du système de santé en population générale pour se décliner dans ce contexte carcéral.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé redéfinit la politique nationale de santé et tend à garantir le droit de chacun à la protection de sa santé. Plusieurs dispositions de la loi portent sur la santé en milieu pénitentiaire, notam-

ment concernant les repérages et dépistages à l'entrée en détention et la politique de réduction des risques et des dommages. La loi précise en outre que les personnes détenues bénéficient de certaines mesures protectrices des droits des patients, comme la mise en place du registre des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie assurant des soins sans consentement. ●



dans un établissement pénitentiaire, indifféremment de son sexe, de son âge, ou de son statut pénal. Toutefois, si les dispositifs de prise en charge développés ci-après sont effectivement communs aux personnes majeures et mineures, certaines adaptations peuvent être prévues sur la base d'éléments objectifs (comme la loi ou la situation clinique). Par ailleurs, les personnes placées sous main de justice faisant l'objet d'une mesure en milieu ouvert relèvent des dispositifs de droit commun.

Gouvernance et pilotage de la politique d'offre de soins en faveur des personnes détenues

L'organisation des soins en faveur des personnes détenues est portée par différents niveaux d'intervention (stratégiques et opérationnels).

Au niveau national

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère des Solidarités et de la Santé pilote l'organisation de l'offre et l'amélioration des dispositifs de soins. Elle intègre les exigences de parcours de santé et de soins, en tenant compte des contraintes liées à

l'environnement carcéral. Ses réflexions sont menées en concertation étroite avec l'ensemble des acteurs institutionnels (au premier titre desquels le ministère de la Justice), les représentants des professionnels et des usagers. À ce titre, elle veille à la définition des besoins humains et financiers nécessaires.

Au niveau régional

Les agences régionales de santé (ARS) déclinent les politiques nationales et assurent l'offre de service. Ainsi, elles évaluent les besoins sanitaires des personnes détenues, définissent et régulent l'offre de soins et de prévention en milieu pénitentiaire.

Au niveau local

Conformément aux dispositions des articles R. 6111-32 et R. 6111-33 du Code de la santé publique (CSP), cette offre de soins et l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont proposées par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), directement implantées au sein des établissements pénitentiaires. Tout établissement pénitentiaire est lié

Témoignage d'un cadre infirmier : une nécessité d'adaptation permanente

Au sein des dispositifs de soins en milieu carcéral, la place de l'infirmier est prépondérante et centrale. Ses missions recouvrent la prise en charge des patients hommes, femmes et mineur(e)s souffrant de troubles somatiques, psychiatriques et/ou addictologiques, dès leur arrivée en détention et jusqu'à leur sortie.

L'infirmier assure tous types de soins infirmiers, particulièrement en matière de prévention et d'éducation thérapeutique. Il maîtrise nécessairement l'ensemble des soins infirmiers pour pouvoir gérer toutes les situations de soins. Il œuvre pour le meilleur état de santé possible (principe de bienfaisance) en respectant la dignité et le consentement libre et éclairé de la personne (principe d'autonomie), tout en assurant la confidentialité de la relation soignant/soigné (relation de confiance). Ainsi, l'enjeu majeur est de toujours appréhender les personnes en tant que patient, en gardant un positionnement juste avec l'ensemble des partenaires.

Pourtant, au quotidien, la cohabitation reste un point fragile et épineux qui peut mettre « à mal » les grands principes de l'éthique médicale. Exercer le métier d'infirmier auprès de personnes détenues impose une compréhension et une clarification des logiques sanitaire, judiciaire et pénitentiaire.

L'équipe soignante ignore « théoriquement » pour l'essentiel le statut judiciaire du patient détenu, sauf les soignants travaillant en SMPR (service médico-psychologique régional) et en UHSA, qui, pour assurer une meilleure prise en charge, ont connaissance d'éléments du dossier pénal. Inversement, les logiques judiciaire et pénitentiaire sont étrangères à la démarche de soins et ne peuvent interférer dans son déroulement. Pourtant, en pratique, ce principe fondamental est constamment mis à l'épreuve, généralement non pas du fait de la volonté des acteurs mais du fait de la structure, des contraintes et/ou de la méconnaissance des missions de chacun.

Dans l'ensemble des différents dispositifs, l'infirmier prend en charge des patients détenus soumis à une surveillance d'agents de l'administration pénitentiaire et, dans ce contexte, le consentement du patient, le secret professionnel, l'intimité et la confidentialité des soins sont constamment mis à l'épreuve. L'univers carcéral efface la prépondérance des soins et érige la sécurité comme priorité, ce qui change profondément l'approche du soin. Aussi tout l'enjeu de la responsabilité infirmière se trouve dans sa possibilité de donner à la personne détenue l'opportunité de s'inscrire dans une relation

Sandrine Dray
Cadre supérieur de santé de Pôle hospitalier, Assistance publique des hôpitaux de Marseille

à un établissement hospitalier. Ces USMP constituent des services déportés de ces établissements hospitaliers. Leurs modalités d'intervention et celles du personnel de l'USMP sont précisées par un protocole signé par les différents partenaires concernés¹. Si l'établissement de rattachement de l'USMP n'a pas d'activité de psychiatrie, l'intervention d'un établissement psychiatrique est déterminée par le directeur général de l'ARS².

Missions principales du service public hospitalier en faveur de la population incarcérée

Il doit être en mesure de :

- permettre l'accès à des soins de qualité équivalents à ceux offerts en population générale,
- assurer les repérages et dépistages des personnes,
- garantir la continuité des soins,
- garantir la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture de l'USMP,

1. Art. R. 6111-29 du CSP

2. Art. R. 6111-28 du CSP

- coordonner les actions de prévention (primaire/secondaire/tertiaire), en incluant l'éducation à la santé et la réduction des risques,
- contribuer à la prévention du suicide.

Organisation des soins à destination de la population incarcérée

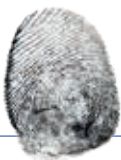
Ainsi, les établissements de santé dispensent les soins aux personnes détenues, en milieu pénitentiaire ou, au besoin, en milieu hospitalier³. En effet, dès lors qu'une personne détenue a besoin de soins qui ne peuvent être dispensés à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire au sein de l'USMP (du fait de l'urgence et/ou des spécificités techniques requises par la prise en charge), elle est transportée vers un établissement de santé ou vers des unités hospitalières accueillant exclusivement des personnes détenues. Ces dernières, bien qu'admissibles à l'hôpital, continuent de subir leur peine et la réglementation pénitentiaire leur demeure applicable.

3. Art. L. 6111-1 et suivants et art. L. 6112-1 du CSP

de soin. L'infirmier qui exerce au sein de ces différentes structures doit faire preuve de capacités d'adaptation, d'organisation, d'autonomie et de prise d'initiatives adaptées selon son champ de compétences, pour mener à bien l'ensemble des activités qui lui sont dévolues. Il doit être rigoureux dans le respect et l'application des règles pénitentiaires et toujours manifester un comportement adapté vis-à-vis des patients et des différents partenaires. Cet aspect, qui peut paraître contraignant, est assez bien appréhendé et assimilé par les équipes soignantes car il est quelque part un « garde-fou » pour leur sécurité. À l'inverse, en milieu hospitalier, les agents de l'administration pénitentiaire assurent leurs missions dans une structure qui ne réunit pas les éléments sécuritaires du contexte carcéral et qui accueille un public qui n'est pas placé sous main de justice.

Mes sept années d'expérience de cadre supérieur du pôle de psychiatrie, médecine, addictologie en détention et médecine légale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille m'ont permis d'avoir un regard nouveau sur les soins infirmiers auprès des personnes placées sous main de justice. Travailler dans un contexte pénitentiaire est difficile et complexe parce que cela mobilise des fonctions

souvent paradoxales : soins/contrôle, relation/discipline, empathie/sécurité, privation/liberté. Alors, forcément, être infirmier en milieu carcéral, c'est soigner en laissant de côté les préjugés, les certitudes et toutes formes de pouvoir qui enferment, en favorisant la communication et l'établissement du lien, qui restent des outils précieux du soin en détention et de son cortège. C'est avoir la capacité de laisser résonner les situations qui se présentent pour pouvoir les appréhender toutes, singulièrement. C'est être un acteur engagé dans une contrainte toute particulière où la privation (enferment pénal) et la liberté (éthique du soin) se côtoient et se heurtent sans cesse mais concourent à un même objectif : le respect des droits des personnes détenues. Finalement c'est mettre en jeu son expérience, ses connaissances théoriques médicales, juridiques et éthiques, ses valeurs et ses émotions, mais aussi sa créativité pour faire face à des situations complexes et développer des mesures alternatives. Pour cela, chaque acteur doit comprendre la nécessité d'établir une coopération étroite, dans le respect des attributions mutuelles et des droits de la personne détenue, avec un objectif commun : l'amélioration constante de la santé des personnes détenues. ●



L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, l'autre pour les soins psychiatriques. Chacun est décliné en trois niveaux de prise en charge. Certaines missions sont toutefois communes, notamment les actions d'éducation et de prévention et la continuité des soins à la sortie.

- Le niveau 1 est réalisé au sein des USMP (au nombre de 178) et regroupe des soins ambulatoires sous la forme de consultations, prestations et activités, y compris dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

- Le niveau 2 regroupe les soins nécessitant une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour en psychiatrie et chambres sécurisées). Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l'établissement hospitalier de rattachement. En revanche, les soins psychiatriques sont réalisés principalement au sein des USMP porteuses de services médico-psychologiques régionaux (26 SMPR). Les USMP non dotées de SMPR sont aussi incitées à développer ces prises en charge.

- Le niveau 3 regroupe les soins nécessitant une hospitalisation à temps complet. Les soins somatiques sont réalisés dans les établissements de santé (chambres sécurisées, unités hospitalières sécurisées interrégionales – UHSI – et établissement public de santé national de Fresnes – EPSNF). Quant aux soins psychiatriques, ils sont assurés par les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et les établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Dispositifs d'hospitalisation

Les chambres sécurisées (environ 150 à ce jour) sont mobilisées en priorité pour l'accueil des personnes détenues en hospitalisation urgente ou programmée, mais de très courte durée (moins de 48 heures). Elles font l'objet d'aménagements spécifiques de sécurisation, précisés par un cahier des charges⁴. Une garde statique est assurée par les forces de l'ordre, dans un sas attenant à la chambre.

Huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) sont réparties sur le territoire et sur l'emprise foncière d'établissements hospitaliers. Il s'agit de structures hospitalières et non pénitentiaires. Elles bénéficient cependant d'une sécurité périmétrique assurée par l'administration pénitentiaire. Le nombre d'unités, les sites d'implantation et les secteurs géographiques de rattachement sont précisés par arrêté⁵. Les UHSI prennent en charge l'ensemble des hospitalisations somatiques des personnes détenues, hors hospitalisations relevant des chambres sécurisées.

L'établissement public de santé national de Fresnes est un établissement à vocation nationale, spécifiquement réservé à l'hospitalisation, hors urgence et hors psy-

chiatry, des personnes détenues sur orientation des USMP. Cet établissement est placé sous la double tutelle des ministères de la Justice (DAP, Direction de l'administration pénitentiaire) et de la Santé (DGOS). Il dispose de trois services d'hospitalisation (en médecine ; en soins de suite et de réadaptation polyvalent ; en soins de suite et de réadaptation spécialisé neurologie et appareil locomoteur), d'un service de consultations pluridisciplinaires et d'un service d'imagerie médicale. Les malades sont admis dans l'établissement après stabilisation de leur état de santé.

Neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) sont en fonctionnement à ce jour (représentant 440 places) et correspondent à une première tranche de construction. Le programme complet prévoit dix-sept unités pour une capacité totale de 705 places. Elles ont été instituées par la loi du 9 septembre 2002⁶. Comme les UHSI, il s'agit de structures hospitalières n'accueillant que des personnes détenues nécessitant une prise en charge psychiatrique. En l'absence de possibilité d'hospitalisation au sein de l'UHSA de rattachement de l'établissement pénitentiaire, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un établissement de santé habilité⁷. Les UHSA accueillent des patients détenus en soins libres ou sans consentement.

Les soins sans consentement⁸ sont réalisés sous forme d'hospitalisation complète au sein des UHSA et des unités adaptées en établissement de santé mentale, voire en unités pour malades difficiles si les critères cliniques le justifient.

Aspects financiers

Le financement des soins délivrés aux personnes détenues en établissement repose sur des missions d'intérêt général (MIG) pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique en USMP et en UHSI, ainsi que sur une dotation annuelle de fonctionnement (DAF) pour la psychiatrie. Ces allocations ont vocation à financer les surcoûts liés aux spécificités du milieu carcéral et viennent en complément de la tarification à l'acte.

D'autres sources de financement peuvent exister et venir soutenir des projets ciblés, comme les fonds d'intervention régionaux pour la promotion de la santé, les fonds Mildeca pour la réduction des risques... ●

4. Annexé à la circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGPN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.

5. Arrêté du 24 août 2000 et note DAP/DGOS du 5 juillet 2013 (cf. annexe N « Carte UHSI »).

6. Loi n° 2002-1138 d'orientation et de programmation pour la justice.

7. En vertu de l'article D. 398 du Code de procédure pénale.

8. Art. L. 3214-1 II du CSP.

Intimité, sexualité : une épreuve pour les jeunes en prison

Chaque année, les tribunaux pour enfants incarcèrent des jeunes de 13 à 18 ans (avec une moyenne autour de 16,5 ans). Il s'agit le plus souvent de garçons, des classes populaires, prévenus (en attente de jugement) ou condamnés pour des raisons diverses : vols, violences, agressions sexuelles ou viols¹. La recherche présentée ici porte sur ces jeunes, non sous un aspect pénal ou éducatif, mais à partir de la question de la sexualité, qui inclut également la vie affective et la sociabilité des jeunes, dans et hors de la prison. L'analyse repose sur une enquête qualitative menée en 2016-2017 dans cinq prisons de France métropolitaine (deux établissements pénitentiaires pour mineurs – dont un mixte – et trois maisons d'arrêt avec des quartiers mineurs – dont un au sein d'une maison d'arrêt de femmes)². Ces cinq prisons sont réparties sur l'ensemble du territoire métropolitain.

Les prisons, comme les personnes enquêtées, ont été anonymisées pour garantir la confidentialité des propos et des observations ; les entretiens ont été enregistrés. Des observations et des entretiens individuels ont été menés auprès de 72 jeunes incarcérés, âgés de 14 à 18 ans (dont 12 filles), tous volontaires pour participer à l'enquête. Parmi elles et eux, 9 sur 72 ont arrêté l'école avant la classe de 6^e, 39 ont poursuivi leur scolarité jusqu'à mi-parcours au collège et plus rarement jusqu'au baccalauréat. Ils sont issus majoritairement de milieux populaires et leurs parents disposent de faibles ressources économiques. Dans le même temps, des entretiens ont été menés avec 60 professionnels présents au quotidien avec les jeunes (surveillants, éducateurs, enseignants, professionnels de santé).

1. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_CC%202016.pdf

2. Cette enquête a été réalisée avec le soutien de la Direction générale de la santé, de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse et de la Direction de l'administration pénitentiaire. Cet article est extrait du rapport *Sexualité, amour et normes de genre* [1].

La santé sexuelle, une préoccupation mineure en milieu carcéral

Au vu des propos des jeunes et de ceux des professionnels rencontrés, la santé sexuelle, entendue comme la prise en compte de la sexualité des jeunes et de son contexte (vie affective, rapports de genre, identité) n'est pas une dimension centrale de la prise en charge des mineurs détenus. En effet, aucun acteur n'a pour mission spécifique de faire de l'éducation à la sexualité en prison, hormis la mission générale d'éducation à la sexualité de l'Éducation nationale, inégalement mise en œuvre (en prison comme à l'extérieur de la prison). Certains établissements proposent toutefois (mais occasionnellement) des séances d'information et de discussion sur la sexualité, menées par des professionnels du quotidien carcéral (éducateurs, enseignants, personnels d'unité sanitaire) ou par des associations extérieures, qui parviennent parfois difficilement à s'adapter au contexte carcéral et n'agissent pas en lien avec les acteurs éducatifs de la prison. Pourtant la question de la sexualité, et plus largement de la santé sexuelle, est au cœur de la vie quotidienne et s'impose à tous les professionnels. De leur côté, les jeunes reconnaissent une légitimité à la prison de mener des actions en santé sexuelle à condition qu'elles ne s'apparentent pas à un cours, et qu'elles laissent place à leurs interrogations.

Une restriction de l'intimité qui fait partie de la peine : l'exemple des menstruations en prison

Si la prison est un lieu de restriction de l'intimité, elle l'est d'autant plus du côté des filles. En effet, l'expérience des menstruations en milieu carcéral a été régulièrement soulevée durant l'enquête. Les filles ayant leurs règles ont expliqué craindre que cela « se voie », du fait des protections hygiéniques sommaires, considérées comme « premier prix », fournies par la prison. Les récits largement partagés mettent en évidence, par

exemple, que les serviettes ressemblent à des serviettes « postmaternité » (sans attaches, plus épaisses, peu absorbantes) – remarque corroborée par les propos des professionnels. Ces protections hygiéniques, souvent imposées (serviettes hygiéniques plutôt que tampon ou autre protection), semblent peu adaptées pour des adolescentes, qui ne sont pas nécessairement à l'aise avec la gestion des menstruations (dont la régularité est variable y compris en raison de l'incarcération), et qui craignent que des taches de sang transparissent à travers leurs vêtements. Certaines filles expliqueront d'ailleurs préférer rester en cellule (en refusant d'aller en classe ou en promenade) pendant leurs menstruations, quitte à être punies par l'administration (notamment en étant privées de télévision pendant plusieurs jours), plutôt que de s'exposer à la vue des femmes et des hommes de la prison (professionnels ou jeunes). Ici, les « solidarités » entre filles observées dans les établissements scolaires ne semblent pas exister.

Le fait que cette question des règles n'apparaisse pas comme une préoccupation des administrations est révélateur de la stigmatisation associée au corps féminin dans la société, accentuée pour ces adolescentes, déjà stigmatisées en tant que détenues. Certaines expliqueront avoir fait l'objet de remarques après avoir demandé à plusieurs reprises des serviettes au cours d'un « même mois », ou suite à une demande de rendez-vous chez le médecin du fait des douleurs associées aux règles – les professionnels leur expliquant qu'il fallait bien qu'elles souffrent un peu », que c'était « normal d'avoir mal » à l'adolescence quand on est une fille. À travers l'exemple des menstruations, les filles incarcérées mettent en lumière combien elles se sentent déconsidérées et stigmatisées en prison, où tout est fait pour leur rappeler qu'elles ne peuvent y avoir une place, contrairement à des garçons, pour qui l'incarcération apparaît davantage, dans un parcours délinquant, comme étant « dans l'ordre des choses ». ●

Yaëlle Amsellem-Mainguy

Chargée d'études et de recherche et de recherche à l'Injep (Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire), chercheuse associée au Cerlis (Centre de recherche sur les liens sociaux) Arthur Vuattoux Maître de conférences à l'université Paris 13, Iris (Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux), chercheur associé à l'Injep



Maladies infectieuses : dépistage et prise en charge des personnes sous main de justice

Fadi Meroueh
Médecin, unité
sanitaire de la
maison d'arrêt de
Villeneuve-lès-
Maguelone (USMAV)

La prévalence et la transmission des maladies infectieuses sont plus élevées chez les personnes incarcérées qu'en population générale, en France comme en Europe, selon le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies¹. Préoccupation majeure pour les personnes incarcérées, c'est également un problème de santé publique pour la société qui devra les réaccueillir à leur sortie.

Le repérage de ces pathologies est fondamental pour réussir la « cascade » : dépistage précoce, diagnostic, traitement, prévention de la transmission de ces maladies. La consultation médicale à l'arrivée en détention² est l'occasion de proposer cette « recherche active de cas »³.

