

## Addictions en milieu carcéral

**Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive**

**C**ette synthèse présente les résultats d'une enquête menée en 2003 sur la base d'un questionnaire conçu par l'OFDT et qui a concerné 157 établissements pénitentiaires. Le rapport complet est disponible sur le site de l'Observatoire<sup>1</sup>.

L'enquête 2003 sur la prise en charge des addictions en prison [1] a permis de réaliser à la demande des pouvoirs publics (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies, ministère de l'Emploi et de la Solidarité et ministère de la Justice) un premier bilan de l'application de la note interministérielle du 9 août 2001 [2]. Celle-ci invitait les services pénitentiaires et sanitaires intervenant dans l'établissement à examiner les besoins de soins au sein de la structure (en élaborant un état des lieux commun) et à définir une organisation des services permettant d'y répondre de façon efficace et coordonnée. Ce schéma d'organisation, formalisé dans un « protocole de prise en charge des détenus présentant un problème d'abus ou de dépen-

dance », devait identifier clairement le rôle de chacun des services concernés (cf. rappel du cadre réglementant l'organisation des soins, *infra*) pour satisfaire à cinq objectifs :

- repérer systématiquement toutes les situations d'abus et/ou de dépendance, quel que soit le produit psychoactif, en utilisant un outil de diagnostic proposé par les services centraux (dit « grille mini-grade », en référence à la Mini International Neuropsychiatric Interview, adaptée pour repérer les troubles associés à l'usage de substances psychoactives) ;
- proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue ;
- développer la prévention, notamment des risques associés à la consommation de produits ;
- favoriser les aménagements de peine, de façon à organiser un retour à la liberté dans un cadre socio-médical structuré ;
- préparer la sortie des détenus présentant une consommation abusive ou une dépendance.

### Rappel du cadre réglementant l'organisation des soins en milieu carcéral

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a fait évoluer la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Son objectif principal était d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. Pour faciliter son application, deux mesures complémentaires ont été prises :

- le transfert de l'organisation et de la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier : à ce jour, tous les établissements pénitentiaires sont dotés d'une Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) rattachée à l'hôpital de proximité ;
- l'affiliation des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de la Sécurité sociale, et la possibilité, depuis janvier 2000, de bénéficier de la couverture médicale universelle.

La prise en charge des détenus présentant une dépendance aux drogues licites ou illicites relève conjointement de l'UCSA, placée sous l'autorité d'un praticien hospitalier, et des secteurs de psychiatrie : Service médico-psychologique régional hospitalier, dit SMPR, ou secteur de psychiatrie générale. Dans 16 établissements pénitentiaires sont implantés des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), ex-*"antennes toxicomanie"*, dotées du statut de *"CSST intervenant en milieu pénitentiaire"* en 1992, qui dépendent du SMPR. Dans les autres établissements, la prise en charge des personnes détenues ayant un problème de dépendance est assurée par les CSST et CCAA (Centres de cure ambulatoire en alcoolologie) extérieurs habilités à intervenir en milieu carcéral.

Le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) est responsable de l'accompagnement social de la personne détenue, garant de la cohérence de la prise en charge et du suivi.

« N° 41 »  
Janvier 2005

Le point sur  
la recherche  
la plus récente

Établis en 1997, les derniers chiffres disponibles au moment de l'adoption de la note du 9 août 2001 estimaient à 60 % la part des entrants en prison qui présentaient un problème lié à une consommation d'alcool et/ou d'autres drogues, nécessitant une prise en charge adaptée [3]. Ces détenus ne faisaient pas toujours état de leur problème de dépendance auprès des services sanitaires, socio-éducatifs ou de surveillance, qui eux-mêmes ne procédaient pas à des investigations systématiques : ainsi, les problèmes d'addiction n'étaient pas toujours repérés. Sachant que la majorité des détenus infectés par le VIH et les hépatites, en particulier, les usagers par voie intraveineuse, sont des usagers de drogues qui, de surcroît, ont tendance à adopter au cours de la détention des comportements à risque, on mesure à quel point l'enjeu d'un meilleur repérage et d'un traitement adapté des addictions en milieu carcéral a été jugé crucial [4].

