



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Médecin Inspecteur de Santé Publique**

**Promotion 2003**

---

**FAIRE FACE À LA TOXICOMANIE EN MILIEU CARCÉRAL.  
MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE.  
LES ACTIONS MENÉES DANS L'OISE**

---

**Sophie SIROT**

---

## Remerciements

---

A toutes les personnes qui ont eu la gentillesse de me consacrer un peu de leur temps pour me faire partager leur vision sur ce difficile problème de la prise en charge des détenus dépendants aux substances illicites.

« Ce travail montre seulement que la prison n'est ni un monde clos, ni un monde à part, et qu'il ne peut se comprendre ou s'améliorer que mis en perspective, en continuité, et non pas en contradiction, avec le reste du monde social. »

---

## Sommaire

---

DECEMBRE 2003 .....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES SIGLES UTILISES .....</b>	<b>1</b>
<b>1 INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2 ETAT DE LA QUESTION.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 La politique de santé publique concernant les substances psychoactives...3</b>	
2.1.1 Naissance du concept d'addictologie et de pratiques addictives .....	3
2.1.2 La neurobiologie dans les comportements de dépendance.....	9
2.1.3 La politique actuelle de santé publique contre la toxicomanie .....	9
<b>2.2 Aperçu général de l'organisation des soins en milieu carcéral.....</b>	<b>10</b>
<b>2.3 La prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues en milieu carcéral.....</b>	<b>12</b>
2.3.1 Aspects réglementaires.....	12
2.3.2 Difficultés relevées dans plusieurs rapports récents .....	15
2.3.3 Les traitements de substitution : bref rappel historique et cadre actuel de prescription.....	18
2.3.4 Les données épidémiologiques et socio sanitaires à prendre en compte .....	18
2.3.5 Note interministérielle du 9 août 2001 .....	19
2.3.6 La prévention des risques infectieux.....	20
2.3.7 Les aménagement de peine.....	21
<b>3 INVESTIGATION SUR LE TERRAIN.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Les établissements pénitentiaires de l'Oise et leur organisation.....</b>	<b>21</b>
3.1.1 Les établissements.....	21
3.1.2 La population carcérale .....	22
3.1.3 L'organisation des soins aux détenus .....	22
3.1.4 La démarche de l'Oise concernant la note du 9 août 2001.....	23
<b>3.2 Présentation de l'étude.....</b>	<b>23</b>
3.2.1 Objectifs de l'étude .....	23
3.2.2 Matériel et méthode.....	24

<b>4</b>	<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>25</b>
4.1	Conditions de détention.....	25
4.2	Perception du détenu toxicomane par le personnel.....	26
4.3	Repérage des détenus toxicomanes.....	27
4.4	Prise en charge sanitaire du détenu usager de drogue.....	27
4.4.1	Traitements de substitution.....	28
4.4.2	Sevrage.....	30
4.4.3	Prise en charge psychologique et psychiatrique.....	30
4.5	Prise en charge sociale du détenu toxicomane.....	31
4.6	Confidentialité des soins.....	31
4.7	Coopération entre le personnel pénitentiaire et le personnel sanitaire.....	32
4.8	Coopération entre les médecins généralistes et les psychiatres.....	33
4.9	Prévention des risques et éducation à la santé.....	34
4.10	Préparation à la sortie.....	35
4.11	Formation spécifique aux addictions.....	35
4.12	Autres.....	36
<b>5</b>	<b>DISCUSSION ET PROPOSITIONS.....</b>	<b>37</b>
5.1	Limites de l'étude.....	37
5.2	Discussion et propositions.....	37
<b>6</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>41</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>45</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

- ANAES** Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- AMM** Autorisation de Mise sur le Marché
- BHD** Buprénorphine Haut Dosage
- CCAA** Centre de consultation ambulatoire en alcoologie
- CHAA** Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie
- CIP** Conseiller d'insertion et de probation
- CISIH** Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine
- CNS** Conseil national du SIDA
- CPP** Code de Procédure Pénale
- CRES** Centre régional d'éducation pour la santé
- CSP** Code de Santé Publique
- CSST** Centres spécialisés de soins aux toxicomanes
- DAP** Direction de l'administration pénitentiaire
- DDASS** Direction des affaires sanitaires et sociales
- DHOS** Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- DGS** Direction générale de la santé
- DRAP** Direction Régionale de l'Administration Pénitentiaire
- HCSP** Haut comité de santé publique
- IGAS** Inspection Générale des affaires sociales
- IGSJ** Inspection Générale des Services Judiciaires
- MILDT** Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
- OEDT** Observatoire européen des drogues et toxicomanies
- OFDT** Observatoire français des drogues et toxicomanies
- RESSCOM** Recherches et évaluation sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires
- RDR** Réduction des risques
- SMPR** Service médico-psychologique régional
- SPIP** Service pénitentiaire d'insertion et probation
- UCSA** Unités de consultations et de soins ambulatoires
- UDVI** Usager de drogue par voie intraveineuse
- VHB** Virus de l'hépatite B
- VHC** Virus de l'hépatite C
- VIH** Virus de l'immunodéficience humaine

# 1 INTRODUCTION

En lisant en l'an 2000 le livre de Véronique Vasseur, je ne pouvais pas me douter que me serait confié le dossier de « la santé des détenus » dès de mon arrivée à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de l'Oise. Excepté l'état sanitaire déplorable des prisonniers et les difficiles conditions d'exercice de la médecine pénitentiaire dépeints par l'ancien médecin-chef à la prison de la Santé, j'avais plutôt des idées assez vagues sur l'organisation des soins en détention et des problèmes que cela pouvait générer. Quant à la lutte contre les conduites addictives incluant l'alcool, le tabac et les drogues illicites, hormis une jeune toxicomane que j'avais essayé d'aider dans le passé, j'avais peu d'expérience dans ce domaine. Néanmoins, j'étais très intéressée de m'investir dans ces nouveaux domaines plutôt particuliers.

Dans le cadre de mes nouvelles fonctions, je suis amenée assez rapidement à travailler sur la note interministérielle du 9 août 2001 signée de la Direction générale de la santé, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la Direction de l'administration pénitentiaire et de la Présidence de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Cette note donne des orientations en vue d'améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Durant toute une année, après avoir mis en place le groupe projet, j'ai suivi les travaux d'élaboration de l'état des lieux puis de recherche de points d'amélioration pour aboutir à un protocole écrit en concertation avec le personnel sanitaire et le personnel pénitentiaire.

La mission paraissait accomplie, cependant au cours de ce travail je m'interrogeais sur mon rôle. En tant que médecin inspecteur de la santé publique je devais donner mon avis sur un protocole de prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral. Si mon devoir est de veiller à l'application de la politique de santé publique conduite par le gouvernement, il m'est apparu également important de mieux appréhender le milieu carcéral. J'ai donc tout naturellement souhaité consacrer mon mémoire à essayer de comprendre pourquoi les problèmes d'addictions et plus particulièrement la plus taboue d'entre elles, la toxicomanie semblent si difficiles à prendre en charge tant sur le plan sanitaire que social en milieu carcéral.

Tout récemment, Jean-François Mattéi rappelait les deux axes de la politique de santé publique en direction des usagers de drogues<sup>1</sup> : la réduction des risques infectieux et les traitements de substitution et annonçait que « la lutte contre la toxicomanie fera l'objet comme l'alcool et le tabac, deux autres drogues dévastatrices pour la santé, d'orientations prioritaires pour les cinq années à venir ».

La population pénale est très fortement touchée par un problème de dépendance ou d'abus de consommation de produits licites ou illicites. L'usage de drogues, en particulier celui de l'héroïne et de la cocaïne représente un motif direct ou indirect extrêmement fréquent d'incarcération. En outre, il faut rappeler la prévalence élevée des maladies transmissibles (VIH, VHC, VHB) au travers de l'usage de drogues chez les personnes entrant en milieu carcéral.

Le repérage n'est pas toujours fait systématiquement. Les détenus ont tendance à minimiser leur consommation. La mise en œuvre des traitements de substitution semble très inégale en fonction des établissements pénitentiaires. La prescription des médicaments de substitution se heurte parfois à l'opposition de certains médecins. Récemment, la primo-prescription<sup>2</sup> de méthadone a été élargie aux établissements de santé. Par ailleurs, la coopération entre le personnel sanitaire, socio-éducatif, de surveillance et les intervenants des centres de soins spécialisés aux toxicomanes serait trop souvent défailante.

A ce stade de la réflexion, nous pouvons faire un certain nombre d'hypothèses.

Est-ce que le moment de la détention est particulièrement propice pour entamer une démarche de soins ?

Est-ce que les prises en charge proposées en détention sont les mêmes qu'en milieu libre ?

La politique de santé publique en direction des toxicomanes est-elle correctement comprise et mise en œuvre ?

Les connaissances sur les comportements à risque des toxicomanes sont-elles bien établies ?

Les personnels sont-ils suffisamment formés à cette problématique ?

Une coopération entre le personnel sanitaire et pénitentiaire est-elle possible alors que la logique sanitaire est différente de la logique pénitentiaire ?

---

<sup>1</sup> lors de son intervention au Sénat le 23 avril 2003

<sup>2</sup> circulaire DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002

Afin d'étayer ou d'infirmer ces hypothèses, nous allons mener toute une série d'entretiens auprès des différents personnels sanitaires et pénitentiaires dans les trois établissements pénitentiaires (deux maisons d'arrêt et un centre de détention) de l'Oise. Nous irons également recueillir des informations auprès des intervenants des centres de soins spécialisés aux toxicomanes, auprès d'un praticien hospitalier chargé des addictions, auprès du médecin inspecteur de la santé publique en charge du dossier à la direction nationale de l'administration pénitentiaire et auprès de l'administration centrale du ministère de la santé.

Après un aperçu général de l'organisation des soins en milieu carcéral ainsi qu'un rappel des aspects réglementaires et des difficultés de la prise en charge de la toxicomanie en détention, sera présentée l'étude menée dans le département de l'Oise avec ses résultats et les propositions et pistes de réflexion.

## **2 ETAT DE LA QUESTION**

### **2.1 La politique de santé publique concernant les substances psychoactives**

#### **2.1.1 Naissance du concept d'addictologie et de pratiques addictives**

L'addictologie, telle quelle semble définie dans la nouvelle politique française, trouve sa forme la plus achevée dans deux textes principaux :

-La dangerosité des drogues par le Pr. Roques (1999)

-Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendances aux substances psychoactives des Pr. Reynaud, Parquet et Lagrue (2000)

L'addictologie peut être définie comme la discipline chargée d'étudier les pratiques de consommation de substances psychoactives et les conduites addictives, en s'intéressant aux mécanismes d'acquisition de la dépendance notamment à leurs déterminants biologiques, psychologiques et sociaux. Elle a pour finalité d'affiner le traitement et la prévention de ces pratiques et d'analyser leurs conséquences économiques et sociales<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> PARQUET PJ, REYNAUD M et LAGRUE G Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendances aux substances psychoactives, Paris, Odile Jacob, coll « rapport », 2000.

A) Les trois types de comportements de consommation de substances psychoactives

On peut individualiser trois grands types de comportements dans la consommation de substances psychoactives- et ce quelle que soit la substance concernée- :l'usage, l'abus ou usage nocif et la dépendance :

a) *L'usage*

L'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages ; bien sur, le caractère illicite ne peut pas être retenu comme critère de pathologie. Les seules complications de l'usage de produits illicites sont d'ordre pénal ou social.

Les pratiques d'usage peuvent se manifester selon trois modalités de consommation :

-la non consommation primaire (pas d'initialisation) ou secondaire (arrêt après une phase de consommation. Si les facteurs sociaux sont de première importance pour expliquer ces faits, il conviendrait de mieux connaître les facteurs individuels de protection biologiques et psychologiques.

-la consommation socialement réglée qui est en lien direct avec la valorisation ou le refus d'une substance dans une société donnée. La place sociale d'un produit dans la société est souvent ambiguë, compromise entre des intérêts et des prises de position multiples et parfois contradictoires.

-la consommation à risque pouvant entraîner dans certaines circonstances des dommages en aigu (prise de risque lors de la conduite automobile ou comportement agressif) ou sur le plus long terme (augmentation de la morbidité et de la mortalité proportionnelle à la quantité consommée)

b) *L'abus ou l'usage nocif*

Les définitions les plus communément adoptées sont celles de l'Association Américaine de Psychiatrie reprise dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM IV) et celle de l'Organisation Mondiale de la Santé reprise dans la classification internationale des Maladies (CIM 10). Les notions d'abus et d'usage nocif sont considérées comme équivalentes.