En France, un milieu à risque et une population fragilisée

Si les vulnérabilités préexistent en milieu ouvert, il existe bien des facteurs de risque particuliers en milieu carcéral : promiscuité, surpopulation, comportements à risque (la consommation de drogues injectables, le tatouage, le piercing et les relations sexuelles entre hommes...), amplifiés par la mauvaise hygiène corporelle et alimentaire. Mais c'est la méconnaissance des sérologies et des maladies par les professionnels et les détenus eux-mêmes qui constitue un enjeu majeur en milieu carcéral.

En juillet 2018, on compte plus de 70 000 personnes détenues (dont 30 % en détention provisoire), soit une surpopulation carcérale globale de 120 % (150 % pour les maisons d'arrêt). Comparativement au milieu ouvert, les personnes incarcérées ont une prévalence plus élevée d'infections par le VIH, les hépatites, la tuberculose, et les infections sexuellement transmissibles (IST). La majorité des unités sanitaires propose un dépistage sérique, plus ou moins exhaustif, et souvent seulement à l'arrivée en détention. Contre toute attente, ce dépistage n'est pas renouvelé durant le séjour ou avant la sortie.

L'étude Prévacar⁴ de 2010 a pu documenter l'incidence et la prévalence de certaines de ces pathologies en prison ; les données recueillies ont porté uniquement sur certaines maladies – hépatites virales B et C, et VIH. La prévalence de la tuberculose est très peu étudiée,

et les infections sexuellement transmissibles sont très peu dépistées, en dehors de la syphilis.

Maladies infectieuses

Les hépatites⁵

L'hépatite A (HVA), très répandue, transmissible par voie fécale-orale, est corrélée à une mauvaise situation socio-économique et à la précarité. Elle est souvent asymptomatique mais sa gravité augmente avec l'âge (hépatite fulminante et décès) et dans certains groupes vulnérables (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes). Parmi les très rares études menées, celle de la séroprévalence faite à Montpellier en 2017 trouvait près de 70 % de porteurs d'anticorps dans la prison de Villeneuve-lès-Maguelone (versus 10 % sur le plan national). L'absence de prise en charge du vaccin par la Sécurité sociale contribue à la négligence de ce dépistage.

L'hépatite B (HVB) se propage par voie sexuelle ou exposition au sang. En Europe, la prévalence de l'antigène HBs parmi les populations incarcérées varie de 0,3 % en Irlande à 25,2 % en Bulgarie. En France, on l'estime autour de 2 %. Il existe un traitement suspensif et illimité qui prévient le risque de survenue de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire, mais il n'est que très rarement proposé aux prisonniers. La vaccination est proposée en l'absence d'anticorps (Ac) antiHBs. De nombreux services proposent un schéma court de vaccination, permettant au patient de terminer sa vaccination avant sa libération.

L'hépatite C (HVC) se transmet par contact sanguin, principalement chez les usagers de drogues (partage de seringues, de matériels). Dans de nombreux pays de l'Union européenne, plus de la moitié des personnes qui s'injectent des drogues ont été infectées. Cette épidémiologie du HVC se retrouve également en prison en Europe, la prévalence en 2016 variait de 4,9 % en Hongrie à 86,3 % au Luxembourg. En France l'étude Prévacar de 2010 trouvait une prévalence de 4,8 %. Dans les prisons françaises, on compte près de 10 % de la population détenue sous traitement de substitution aux opiacés ; plus d'un tiers des personnes ayant recours à l'injection en prison ont partagé au moins une fois leur matériel.

Cette pathologie a bénéficié d'une révolution thérapeutique ces quatre dernières années : fin de l'interféron injectable et de la ribavirine avec leur cortège d'effets secondaires. La durée de traitement est désormais de

5. Maladies du foie causées par une infection par les virus A (HVA), B (HVB) ou C (HVC) pour les infections les plus fréquentes.

1. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Systematic-review-on-communicable-diseases-in-prison-settings-final-report.pdf>

2. En France, depuis la loi du 18 janvier 1994 (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>), les unités sanitaires (US) placées sous la responsabilité du ministère de la Santé ont pour missions en milieu carcéral de : prodiguer des soins équivalents à ceux à l'extérieur, prendre en charge à 100 % les soins, développer l'éducation à la santé et la prévention.

3. Définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la recherche active de cas est « la recherche systématique de cas pour un nombre d'affections pertinentes, sans se limiter aux maladies transmissibles ».

4. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_3.html

douze semaines, voire huit semaines en fonction de la sévérité de la fibrose hépatique. La baisse des prix des médicaments antiviraux directs (AVD) du HVC permet un large accès aux soins quel que soit le stade de fibrose hépatique. Mais, en prison, malgré deux circulaires et un coût des traitements n'incombant plus à l'unité sanitaire, un trop grand nombre de détenus ne bénéficient pas encore des traitements par AVD. Le manque de formation des professionnels de santé reste la principale cause de cette défection. De plus, un programme de réduction des risques et des dommages (RDRD) en prison, en particulier des programmes d'échange de seringues équivalents à ceux en milieu ouvert, serait déterminant pour limiter la recontamination après la guérison et permettre une meilleure prise en charge des addictions en milieu carcéral. Il est en effet possible aujourd'hui de concevoir « une prison sans hépatite C », à l'instar du programme de soins mis en place à la prison de Villeneuve-lès-Maguelone.

Le VIH

Le VIH se transmet par le sang, le sperme, les sécrétions vaginales ou le lait maternel. Le traitement prévient les manifestations de l'immunodépression. L'observance est donc un enjeu majeur individuel et pour la prévention de la transmission.

Selon les études, la prévalence du VIH en population carcérale en Europe occidentale est de 4,2 %, et de 2 % en France. Dès 1989, les premières conventions sont signées entre les structures hospitalières et les prisons les plus touchées par l'épidémie, avec généralisation progressive à tous les établissements depuis la loi du 14 janvier 1994, avec une prise en charge assez homogène et complète. Les échecs sont davantage liés aux mauvaises conditions de sortie : pas de poursuite des traitements antirétroviraux par les personnes en grande précarité (défaut d'hébergements, droits sociaux).

La tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*. Elle est souvent asymptomatique, et deux cas de figure se présentent habituellement : l'infection tuberculeuse latente (ITL) et la tuberculose active (TA). La tuberculose se transmet par une personne atteinte de tuberculose active. On note une recrudescence des cas de tuberculose chez les personnes dont le système immunitaire est affaibli (personnes vivant avec le VIH).

La déclaration étant obligatoire, l'InVS recense les cas de tuberculose survenus en milieu carcéral : en 2013, 1,4 % de tous les cas déclarés en France concerne des détenus (61 cas dont 53 cas potentiellement contagieux). La date possible de contamination est inconnue. Les enquêtes de cas se font aussi auprès de personnes extérieures (famille, forces de l'ordre, magistrats, avocats...).

Les prisons des régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont les plus touchées, avec une prévalence de 107 cas de tuberculose pour 100 000 détenus. Le

dépistage se fait essentiellement par radiographie pulmonaire (après anamnèse et examen clinique depuis 2012), et parfois par une intradermoréaction à la tuberculine (IDR).

Les malades atteints d'une tuberculose active bénéficient d'une prise en charge associant traitement médicamenteux et prévention (isolement du patient et port de masques). Le traitement des infections tuberculeuses latentes ne fait pas consensus à l'heure actuelle, surtout que la poursuite de la prise en charge à la sortie de prison n'est pas toujours convenablement assurée. Un partenariat avec le centre de lutte antituberculeuse est alors nécessaire et mis en place dans de nombreuses unités sanitaires.

Les infections sexuellement transmissibles

Parmi les huit infections sexuellement transmissibles les plus courantes, quatre se prêtent à des traitements curatifs relativement simples :

- la syphilis, causée par la bactérie *Treponema pallidum*. En l'absence de traitement, de nombreuses années après l'infection initiale, des lésions viscérales de syphilis tertiaire (neurosyphilis) peuvent finalement apparaître. Son dépistage en prison est particulièrement pertinent pour une population jeune, c'est actuellement la seule infection sexuellement transmissible dont le dépistage est systématiquement proposé en prison ;
- l'infection à *Chlamydia Trachomatis*, d'origine bactérienne, fréquente. Les complications chez la femme peuvent entraîner une stérilité. Malgré une prévalence élevée dans les prisons (8 % à Villeneuve-lès-Maguelone et dans le Nord, 13 % à Nantes), contre 1 à 3 % en France, cette infection sexuellement transmissible n'est pas dépistée ;
- la gonorrhée et la trichomoniose, qui ne sont non dépistées.

Parmi les obstacles individuels au dépistage et les motifs de refus, on peut invoquer un dépistage déjà effectué récemment, une mauvaise appréciation du risque, mais aussi l'absence de sensibilisation, la peur de la maladie, le souci du manque de confidentialité et la stigmatisation.

Les obstacles institutionnels relèvent du manque de confiance dans l'institution, de la durée de l'incarcération, et de l'inadéquation des procédures (pas de restitution d'examen négatif donc absence de conseil préventif).

Conclusion

L'objectif de l'équivalence des soins entre le milieu carcéral et la population générale est de diminuer le risque de perte de chance d'accès aux soins pour les détenus et d'offrir une possibilité de détecter et de traiter ces pathologies, et de réduire le nombre de cas de transmission dans un milieu à fort risque de contagiosité. Les unités sanitaires doivent être mieux impliquées dans les dépistages et les traitements des maladies infectieuses pour une meilleure réactivité aux épidémies, à l'instar de la rougeole, et appliquer une véritable politique de réduction des risques et des dommages. ●



Les permissions de sortir pour raisons médicales : l'expérience de Médecins du monde au centre pénitentiaire de Nantes

Médecins du monde est entré au centre pénitentiaire de Nantes en 2014 et a développé un programme expérimental en milieu carcéral axé sur la question de l'accès aux soins, et ce dans une démarche communautaire auprès des personnes incarcérées à la maison d'arrêt des femmes et au centre de détention pour hommes. Tous les professionnels, qu'ils soient pénitentiaires ou hospitaliers, sont aussi impliqués dans ce projet. Jusqu'en 2015, les permissions de sortir pour raisons médicales étaient demandées de façon exceptionnelle, essentiellement au centre de détention et pour des situations très particulières.

