

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 connaissent 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 bénéficie 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.

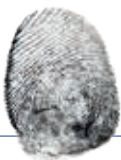
- Liée à la précédente, la cinquième dimension concerne le travail, un pilier des attentes des proches et des professionnels. La protection sociale par le travail ne concerne qu'une minorité de sortants, par ailleurs entourés, et reste plutôt précaire. Les autres vivent le travail comme un élément du 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.