L'abus (DSM IV) ou l'usage nocif (CIM 10) est caractérisé par une consommation répétée entraînant des dommages somatiques, psychoaffectifs ou sociaux pour le sujet lui-même ou pour son environnement proche ou à distance, les autres, la

société: le caractère pathologique de cette consommation est donc à la fois défini par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits. Ces définitions ne font pas référence au caractère licite ou illicite des produits. Dans ces définitions, les dommages ne sont pas réduits aux dommages sanitaires ; l'accent est mis sur les effets nocifs sur la santé physique et mentale et aussi sur le bien-être général, la qualité des relations conjugales, familiales et sociales, la situation professionnelle et financière, les relations à l'ordre, à la loi, à la société.

#### **ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DSM IV (1994)**

***A – Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois***

1- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous influence d'une substance).

3- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

***B- Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance***

## UTILISATION NOCIVE POUR LA SANTÉ (CIM 10)

***Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques***

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et à souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits

### *c) La dépendance*

Des trois grands types de comportements de consommation, le plus caractéristique est le comportement de dépendance qui se caractérise par une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet.

Il est habituel de distinguer :

-la dépendance psychique définie par le besoin de maintenir ou retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus de produit. Cette dépendance psychique a pour traduction principale le « craving » : recherche compulsive de produit, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable. Il semble désormais admis que la dépendance psychique provoquée par les substances psychoactives traduit un dysfonctionnement neurobiologique durable des systèmes dopaminergiques

-la dépendance physique définie par un besoin irrépressible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques en cas de manque) et par l'apparition d'une

tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée). Cette dépendance physique semble liée au dysfonctionnement de systèmes neurobiologiques perturbés également par la consommation chronique de la substance : système gaba-ergique pour l'alcool, système noradrénergique pour les opiacés, système cholinergique pour le tabac. La dépendance physique n'est pas obligatoire pour porter le diagnostic de dépendance.

#### **DÉPENDANCE DSM IV (1994)**

***Mode d'utilisation inapproprié d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :***

- 1-existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
  - b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
- 2-existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance
  - b. la même substance ou substance apparentée est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage
- 3-la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
- 4-un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5-un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6-d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- 7-l'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance

B) Les pratiques addictives

a) *Définition de l'addiction*

Le psychiatre américain Goodman propose la définition suivante calquée sur le DSM IV :

### TROUBLE ADDICTIF (d'après Goodman 1990)

- A- Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.
- B- Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement
- C- Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement
- D- Sentiment de perte ou de contrôle pendant la réalisation du comportement
- E- Au moins cinq items suivants :
  1. Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation
  2. Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue envisagée
  3. Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement
  4. Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets
  5. Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies
  6. D'importantes activités sociales occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement
  7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement
  8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité
  9. Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi
- F- Certains symptômes de trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée

En résumé, l'addiction se caractérise par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement ;
- la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

ce comportement vise à produire à la fois du plaisir et à écarter une sensation de malaise interne.

#### b) *Les pratiques addictives*

Le Pr. Parquet propose que soit appelé « pratiques addictives » *l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives, car ils présentent, à côté de leur diversité, une même potentialité évolutive et reposent sur les mêmes déterminants. Les pratiques addictives sont définies, dans une démarche descriptive, par l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives —usage,*

*usage nocif et dépendance— et dans une démarche compréhensive, par l'ensemble des déterminants permettant de comprendre leur initiation, leur fonctionnement, leur évolution-pérennisation ou cessation.*

### **2.1.2 La neurobiologie dans les comportements de dépendance**

La neurobiologie s'efforce de mettre en évidence les bases physiopathologiques communes de ces comportements. En perturbant les sécrétions de dopamine, ces substances, quelles qu'elles soient, induisent une pharmacodépendance identique. Les différentes substances psychoactives possèdent des propriétés en commun et utilisent des infrastructures du système nerveux central identiques, à côté de leurs actions pharmacologiques propres. Il en est ainsi de leur capacité commune à déclencher une pharmacodépendance, en perturbant les sécrétions de dopamine. Lorsque le comportement de dépendance est installé, il est identique quelle que soit la substance qui l'a induite ; les personnes dépendantes le savent bien, car lorsqu'elles ne disposent plus de leur produit habituel, elles en utilisent d'autres pour calmer les effets du sevrage

Le constat selon lequel il convient désormais de raisonner en termes d'usage, de pratique ou de comportement, plutôt que par rapport aux produits utilisés est maintenant bien accepté par la communauté scientifique et la société. Tout ceci plaide en faveur d'une approche globale des comportements de consommation de produits psychoactifs que sont l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes et les multiples drogues illicites.

### **2.1.3 La politique actuelle de santé publique contre la toxicomanie**

Ainsi sur la base de ces définitions sont posées de nouvelles ambitions : une politique de santé publique en direction des personnes en difficulté avec les produits psychoactifs doit être menée. Celle-ci concerne l'usage, l'usage nocif et la dépendance aux produits. Au total, cette politique concerne un nombre considérable de personnes. Des évolutions et un rapprochement de structures professionnelles travaillant de manière cloisonnée seront nécessaires d'autant que la tendance est à la croissance de la poly-consommation chez les jeunes usagers, à l'augmentation des conduites d'alcoolisation chez les patients substitués au BHD et à la méthadone et à l'extrême fréquence des dépendances à plusieurs produits. Tous ces éléments militent en faveur de la conduite d'une politique d'ensemble que mène pour le gouvernement, la Mission interministérielle de lutte contre

la drogue et la toxicomanie (MILDT) tout en réfléchissant sur les aspects communs et les aspects spécifiques des différentes addictions<sup>4</sup>.

La lutte contre la toxicomanie fera l'objet comme l'alcool et le tabac d'une des orientations prioritaires des cinq prochaines années.

Dans notre travail et du fait de la complexité du phénomène, nous nous attacherons à étudier uniquement les actions mis en œuvre pour les personnes détenues en difficulté avec les substances illicites sans perdre de vue qu'il faut prendre en charge de manière globale les problèmes de comportement de consommation chez le patient.

## **2.2 Aperçu général de l'organisation des soins en milieu carcéral**

L'organisation des soins en prison a connu une évolution importante au cours des deux dernières décennies.

Auparavant, les soins aux détenus étaient dispensés par les services infirmiers et médicaux de l'administration pénitentiaire. Le ministère de la justice assurait et gérait l'ensemble de ces services situés au sein des établissements pénitentiaires : recrutement, rémunération et gestion des personnels médicaux et auxiliaires médicaux ; aménagement des locaux ; achat des équipements médicaux.

Les services du ministère chargé de la santé n'avaient pas compétence pour intervenir en milieu carcéral, à l'exception des actions de prévention et de dépistage de certaines maladies infectieuses comme la tuberculose ou les infections sexuellement transmissibles. Les détenus ne bénéficiaient pas de la prise en charge des soins par les régimes de sécurité sociale.

La loi du 18 janvier 1994<sup>5</sup> et le décret du 27 octobre 1994<sup>6</sup> introduisent une profonde réforme par :

---

<sup>4</sup> Rapport RASCAS. Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions. Maestracci N. Barbier C. MILDT DGS DHOS décembre 2001

<sup>5</sup> Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (titre 1<sup>er</sup>, chapitre II : soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus)

<sup>6</sup> Décret n°94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire

- Le rattachement automatique des détenus au régime d'assurance maladie et maternité de la sécurité sociale ;
- La mise en place dans les établissements pénitentiaires d'unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) confiées aux hôpitaux publics pour y assurer les soins de médecine ambulatoires ;
- La prise en charge sanitaire des détenus nécessitant une hospitalisation par le service public hospitalier, dans le cadre d'un schéma national d'hospitalisation des détenus.

Le rapprochement et le développement du partenariat entre le ministère de la justice et le ministère de la santé ont connu plusieurs étapes dont les principales sont les suivantes :

1984 : le contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires est confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et aux services déconcentrés du ministre chargé de la santé ;

1985 : l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes devient établissement hospitalier public national (EHPN), puis établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) en 1995 ;

1986 : des services de psychiatrie, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), sont créés en milieu pénitentiaire par les établissements hospitaliers, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique ;

1987 : la fonction santé est confiée à des opérateurs privés dans les établissements pénitentiaires du programme des 13 000 ;

1989 : des conventions sont établies entre les établissements pénitentiaires les plus touchés par le sida et des structures hospitalières spécialisées, les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), aux fins d'assurer des consultations de dépistage du VIH à l'intérieur des prisons ;

1992 : des conventions expérimentales sont signées entre trois établissements pénitentiaires et les établissements de santé de proximité ;

1993 : le Haut comité de la santé publique publie un rapport sur la santé en milieu carcéral, qui met en évidence la gravité des problèmes de santé en prison.

Au total, la promulgation de la loi du 18 janvier 1994 et la publication de ses textes d'application sont l'aboutissement d'une évolution tendant à assurer aux personnes incarcérées une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population.

Le détenu est désormais soigné dans les locaux des Unités de Consultation et de Soins Ambulants (UCSA) aménagés au sein de chaque prison. L'UCSA remplace alors l'ancienne infirmerie. Le fonctionnement de l'UCSA est assuré par une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers,...).

Dans les établissements de plus de 1 000 détenus, un pharmacien peut organiser et gérer une pharmacie à usage interne. Dans les autres établissements, la pharmacie de l'hôpital est utilisée. Les UCSA sont cependant équipées d'une armoire à pharmacie contenant les médicaments de base.

Des agents de l'administration pénitentiaire sont aussi affectés à l'UCSA sur décision du chef d'établissement et sont chargés d'assurer la sécurité des personnes et des locaux. Ils ne doivent pas participer aux soins, ni distribuer les médicaments ; ils peuvent cependant accompagner les infirmiers lors de la distribution des médicaments, pour des raisons de sécurité et pour ouvrir la porte des cellules.

La personne qui arrive en prison doit rencontrer un médecin dans « les délais les plus brefs » (art. D 285 du CPP). Cette visite médicale d'entrée est obligatoire. Elle doit être l'occasion pour le détenu de signaler toute pathologie nécessitant un traitement. « Si le détenu entrant est porteur de médicaments, le médecin doit en être immédiatement avisé afin de décider de l'usage qui doit en être fait » (art. D 335 du CPP).

## **2.3 La prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues en milieu carcéral**

### **2.3.1 Aspects réglementaires**

L'État encadre très précisément la prise en charge des personnes présentant une dépendance aux drogues et à l'alcool en prison. Depuis la loi du 18 janvier 1994, cette

prise en charge est assurée en détention par deux services (médecine générale et psychiatrie) qui dépendent tous deux du secteur public hospitalier :

- l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) prend en charge le suivi médical somatique ; le détenu toxicomane qui souhaite être suivi doit s'adresser par écrit ou lors de la visite d'entrée à l'UCSA ; le médecin pourra alors débiter un traitement de substitution ou orienter le patient vers le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) ou un Centre de soins spécialisés pour toxicomanes<sup>7</sup>(CSST).
- le SMPR est chargé depuis 1986 de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en détention ; rattaché à un établissement public de santé, il constitue la structure de base du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire ; lorsqu'il n'existe pas de SMPR dans l'établissement pénitentiaire, un établissement public de psychiatrie doit pouvoir dispenser des soins dans l'établissement pénitentiaire (art. D 368 du CPP) ; les missions des SMPR et du secteur de psychiatrie incluent les soins aux toxicomanes et aux alcooliques<sup>8</sup>.

En outre, dans les grandes maisons d'arrêt fonctionne un Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie intra-carcéral (anciennement dénommé « antenne toxicomanie »)<sup>9</sup> placé sous la responsabilité du médecin du SMPR.

La circulaire DGS du 3 novembre 1987 fixe le cahier des charges des antennes toxicomanies des services médicaux psychologiques régionaux. La mission des antennes toxicomanies est de coordonner les actions en faveur de l'ensemble des détenus toxicomanes et de préparer leur sortie. Elle doit assurer :

- l'accueil de tous les entrants en vue du dépistage
- l'orientation vers la structure appropriée en vue du sevrage
- l'information des détenus de l'existence du dispositif de soins et des structures spécialisées

---

<sup>7</sup> En 2003, il existe 170 UCSA, 26 SMPR et 16 CSST situés dans les plus grandes maisons d'arrêt pourvues de SMPR

<sup>8</sup> Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire

<sup>9</sup> décret du 29 juin 1992, les antennes de lutte contre la toxicomanie en prison deviennent des CSST en acquérant le même statut et la même dénomination que les centres de soins extérieurs.