Lors des ateliers menés par Médecins du monde, les premières difficultés rapportées par les personnes détenues sur l'accès aux soins sont celles des extractions médicales. Les moyens de contrainte utilisés leur paraissent porter atteinte à leur dignité et balaient la relation patient-médecin. La personne détenue craint que le secret médical ne soit respecté dès lors que le surveillant est présent à la consultation médicale. En outre, la perte d'autonomie en matière de santé est souvent vécue comme infantilisante par le patient incarcéré.

Les premières difficultés rapportées par l'USMP sur l'accès aux soins sont aussi celles des extractions médi-

cales. Les conditions d'escorte sont responsables de nombreux refus de la part des patients. Le non-respect de la confidentialité – remise des documents médicaux aux surveillants, examen clinique en présence du surveillant – choque les professionnels de santé et entrave la prise en charge. L'organisation des rendez-vous médicaux au CHU est compliquée puisqu'il faut faire concorder les disponibilités du CHU et celles des escortes : les délais de rendez-vous sont en moyenne de 90 jours, soit 25 jours de plus qu'un rendez-vous sans escorte.

De cette difficulté commune, rapportée par les personnes concernées, les professionnels de santé et les patients, a émergé la valorisation des permissions médicales, jusqu'ici mal connues. L'enjeu était de rendre possible, dans le respect de la loi, un rendez-vous médical en dehors de la prison sans escorte pénitentiaire.

Dans un premier temps, plusieurs échanges entre Médecins du monde et la direction pénitentiaire ont permis de clarifier les textes de lois faisant référence aux conditions d'accord des permissions médicales. La première permission de sortir octroyée peut être une permission médicale, qui ne décomptera pas de permission familiale ou d'insertion professionnelle.

Dans un second temps, il a fallu faire connaître cette loi et ses conditions d'applications aux professionnels de santé exerçant en prison et penser l'organisation de la mise en application.

Enfin et surtout les personnes détenues en ont fait la promotion entre elles par le bouche-à-oreille et par l'intermédiaire d'affichage au sein de la détention.

En mai 2016 paraissait le premier *Petit Journal de la santé* écrit par des détenus en collaboration avec Médecins du monde. L'interview d'un patient ayant bénéficié d'une permission médicale a permis de diffuser à l'ensemble du centre de détention les conditions d'obtention de celle-ci.

Les professionnels de santé se sont approprié cette modalité de rendez-vous au CHU pour pouvoir les proposer aux patients cibles. Une coordination USMP-SPIP-greffe est indispensable pour l'organisation des commissions d'applications des peines à ce sujet.

En 2016, le nombre de permissions médicales demandées et acceptées a explosé : sur 141 demandes de permissions médicales faites à la maison d'arrêt et au centre de détention, 107 ont été réalisées. Seulement 65 avaient été demandées en 2015 et 29 en 2014. Malheureusement, les chiffres sont retombés en 2017, avec

Chloé Goubin
Médecin responsable des unités sanitaires en milieu pénitentiaire, USMP du CHU de Nantes

Pierre-François Martinot
Vice-président chargé de l'application des peines, TGI de Nantes

Marie Hornsperger
Coordinatrice du programme en milieu carcéral de Médecins du monde à Nantes

Irène Aboudaram
Coordinatrice générale de la stratégie en milieu carcéral, Médecins du monde

Les permissions de sortir dans la réglementation

Article D. 143-4 du Code de procédure pénale

Des permissions de sortir d'une durée n'excédant pas la journée peuvent être accordées dans les cas suivants aux personnes condamnées à une ou plusieurs peines privatives de liberté d'une durée totale n'excédant pas cinq ans ainsi qu'aux personnes condamnées à une ou plusieurs peines privatives de liberté d'une durée totale supérieure à cinq ans lorsque ces dernières ont exécuté la moitié de leur peine :

1° présentation des personnes détenues prochainement libérables ou susceptibles d'être admises au bénéfice de la libération conditionnelle ou de la libé-

ration sous contrainte ou au régime de semi-liberté ou de placement sous surveillance électronique ou à l'extérieur en application de l'article D. 136 à leurs éventuels employeurs ou auprès d'une structure de formation professionnelle, de stage ou d'enseignement ;

2° présentation aux épreuves d'un examen dans les conditions prévues aux articles D. 436-3 et D. 438-2 ;

3° présentation à une structure de soins ;

4° sorties pour la pratique d'activités culturelles ou sportives organisées ;

5° exercice par le condamné de son droit de vote.

notamment plus de refus proportionnellement au nombre de demandes. Il a été alors nécessaire de rencontrer les acteurs principaux de l'octroi des permissions médicales que sont les juges d'application des peines. Cela a permis à l'USMP de clarifier ses besoins et les difficultés rencontrées lors des extractions médicales avec escorte. Les juges d'application des peines ont très bien accueilli cette

rencontre ; leur crainte était que les patients puissent faire eux-mêmes la demande, échappant alors au système de soins pensé dans les murs. Depuis cette rencontre, un document signé de l'USMP accompagne systématiquement la demande de permission médicale, prouvant l'appui de l'USMP dans cette démarche. Ce travail montre bien la nécessité de communiquer avec tous les

acteurs impliqués dans la mise en place des permissions médicales. La plus-value des permissions médicales est alors parue évidente pour les juges d'application des peines, l'administration pénitentiaire, l'équipe d'escorte et les professionnels de santé. La connaissance et la diffusion de la faisabilité d'un examen au CHU en permission médicale ont permis aux personnes

détenues d'en faire aujourd'hui la demande à leur médecin quand elles se savent « permissionnables ». Au-delà de permettre le respect de la confidentialité et de la dignité humaine, la permission médicale évite bon nombre de refus de prises en charge. Cela permet également aux personnes détenues de regagner de l'autonomie pour s'occuper de leur santé. ●

figure 1

Nombre de permissions réalisées et refusées dans la maison d'arrêt et le centre de détention de Nantes (2014-2017)

Permissions	2014	2015	2016	2017
Maison d'arrêt				
Permissions médicales demandées	3	9	18	7
Permissions médicales réalisées	2	3	5	3
Nombre de patients concernés	3	9	11	5
Centre de détention				
Permissions médicales demandées	26	56	123	73
Permissions médicales réalisées	26	45	102	45
Nombre de patients concernés	13	25	41	40

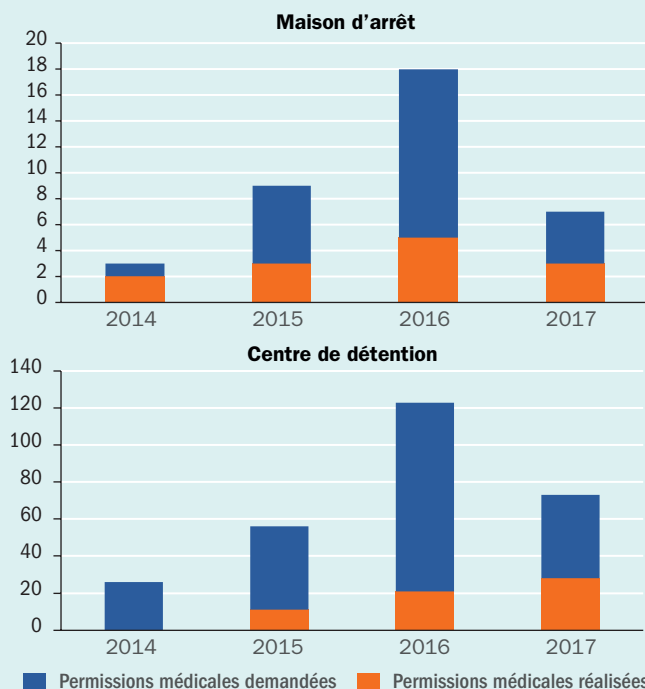


figure 2

Affiche de Médecins du monde dans le centre pénitentiaire de Nantes

LES DETENUS PARLENT AUX DETENUS

TOUTE PERSONNE PERMISSIONNABLE PEUT FAIRE UNE DEMANDE DE PERMISSIONS MÉDICALES AUPRÈS DU JUGE D'APPLICATION DES PEINES

Permissions médicales

Ton médecin traitant est ton médecin de l'UCSA. Si celui-ci t'envoie vers l'extérieur pour un rendez-vous qui ne peut être fait à l'UCSA, tu peux demander à le faire en permission médicale.


Si tu ne connais pas Nantes,

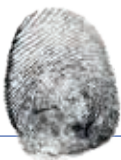
- Tu as perdu l'habitude de sortir seul,
- Le labyrinthe hospitalier t'inquiète,
- Tu n'es pas à l'aise dans la relation avec un médecin
- La langue française est un frein...

2 personnes de Médecins du Monde peuvent venir te chercher au CD et aller avec toi à ton rendez-vous si tu le souhaites.

Parles en avec l'équipe de l'UCSA, la secrétaire médicale contactera Médecins du Monde!

Ce sont nous détenus qui avons imaginé cette solution pour tous ceux d'entre nous qui n'osent pas sortir seuls... Pour regagner en autonomie plutôt que d'être escortés...





Les dispositifs de prise en soins psychiatriques des personnes présentant des troubles psychiques en détention

Déborah Sebbane

Cheffe de clinique au CHU de Lille, membre du CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale), Inserm, Paris (ECEVE UMRS 1123)

Pierre Thomas

Chef de pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire du CHU de Lille

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

Plus de dix millions de personnes sont incarcérées dans le monde ; en France, le taux d'incarcération est actuellement de 102 pour 100 000 habitants, pour une moyenne de 144 pour 100 000 dans le monde entier [34]. La première étude faisant état d'une prévalence élevée des troubles psychiatriques en prison a été écrite il y a maintenant un siècle. Ces dernières décennies, les États européens, dont la France, ont continué d'observer une augmentation de la prévalence des troubles psychiques en détention. Il semblerait que cette évolution soit la résultante complexe d'un faisceau de facteurs tels que l'évolution des politiques de santé, l'évolution des politiques pénales et celle des contextes sociétaux qui les façonnent.