L'enquête s'est attachée à mesurer l'état d'avancement de la réflexion dans chaque département, mais également à pointer quelques tendances quant aux carences et aux disparités du dispositif de prise en charge sanitaire et sociale proposé aux personnes détenues, tout au long de l'incarcération et à leur sortie. Elle a été menée sur la base d'un questionnaire conçu par l'OFDT au printemps 2003, en lien avec la MILDT, la DGS, la DHOS et la DAP<sup>2</sup>, et adressé à l'ensemble des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de métropole et d'outre-mer, garantes du lancement de la démarche, qui ont répondu pour les établissements.

#### 42% des établissements ont signé un protocole.

Si une grande partie des établissements a engagé la réflexion, la formalisation de protocoles de prise en charge n'était pas encore pleinement réalisée à la fin de l'été 2003. Dans 66 structures pénitentiaires (42%), un protocole était signé ou en cours de signature, associant, en moyenne, 5 à 6 signataires, internes à l'établissement ou tiers extérieurs (associations,

#### Caractéristiques de l'échantillon

92 DDASS sur 100 ont renvoyé une réponse exploitable, concernant les établissements pénitentiaires implantés sur leur territoire, ce qui représente un taux de participation très satisfaisant<sup>3</sup>. Les Centres de semi-liberté (CSL) autonomes, où la prise en charge sanitaire relève du droit commun – par opposition aux CSL rattachés à un centre pénitentiaire ou à une maison d'arrêt – ont été écartés du champ de l'enquête, ne relevant pas du milieu fermé.

L'échantillon obtenu comprend 157 établissements pénitentiaires, sur 168 ciblés par l'enquête (soit 93% de l'ensemble visé). Ils se décomposent comme suit :

- 108 maisons d'arrêt (accueillant en principe des prévenus, en détention provisoire avant d'être jugés, et des condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an) ;
- 23 centres de détention (recevant des personnes condamnées à des peines moyennes ou longues) ;
- 22 centres pénitentiaires (établissements mixtes recevant des prévenus et des condamnés à de courtes et longues peines, qui comportent à la fois un quartier « maison d'arrêt » et/ou un quartier « maison centrale » et/ou un quartier « centre de détention ») ;
- 4 maisons centrales, qui reçoivent des détenus condamnés à de longues peines sous un régime disciplinaire.

A titre de rappel, à la date de l'enquête, la surdensité carcérale était de l'ordre de 125% (60 963 détenus pour 48 603 places). Elle est de l'ordre de 120% dans l'échantillon étudié.

CHRS, etc.). La démarche a fait l'objet d'investissements différenciés selon les sites : un certain nombre n'ont pas dépassé la phase de lancement par la DDASS ou la nomination formelle d'un responsable de projet « addictions », d'autres sont parvenus au stade d'élaboration d'un état des lieux (109 établissements sur les 157 enquêtés) et/ou d'un protocole.

L'impulsion donnée par le responsable de projet « addictions » apparaît indéniable dans les 108 établissements où un référent a été nommé. Référent de la démarche et animateur du groupe chargé d'établir un diagnostic local, il devait être désigné au cours de la réunion de lancement, prioritairement parmi les intervenants en psychiatrie. A l'exception de trois départements, toutes les fois qu'un protocole a été signé ou était en cours d'élaboration, un tel responsable a été préalablement nommé. Ce référent peut être médecin ou praticien hospitalier (42%), psychiatre (30%), psychologue (11%), infirmier (8%) ou relevant d'une autre profession (9%). Dans la majorité des cas, il relève de l'UCSA ou d'un centre hospitalier. Sinon, le service de rattachement est un service de psychiatrie (30%), un CSST (10%) ou, plus rarement, le SPIP, la direction d'établissement ou une association.