- la prise en charge socio-éducative en collaboration avec l'équipe socio-éducative de l'établissement pénitentiaire
- les interventions éventuelles en direction des familles des détenus toxicomanes
- la recherche d'un hébergement, d'une insertion sociale et professionnelle, d'une posture ainsi que le suivi en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)
- la coordination des actions de l'ensemble des équipes appelées à intervenir.

L'antenne est installée dans un établissement pénitentiaire. Elle est placée sous l'autorité médicale du praticien hospitalier responsable du SMPR.

Un rapport annuel des activités de l'antenne précisant les éléments concrets de la collaboration entre les différents services et structures concernées devra être transmis à la DDASS et à la Direction Régionale de l'Administration Pénitentiaire (DRAP).

L'article D 385 du code de procédure pénal précise que « dans le cadre de la prise en charge globale des personnes présentant une dépendance à un produit licite ou illicite, les secteurs de psychiatrie générale et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire favorisent et coordonnent, en collaboration avec les UCSA, les interventions, au sein de l'établissement pénitentiaire, des équipes des structures spécialisées de soins, notamment des CSST et des CHAA ».

Dès 1996, la circulaire santé-justice du 5 décembre rend possible l'initiation ou la poursuite en prison de traitements de substitution à la méthadone ou au buprénorphine haut dosage (BHD) et prévoit une délivrance quotidienne de ces traitements au patient<sup>10</sup>. Elle précise l'impossibilité de poursuivre ou d'initier en prison un traitement de substitution par sulfates de morphine qui ne dispose pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication. Elle prévoit, dans le cadre d'actions de prévention de la transmission des virus VIH, VHB, VHC, la distribution d'eau de javel à 12° chlorométrique par l'administration pénitentiaire à chaque détenu.

L'article D273 du Code de Procédure Pénale<sup>11</sup> stipule par ailleurs que « Les détenus ne peuvent garder à leur disposition aucun objet ou substance pouvant permettre ou faciliter un suicide, une agression ou une évasion, non plus qu'aucun outil dangereux en dehors du temps de travail », mais précise également que « sauf décision individuelle du chef d'établissement motivée par des raisons d'ordre et de sécurité, un détenu peut garder à

---

<sup>10</sup> Circulaire DGS/DH/DAP n°739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire

sa disposition, selon les modalités prescrites par les médecins intervenant dans les établissements pénitentiaires, des médicaments, matériels et appareillages médicaux ». Il existe donc une marge d'interprétation du texte réglementaire laissant supposer que sur indication des médecins intervenant en milieu pénitentiaire, un traitement peut être gardé en cellule par le détenu, quelle que soit sa nature.

De plus, l'article 9 du Code de Déontologie Médicale indique que « Le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance »

La loi du 18 janvier 1994 interdit la distribution des médicaments en « fiole » sous une forme diluée. Désormais, la distribution des médicaments est en principe réalisée par le personnel infirmier sous leur forme originale. Le traitement est emballé sous sachet nominatif : la nature et la prise des produits sont inscrites sur le sachet distribué au détenu par l'infirmier.

Et tout dernièrement, l'élargissement de la primo-prescription de la méthadone à tout praticien d'un établissement public<sup>12</sup> : la méthadone peut ainsi clairement être initiée en détention, chaque établissement étant de fait rattaché à un établissement public de santé.

### **2.3.2 Difficultés relevées dans plusieurs rapports récents**

Plusieurs rapports sur la santé en détention ont été écrits récemment à la demande de l'Etat et de ses administrations centrales ou par des sénateurs. Ils mettent en évidence certaines difficultés dans l'organisation des soins en matière de traitement de substitution. Celles-ci concernent le secret médical en détention, les relations des services de soins avec les SPIP, les difficultés dans la prise en charge sanitaire au regard des contraintes liées à l'univers carcéral, la logique de territorialité dans le fonctionnement des UCSA et des SMPR, les relations parfois difficiles entre SMPR et CSST.

En 2000, une commission d'enquête sénatoriale sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France affirme que « la place des toxicomanes en tant

---

<sup>11</sup> Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998, art. 57 et 190

<sup>12</sup> circulaire du 30 janvier 2002 DGS/DHOS n°2002/57

que tels n'est pas en prison. La simple consommation de stupéfiants ne devrait pas impliquer de peines d'emprisonnement ». Cette commission souligne les progrès incontestables dus à la mise en place de la loi de janvier 1994. Elle pointe cependant des difficultés concernant l'inadaptation des locaux des services de soins, la médiation des personnels de surveillance dans l'accès aux soins, la complexité des transferts prison-hôpital, la difficile coopération entre l'administration pénitentiaire et le monde médical, la difficile coordination entre les soins somatiques et psychiatriques. Le rapport dénonce enfin une multiplicité d'acteurs dans la lutte contre la toxicomanie (SMPR, CSST, UCSA, CISIH, associations...) qu'il qualifie de « contreproductive » et recommande de mettre en place des règles plus satisfaisantes de coordination entre les différents services.

Concernant les situations de prises de risques liées à la sexualité et à la consommation de drogues par voie intraveineuse en prison, le rapport du RESSCOM<sup>13</sup> fait état du détournement du traitement de substitution en l'utilisant comme un produit-drogue. Le BHD (subutex®) est devenu pour certains usagers très précarisés une « drogue de la rue ». L'apparition d'une polyconsommation médicamenteuse tant en milieu libre qu'en prison et la grande hétérogénéité des prises en charges des usagers de drogues y compris en matière de traitements de substitution en détention auraient des incidences sur les pratiques des usagers et leurs représentations du système de soin tant « dedans » que « dehors » d'après les auteurs.

Cet impact peut être d'autant plus fort que :

- « la situation d'enfermement ne casse pas le mode de vie des personnes ayant intégré les produits psychoactifs dans leur mode de vie »
- « les trajectoires de la majorité des personnes rencontrées sont marquées par des expériences précoces de « démarquage » vis-à-vis des dispositifs publics dans leur ensemble. »

L'importance de ces conduites de « démarquage », au moins chez les usagers les plus précarisés, amène les auteurs à souligner la nécessité d'individualiser la relation de soin en matière de traitement de substitution. Cette distanciation avec le soin, dans le cadre de ces nouvelles trajectoires de consommation, amène les auteurs à penser que le temps de l'incarcération ne constitue plus une période propice à l'entrée dans le soin.

---

<sup>13</sup> L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison-polyconsommation-substitution. Les années cachets Rapport du RESSCOM Bouhnik P Jacob E Maillard I Touzé S juin 1999

Dans le rapport de la mission santé-justice<sup>14</sup> sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral établi conjointement par la Direction de l'Administration Pénitentiaire et par la Direction Générale de la Santé en décembre 2001, les traitements de substitution sont abordés en tant qu'outil de réduction des risques au même titre qu'en milieu libre. La mission insiste sur la nécessité de former les équipes sanitaires, de sensibiliser les personnels pénitentiaires aux traitements de substitution et d'inscrire la prescription de la substitution dans une prise en charge globale.

Les difficultés pointées dans le rapport d'évaluation<sup>15</sup> de l'organisation des soins aux détenus font l'objet de points traités dans notre présent mémoire. Concernant la prise en charge de la toxicomanie, la mission IGSJ/IGAS note une clarification du cadre réglementaire et une progression des traitements de substitution mais souligne néanmoins trois motifs de blocage :

- des refus de principe d'un certain nombre de médecins par rapport aux traitements de substitution
- des pratiques très différentes d'un établissement à l'autre
- des difficultés inhérentes à la vie carcérale compliquant ainsi l'accès aux traitements (trafics, difficultés de prise en charge globale accompagnant les traitements de substitution)

Ce rapport propose, en cas de patient confronté à la clause de conscience du médecin qui ne veut pas prescrire en raison de questions éthiques, que le détenu puisse avoir accès à un médecin qui ne fait pas jouer sa clause de conscience.

Cette recommandation fait aussi partie des propositions du rapport du conseil national du Sida (CNS) du 21 juin 2001 qui appelle à une réflexion sur la place de la dimension préventive de la stratégie de réduction des risques dans la loi. Le CNS se prononce pour la mise en place de programmes expérimentaux d'échange de seringues en prison.

---

<sup>14</sup> STANKOFF S., DHEROT J., *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*. Ministère de la justice. Direction de l'administration pénitentiaire. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction générale de la santé. Décembre 2000.

<sup>15</sup> L'organisation des soins aux détenus. Rapport de l'Inspection Générale des Services Judiciaires (ministère de la justice ) et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (ministère de l'Emploi et de la Solidarité) Juin 2001

### **2.3.3 Les traitements de substitution : bref rappel historique et cadre actuel de prescription**

C'est en 1990 que le ministère de la Santé incite à développer les traitements par la méthadone comme outil de réduction des risques infectieux liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse avec des objectifs limités de places de méthadone dans les centres de soin. Début 1995, le cadre de prescription de la méthadone est assoupli avec une Autorisation de Mise sur le Marché ouvrant la possibilité d'un relais en médecine de ville pour la poursuite du traitement. Le ministère de la Santé précise le cadre général des traitements de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés (circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995) et pose que «la prise en charge des toxicomanes qui inclut maintenant la prescription de médicaments de substitution (méthadone et buprénorphine haut dosage) constitue un volet essentiel de la politique de santé publique ». Puis en 1996, la mise sur le marché du BHD (Subutex®) permet à tout médecin de prescrire y compris en primo-prescription.

Actuellement, le nombre de personnes en traitement par BHD est d'environ 80 000 en grande majorité suivies en médecine de ville. Par ailleurs, environ 16 000 personnes sont traitées par méthadone (8 000 en CSST et 8 000 en médecine de ville). Une circulaire du ministère de la Santé (DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002 autorise la primo-prescription de méthadone par tout praticien d'un établissement public de santé. En outre, environ 1500 à 2000 personnes sont traitées par sulfate de morphine (Skénan®, Moscontin®) sous réserve de dérogation en concertation avec le médecin-conseil.

Ce qui porte à près de 100 000 la population des personnes sous substitution en France.

### **2.3.4 Les données épidémiologiques et socio sanitaires à prendre en compte**

En France, la population pénale est de 59 000 détenus en avril 2003 (11 500 de plus qu'en février 2001, soit une augmentation de 24%). Parmi ces derniers, la proportion d'usagers de drogues est évaluée dans une fourchette allant de 23% à 43% (source : OEDT, l'usage de drogues en milieu carcéral), un chiffre moyen de 30% est couramment admis. Ces chiffres font clairement apparaître une surreprésentation d'usagers de drogues comparativement à la population française. L'usage d'héroïne au cours de la vie touche 0,4% des femmes et 1,7% des hommes. De manière globale, il est estimé que le nombre d'usagers à problèmes d'opiacés ou de cocaïne en France en 1999 se situerait entre 146 000 et 178 000 : source OFDT)

La proportion de détenus bénéficiant d'une prescription de traitement de substitution a régulièrement augmenté ces dernières années jusqu'à atteindre 18% en décembre 2001.

	Nbre de détenus	% de détenus en substitution	Nbre de détenus dépendants (hypothèse : 30 %)	% de substitués parmi les détenus dépendants
Mars 1998	52 000	2 %	15 600	6 %
Novembre 1999	50 000	3,3 %	15 000	11 %
Décembre 2001	47 000	5,4 %	14 100	18 %

Source : DGS/DHOS

A titre de comparaison, si l'on reprend les données en population générale, 56 % des usagers de drogues sont en traitement de substitution (96 000 personnes en traitement méthadone ou BHD pour environ 160 000 personnes dépendantes à l'héroïne).

Concernant la répartition par traitement, en décembre 2001 une proportion de 85,6 % des détenus sous substitution avaient une prescription de BHD, les autres un traitement méthadone (cette répartition est semblable à celle existant en population générale).

### 2.3.5 Note interministérielle du 9 août 2001

Cette note écrite en collaboration avec l'administration pénitentiaire, la MILDT, la DGS et la DHOS donne des orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites et illicites ou ayant une consommation abusive

De façon plus globale, la note interministérielle du 9 août 2001 vise à renforcer la collaboration entre les différents intervenants dans la prise en charge sanitaire et sociale des détenus présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Cette note prévoit qu'un protocole d'amélioration de cette prise en charge soit conclu entre les différents acteurs concernés par cette question (SMPR ou secteur psychiatrique associé, UCSA, CSST s'il y a lieu, pharmacie, administration pénitentiaire, tout autre partenaire intérieur ou extérieur concerné).