Contexte épidémiologique et cadre législatif

Les travaux scientifiques récents convergent vers une prévalence des troubles psychiatriques en prison largement supérieure à celle retrouvée en population générale. Tous les troubles sont représentés : les schizophrénies, les troubles de l'humeur – notamment le trouble bipolaire et l'épisode dépressif caractérisé –, le trouble stress post-traumatique, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et la déficience intellectuelle. Les travaux récents de S. Fazel [14] apportent notamment des résultats, d'un niveau de preuve élevé, en faveur d'une surreprésentation de l'épisode dépressif caractérisé et des troubles psychotiques : un détenu sur sept souffrirait de l'une ou l'autre de ces pathologies. Les troubles addictifs sont aussi largement surreprésentés et apparaissent très fréquemment associés à des troubles psychiatriques. Le suicide apparaît également comme une problématique majeure, son taux restant particulièrement élevé en France (179 pour 100 000 détenus) par rapport aux autres pays [16].

Le constat des inégalités de santé et du non-respect des droits des personnes concernées par un problème de santé mentale selon les pays a amené le Conseil de l'Europe à recommander que la santé en prison soit intégrée aux politiques nationales de santé. En France, la loi 994-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, a ainsi posé le principe du transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère chargé de la santé. À ce titre, le service public hospitalier est chargé d'une mission globale de soins aux personnes détenues, qui sont désormais systématiquement immatriculées et affiliées aux assurances maladies et maternité du régime général.

Organisation actuelle des soins de santé mentale en milieu pénitentiaire

Créés en application de la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondent aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire. Chaque secteur est rattaché à un établissement hospitalier public et comporte un service médico-psychologique régional (SMPR), aménagé au sein d'un établissement pénitentiaire.

Les structures de soins prenant en charge les personnes placées sous main de justice (PPSMJ) ont ensuite été définies par :

- le décret du 14 mars 1986, qui a créé les 26 SMPR ;
- le décret du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux personnes détenues ;
- la loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, qui a créé les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Ces mesures sont identifiées comme des dispositions législatives qui réaffirment le nécessaire respect des droits de chacun à la protection de sa santé et qui tentent ainsi de concourir à l'amélioration de la santé globale des personnes détenues.

La prévalence élevée des troubles psychiatriques a contribué à poursuivre l'adaptation du dispositif d'offre de soins de santé mentale en milieu pénitentiaire, traduite à quatre reprises dans le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, dont la dernière édition a été récemment publiée, en janvier 2018 [25].

Depuis 2012, les ex-unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) sont appelés « unités sanitaires en milieu pénitentiaires » (USMP). Aujourd'hui, 175 USMP dépendant de l'hôpital de proximité sont implantées dans la plupart des établissements pénitentiaires, et 93 secteurs de psychiatrie générale interviennent au sein des USMP. Bien que s'inscrivant dans la continuité du concept de santé globale, leur organisation repose actuellement sur deux dispositifs distincts : le premier pour les « soins somatiques », le second pour les « soins psychiatriques », chacun étant organisé en trois niveaux [33].

Soins de santé mentale de niveau 1

Il regroupe les soins ambulatoires réalisés au sein de l'USMP. Le dispositif de soins psychiatriques assure l'ensemble des activités de consultation et d'activités

thérapeutiques de groupe, dont celles menées dans le cadre des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Ce premier niveau concerne également les missions communes aux deux dispositifs et regroupe des actions de formation à la santé, de promotion et de prévention pour la santé ainsi que la mise en place de la continuité des soins à la sortie.

Soins de santé mentale de niveau 2

Ce niveau regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel, assurée par les hôpitaux de jour (HDJ). Ils sont réalisés au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaires porteuses d'un service médico-psychologique régional, qui demeurent, et sont également dotés depuis la circulaire de 2012 d'une mission de coordination régionale entre l'ensemble des acteurs de la psychiatrie intervenant en prison ou avec les autorités de tutelle et de formation. Des cellules spécifiques sont dédiées à l'hospitalisation des personnes prises en charge en HDJ, qui restent gérées par l'administration pénitentiaire (ouverture et fermeture des portes entre autres). L'accès aux hôpitaux de jour reste encore limité et restreint pour certains patients au regard de l'implantation encore insuffisante et de la répartition très inégale des 26 SMPR sur le territoire.

Soins de santé mentale de niveau 3

Les soins de niveau 3 correspondent à la prise en charge hospitalière à temps complet. Ils sont assurés par :

- les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), créées par la loi de septembre 2002, qui ont permis l'organisation des soins hospitaliers complets sous la modalité du soin libre, c'est-à-dire avec le consentement du patient. Les UHSA prévoient en effet deux modalités de soins : les soins libres ou les soins à la demande d'un représentant de l'État – sans le consentement du patient. Elles sont la règle pour toute hospitalisation à temps complet en psychiatrie d'une personne détenue et peuvent accueillir des personnes des deux sexes, y compris les mineurs. Il existe aujourd'hui neuf UHSA pour une capacité totale de 440 places. La feuille de route « santé mentale et psychiatrie » inscrite dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, et présentée par la ministre de la Santé en juin 2018, réaffirme le lancement de la deuxième tranche des UHSA dont le programme de construction initial prévoyait 705 places (action n° 21, axe 3) [7];
- les établissements de santé autorisés en psychiatrie, dans le cadre des hospitalisations régies par l'article D. 398 du Code de procédure pénale, seule voie d'accès d'une personne détenue à l'hôpital. Cette décision d'hospitalisation tente d'être la moins utilisée possible puisqu'elle ne prévoit comme seule modalité de prise en charge le soin sans consentement et peut donc amener à maintenir sous contrainte une personne qui accepterait les soins. Le recours aux mesures d'isolement et parfois de contention est également majoré pour ces personnes susceptibles de porter le stigmate

du « fou » en détention puis celui du « détenu dangereux ou potentiel fugitif » en structure de soins ;

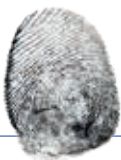
- les unités pour malades difficiles (UMD) lorsque les critères cliniques le justifient. Les admissions en UMD s'effectuent dans l'unité la plus proche du lieu d'hospitalisation, sous réserve des disponibilités.

Il existe des spécificités propres aux soins de santé mentale en milieu pénitentiaire :

- les consultations post-carcérales, dont la mise en place s'appuie sur la difficulté à mettre en œuvre la continuité des soins entre milieu fermé et milieu libre. Aujourd'hui, la loi prévoit une « consultation sortant », coordonnée par le médecin généraliste, obligatoire le mois qui précède la libération. Elle peut être doublée d'une « consultation sortant » de psychiatrie, mais souvent les ressources disponibles sur place et les contraintes d'organisation rendent difficile sa réalisation ;
- la prise en charge des personnes présentant un risque suicidaire (lire p. 28). L'évaluation du potentiel suicidaire est portée par les équipes sanitaires et l'administration pénitentiaire, dotée de dispositifs qui lui sont propres (dispositif de protection d'urgence et cellule de protection d'urgence) ;
- la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives (lire p. 32), qui intègre le repérage (dès l'entretien arrivant systématisé), le diagnostic, la définition d'un projet de soins adapté, la préparation à la sortie, la politique de réduction des risques et les actions de prévention et d'éducation pour la santé. Le recours spécialisé est assuré par un médecin addictologue intervenant dans l'établissement ou par un professionnel d'une équipe de liaison et de soins en addictologie du centre hospitalier de rattachement de l'USMP ou par un professionnel d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Le personnel du CSAPA référent assure la mise en relation du patient avec les partenaires extérieurs ;
- la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS), qui répond au principe de l'incitation aux soins pendant la détention. La spécificité de la prise en charge sanitaire tient également à l'existence d'un cadre juridique particulier (incitation aux soins et injonction de soins) et à une offre de soins psychiatriques et psychologiques plus développée dans certains établissements pénitentiaires spécialisés. Les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) assurent le maillage santé-justice au niveau régional.

Enjeux relatifs aux soins psychiatriques en détention

L'OMS insiste sur la nécessité d'envisager les besoins individuels de chaque personne concernée comme l'axe central des soins de santé mentale prodigués en détention. À cet effet, tout professionnel (de la justice ou de la santé) intervenant en milieu carcéral doit être particulièrement éclairé sur le respect inébranlable des besoins sanitaires des personnes détenues et des conséquences inhérentes à l'environnement carcéral,



engendrant des risques majeurs de santé publique [38]. La peine de prison, conditionnant par sa nature la privation de liberté, doit rester la seule et unique peine à laquelle la personne concernée doit faire face. La « double peine », dénoncée dans le rapport de l'ONGI (organisation non gouvernementale internationale) Human Rights Watch en 2016, rappelle le droit fondamental des personnes détenues de jouir du meilleur état de santé globale (physique et mentale) possible. Celui-ci est resitué par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) et par la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), ratifiée par la France en 2010.

À l'instar des difficultés et des retards d'accès aux soins de santé mentale en milieu libre, l'égalité d'accès aux soins et le respect de la dignité des personnes présentant des troubles psychiques en milieu pénitentiaire restent en partie impactés par un manque accru d'information en santé mentale en détention, et par une stigmatisation importante des personnes concernées. La formation auprès des personnels intervenant en détention (Assistance publique, Justice) doit perpétuellement être proposée afin d'améliorer les connaissances nécessaires au respect du droit à une bonne santé globale en détention.

