



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. ●