Cinq grands objectifs sont clairement identifiés :

- Repérer systématiquement toutes les situations d'abus et/ou de dépendance quel que soit le produit psychoactif. A cet effet, une grille d'entretien permettant de diagnostiquer et d'évaluer l'abus et la dépendance aux substances (« échelle minigrade ») est proposée aux intervenants.
- Proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue.

- Développer la prévention, notamment celle des risques associés à la consommation de produits.
- Favoriser les aménagements de peine.
- Préparer la sortie

Un chef de projet sera désigné.

Un état des lieux doit être réalisé dans chaque département pour identifier les besoins et définir les pistes d'amélioration. Un protocole doit être signé entre les établissements pénitentiaires et des établissements de santé.

Une évaluation de cette démarche par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) est prévue.

### **2.3.6 La prévention des risques infectieux**

Les comportements à risque de transmission des virus HIV, VHB et VHC (notamment injections) s'observent dans des proportions non négligeables en détention. Dans cette optique, la DGS, se basant sur les conclusions de l'étude de l'équipe de chercheurs INSERM U 271, précise l'efficacité de l'eau de javel à 12° chlorométrique utilisée pur comme outil de réduction des risques . La DGS met à disposition une d'affichette destinée à être distribuée aux usagers de drogues pour les informer.

Néanmoins, les mesures de prévention semblent insuffisamment connues en milieu carcéral. La mise à disposition d'outils de prévention préconisés dans la circulaire du 5 décembre 1996 doit être développée<sup>16</sup>. L'utilisation de l'eau de javel comme produit de décontamination de tout matériel ayant été en contact avec du sang (notamment en cas d'injection, de tatouage ou de piercing) doit faire l'objet d'une information largement diffusée dans la population pénale, par le personnel sanitaire. Les brochures d'information expliquant le protocole de rinçage doivent être accessibles aux personnes détenues et expliquées par les personnels sanitaires avec les autres message de prévention. Les affiches correspondantes doivent être exposées dans les locaux des services sanitaires. Le rapport de la mission santé-justice (décembre 2000) insiste sur le dépistage des différents virus (VIH, VHB, VHC) et la vaccination contre l'hépatite B ainsi que sur l'accès aux traitements prophylactiques post exposition au VIH en détention.

---

<sup>16</sup> Note interministérielle du 9 août 2001 MILDT/DGS/DHOS/DAP donnant les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites et illicites ou ayant une consommation abusive.

### **2.3.7 Les aménagement de peine**

Les mesures d'aménagement de peine sont particulièrement pertinentes pour les personnes en difficulté avec la drogue. Le développement de ces mesures au profit des personnes dépendantes incarcérées constitue une orientation forte du plan triennal 1999-2001 du gouvernement de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances et de la circulaire du garde des Sceaux du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies. Cette circulaire invite les procureurs à éviter l'emprisonnement pour les usagers et à développer des réponses sanitaires et sociales à tous les stades de la procédure. Elle recommande également de veiller à ce que la politique d'interpellation ne vienne pas contrecarrer les programmes de réduction des risques. Elle incite enfin à une politique d'exécution des peines qui privilégie les aménagements de peine.

Les cadres juridiques sont nombreux :

- Semi-liberté
- Placement à l'extérieur individuel ou collectif
- Placement sous surveillance électronique
- Liberté conditionnelle

## **3 INVESTIGATION SUR LE TERRAIN**

### **3.1 Les établissements pénitentiaires de l'Oise et leur organisation**

Dans l'Oise, on dénombre trois établissements pénitentiaires : deux Maisons d'arrêt à Beauvais et à Compiègne et un Centre de détention à Liancourt. La fermeture de ce dernier est programmée pour 2004. Un nouveau Centre Pénitentiaire est en cours de construction également à Liancourt. Son ouverture est prévue pour la mi 2004 avec une capacité de plus de 600 places dont un quartier mineur. Des projets de délocalisation des deux maisons d'arrêt sont prévus pour les prochaines années.

#### **3.1.1 Les établissements**

A) Centre de détention de Liancourt :

La capacité d'hébergement est de 202 places + 8 places en quartier disciplinaire. Il accueille les détenus hommes, condamnés pour des peines allant jusqu'à vingt ans de réclusion criminelle.

Le centre de Liancourt sert aussi de base logistique pour assurer les transferts des maisons d'arrêt de Beauvais et de Compiègne.

B) Maison d'arrêt de Compiègne

La capacité est de 127 places + 2 places en quartier disciplinaire.

Il accueille les détenus hommes, en tant que prévenus ou condamnés ayant une peine à subir de moins d'un an.

C) Maison d'arrêt de Beauvais

Elle se compose de trois quartiers :

-un quartier hommes

-un quartier femmes

-un quartier semi-liberté

Il existe deux cellules disciplinaires

### **3.1.2 La population carcérale**

A) Liancourt

169 détenus au 31/12/00. Durant l'année 2000, le centre a enregistré 186 entrées et 205 sorties (43 transferts, 102 fins de peine, 57 libérations conditionnelles).

140 détenus ont une peine de plus de cinq ans d'emprisonnement. La moyenne d'âge est de 45 ans. Il y a une majorité d'incarcérations pour infractions contre les mœurs.

B) Compiègne

108 détenus au 31/12/00. Durant l'année 2000, le centre a enregistré 431 entrées et 417 sorties, 178 transferts. Le séjour moyen est de 2 mois et 24 jours

C) Beauvais

89 détenus au 31/12/00.

### **3.1.3 L'organisation des soins aux détenus**

Les soins somatiques sont assurés par les UCSA.

L'UCSA de la Maison d'arrêt de Beauvais est rattaché à un service de Réanimation du centre hospitalier de Beauvais.

L'UCSA de la Maison d'arrêt de Compiègne est rattaché à un service de Médecine interne du centre hospitalier de Compiègne.

L'UCSA du centre détention de Liancourt est rattaché au service de Pneumologie du centre hospitalier de Creil.

La plupart des médecins qui interviennent dans les établissements pénitentiaires de l'Oise sont des médecins généralistes vacataires.

Les soins psychiatriques pour les détenus des trois établissements pénitentiaires de l'Oise sont pris en charge par la Fédération des soins aux détenus et relèvent du centre hospitalier spécialisé de Clermont. C'est le même psychiatre qui intervient sur les trois établissements.

### **3.1.4 La démarche de l'Oise concernant la note du 9 août 2001**

Une première réunion d'information -sur les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenus présentant une dépendance aux produits licites et illicites au ayant une consommation abusive- a été organisée par la DDASS invitant l'ensemble des partenaires intervenant dans chaque établissement pénitentiaire, y compris les partenaires extérieurs. Cette réunion a permis d'identifier la personne susceptible de devenir le chef de projet pour mettre en place une dynamique départementale. Sur proposition du médecin psychiatre un groupe projet a été constitué en associant le directeur du SPIP et le directeur des soins du centre hospitalier L'idée d'un groupe projet comportant des personnes reconnues au sein des personnels sanitaires et pénitentiaires m'est immédiatement apparu intéressant, d'autant plus que l'une des parties délicates, à mon sens, est de faire accepter la prise en charge sanitaire des usagers de drogues en détention par les personnels pénitentiaires. Cette démarche ne pouvait que mieux conforter le travail de coopération entre les services pénitentiaires et sanitaires mis en place depuis quelque temps dans le département. Néanmoins, je m'assurais auprès des personnes chargées de ce dossier à la DHOS que cette proposition de groupe projet bi-appartenance (sanitaire-pénitentiaire) était possible car les termes de la note mentionnait de choisir le responsable projet parmi les intervenants du SMPR, du secteur de psychiatrie ou par délégation parmi les personnels de l'UCSA.

Pour lancer et légitimer le groupe projet, une réunion officielle co-organisée selon mon souhait par la MILDT, la DHOS, la préfecture et la DDASS, a rassemblé tous les intervenants de cette question en juin 2002.

A l'issue de cette réunion, en tant que médecin de santé publique contractuel à l'époque, la directrice de la DDASS m'a chargée de suivre les différentes étapes de la démarche de projet (suivi de l'état des lieux, propositions d'amélioration et protocole). Un planning a été fixé en vue d'obtenir un protocole dans les six mois après la formation du groupe projet.

## **3.2 Présentation de l'étude**

### **3.2.1 Objectifs de l'étude**

Le travail présenté ici a pour objectif principal de mettre en évidence les difficultés et les avancées dans la prise en charge sanitaire et sociale des détenus dépendants des

opiacés dans les trois établissements pénitentiaires du département de l'Oise. Le deuxième objectif de cette étude est de proposer des moyens d'amélioration et des pistes de réflexion en vue de faire évoluer si besoin les pratiques au plan local.

Cette investigation des pratiques en détention fait l'objet d'une série d'entretiens avec les détenus, les personnels sanitaires et pénitentiaires exerçant en détention ou à l'extérieur dans les Centres de soins spécialisés aux toxicomanes ou autres centres de soins. Par ailleurs, les personnes en charge de ce dossier à la direction de l'administration pénitentiaire et à la direction générale de la santé ont été rencontrées afin de prendre la mesure de la difficulté de ce problème et de comprendre les réflexions menées sur les moyens d'y faire face dans les administrations centrales.

### **3.2.2 Matériel et méthode**

Le but recherché était d'obtenir des informations sur les pratiques effectuées dans les établissements visités ainsi que les difficultés rencontrées par les personnes consultées. L'entretien semi-directif a été choisi car il permet d'appréhender au mieux les points de vue des différents acteurs impliqués. L'entretien se déroulait selon un guide préétabli mais en prenant soin de laisser s'exprimer les personnes rencontrées sur leur vision du problème. Un guide d'entretien a été élaboré à destination des équipes soignantes et des personnels pénitentiaires. Il a été modifié au cours des premiers entretiens afin de tenir des suggestions apportées par les personnes rencontrées. Ces guides dans leur version finalisée sont présentés en annexe.

Le parti a été pris de faire ce travail d'enquête dans les trois établissements pénitentiaires de l'Oise:

- la maison d'arrêt de Compiègne
- la maison d'arrêt de Beauvais
- le centre de détention de Liencourt

L'intérêt était de voir si les prises en charge étaient identiques en maison d'arrêt ou en centre de détention. Les obstacles sont-ils différents selon que l'on s'adresse à des prévenus ou personnes incarcérées pour une courte durée ou à des détenus purgeant de longues peines.

Le but recherché était de rencontrer le maximum de personnes à chacune des visites dans les établissements pénitentiaires compte tenu de la procédure d'autorisation à obtenir préalablement auprès du chef d'établissement et du temps limité dont on disposait pour cette enquête.

Pour ma première visite à la maison d'arrêt de Compiègne, j'ai demandé au directeur du SPIP de m'aider à organiser mon programme d'entretiens au sein de l'établissement. Il m'a proposé de rencontrer les conseillers d'insertion et probation et les travailleurs sociaux puis le greffier, le directeur, des surveillants puis les personnels de l'UCSA présents ce jour-là.

Le médecin étant absent, je pris rendez-vous ultérieurement avec lui sans oublier de redemander une autorisation au chef d'établissement.

Pour la visite du centre de détention, le médecin psychiatre m'a proposé de l'accompagner le jour de ses consultations pour y rencontrer des détenus toxicomanes.

Pour ma dernière visite à la maison d'arrêt de Beauvais, j'ai pris rendez-vous directement avec le médecin de l'UCSA puis confirmé au chef d'établissement pour obtenir son autorisation

Les entretiens ont eu lieu de juin à août 2002.

En outre, l'état des lieux réalisé dans le cadre de la note du 9 août 2001 ainsi que le protocole d'amélioration établi selon les propositions des personnels impliqués dans la démarche serviront d'éléments de réflexion complémentaires.

## **4 RÉSULTATS**

Au total, quinze entretiens ont été réalisés :

- ❖ 3 Maison d'arrêt de Beauvais
- ❖ 6 Maison d'arrêt de Compiègne
- ❖ 2 Centre de détention de Liancourt
- ❖ 1 CASA centre d'accueil et de soins aux addictions
- ❖ 1 CSST centre spécialisé de soins aux toxicomanes
- ❖ 1 DGS Direction générale de la santé
- ❖ 1 DAP Direction de l'administration pénitentiaire

Au fur et à mesure de mes entretiens, j'ai relevé un certain nombre d'obstacles à la prise en charge des toxicomanes en milieu carcéral ; les voici, classés ci-après selon différents thèmes.