La disponibilité des services de soins *ad hoc* et la réponse aux besoins sanitaires des personnes détenues

présentant un trouble psychique remplissent seulement les conditions de respect des droits fondamentaux de jouir de la meilleure santé mentale possible. Elle ne doit pas permettre de penser que la prison sera un lieu de soins optimal puisque les nombreux freins à la qualité de vie en son sein sont clairement identifiés et paraissent difficiles à neutraliser à court terme. Pour autant, il persiste un enjeu puissant autour de l'organisation des soins de santé mentale en milieu pénitentiaire qui doit s'attacher à ne pas alimenter une quelconque « binarisation » des soins entre prison et hôpital psychiatrique, au risque de voir (re)naître les notions « d'asile pénitentiaire » ou de « prison psychiatrique ». Bien que la « loi de Penrose¹ » traduise le constat d'une augmentation de la prévalence des troubles psychiques en détention dans de nombreux pays, contemporaine du mouvement de désinstitutionalisation psychiatrique, certains auteurs réaffirment que la suggestion selon laquelle le retour des structures hospitalières de type asilaire pourrait être une réponse politique appropriée aux inégalités socio-économiques qui sous-tendent des situations d'exclusion et d'incarcération doit être combattue de la manière la plus ferme qui soit [23]. ●

1. <https://psyzoom.blogspot.com/2015/04/population-carcerale-et-nombre-de-lits.html>

Les suicides et tentatives de suicide, et leur prise en charge en milieu carcéral

**Pierre Thomas
Thomas Fovet**

Pôle de psychiatrie,
médecine légale et
médecine en milieu
pénitentiaire du CHU
de Lille

Le suicide en population carcérale est plus fréquent qu'en population générale. C'est la première cause de décès en prison à travers le monde. Les hommes et les femmes incarcérés constituent une population vulnérable.

Le taux moyen de suicide, sur l'ensemble des pays qui fournissent des chiffres, est de 109 suicides pour 100 000 personnes dans les prisons. Les taux de mortalité les plus bas sont trouvés en Australie et en Nouvelle-Zélande, ainsi que dans les pays d'Amérique du Nord, avec 23 à 67 décès par suicide pour 100 000 détenus.

En France, le taux de suicide en population carcérale est sept fois supérieur à celui observé en population générale. La mortalité par suicide des détenus a nettement progressé au cours des dernières décennies, passant de 2 pour 10 000 détenus en 1950 à 25 pour 10 000 dans les années 2000. La baisse modérée du nombre de suicides à partir de 2012 pourrait s'expliquer en partie par une série d'initiatives prises par l'administration pénitentiaire et le ministère de la Santé : d'une part la détection systématique du

risque suicidaire des personnes entrant en détention, et d'autre part l'ouverture à partir de 2010 des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), destinées à accueillir les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet.

Le taux de suicide reste très important dans la période suivant l'incarcération. Au cours des deux semaines suivant la libération, il est multiplié par quatre par rapport à celui observé en détention. Six mois après la libération, le taux de décès par suicide reste identique à celui observé en détention. La continuité des soins et de l'accompagnement est donc essentielle après la sortie, période où se concrétisent les difficultés sociales, financières et relationnelles.

Les suicides en prison sont, dans plus de 90 % des cas, réalisés par pendaison ou autostrangulation, le plus souvent lorsque le sujet se retrouve seul en cellule. L'intoxication volontaire représente 7 % des cas, la phlébotomie 5 % et la défenestration 2 %.

Le suicide en milieu carcéral est le résultat d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs.

Facteurs individuels

Le fait d'être marié, le faible niveau d'éducation, l'isolement social et les relations familiales conflictuelles sont les principaux facteurs de risque individuels. Un détenu qui reçoit régulièrement la visite de ses proches a deux fois moins de risque de se suicider que celui qui n'en reçoit jamais. Les événements de vie négatifs ou stressants, le fort vécu de honte, de culpabilité ou de désespoir augmentent le risque de suicide.

Les troubles psychiatriques – au premier rang desquels figurent les dépressions, les psychoses et les troubles liés à l'usage de substances – sont connus comme étant d'importants facteurs de risque en détention. Le lien entre santé mentale et suicide en prison est d'autant plus important à considérer que la prévalence des troubles psychiatriques y est quatre à dix fois plus élevée qu'en population générale.

Ainsi les antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires (idées suicidaires, tentatives de suicide) sont des facteurs de risque de suicide très importants en détention.

Facteurs environnementaux

Le niveau d'isolement physique constitue un facteur de risque suicidaire important : quinze fois plus de risque de mettre fin à ses jours dans une cellule en quartier disciplinaire que dans une cellule ordinaire. D'autres particularités environnementales qui illustrent les conditions de vie en détention peuvent être citées : relations de mauvaise qualité entre surveillants et détenus, harcèlement et menaces entre détenus, et inactivité contrainte liée au faible nombre d'emplois disponibles en détention. Quant à la surpopulation carcérale, elle constitue une difficulté à laquelle sont confrontés de très nombreux établissements pénitentiaires, notamment en France. Il existe une corrélation entre la densité carcérale et le taux de suicide en détention.

Facteurs criminologiques et judiciaires

Les personnes « prévenues » se suicident deux fois plus que les condamnés. La majorité des suicides est observée dans les maisons d'arrêt, ou dans les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires destinés à accueillir les prévenus et les détenus condamnés à de courtes peines.

Le taux de mortalité par suicide est plus bas chez les individus condamnés à des peines d'une durée inférieure à un an, et augmente avec la longueur de la peine, passant de 35 pour 100 000 pour les peines inférieures à six mois à 163 pour 100 000 pour les peines supérieures à cinq ans. Le risque est significativement plus élevé chez les auteurs de crimes violents (homicides, viols et autres violences sexuelles).

Certaines périodes du parcours judiciaire sont aussi identifiées comme particulièrement à risque. Ainsi, 72 % des suicides surviennent au cours de la première année de détention, et le risque de suicide est majoré à la réception d'une nouvelle accusation ou d'une nouvelle condamnation pendant la période d'incarcération.

Dispositifs de prévention du suicide en détention

La prévention du suicide en prison implique une série de mesures, allant du traitement des troubles psychiatriques au contrôle des facteurs de risque environnementaux et psychosociaux, en passant par l'utilisation d'outils spécifiques mis à la disposition des personnels de l'administration pénitentiaire. Une coordination des équipes sanitaires et des personnels de l'administration pénitentiaire est indispensable puisque, si certaines mesures peuvent être mises en place par les équipes de détention, d'autres peuvent être appliquées par les services médicaux (équipe de psychiatrie le plus souvent).

Malgré des évolutions significatives ces dernières années, l'accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux en détention reste limité. Les détenus dont l'état de santé nécessite une prise en charge en hospitalisation complète peuvent être admis dans les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), accueillant les patients avec leur consentement ou sur décision du représentant de l'État (SDRE). Les UHSA ont été instaurées par la loi de septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. Aujourd'hui, neuf UHSA sont implantées sur le territoire français (soit 440 places).

Outils spécifiques de prévention du suicide en prison

Un certain nombre d'établissements pénitentiaires mènent des programmes spécifiques de détection et de protection des détenus à risque de passage à l'acte suicidaire axés sur le contrôle de multiples facteurs de risque. L'évaluation de leur efficacité, aux États-Unis, au Canada, en Australie et au Royaume-Uni, a montré une réduction significative du taux de suicide, ainsi qu'une modification de l'attitude des détenus et des équipes de détention face aux personnes suicidaires. La plupart des programmes efficaces incluent les éléments clés suivants :

1. formation du personnel de l'administration pénitentiaire en matière de prévention du suicide et aux gestes de premiers secours ;
2. évaluation systématique du risque suicidaire chez tout détenu arrivant, puis surveillance personnalisée du risque suicidaire tout au long de la période d'incarcération ;
3. soutien psychologique des détenus suicidaires ;
4. facilitation du lien social ;
5. limitation du recours à l'isolement physique ;
6. mise à disposition de cellules sécurisées adéquates pour les personnes à haut risque.

Les procédures appliquées après un suicide ou une tentative de suicide, tels que le débriefing et le soutien des équipes et des détenus, peuvent également aider à prévenir d'autres incidents et à réduire le choc émotionnel engendré par ces événements. Enfin, les programmes visant à limiter les effets négatifs de l'isolement par l'utilisation de « codétenus de soutien », détenus bénévoles sélectionnés et formés à l'écoute active, semblent aussi présenter un intérêt.



En 2007, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un rapport destiné aux établissements pénitentiaires dans le but d'améliorer et d'uniformiser la prévention du suicide en prison. Plus récemment, en France, un guide méthodologique, édité par le ministère de la Justice et le ministère des Solidarités et de la Santé, a rappelé les principes de prévention, de repérage et de prise en charge du suicide en détention. Ces propositions nécessitent la formation de tous les agents pénitentiaires, ainsi qu'une coopération de qualité entre tous les acteurs de la vie carcérale.

Les conditions d'incarcération peuvent majorer le risque suicidaire. Le maintien des liens familiaux et sociaux en prison est parfois très limité. En outre, les effectifs réduits des personnels pénitentiaires ne permettent pas aux surveillants d'assurer leur rôle de soutien aux détenus.

Ils limitent également les possibilités de mouvements de personnes détenues et leur accès aux activités. L'amélioration des conditions d'incarcération constitue un enjeu important pour la prévention du suicide en prison.

L'impact positif d'un maintien du contact à long terme entre les professionnels de santé et les personnes à risque suicidaire après un passage en milieu hospitalier a été démontré. Le dispositif de recontact Vigilans combine les interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité en matière de réduction du nombre de récidives suicidaires : carte de crise, contact téléphonique et envoi régulier de cartes postales. Le déploiement d'un dispositif de recontact des suicidants en milieu carcéral pourrait s'avérer intéressant mais certaines contraintes inhérentes au fonctionnement des prisons françaises doivent être prises en compte. ●

La continuité des soins à la sortie de prison

Meoïn Hagège
Institut national
d'études
démographiques
(Ined)

*Les références entre
crochets renvoient
à la Bibliographie
générale p. 50.*

La recherche
doctorale de Meoïn
Hagège (2016) a
été soutenue par
Sidaction et l'Agence
nationale pour la
recherche sur le
sida et les hépatites
virales, et menée à
l'École des hautes
études en sciences
sociales et l'Institut
national d'études
démographiques.