Les problèmes pointés dans les états des lieux, achevés ou en cours à la date de l'enquête, ont été, pour plus de deux tiers : un problème de coordination entre services (63%), une insuffisance des effectifs médicaux et para-médicaux (40%) ou, pour près d'un établissement sur cinq, un problème d'acceptation de la substitution en milieu carcéral (cf. infra). Le contexte de prise en charge identifié comme le plus problématique a été, par ordre décroissant : la sortie de prison (dans la majorité des établissements) ; l'offre de soins en matière de dépendance au tabac et à l'alcool, pointée, dans les deux cas, dans un tiers des établissements ; les problèmes liés à la prise en charge dans le cadre d'aménagements de peine ou lors du repérage à l'entrée (dans 20% des établissements).

#### Un repérage des addictions à l'entrée en prison qui n'est pas encore systématique.

Le repérage des situations d'abus ou de dépendance, quel que soit le produit psychoactif, n'est pas opéré de façon systématique, pour chaque produit, contrairement aux directives consignées dans la note : moins de 60% des établissements ayant répondu (soit 70 structures) utilisent des outils spécifiques de repérage des situations d'abus ou de dépendance, dont la grille mini-grade.

Le taux de non-réponses de l'ordre de 30% sur cette question témoigne d'une relative sous-information des DDASS quant à l'organisation des soins à l'entrée des établissements de leur ressort. Dans plus de 8 établissements sur 10 (84%), l'UCSA est le service responsable du repérage à l'entrée. Le SMPR assume ce rôle dans deux établissements sur dix (17%). Exceptionnellement, le CSST et/ou le SPIP sont chargés du repérage.

L'outil de diagnostic mini-grade, adapté par les services centraux pour être diffusé dans l'ensemble des établissements en France, est utilisé dans certains d'entre eux mais sa pertinence est discutée, voire même controversée, par les services sani-

2. Direction générale de la santé et Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille ; Direction de l'administration pénitentiaire du Ministère de la Justice.

3. Ce taux de participation est un taux global de retour des questionnaires. Le taux de non-réponse varie selon les questions.

taires. Si la plupart reconnaissent qu'il est bien construit et rigoureux, sa maniabilité, dans les conditions particulières de la visite médicale d'entrée, est contestée, si bien que d'autres outils lui sont fréquemment préférés (test CAGE-DETA qui permet de dépister en quatre questions une consommation d'alcool à problèmes, repérage « informel » au cours de l'entretien d'accueil, recherche de toxicodépendance chez le détenu, doublée d'un questionnement sur les antécédents médicaux et psychiatriques, etc.).

#### Modalités du repérage des addictions à l'entrée en prison

Pour 157 établissements	Service responsable du repérage à l'entrée				Utilisation d'outils de repérage (dont mini-grade)
	UCSA	SMPR	CSST	SPIP	
Nombre d'établissements concernés	93	19	5	5	70
Sur 157 établissements (en %)	83,8	17,0	4,5	4,5	58,3
Non-réponses	46	45	45	45	37

Source : OFDT - Addictions en milieu carcéral

#### Une offre de prise en charge disparate

L'objectif posé par la note interministérielle de proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue semble partiellement atteint.

L'accès aux traitements de substitution aux opiacés n'est pas garanti dans tous les établissements : c'est dans ce domaine que le principe d'équivalence des soins avec l'extérieur, affirmé par la loi du 18 janvier 1994, est le plus fortement mis à mal. Pour 22 établissements sur les 109 pour lesquels une réponse est connue (20%), la DDASS a signalé un problème d'acceptation de la substitution, alors même que la note incitait les médecins à poursuivre les traitements engagés avant l'incarcération : ces établissements « réfractaires » sont des structures importantes, de 316 places en moyenne, en majorité des maisons d'arrêt.