### **4.1 Conditions de détention**

Les deux maisons d'arrêt souffrent d'un problème de surpopulation chronique, ce qui peut poser des problèmes de sécurité. Mais également, cette surcharge des prisons oblige à mettre ensemble des hommes qui peuvent s'échanger des pratiques. Les plus forts influençant les plus faibles avec tous les risques infectieux qui peuvent en résulter.

Un autre point qui m'a été précisé, c'est le manque de travail que l'on peut proposer en détention. Il n'y en a pas assez par rapport à la demande des détenus.

Cela peut contribuer à déstabiliser la santé psychique fragile des prisonniers et ne paraît pas idéale pour une bonne participation active à un projet thérapeutique.

Par contre, le médecin se sent en sécurité au sein de l'UCSA lorsqu'il consulte un toxicomane par rapport à ce que ressent le généraliste dans son cabinet de ville pas toujours très à l'aise avec certain comportement agressif d'usager de drogues. C'est un point plutôt positif pour la prise en charge des toxicomanes en milieu carcéral.

## **4.2 Perception du détenu toxicomane par le personnel**

En règle générale, les toxicomanes sont très mal acceptés en détention. Le personnel pénitentiaire ou sanitaire qui intervient auprès de ces détenus en difficulté avec la drogue a très souvent des a priori vis-à-vis de ces personnes. J'ai pu le constater, lors de mes visites dans les établissements pénitentiaires de l'Oise.

*« Il n'y a pas plus menteur ou mythomane qu'un toxicomane »*

Un surveillant

*« Ils sont tellement menteurs, c'est dans l'héroïne. Ça fait partie de leur caractère. Le mensonge est dans l'opium »*

Un médecin de l'UCSA

*« Ils sont très demandeurs de benzodiazépines et prennent des doses très élevées »*

*« Ils font du trafic et pour palier ce problème, le BHD est pilé et donné à l'infirmier sous le contrôle de l'infirmier »*

*« Dans ma clientèle privée, je n'ai eu que des échecs avec les toxicomanes. D'ailleurs, ce ne sont que des échecs. Ils ne se plient pas à la règle, ce sont des pauvres mecs qu'on voudrait aider... Ceux qui veulent s'en sortir le peuvent »*

Un médecin de l'UCSA

*« Il y en a qui veulent frauder pour reproduire les conditions de l'illégalité, ils sont très demandeurs de psychotropes »*

Un infirmier de l'UCSA

*« Ici c'est un autre monde. C'est très difficile et pesant, les détenus n'écoutent pas beaucoup. Les infirmiers sont obligés de répéter plusieurs fois la même chose pour être entendus »*

Une secrétaire médicale

Le regard sur le détenu, toxicomane ou non est particulier. Le Dr Véronique Vasseur écrivait déjà *« être toujours vigilante : reconnaître le frondeur du vrai malade, être toujours*

*aimable mais soupçonneuse. Ne pas se faire avoir, ne pas oublier qu'on a affaire souvent à des menteurs, des fraudeurs, des assassins, des voleurs. »*

### **4.3 Repérage des détenus toxicomanes**

Selon les dires de certains médecins consultés, le repérage de la toxicomanie ne présente pas de difficultés.

*« On le sait qu'ils sont toxicomanes ou bien ils le disent très facilement, ils sont très demandeurs de traitement de substitution »*

un médecin de l'UCSA

Seulement, le diagnostic positif de la dépendance aux opiacées n'est pas si évident. Car certains détenus réclament des produits de substitution pour se droguer. Il est impératif de ne pas se fier aux discours des patients, car on risque de prescrire à tort et de rendre dépendantes des personnes qui ne l'étaient pas.

Une échelle minigrade est proposée dans la note santé-justice du 9 août 2001 afin de repérer les sujets présentant des problèmes de dépendance ou d'abus aux substances psychoactives. Cette échelle semble d'après les professionnels trop longue d'utilisation avec une moyenne de 15 minutes pour un détenu usager de plusieurs produits. Pour cela, cette échelle n'est pas utilisée dans les établissements pénitentiaires de l'Oise.

A l'entrée, le repérage se fait par l'infirmier puis est confirmé par le médecin qui est présent deux fois dans la semaine. Le détenu a une visite médicale obligatoire à l'entrée en détention dans les deux à trois jours.

Le repérage rapide par le personnel médical ou para médical des personnes nécessitant des soins urgents en début d'incarcération (substitution aux opiacées, sevrage aux produits psychoactifs) semble fait selon des protocoles validés.

### **4.4 Prise en charge sanitaire du détenu usager de drogue**

Tous les détenus en difficulté avec la drogue repérés sont adressés systématiquement au médecin psychiatre « référent toxicomanie » en vue de faire le point et de proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue.

#### 4.4.1 Traitements de substitution

Depuis le début du travail sur l'élaboration du protocole d'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des détenus présentant un abus ou une dépendance aux produits psychoactifs, le traitement par méthadone a été mis en place dans les deux maisons d'arrêt grâce à la venue de l'infirmier le dimanche pour la délivrance de la méthadone moyennant le paiement d'heures supplémentaires. Les deux traitements de substitution sont maintenant disponibles dans les établissements pénitentiaires de l'Oise.

En fait, les traitements de substitution semblent peu prescrits dans les deux maisons d'arrêt. Lors de mes visites, seules 2 à 5 prescriptions de méthadone et 2 à 5 prescriptions de subutex® étaient délivrées ces jours-là. L'infirmier me dit qu'il en a un peu plus en ce moment à distribuer le jour où il y avait 5 méthadone et 5 subutex pour 126 détenus soit moins de 0,8 % de substitution. Sans faire de conclusion hâtive sur un seul chiffre non significatif, cela paraît peu par rapport au chiffre de 5,4% de détenus substitués en décembre 2001 selon l'enquête DGS/DHOS.

##### A) Prescription, initialisation, choix de la substitution

En cas de détenu déjà suivi et substitué, le traitement en cours est poursuivi sur présentation de l'ordonnance. Une réévaluation du traitement est réalisée par la suite.

Pour une initialisation, le détenu est orienté vers le médecin psychiatre qui posera l'indication et fera le diagnostic positif de la dépendance aux opiacés. La difficulté est de prescrire à tort et de rendre dépendantes des personnes qui ne l'étaient pas. Certains médecins pratiquent une recherche d'opiacés dans les urines pour vérifier que le patient est bien dépendant aux opiacés. Les informations obtenues lors des entretiens me font penser que cela ne se fait pas très fréquemment.

Le choix du médicament de substitution entre le chlorhydrate de méthadone ou le BHD (subutex®) semble assez codifié. En général, la méthadone est prescrite pour des toxicomanies anciennes, aux usagers de drogues injecteurs, aux antécédents de mésusage du BHD. La méthadone est prescrite par le médecin psychiatre.

Ce qui pose plus de difficulté, c'est l'obtention de l'adhésion du patient au projet thérapeutique. Ce qui est loin d'être évident en détention.

*Le raisonnement du détenu est parfois celui-là « pourquoi arrêter quelque chose qui me fait plaisir ?.. »*

« *Le problème est l'indication de prescription basé sur le désir de soin* » me disait un médecin.

Lors de la primo-prescription, il faut impérativement prévoir le relais lors de la sortie pour éviter la rupture de soins alors que l'on ne maîtrise pas le parcours judiciaire qui peut s'arrêter avec un transfert imprévu.

Actuellement, dans une des maisons d'arrêt du département, lors de la sortie prévue d'un détenu, celui-ci vient en consultation à l'UCSA pour y recevoir une ordonnance de son traitement de substitution pour 7 jours ainsi que l'adresse du CSST qui pourra le suivre dans le cadre de sa toxicomanie. Aucun rendez-vous n'est pris avec le médecin du CSST. C'est au détenu de s'en occuper. Seule une lettre est faite à l'attention du médecin.

#### B) Contrat, délivrance des traitements de substitution

Les traitements de substitution sont fournis par la pharmacie du centre hospitalier dont dépend l'UCSA.

Pour l'une des maisons d'arrêt, la délivrance des médicaments se fait une fois par jour par l'infirmier accompagné par un surveillant à la porte de la cellule sauf pour les traitements de substitution qui sont délivrés dans l'enceinte de l'UCSA par l'infirmier. Pour l'autre, le médecin ne savait pas comment étaient délivrés les traitements de substitution.

Le médecin prescrit puis l'infirmier dialogue avec le détenu. L'infirmier lui passe un film pour lui expliquer la prise en sublinguale et lui fait signer le contrat d'engagement dans le protocole subutex®. Les détenus arrivent à la consultation accompagnés par un surveillant. Ils attendent enfermés dans la salle d'attente que la place soit libre. Puis l'infirmier demande au surveillant de faire venir le patient suivant afin de lui donner son médicament et d'en vérifier la bonne prise. En effet, certains détenus faisait mine de mettre leur comprimé de subutex sous la langue, et le récupérait pour en faire du trafic. De ce fait, il a été décidé de piler le comprimé. La décision a été prise après renseignement auprès du laboratoire fabricant confirmant qu'il n'y avait pas de perte d'effet avec un comprimé pilé. En outre, pour essayer de lutter contre la fraude, un contrat a été mis en place dans une des deux maisons d'arrêt. Le détenu qui est traité par BHD (subutex®) doit depuis quelques mois signer un document qui l'engage à prendre la dose prescrite par le médecin selon le mode inscrit sur l'ordonnance -prise pilée en sublinguale à l'infirmerie-.

En cas de non respect des règles, le traitement sera immédiatement interrompu dans le cadre de l'éducation à la santé.

*« On fait signer des contrats pour que ça les aide... Il y a une semaine, une fraude a été découverte. La sanction a été l'arrêt du BHD et curieusement le détenu était content d'avoir arrêté le traitement. Il y a pas mal de sanctions avec des traitements de sevrage »*

Un infirmier de l'UCSA

*« Si on les surprend à faire du trafic, il y a rupture du contrat et on leur fait un traitement de sevrage, les difficultés dans la prise en charge ; c'est surtout le comportement. Il faut « cliquer » s'ils ne se plient pas à la règle »*

Un médecin de l'UCSA

### C) Arrêt de la substitution

Compte tenu de la durée souvent longue de prise en charge des usagers de drogues dépendants, le délai du séjour moyen en prévention ou pour de courtes peines n'est pas très compatible avec la réussite de l'arrêt de la substitution. Cette éventualité n'a été abordée que dans une des maisons d'arrêt visitée. Le médecin consulté me précise d'emblée sa stratégie. En cas de substitution, il contacte le prescripteur pour contrôler la véracité du traitement puis diminue de moitié la posologie et arrête en 4 à 5 mois

*« Vous êtes en prison, il faut en profiter pour faire le sevrage »*

#### 4.4.2 Sevrage

Les détenus toxicomanes qui ne sont pas substitués se voient proposer un protocole de sevrage. Les protocoles proposés utilisent pour l'un d'entre eux des benzodiazépines. Une autre approche constatée est la suivante : après évaluation des symptômes de douleurs dorsales, sueur et nervosité, l'état de manque est traité soit par des anxiolytiques soit par substitution avec subutex® 8 ou 4 mg pendant un mois.

#### 4.4.3 Prise en charge psychologique et psychiatrique

Le médecin psychiatre voit tous les détenus toxicomanes en consultation. Le diagnostic de toxicomanie entraîne automatiquement et immédiatement une consultation de psychiatrie avec proposition de prise en charge diversifiée et adaptée : groupe de paroles, thérapie cognitivo-comportementale, groupe vidéothérapeutique, groupe habileté sociale faisant référence à l'école québécoise, affirmation de soi.

A cette occasion, il évalue les besoins du patient en terme de suivi psychologique et /ou de prise en charge psychiatrique. Elle propose un suivi adapté au cas du patient. Dans l'une des maisons d'arrêt, trois psychologues -dont un attaché au CSST voisin- interviennent auprès des détenus pour des prises en charge individuelles ou collectives.

## **4.5 Prise en charge sociale du détenu toxicomane**

Le Service Pénitentiaire d'Insertion et Probation (SPIP) doit dans le cadre de ses missions favoriser la réinsertion sociale des personnes prévenues ou condamnées. Ce service est composé de conseillers d'insertion et de probation et de travailleurs sociaux.

Il est chargé de mettre en place des dispositifs d'insertion professionnelle.