L' interruption de la prise en charge des sortants de prison est régulièrement dénoncée par les professionnels de santé et de l'aide sociale, et par les militants de la lutte contre le VIH/sida. Population identifiée comme vulnérable et parfois difficile par les professionnels de santé, les patients sortants sont de surcroît souvent dits « perdus de vue » par les équipes en milieu fermé. Ainsi, la santé postcarcérale est le plus souvent conçue, du point de vue des professionnels, comme un problème de santé publique, pris entre deux institutions, la prison et l'hôpital. Le problème ainsi formulé, il est attendu du patient qu'il soit autonome et responsable, deux principes clés de la prise en charge médicosociale aujourd'hui. Cependant, ces principes et ces attentes institutionnels ne permettent pas de comprendre pleinement les expériences et les comportements des patients sortants de prison.

Une recherche de sociologie de la santé permet d'apporter quelques éclairages sur ce problème, à partir du cas de patients atteints du VIH et/ou de l'hépatite C [18]¹. Elle porte sur les parcours de soins de sortants de prison qui vivent avec ces pathologies, entre 2010 et 2014 en Île-de-France, et s'appuie sur : une série d'entretiens biographiques avec des patients avant et après leur sortie de prison (n = 20) ; une étude ethnographique des lieux de prise en charge dedans et dehors ; un questionnaire sur l'état de santé et le recours aux soins de détenus (n = 67). Cette enquête qualitative vise à apporter des données de première main sur une population dont l'expérience est méconnue.

La continuité des soins, une priorité parmi d'autres pour les sortants de prison

La littérature de santé publique suggère que les interruptions de prise en charge postcarcérale sont fréquentes

et que le recours aux soins est tardif. Les résultats des différents volets de l'enquête suggèrent une situation plus complexe.

Dans le cas des détenus qui ont répondu au questionnaire, les interruptions de traitement ou de suivi lors de sorties antérieures sont peu nombreuses : près d'un sixième des détenus déclarent une interruption du suivi d'une pathologie somatique dans leur parcours, et aucun ne déclare d'interruption de son suivi en psychiatrie.

Le recours aux soins en toxicomanie se distingue des autres, car l'interruption est très courte, voire nulle, en Île-de-France. La prise en charge médicale de la dépendance, le traitement de la substitution (délivré en centre de soin ou acheté dans la rue) et les ressources liées à la prise en charge en centre de bas seuil d'exigence, où les conditions d'inclusion sont adaptées aux situations et aux capacités des usagers, suivent rapidement la sortie. Leur obtention n'est souvent pas liée à la continuité de la prise en charge du VIH ou de l'hépatite C, mais aux prises en charge institutionnelles de la toxicomanie, qui incluent souvent des services médicosociaux plus larges, tels que l'accompagnement dans les prises en charge médicales ou l'ouverture des droits sociaux (et par extension l'accès aux médicaments).

En ce qui concerne les sortants interrogés par entretiens biographiques, leurs parcours montrent que le plus grand nombre d'entre eux s'efforce de retrouver ses conditions de vie avant l'incarcération. Les autres doivent s'ajuster à de nouvelles situations et ce sont ces situations qui influent sur le délai de recours aux soins après la sortie. En effet, tous les détenus suivis à la sortie ont consulté un professionnel de santé ou ont renouvelé leur ordonnance lorsqu'ils en avaient une, et les autres n'évoquent pas de non-recours aux soins lors de leurs sorties précédentes. Certains ont fait mention

d'interruptions longues dans le suivi pour le VIH, mais celles-ci sont moins en lien avec les incarcérations qu'avec leur activité, l'usage de drogues ou l'errance.

Du point de vue de la santé publique, la sortie de prison est souvent perçue comme une rupture dans le parcours des détenus. L'enquête sociologique montre qu'elle est indiscutablement une période d'ajustements difficiles et de remise en question mais que la rupture reste une exception. En effet, l'étude des parcours des détenus montre que la sortie de prison s'inscrit dans la continuité des situations sociales qu'ils connaissaient avant la détention; par exemple, les sources de soutien et de ressources changent peu, avant et après l'incarcération.

L'expérience de la sortie de prison, un travail d'ajustements pluriel pour les patients

La sortie de prison est une période d'entre-deux, pleine d'incertitude. Les entretiens menés avec les sortants montrent que le passage de la prison à la ville, de l'enfermement au retour au milieu social, n'est pas circonscrit dans un temps chronologiquement délimité, ni structuré par des étapes standardisées. Ils le décrivent plutôt comme un moment d'entre-deux, à la fois sur le seuil et à la marge, entre deux mondes : au sens anthropologique, c'est une expérience liminaire [35], qui peut paraître sans fin.

Au-delà des situations sociales souvent précaires des détenus, sortir de prison est une épreuve qui exacerbe la vulnérabilité sociale des patients [3], c'est-à-dire qu'elle précarise une population plus exposée aux risques sociaux (tels que le chômage ou la maladie) et moins protégée (par les mécanismes d'assurance sociale ou par le soutien de proches, par exemple).

Dans ce contexte, les patients sortants font un travail d'ajustements pluriels, pour faire face à la sortie et aux attentes multiples des institutions qui les prennent en charge. On peut distinguer six dimensions.

- La première dimension de cette expérience est inscrite dans les corps et les esprits des sortants. La séparation du monde carcéral se manifeste par des effets psychiques et somatiques, comme l'anxiété, mais aussi par des surdosages de produits psychoactifs, dont l'alcool.

- Deuxième dimension, la phase administrative de la sortie de prison comprend toutes les démarches de recours aux droits et aux services, y compris de santé. Elles peuvent être longues et laborieuses pour des sortants qui n'ont parfois plus les documents et justificatifs nécessaires. L'accès aux allocations et aux services, tels que l'hébergement d'urgence, se caractérise par une logique de projet. Si les sortants prennent le plus souvent au sérieux ces démarches, les attentes des institutions sont parfois contradictoires; elles se traduisent par des injonctions à adhérer aux prises en charge et au traitement, mais aussi à faire preuve d'autonomie et d'initiative dans la mise en œuvre d'un projet de réinsertion. Les sortants réa-

gissent de manière variée à ces injonctions, ce qui, du point de vue des professionnels, peut rendre leur réponse peu lisible.

- Pour les patients sortants, la troisième dimension concerne la santé et le recours aux soins. Pour les hommes séropositifs au VIH ou au VHC interviewés, il ne s'agit pas de non-recours mais plutôt de report de soins. En effet, les patients font souvent face à des obstacles administratifs (renouvellement de la carte Vitale, ouverture des droits) et à des conditions de vie incertaines ou précaires (hébergement temporaire) qui retardent la première consultation à la sortie.

- La quatrième dimension concerne les rapports avec les proches et les professionnels de santé et de l'aide sociale présents lors de la sortie. Seule une minorité de sortants bénéficient d'une insertion relationnelle capable de les soutenir matériellement, affectivement et socialement. Les autres vivent une expérience solitaire et entretiennent des relations de soutien avec des professionnels, qui suivent, construisent et enjoignent au projet.

- Liée à la précédente, la cinquième dimension concerne le travail, un pilier des attentes des proches et des professionnels. La protection sociale par le travail ne concerne qu'une minorité de sortants, par ailleurs entourés, et reste plutôt précaire. Les autres vivent le travail comme un élément du projet d'insertion à construire ou comme une injonction « hors sol » et impossible à atteindre, tant leurs parcours se sont éloignés du marché du travail.

- Enfin, sixième dimension, la sortie est un moment de réflexion et de projection dans le temps. Les sortants reconsidèrent leur parcours et envisagent de « changer de vie », que ce soit pour éviter l'incarcération ou pour en finir avec la toxicodépendance, par exemple. Selon les sortants, ces réflexions ne se traduisent pas toujours par un changement de direction, mais tous s'interrogent et vivent la sortie comme une opportunité de changer. La liminalité de l'expérience participe à faire de la sortie de prison un processus tourné vers l'avenir.

Conclusion

La santé postcarcérale est un problème social autant que sanitaire. La sortie de prison est un moment où les patients sont plus vulnérables et plus à risque, notamment car l'accès aux droits et aux services reste laborieux. Dès lors, les réponses doivent inclure l'accès aux allocations sociales ou au logement pérenne, autant qu'aux traitements et à l'éducation à la santé. Les expériences sur le terrain montrent par exemple qu'une assistante sociale dédiée à l'unité sanitaire en détention est primordiale à l'accès aux droits et aux services à la sortie, et donc à la continuité des soins après l'incarcération.

Si des efforts importants sont nécessaires pour préparer la sortie, pour fluidifier les parcours et coordonner les prises en charge des professionnels de santé, du social et de la probation, il s'avère particulièrement important de produire des données robustes sur cette



population clé. Comme le soulignent Christine Chan Chee et Charlotte Verdot dans le premier chapitre de ce numéro, les données disponibles sur l'état de santé de la population détenue en France sont anormalement anciennes.

Il est indispensable d'actualiser ces données, pour améliorer les connaissances sur la patientèle sortante de prison. Des données à jour permettront d'interpeller les décideurs politiques et d'étayer l'urgence d'adapter les moyens accordés aux services hospitaliers en détention (dits « unités sanitaires ») et en ville. Elles permettront aussi de mettre en avant le besoin de proposer une aide sociale adaptée et pérenne, comme, par exemple, d'introduire des services d'aide sociale en détention

ou de proposer des programmes de types « logement d'abord » (*housing first*).