Il prépare le détenu à sa sortie et fait le point avec lui pour lui assurer l'aide nécessaire en cas de besoin. Il doit vérifier l'immatriculation à la sécurité sociale, remettre un « pack sortant ». S'il s'agit d'un toxicomane, il doit vérifier que le sortant est bien en possession de son ordonnance.

Lors de ma visite dans ce service, la personne du SPIP qui me reçoit me dit que la collaboration entre le SPIP et l'UCSA n'en est qu'à son début. Elle m'indique qu'actuellement 11 détenus sont suivis par l'association qui gère le CSST. En effet, des éducateurs et psychologues des centres spécialisés de soins aux toxicomanes interviennent dans le cadre de la prise en charge socio-éducative des toxicomanes au sein des maisons d'arrêt du département. Il s'agit notamment de suivis individuels. Cette information n'était pas connue d'un des médecins de l'UCSA mettant en évidence la complexité et la diversité de la prise en charge globale non clairement identifiée par les différents intervenants.

## **4.6 Confidentialité des soins**

La confidentialité des soins est imparfaite en raison du contexte même dans lequel s'effectuent les soins (repérage rapide des détenus venant quotidiennement pour leur traitement de substitution). Les surveillants en poste dans la structure de soins sont manifestement au courant de la liste des patients substitués même si celle-ci n'est pas formalisée. Seules deux des personnes consultées ont regretté cette situation. Le médecin psychiatre pense que cela peut remettre en jeu l'alliance thérapeutique entre le médecin et le patient. Un autre médecin trouve cette organisation préjudiciable également. Pour lui, la confidentialité doit être impérativement respectée en détention et pour lui cela n'est pas toujours le cas. L'organisation de la délivrance des traitements de substitution est délicate à mettre en œuvre en respectant les critères de la pénitentiaire et les critères du sanitaire.

## 4.7 Coopération entre le personnel pénitentiaire et le personnel sanitaire

Dans les établissements pénitentiaires de l'Oise, il existe une volonté d'améliorer les relations entre les différents services. Un travail de coopération entre les personnels pénitentiaires et les personnels sanitaires a été commencé depuis quelque temps déjà.

Dans cette optique, le protocole d'amélioration de la prise en charge des détenus dépendants proposé par le groupe projet et signé par les directeurs des établissements en juillet 2003 prévoit de garantir et de développer :

- une commission hebdomadaire de repérage et d'orientation des détenus arrivants composée de la direction de l'établissement, de la détention, des travailleurs sociaux, des enseignants, du personnel médical. Un des objectifs de cette commission est de relever les problèmes de dépendances signalés par les différents acteurs intervenant dans l'établissement.

- une commission santé mensuelle regroupant, les travailleurs sociaux du SPIP, la fédération aux soins des détenus, l'UCSA, le CCAA, le Service d'aide aux toxicomanes (SATO) association départemental qui gère le CSST..

Malgré ces modalités de coordination essentielles, et une collaboration qui paraît plutôt bonne selon les différents entretiens menés dans les trois établissements, certains personnels pénitentiaires ne semblent pas comprendre la pratique de la substitution, comme en témoigne cette réaction du surveillant de l'UCSA.

*« avant, on faisait un sevrage à la dure, ce n'était pas plus mal. Actuellement, on est soumis à des pressions, à partir du moment où on donne cela devient un du. Toutes les habitudes, ils les continuent avec la substitution. Trop prescrire part d'un bon sentiment... il faudrait limiter la prise en charge des toxicos... »*

*« avant la création des UCSA, c'était la pénitentiaire qui avait le monopole. Le détenu doit avoir conscience qu'il est en maison d'arrêt »*

Ces interrogations et ces prises de position mesurent bien la difficulté de faire comprendre aux surveillants les objectifs des soignants. Cela montre également un manque de formation des surveillants à la prise en charge de la toxicomanie. En outre un guide de bonnes pratiques de la prise en charge de la toxicomanie en milieu carcéral clarifierait et légitimerait l'action des personnels soignants.

Dans le cadre du protocole, le groupe projet propose d'expérimenter la création d'une fiche commune aux intervenants santé-justice qui colligera toutes les informations nécessaires au bon déroulement des soins donnés au détenu toxicomane. Cette fiche sera conservée à l'infirmerie et soumise au secret professionnel. Pour le groupe projet c'est une avancée originale, pragmatique et efficiente.

Un médecin interrogé sur ses relations avec l'administration pénitentiaire a été très positif. Notamment lorsqu'il est question de faire une extraction d'un détenu en vue de le faire hospitaliser, l'administration pénitentiaire fait le maximum pour que les choses se passent au mieux.

Les personnels pénitentiaires ont l'air très conscients de leur rôle auprès des détenus vis-à-vis du personnel sanitaire. Un surveillant me rappelle sa mission :

- Renseigner les détenus de la venue du médecin
- Assurer la sécurité des personnels de l'UCSA

Actuellement, un travail dans le cadre de l'éducation à la santé est en cours de réalisation. Les détenus travaillent sur un livret d'hygiène en bonne collaboration avec le personnel soignant et les surveillants.

Un conseiller d'insertion et de probation me confiait « *On est au tout début de la collaboration entre l'UCSA et le SPIP* »

#### **4.8 Coopération entre les médecins généralistes et les psychiatres**

Il semble que les médecins interviennent chacun avec leurs connaissances propres sans communication avec les autres en vue de prises en charge plus codifiées.

Le médecin psychiatre souhaite améliorer la communication entre les médecins intervenant sur les établissements et établir un protocole de prise en charge commun à tous les établissements.

Certains souhaitent prendre en charge les détenus dépendants aux drogues, d'autres ne se sentent pas suffisamment formés pour cela et préfèrent les adresser au médecin psychiatre.

Les médecins ont conscience que la prise en charge de ces détenus toxicomanes peut varier d'une prison à l'autre et que cette situation n'est pas normale. Ils semblent satisfaits de la démarche d'amélioration mise en place par le psychiatre pour essayer d'uniformiser la prise en charge sanitaire dans les trois établissements de l'Oise.

## 4.9 Prévention des risques et éducation à la santé

Dans le cadre de la réduction des risques infectieux, la « détention » distribue de l'eau de javel à 12° chlorémique à tous les détenus conformément à la circulaire santé-justice du 5 décembre 1996.

D'après les dires d'un surveillant, le détenu a accès dans sa cellule au protocole d'utilisation de l'eau de javel. Au sein de l'UCSA, dans le classeur des procédures, se trouve ce protocole sur l'eau de javel : « désinfection en restauration collective » transmise par la chambre syndicale nationale de l'eau de javel. Celui-ci donne des recommandations précises sur les dilutions et les temps de contact nécessaires à sa bonne utilisation dans un cadre domestique mais non dans le but de désinfecter du matériel ayant pu être au contact de sang après tatouage, piercing ou injection.

A aucun moment n'a pu être vérifié si les détenus pouvaient disposer du protocole de désinfection des seringues usagées avec de l'eau de javel sous la forme des affichettes élaborées par la DGS.

Dans le cadre de l'éducation à la santé, les infirmiers organisent des réunions d'information sur le thème de l'hépatite C avec en préalable un questionnaire « d'évaluation des connaissances » sur le sujet. Mais il y en a encore beaucoup de non dit concernant les usagers de drogues et tout ce qui touche aux interdits en détention.

Voici un exemple qui n'est pas dans le champ de la toxicomanie mais qui est révélateur de cette difficulté. Une infirmière à qui je demandais s'il y avait des pratiques de tatouages dans la maison d'arrêt, me dit qu'il y avait en ce moment un expert en la matière. Je la questionnais sur son rôle concernant la nécessité d'informer ce détenu des risques potentiels de transmission des infections virales en cas d'utilisation de matériel contaminé ou partagé. Elle me dit qu'elle ne pouvait pas le faire car il était interdit de se tatouer en prison.

Pourtant, la plaquette « Hépatite C et usage de drogues » élaborée en collaboration par le ministère de la santé, l'assurance maladie, la MILDT, le Comité Français d'éducation pour la Santé (CFES) et les associations Charonne, Espoir goutte d'or et ASUD sont à la disposition des détenus sur un présentoir au sein de l'UCSA. Elle explique les risques et les moyens de s'en prémunir.

Le dépistage VHC VIH et VHB est proposé systématiquement et surtout lors de conduites à risques sexuelles et lors de pratiques de tatouage. D'après les infirmiers rencontrés, il est réalisé dans environ 95% des cas. Les refus seraient du « à la peur de la piqûre ou parce qu' « ils » ne veulent pas se lever aussi tôt pour être à l'heure pour le prélèvement ». Ces raisons ne me paraissent pas très sérieuses et doivent cacher une autre réalité.

Dans le cadre de l'éducation à la santé, il faut signaler le travail effectué dans un des établissements sur le livret d'hygiène de la cellule. Ce document en cours de finalisation est le fruit de la collaboration entre des détenus, l'administration pénitentiaire et le personnel sanitaire. Là encore, il n'est jamais fait mention de la désinfection des matériels qui pourraient être en contact avec le sang.

Une difficulté m'a été rapportée sur ce genre de démarche participative avec les détenus. En effet, les réunions nécessaires à ces démarches peuvent entrer en compétition avec les propositions de travail rémunérées faites aux détenus.

#### **4.10 Préparation à la sortie**

Le personnel de santé rencontré, est très conscient de la nécessité de prévoir un relais à la sortie dès lors d'une primo-prescription de traitement de substitution ou de la continuité de celui-ci. Des informations pratiques sur les possibilités de suivi à l'extérieur sont données aux détenus.

Les interventions de l'éducateur et du psychologue du CSST en détention peuvent favoriser un lien futur avec le CSST et des repères pour le détenu lorsqu'il sortira de prison.

Cela nécessite un travail de préparation de la part des équipes car cela est essentiel pour assurer la continuité des soins. Elle se fait en lien avec le Centre méthadone ou le centre médico-psychologique (CMP).

Le gros problème qui se pose parfois c'est le cas de la libération anticipée. « Il peut arriver que rien ne soit fait car le détenu est libéré avant que ne soit prévenu l'UCSA. » me confie un médecin. Il existe alors un grand risque de rupture de traitement.

Le personnel d'insertion et de probation s'assure quant à lui de vérifier dans le cadre des missions qui lui incombent que le détenu est bien en possession de son ordonnance s'il a un traitement en cours. Par contre, le SPIP ne donne pas d'argent liquide au détenu dès lors qu'il s'agit d'un toxicomane en raison du risque que l'argent soit utilisé facilement pour se procurer du produit.

#### **4.11 Formation spécifique aux addictions**

Aucun des médecins pratiquant des vacations dans les établissements pénitentiaires de l'Oise ne possède de formation diplômante sur l'addiction. Seul un des médecins est alcoologue et exerce également dans un CHAA.

Certains des médecins rencontrés souhaitent une formation plus solide au sujet de la prise en charge des usagers de drogues. D'autres suggèrent fortement que la formation soit renforcée dans le domaine plus large de la prise en charge des addictions et notamment de la prescription des traitements de substitution et des psychotropes.

Une personne de l'administration pénitentiaire m'a dit qu'il y a un très gros déficit de formation du personnel pénitentiaire dans ce domaine.

Le médecin psychiatre qui coordonne les soins des détenus toxicomanes essaye de mettre en place un travail de sensibilisation au niveau de la détention en organisant des réunions d'informations pour le personnel sanitaire e pénitentiaire. La dernière en date portait sur les traitements de substitution.

Le CSST propose des formations pour le personnel pénitentiaire et sanitaire. Un projet prévoyait d'intégrer des détenus dans ces programmes de formation mais cela pose actuellement des problèmes.

#### **4.12 Autres**

D'autres sujets ont été abordés lors des entretiens. Il en ressort des difficultés pour recruter du personnel médical notamment pour exercer en détention . pour des raisons de conditions d'exercice dans un milieu mal connu, de rémunération peu attractive, de manque de reconnaissance de la médecine pénitentiaire.

L'intérêt de travailler en réseau a également été évoqué. Le souhait est de pouvoir travailler en réseau -pas forcément formalisé- mais avec un mise en relation des médecins de l'UCSA avec les centres de soins spécialisés aux toxicomanes, les médecins spécialistes référents sur la question et les médecins généralistes concernés pour permettre une meilleure prise en charge des détenus-patients sans rupture de traitement ou modification inconvenante. Il convient d'instaurer un dialogue entres les uns et de poursuivre ou renforcer les liens entre les autres.

Le problème du trafic qui est connu de tous mais contre lequel il est difficile de lutter. « D'énormes quantité de produits illicites ou non rentre en détention par les parloirs ou par-dessus les murs. Les surveillants issus des mêmes cités que les détenus subissent des pressions pour introduire des produits ou pour fermer les yeux » me confie une éducatrice intervenant auprès des détenus toxicomanes dans le cadre de leur prise en charge sociale.

La prescription de psychotropes en détention est très importante du fait de la demande des prisonniers, de la forte prévalence des pathologies psychiatriques et des conditions de détention.

## **5 DISCUSSION ET PROPOSITIONS**

### **5.1 Limites de l'étude**

Le choix de rencontrer toutes les personnes en charge des toxicomanes dans les trois établissements pénitentiaires était ambitieux compte tenu du temps disponible mais très intéressant du fait des points de vue différents qui existent sur ce difficile sujet. Les entretiens ont été plus nombreux en maisons d'arrêt qu'au centre de détention où il y a beaucoup moins d'usagers de drogues incarcérés.

Par ailleurs, il manque dans ce travail le recueil de l'opinion des détenus toxicomanes par rapport à la prise en charge qui leur est proposée. Le médecin psychiatre m'a proposé de rencontrer des toxicomanes en assistant à sa consultation au centre de détention. Mais les circonstances ont fait que seul un patient a pu s'y rendre ce jour-là. La rencontre avec ce détenu m'a mis face à la réalité de la difficulté du traitement de la dépendance majeure aux opiacés. Il s'est montré reconnaissant par rapport à ce que la prison lui a apporté. Pour avoir une idée sur l'avis des prisonniers, on dispose des résultats d'une enquête<sup>17</sup> qui montre que les usagers de drogues incarcérés jugent de manière plutôt bienveillante le service de soin pour sa qualité (91%) et sa disponibilité (85%). Ils semblent par ailleurs accepter le « cadre » thérapeutique qui impose des engagements unilatéraux au patient (signature de contrat de substitution).

### **5.2 Discussion et propositions**

Dans le cadre de cette étude, certaines difficultés lors de la prise en charge des toxicomanes incarcérés ont été mises en évidence. En tant que médecin inspecteur de santé publique, mon rôle est de veiller à la mise en œuvre, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de santé publique. Pour cela, il est nécessaire d'accompagner les acteurs dans une démarche d'amélioration et de procéder à des contrôles sur site en vue de vérifier les actions réellement mises en œuvre.

D'après ce qui a été constaté sur place, certains points paraissent améliorables.

---

<sup>17</sup> GRIGUERE P. *Enquête auprès des usagers de drogues en prison*. Enquête OBSTOX 2001. Disponible sur Internet <http://www.medecine-penitentiaire.com>

Les toxicomanes incarcérés sont très mal acceptés par les surveillants mais parfois même par les soignants. Le surveillant juge le détenu par rapport à sa conduite illicite vis-à-vis de la drogue. Le soignant le considère comme un malade. Ces deux logiques risquent de ne jamais se rencontrer s'ils n'existent pas d'instance de communication et d'échanges. Des formations concernant le problème de la dépendance aux drogues illicites sont indispensables pour améliorer la connaissance de chacun à la pathologie et à son traitement sanitaire et social.

L'amélioration de la coordination entre les différents intervenants dans la prise en charge du détenu toxicomane est un élément important pour la réussite du projet thérapeutique. Le protocole met l'accent sur la nécessité de développer des réunions hebdomadaires et mensuelles.

Pour ce qui est de la prévention et de la réduction des risques infectieux, la promotion de l'eau de javel à 12° chlorométrique ne fait pas l'objet d'une information dans le cadre de la désinfection de matériels d'injection. Le personnel infirmier ne se sent pas très à l'aise par rapport à l'article D273 du CPP qui stipule que « le détenu ne peut garder aucun objet ou substance pouvant permettre ou faciliter un suicide, une agression ou une évasion, non plus qu'aucun outil dangereux en dehors du temps de travail ». En fait, au sein de l'UCSA, le personnel doit pouvoir transmettre ces informations qui sont contenues dans les fascicules sur l'hépatite C à destination des usagers de drogues.

Ce qui fait obstacle à une bonne prise en charge sanitaire et sociale, ce sont les mauvaises conditions sur le plan de l'hygiène, le désœuvrement du fait du manque de travail et la surpopulation des maisons d'arrêt notamment. Pour désengorger les prisons, il conviendrait d'augmenter le nombre de détenus pouvant bénéficier d'un aménagement de peine. Le Service d'insertion et de probation se situe en première ligne dans ce domaine.

Pour pallier ces difficultés, la mission santé-justice veut par sa note du 9 août 2001 faire évoluer la situation. Dans l'Oise, le groupe projet s'est constitué sur la base d'un partenariat entre le médecin psychiatre qui réglementairement est en charge des détenus dépendants aux substances illicites, le directeur du SPIP et la directrice des soins infirmiers d'un des hôpitaux de rattachement. Devant veiller à la mise en œuvre de la politique de santé publique, je dois m'appuyer sur les « acteurs de terrain ». Je ne peux qu'encourager voire renforcer les bonnes relations existantes entre les équipes de l'administration pénitentiaire notamment du SPIP et celles de l'UCSA. Elles sont très utiles à l'instauration d'une dynamique départementale en vue d'améliorer la prise en charge des addictions en détention. En effet, seuls des échanges continus entre les professionnels des deux administrations permettront de mieux appréhender et ainsi de

mieux comprendre les logiques de chacun en vue d'agir ensemble positivement pour la réinsertion des toxicomanes.

Il est clair que cette bonne collaboration a favorisé une mise en place rapide et efficace du protocole d'amélioration de la prise en charge des détenus dépendants des substances licites et illicites. J'ai accompagné le groupe projet dans toutes les étapes de la démarche jusqu'au protocole en veillant à l'application des différents textes concernant la prise en charge des addictions en détention. C'est ainsi que grâce à mon implication dans cette démarche, l'équipe de l'UCSA a trouvé la solution pour que la méthadone soit proposée en primo-prescription dans les établissements pénitentiaires de l'Oise.

De la réflexion menée par le groupe projet est sortie la mise en place d'un cahier de liaison où seront consignés les éléments marquants concernant le suivi des toxicomanes par les différents intervenants (personnel sanitaire ou pénitentiaire) tous soumis au secret professionnel partagé. Le cahier restera à l'infirmerie et sera consultable en présence de l'infirmier. Cela permettra une meilleure connaissance des problèmes et d'ainsi mieux y faire face. Au cours des réunions pénitentiaire-santé, les problèmes sont évoqués et connus. Le cahier sera un élément complémentaire écrit pour recueillir les informations et y accéder facilement. Ce document mériterait une évaluation particulière au bout de six mois de fonctionnement. Par ailleurs le groupe projet travaille actuellement sur le choix des critères d'évaluation du protocole.

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) procède actuellement à l'évaluation au plan national de la mise en œuvre de l'amélioration de la prise en charge des dépendances. Le questionnaire pour l'Oise a été complété avec le groupe projet. Il révèle des problèmes de coordination entre les services, l'insuffisance d'effectifs médicaux et paramédicaux, et des difficultés dans la prise en charge au plan de la prévention des risques associés à la consommation de produits et lors de la sortie de prison.

Depuis la loi de janvier 1994, les soins en détention se sont considérablement améliorés même s'il subsiste encore des progrès à faire notamment dans le domaine des conduites addictives et de la lutte contre les trafics, échange ou revente plus fréquents en prison.

Suite au mésusage très important du BHD dix ans après sa mise sur le marché, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, recommande aux prescripteurs de mieux encadrer la prescription de substitution afin de favoriser le bon usage du médicament. Le directeur général de l'Afssaps dans son courrier du 22 juillet 2003 à tous les médecins leur rappelle les huit recommandations rédigées en 1997, conjointement par la DGS et les Conseils nationaux des Ordres des médecins et des pharmaciens. En plus de ces huit recommandations contenues dans le Résumé des caractéristiques du produit, et afin de limiter l'usage détourné de ce médicament, l'Afssaps recommande de :

- Contacter avec l'accord du patient, un pharmacien référent et de préciser son nom sur l'ordonnance sécurisée. Lorsque le médecin n'a pas déterminé de pharmacien référent, le pharmacien prendra contact avec le prescripteur et en informera le patient
- Contacter le médecin-conseil de la sécurité sociale lorsque le patient bénéficie de soins continus d'une durée supérieure à 6 mois. Un examen sera réalisé conjointement par les deux médecins afin de rédiger un protocole thérapeutique que le patient devra suivre sous peine de ne plus bénéficier partiellement ou totalement des prestations de la sécurité sociale

Le directeur de l'Afssaps précise que si la politique de substitution est aujourd'hui reconnue, sa réussite est conditionnée par l'engagement de l'ensemble des professionnels de santé au respect de ces recommandations.

La France fait figure d'exception avec sa préférence à la BHD par rapport aux autres pays qui privilégient la méthadone. Cette dernière peut maintenant être proposée dans les prisons de l'Oise. Cela va dans le sens de garantir le droit du patient incarcéré à être soigné comme il le serait en milieu libre. La prescription de méthadone repose sur la vérification de la dépendance aux opiacés avec recherche urinaire de substances psychoactives comme élément de diagnostic et outil thérapeutique.

Il convient surtout de rappeler que la prescription d'un traitement de substitution n'est pas une fin en soi. Elle doit être considérée comme partie intégrante d'un projet thérapeutique centré sur le patient et associant approche sociale et psychologique, information sur le traitement, définition des objectifs, évaluation initiale et réévaluation dans le cadre du suivi, anticipation de la sortie avant même la primo-prescription en particulier dans le cas de courte peine. Pourquoi ne pas organiser, comme dans certaines prises en charge pluridisciplinaires, une réunion de synthèse régulière (semestrielle ou autre) d'évaluation avec les différents intervenants ?

Cependant, il faut se rendre à l'évidence : la prise en charge de la toxicomanie en milieu libre comme en milieu carcéral est à la recherche de solutions. Des mesures nouvelles sont attendues dans ce domaine :

- ❖ Les comités de suivi départementaux des traitements de substitution institués par la circulaire DGS/SP3/n°29 du 31 mars 1995 vont probablement faire l'objet d'évolution.
- ❖ Un guide de bonnes pratiques de prescription des traitements de substitution est prévu pour fin 2003.
- ❖ Une conférence de consensus doit réunir les experts du sujet afin d'élaborer des recommandations en 2004.

- ❖ Les nouvelles orientations de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie qui prévoit entre autres d'axer son action sur la prévention et la lutte contre le cannabis et de créer des communautés thérapeutiques basées sur l'abstinence
- ❖ La réforme de la loi de 1970 prévoyant de sanctionner l'usage par des contraventions et des obligations de consultation dans des structures de soins

## 6 CONCLUSION

Toutes les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude se sont prêtées très spontanément à l'exercice de l'entretien. Cela m'a permis une bonne approche des contraintes quotidiennes de l'organisation des soins en détention et en particulier lors de la prise en charge des détenus dépendants majeurs aux opiacés.

La recherche des obstacles au traitement de la dépendance majeure aux opiacés dans les prisons de l'Oise a été fructueuse et très intéressante. Voici ceux qui sont à mon sens les plus importants :

Une meilleure acceptation des toxicomanes en détention , par les surveillants notamment  
 Une meilleure formation à cette pathologie des médecins, qui n'ont parfois que peu d'intérêt pour ce problème.

La contrainte de la délivrance quotidienne des produits de substitution mobilisant du personnel de surveillance et entraînant la non confidentialité des soins

La difficile coordination entre une multiplicité d'acteurs concernés

Les freins à la promotion des outils de prévention des risques infectieux incompatible avec le CPP

Les conditions de détention avec la surpopulation, le desoeuvrement et le manque d'hygiène

Le problème est réel et difficile mais en aucun cas il ne peut être dissocié de la prise en charge sanitaire globale des détenus qui comporte des lacunes importantes sur l'hygiène et la santé publique, le traitement des troubles mentaux, le suivi des délinquants sexuels et la prise en charge du vieillissement, du handicap et de la fin de vie.

La démarche entreprise, dans le cadre de la note santé-justice du 9 août 2001, par le groupe projet pour améliorer la prise en charge des conduites addictives a bien fait évoluer les idées et les pratiques. C'est ainsi que la méthadone peut maintenant être prescrite dans les UCSA, qu'un livret de liaison consignait les éléments notables sur le suivi du traitement des toxicomanes sera, de manière expérimentale, à disposition des intervenants des administrations de la santé et pénitentiaires

Le travail effectué dans les établissements pénitentiaires de l'Oise est remarquable dans le domaine de la collaboration entre les personnels pénitentiaires et sanitaires. Le travail de formation est encore à consolider d'autant que la prise en charge de la toxicomanie est un problème très complexe et bien difficile même en milieu libre et qui est toujours en recherche de solutions.