Pour ce faire, la recherche en milieu fermé et ouvert doit être une priorité politique des tutelles. La France compte d'excellents chercheurs en santé et en sciences sociales de la prison, capables de mener des recherches de qualité, auprès d'une population vulnérable et parfois difficile à joindre. L'appui des tutelles de la Recherche, de la Justice, de la Santé et du Social est essentiel pour le financement et la coordination de ces recherches. Donnons-nous les moyens de produire les grandes enquêtes dont ont besoin la population pénale et les professionnels qui les prennent en charge, afin de prendre la mesure d'un problème à la fois social et sanitaire. ●

Addictions : données connues et prise en charge en milieu carcéral

Catherine Bernard
Médecin, chargée de mission santé, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)

Une prévalence particulièrement importante des conduites addictives chez les personnes placées sous main de justice, et en particulier chez les personnes incarcérées, appelle une politique publique déterminée. Ces consommations ont en effet un rôle majeur en tant que déterminant de la santé et des inégalités de santé. Elles influencent également le parcours judiciaire des personnes : il existe des liens importants et complexes entre alcool, drogues, violence et délinquance [2]. Aussi, l'organisation des soins doit permettre de saisir l'opportunité de l'incarcération pour aborder avec chaque personne la réalité de ses pratiques de consommation, et ce dès la visite médicale d'entrée, obligatoirement proposée. Une offre de service adaptée aux attentes et aux besoins de chacun peut permettre une évolution favorable des usages, et ce malgré l'environnement carcéral défavorable à la santé. Une attention particulière doit être apportée à la continuité des soins à l'admission pour assurer la prescription et la délivrance des traitements nécessaires, en particulier des médicaments de substitution aux opiacés ou à la nicotine, ou pour prévenir les troubles liés à un sevrage aigu ; la préparation de la sortie doit être anticipée tant pour les relais thérapeutiques que pour réduire les risques potentiels liés à une reprise de consommation, avec notamment le risque d'overdose mortelle.

Une prévalence particulièrement importante en matière de conduites addictives

La délinquance de droit commun apparaît comme très fortement corrélée à la consommation de substances psychoactives, en particulier l'alcool, consommé avant le passage à l'acte par une large majorité des auteurs

des crimes et des délits les plus courants : on estime que 72 % des vols et 57 % des agressions sexuelles ont été commis par une personne alcoolisée. Une étude régionale multicentrique, menée en Pays de la Loire et récemment terminée, établit une consommation quotidienne d'alcool et/ou de drogues illicites et/ou de médicaments sans la prescription requise pour plus d'un entrant sur deux en prison, et d'un médicament prescrit chez plus d'un entrant sur cinq parmi plus de 800 patients interrogés dans six maisons. « À trois mois d'incarcération, près d'un tiers ont une consommation quotidienne de substances illicites ou de médicaments non prescrits ou détournés », estime Caroline Victorri-Vigneau, responsable du Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-addictovigilance (CEIP-A) du CHU de Nantes.

La prévalence du tabagisme est plus élevée en milieu carcéral qu'au sein du reste de la population ; les travaux menés dans différents établissements pénitentiaires convergent vers une proportion de l'ordre de 65 à 80 % de fumeurs parmi les hommes adultes incarcérés (pour un tiers dans la population générale). Alors que le tabac était interdit auparavant, son achat en prison via la « cantine » a été autorisé en 1983 avec la permission de fumer soit dans les cours de promenade soit en cellule. Si cette décision a été prise du fait d'une attention portée au respect des droits individuels, elle l'a été dans un mouvement inverse à celui qui se développait dans la société civile avec la prise de conscience des effets délétères du tabagisme, y compris passif. La prévalence est très élevée chez les mineurs malgré l'interdiction pour cette population en détention.

La consommation importante de cannabis et le faible niveau de celle des autres drogues illicites sont

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

confirmés par l'estimation en cours des consommations de drogues par l'analyse des eaux usées de trois établissements pénitentiaires situés en France métropolitaine – travaux menés par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) et la faculté de pharmacie de l'université Paris-Sud. Les pratiques d'initiation à la consommation de tabac, de drogues illicites et de médicaments psychotropes sont une réalité. Enfin, les pratiques de consommation par voie nasale ou injectable persistent, et les soignants doivent s'en préoccuper pour réduire les risques qui y sont liés.

Les enjeux d'une prise en compte adaptée des conduites addictives

Les enjeux d'une prise en compte adaptée des conduites addictives doivent être bien identifiés, tant par les professionnels relevant de l'administration pénitentiaire que par les soignants, dans le respect des missions de chacun. Cette approche est renforcée par le suivi de formations communes. Si globalement l'univers carcéral est peu favorable à une réduction des conduites addictives – en raison de la surpopulation pénale et de son impact sur la vie quotidienne, très souvent marquée par l'inactivité et le maintien en cellule, de la quasi-absence d'autonomie dans la gestion du quotidien, des comportements des codétenus ou des surveillants, des trafics internes, du stress de l'incarcération ou des différents rendez-vous judiciaires, etc. –, il ne faut pas minimiser les opportunités liées à l'accessibilité aux soins et le levier que représente la perception d'une capacité à agir chez les professionnels comme chez les personnes détenues.

L'identification des non-fumeurs à l'arrivée ou des personnes qui s'inscrivent dans une démarche de sevrage en cours d'incarcération doit conduire à une affectation en cellule non-fumeur. La mise en place de modules « Respect » depuis 2015 dans certains établissements [8] – qui inscrivent les personnels pénitentiaires dans un changement de posture professionnelle et donnent quelque marge d'autonomie aux personnes, avec notamment un accès plus libre à la cour de promenade – témoigne de la capacité de l'administration pénitentiaire à promouvoir des environnements plus favorables à la santé. D'autres expériences sont intéressantes, comme les nombreuses initiatives développées pendant « Mois sans tabac » ou celles d'unités de détention sans tabac (exemple de la maison d'arrêt de Villepinte). Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle essentiel pour promouvoir cette dynamique.

L'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), pivot de l'organisation des soins, est l'acteur de premier recours. Les pratiques professionnelles qui y sont développées doivent permettre de garantir les approches adaptées de repérage des conduites addictives conformément à l'obligation légale faite depuis janvier 2016. Ce « bilan de santé relatif à la

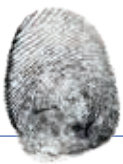
consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac » doit permettre d'identifier le besoin d'aide au sevrage ou les besoins de traitement de substitution à initier ou poursuivre en cas de dépendance aux opioïdes ou à la nicotine. Cela doit aussi permettre de proposer des stratégies d'accompagnement individualisées, sur la base d'objectifs partagés entre les soignants et avec la personne concernée, et le cas échéant des activités de groupe.

Les équipes spécialisées des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA référent), maintenant présentes aux côtés des USMP dans tous les établissements pénitentiaires, contribuent à améliorer les réponses en apportant un étayage aux pratiques professionnelles au sein de l'USMP ou en participant directement à l'accompagnement des personnes détenues. Les professionnels de psychiatrie, qu'ils soient partie prenante de l'USMP ou exerçant dans la prison au sein d'un service médico-psychologique régional (SMPR), doivent contribuer en tant que de besoin à la prise en charge des patients, et ce d'autant que les doubles diagnostics addictions et troubles psychiatriques sont fréquents. De même la prise en charge spécifique des auteurs d'infractions à caractère sexuel doit intégrer l'existence éventuelle de conduites addictives liées au passage à l'acte.

La coordination entre ces différents professionnels et équipes est essentielle pour garantir la qualité des accompagnements au service du projet de soin individualisé. Les protocoles doivent prévenir les risques de rupture du secret médical liée à l'organisation des soins dans un environnement carcéral, où la simple mention d'une spécialité sur une liste de rendez-vous divulgue une information à caractère médical. Le lieu de l'exercice professionnel renforce la nécessité pour l'équipe de s'interroger régulièrement sur ses pratiques au regard des exigences de l'éthique professionnelle, et ce d'autant plus que certaines substances consommées ou pratiques de trafic sont illicites. La coordination doit impliquer, au besoin, les professionnels de l'extérieur qui assurent les relais de prise en charge et la continuité des soins.

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, régulièrement actualisé, permet d'avoir des informations plus précises sur les modalités d'organisation de la prise en charge addictologique en milieu pénitentiaire [25]. Le recours à des outils de repérage ou d'évaluation standardisés participe à garantir une approche systématique et objective des situations.

Le changement de braquet en matière de lutte contre le tabac, afin d'obtenir la même mobilisation qu'à l'extérieur et d'agir contre l'aggravation des inégalités de santé, doit pouvoir s'appuyer sur les expériences menées et sur une détermination de tous les acteurs pour proposer des environnements favorables, renforcer les offres d'accompagnement au sevrage (pour les personnes



détenues comme pour les personnels) et être toujours respectueuse de la volonté de chacun des fumeurs. Les professionnels doivent s'interroger sur leur difficulté à dépasser leurs représentations des personnes détenues comme ayant de telles difficultés que ce ne serait pas le moment pour elles d'arrêter de fumer. Ils sous-estiment ainsi le souhait de certains de réduire ou d'arrêter leur consommation ou d'y substituer une activité exclusive de vapotage (possible à « cantiner » depuis août 2014), comme leur propre capacité à développer des approches motivationnelles et d'accompagnement des personnes concernées.

Les associations d'entraide ou d'autosupport peuvent également contribuer à l'accompagnement des personnes concernées. Leurs interventions, souvent réalisées en lien avec le service de probation et d'insertion, mériteraient d'être mieux articulées avec l'USMP.

La nécessité d'amplifier la réduction des risques et des dommages (RDRD) au sein de chaque établissement passe par une stratégie explicite de l'équipe soignante, y compris par le bon usage des médicaments (expérience autour de la réduction des benzodiazépines

dans certains établissements); elle passe aussi par la capacité des soignants à garantir la possibilité d'un dialogue avec chaque personne détenue, dans une approche non jugeante, sur la réalité des pratiques à risque et/ou du mésusage de médicaments. Ce dialogue doit nourrir la confiance réciproque. Il doit permettre d'aborder les conditions de continuité des soins à la sortie, de développer des actions de prévention des risques liés à une reprise de consommation. Les risques de réalcoolisation sont très élevés dans un contexte de grande accessibilité à l'alcool dès la sortie, et ceux d'overdoses aux opiacés justifient la remise d'un kit de naloxone à des fins de protection individuelle ou de l'entourage. Ces risques sont très largement sous-estimés, tant par les usagers que par les soignants, alors même que la surmortalité des sortants de prison, qui leur est en partie liée, est documentée. La promotion de la participation et de l'autonomie des personnes détenues peut bénéficier d'une approche développée en s'appuyant sur les principes de la promotion de la santé, avec notamment des actions d'éducation thérapeutique. ●