Il reste encore du travail à faire dans le domaine de la réduction des risques d'infection et notamment concernant l'utilisation d'eau de javel pour désinfecter les matériels d'injection. Mais, la logique pénitentiaire est très puissante et inhibe le personnel sanitaire dans le passage de ce genre de messages. Il faut renforcer les efforts de communication et de collaboration entre les deux administrations afin que chacun puisse effectuer sa mission conformément aux respects de la réglementation.

La prise en charge de la toxicomanie, qu'elle soit en milieu libre ou en détention est un problème extrêmement délicat. Les professionnels savent maintenant que les traitements de la dépendance majeure aux opiacés, proposés comme outil de réduction des risques depuis une vingtaine d'année, sont très longs (de l'ordre de plusieurs années allant parfois jusqu'à la vie entière). Par ailleurs il y a peu de données sur la sortie des traitements de substitution qui n'est possible que si le patient a retrouvé son équilibre psychologique et a réussi son insertion ou réinsertion sociale ou professionnelle. Cela représente beaucoup de conditions à réunir. Ce qui explique en partie la difficulté de soigner ces patients..

Dans les prochains mois, sont attendus des recommandations et des orientations politiques concernant ce problème de dépendance aux drogues illicites et aux produits psychoactifs :

L'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES) prépare des règles de bonnes pratiques de prescription des traitements de substitution majeure aux opiacés afin de mieux parer aux problèmes de mésusage et de trafic concernant ces produits.

De plus, une conférence de consensus est prévue en 2004. Les experts du domaine se réuniront pour donner les lignes directrices communes et mieux définir les critères d'efficacité, les objectifs ainsi que la place des différents acteurs. Ils feront le point sur les données actuelles pour établir des recommandations, très attendues par les équipes concernées.

Nous disposons déjà des grandes lignes des orientations de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) dévoilées par son président début novembre 2003. Ces orientations sont dans la continuité avec pour le volet soins, le

maintien de la politique de réduction des risques. (un référentiel est en cours d'élaboration), un souhait de rééquilibrage à faire entre BHD et méthadone, améliorer les progrès faits en prison, élargir les propositions en créant des communautés thérapeutiques basées sur l'abstinence, en favorisant des groupes type «narcotiques anonymes».

.

En outre, la future réforme de la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses est en cours de réflexion. Il existe actuellement un consensus sur le non sens de mettre en prison une personne du seul fait de sa consommation de drogue. Cela devrait faire l'objet de contravention et d'une obligation de consultation dans une structure de soins.

Nous espérons que ces textes à venir seront autant de repères pour les acteurs confrontés à ce phénomène et également un formidable vecteur de discussion et de remise en question des pratiques.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages-articles-rapports :

AUGE-CAUMON M-J., BLOCH-LAINE J-F., MOREL A. et al. *L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations*. Rapport réalisé à la demande de Bernard Kouchner. Ministre délégué à la santé. Avril 2002.

BERGERON H. *Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique des addictions : analyse sociologique du fonctionnement de quatre dispositifs départementaux de prévention des pratiques d'alcoolisation et de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool*. Centre d'analyse et de formation et d'intervention. Ofdt Paris. Février 2001

CHAUVIN I., *La santé en prison; les enjeux d'une véritable réforme de santé publique*. Paris: ESF éditeur, 2000. 111p.

FACY F. *Toxicomanes dépistés en prison : leurs usages de drogues et de médicaments psychotropes*. Revue française des affaires sociales. Ministère du travail et des affaires sociales. Janvier Mars 1997 51<sup>e</sup> année n°1. p179-190.

FATOME, VERNEREY, Dr LALANDE et al. *L'organisation des soins aux détenus*. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Inspection générale des affaires sociales. Ministère de la justice. Inspection générale des services judiciaires. Rapport d'évaluation. Juin 2001. 196p.

FAVREAU-BRETTEL M., FERNANDES E., ROUSSEAU E. *Enquête sur l'activité des établissements de santé auprès des personnes détenues dans le cadre de la réforme instituée par la loi du 18 janvier 1994*. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Rapport de la Direction des Hôpitaux / bureau E04, 1999. 104 p.

GENTILINI M. *Problèmes sanitaires dans les prisons; maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18.01.94, avant, pendant et après l'incarcération*. Paris: Flammarion Médecine Sciences, 1997. 206p.

GIRARD JF., *La santé en prison : un enjeu de santé publique*. Revue française des affaires sociales. Ministère du travail et des affaires sociales. Janvier Mars 1997 51<sup>e</sup> année n°1. p13-16.

GONIN D., *La santé incarcérée; médecine et conditions de vie en détention*. Paris: L'archipel, 1991. 259p.

GRIGUIERE P. *Enquête auprès des usagers de drogues en prison*. Enquête OBSTOX 2001. Disponible sur Internet <http://www.medecine-penitentiaire.com>

Haut Comité de la Santé publique (HCSP), *Santé en milieu carcéral*. Avis et rapport du HCSP janvier 1993.

HOERNI B. *Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire*. Rapport adopté lors de la session du CNOM de juillet 2001. Disponible sur Internet <http://www.conseil-national.medecin.fr>

MAESTRACCI N., BARBIER C. *Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions*. Rapport RASCAS. Premier ministre. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction générale de la santé. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Décembre 2001.

MICHEL L., MAGUET O. *L'organisation des soins en milieu carcéral*; Rapport pour la commission nationale consultative des traitements de substitution (non encore publié). 2003.

MILLY B. *Soigner en prison*. Paris: Presses Universitaires de France, 2001. 250p.

MOLLA A., BASSET C., BLOCH-LAINE JF. et al. *Les risques liés aux usagers de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif*. Rapport, avis et recommandations du Conseil national du sida. Juin 2001. Disponible sur Internet <http://www.ladocfrancaise.gouv.fr/BRP/notices/014000682.html>

MORFINI H., FEUILLERAT Y. *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction générale de la santé. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Décembre 2001.

MOUQUET M-C., DUMONT M., BONNEVIE M-C. *La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque*. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes et Résultats. Janvier 1999 n°4.

PETIGNY C. *Traitement social et médical des usagers de drogues : étude sociologique en maison d'arrêt*. Enquête OBSTOX 2002. Disponible sur Internet <http://www.medecine-penitentiaire.com>

*Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001*. Premier Ministre. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. MILDT, 1999. 109p.

*Rapport annuel d'activité (1999)*. Ministère de la justice. Administration pénitentiaire. Paris. La Documentation française. 2001.

REYNAUD M., PARQUET P-J., LAGRUE G. *Les pratiques addictives; usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris: Editions Odile Jacob, 2000.

ROQUES B. *La dangerosité des drogues*. Paris : Editions Odile Jacob, 1999.

ROUSSEAU E., *La réforme de l'organisation des soins aux personnes détenues : les textes et leur mise en œuvre*. Revue française des affaires sociales. Ministère du travail et des affaires sociales. Janvier Mars 1997 51<sup>e</sup> année n°1 p 73-80.

STANKOFF S., DHEROT J., *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*. Ministère de la justice. Direction de l'administration pénitentiaire. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction générale de la santé. Décembre 2000.

VASSEUR V. *Médecin-chef à la prison de la santé*. Paris : Le cherche midi éditeur, 2000.

### **Textes de référence**

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (titre 1<sup>er</sup>, chapitre II : soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus)

.

Décret n°94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire

Décret n°98-1099 du 8 décembre 1998, art 57 et 190 (article D273 du CPP )

Décret du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Circulaire DH/DGS/DSS/DAP n°45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et comportant un guide méthodologique

Circulaire DGS/DH/DAP n°739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.

Note DAP du 5 novembre 1997 relative à la distribution de l'eau de javel aux personnes détenues.

Note d'information DGS du 21 novembre 1997 relative aux modalités d'utilisation et de diffusion de l'eau de javel comme outil de réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Protocole de désinfection à l'eau de javel des seringues usagées et affichette destinée à être distribuée aux usagers de drogues DGS, novembre 1997.

Note interministérielle du 9 août 2001 MILDT/DGS/DHOS/DAP donnant les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites et illicites ou ayant une consommation abusive

Circulaire du 30 janvier 2002 relative à l'élargissement de la primo-prescription de la méthadone à tout praticien d'un établissement public de santé

Code de Déontologie Médicale (article 9) relatif à la liberté de prescription du médecin.

---

## Liste des annexes

---

- I. → Liste des personnes rencontrées
- II. → Guide d'entretien semi-directif personnel soignant
- III. → Guide d'entretien semi-directif personnel pénitentiaire

### Liste des personnes rencontrées

Melle Courtois, infirmière à l'UCSA de la Maison d'arrêt de Beauvais

Dr Serhani, médecin généraliste vacataire à l'UCSA de la maison d'arrêt de Beauvais

M. Dangréau, Directeur adjoint de la maison d'arrêt de Beauvais

Dr Olga Delehay, médecin généraliste vacataire à l'UCSA de la maison d'arrêt de Compiègne.

M. Michot, infirmier à l'UCSA de la maison d'arrêt de Compiègne

Dr Michèle Savin, médecin psychiatre. Fédération de soins aux détenus du centre hospitalier psychiatrique interdépartemental de Clermont

Dr Jean-Jacques PIK, médecin hospitalier au centre hospitalier de Clermont. Responsable du CASA (centre d'accueil et de soins des addictions).

Jean-Michel Camu, directeur du service pénitentiaire d'insertion et probation.

Geneviève Page, directrice des soins infirmiers au centre hospitalier de Compiègne.

Marie-Christine Lavalard, service pénitentiaire d'insertion et probation à la maison d'arrêt de Compiègne

M. Encatassamy, surveillant à la maison d'arrêt de Compiègne.

Christelle Vereecke, éducatrice et référent justice. Centre de soins spécialisés aux toxicomanes de Beauvais.

Hélène Morfini, psychologue. Direction générale de la santé.

Dr Dominique de Galard, médecin inspecteur de santé publique. Bureau des politiques sociales et d'insertion. Direction de l'administration pénitentiaire.

Et également une personne détenue dépendante sous traitement de substitution.

## **Guide d'entretien semi-directif personnel soignant**

Lieu

Date

Nom

Prénom

Fonction

Depuis combien de temps exercez-vous dans cet établissement ?

Quelles sont vos motivations pour travailler en détention ?

A votre avis, quelles sont les conditions à réunir pour qu'une prise en charge d'un toxicomane incarcéré soit optimale ?

Par exemple comment avez-vous pris en charge le dernier toxicomane que vous avez eu en consultation ?

Qui est en charge du repérage ?

Qui prend en charge les toxicomanes ?

Proposez-vous les deux traitements de substitution ?

Sur quels critères, proposez-vous l'un ou l'autre ?

Comment sont dispensés les traitements de substitution ?

Comment s'organise la prise en charge globale ?

Proposez-vous un suivi par le psychologue ou par le psychiatre ?

Quels sont les liens avec les personnels prenant en charge le côté social ?

Quelle est votre participation concernant la préparation à la sortie ?

Avez-vous des difficultés ?

Pensez-vous être suffisamment formé sur cette question ?

Y a-t-il eu des améliorations suite à la mise en place du protocole d'amélioration de la prise en charge des détenus dépendants aux produits licites et illicites (note de la MILDT/DGS/DAP août 2001) ?

## **Guide d'entretien semi-directif personnel pénitentiaire**

Lieu

Date

Nom

Prénom

Fonction

Depuis combien de temps exercez-vous dans cet établissement ?

Quelles sont vos motivations pour travailler en détention ?

Quelle est la structure sanitaire qui prend en charge les patients toxicomanes dans votre établissement ?

Savez-vous si des traitements de substitution sont prescrits dans votre établissement ?

Que pensez-vous de la prise en charge des toxicomanes au plan sanitaire et social dans votre établissement ?

Quel est votre rôle dans cette prise en charge ?

Avez-vous noté une amélioration depuis la mise en place du protocole d'amélioration de la prise en charge des détenus dépendants aux produits licites et illicites (note de la MILDT/DGS/DAP août 2001) ?

Pensez-vous être suffisamment formé sur cette question ?

Comment préparez-vous la sortie du détenu ?