L'hétérogénéité des pratiques d'un établissement à l'autre est patente : certains médecins, qui interrompent systématiquement tout traitement, opposent un refus de principe à l'égard de la substitution, du fait de positions individuelles ou de divergences d'opinions entre services prescripteurs (UCSA, SMPR ou secteurs de psychiatrie générale). D'autres équipes médicales ont à cœur de poursuivre les traitements initiés à l'extérieur, mais ne prescrivent pas de nouveaux traitements. Enfin, dans les autres établissements, les traitements sont poursuivis et parfois même commencés : ce constat est confirmé par les chiffres de l'enquête du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille menée une semaine donnée en février 2004, qui montre que 7 établissements (surtout des établissements pour peines, c'est-à-dire des centres de détention ou des maisons centrales) initient même plus de traitements qu'ils n'en poursuivent [5].

Les contraintes inhérentes au fonctionnement carcéral compliquent aussi bien l'accès aux traitements que le suivi médical. Les traitements sont dispensés pendant les heures de permanence sanitaire mais les moyens en personnel médico-infirmier ne permet pas de contrôler la prise au-delà de la distribution du traitement, ce qui produit deux types de risques :

celui d'un usage détourné du produit à des fins de trafic (de Subutex® en particulier), et celui d'un surdosage qui, dans le cas de la méthadone, peut être fatal au détenu en cas d'association avec un autre produit psychoactif. Pour prévenir ces mésusages, les établissements ont développé des stratégies différenciées, dont, par exemple, « la règle des 8 mg », qui consiste à ne distribuer aux détenus que des piluliers de Subutex® de moins de 8 mg (maison d'arrêt de Béthune) de façon à éviter le trafic et la prise de doses importantes en une seule fois.

La prise en charge de l'abus et de l'usage nocif d'alcool a connu des progrès remarquables : 102 établissements permettent l'accès à une consultation spécialisée en 2003, contre 2 établissements seulement en 1997. Aujourd'hui donc, les consultations spécialisées alcool sont disponibles dans 80% des établissements pour lesquels une réponse a été fournie. Pour autant, l'offre de soins n'est pas à la hauteur de l'enjeu : dans certains établissements parmi ceux qui ont répondu, un détenu sur deux déclare une consommation problématique d'alcool, et près d'un sur quatre répond aux critères de l'alcoolodépendance ; or, l'intervention en milieu carcéral de consultations extérieures en alcoologie reste encore limitée et soumise à des délais d'attente rétroactifs, parfois supérieurs à la durée de l'incarcération. Ces carences de l'offre de soins sont d'autant plus dommageables que les personnes dépendantes à l'alcool tendent à occulter leur pathologie : elles formulent donc rarement une demande de soins, voire la refusent. Ainsi, les besoins exprimés restent en deçà des besoins réels. L'absence de demande étant souvent trompeuse, il s'agit pour les établissements de mettre en place « une offre de soins qui révèle la demande », comme l'a indiqué un médecin-inspecteur de la DDASS. L'enjeu d'une meilleure prise en charge est d'autant plus impérieux qu'il est établi que l'abus ou la dépendance à l'alcool est un facteur favorisant la commission d'infractions diverses (violences contre les personnes, infractions routières, etc.), source de récidive pénale.

Les actions de prise en charge d'une dépendance tabagique sont relativement rares et relèvent d'initiatives locales, dans un contexte pénitentiaire où près de 80% des détenus sont fumeurs [3]. Dans près de deux établissements sur trois, les substituts nicotiques sont accessibles par le biais des UCSA, la plupart du temps de façon cantinée (c'est-à-dire payante), sous forme de patches ou de gommes. Les financements permettant une mise à disposition gratuite s'avèrent rarement pérennes.

#### Offre de prise en charge au titre d'une dépendance tabagique

Pour 157 établissements	Accessibilité des substituts nicotiques	Cellules non-fumeurs
Nombre d'établissements concernés	67	26
Sur 157 établissements (en %)	59,3	24,3
Non-réponses	44	50

Source : OFDT - Addictions en milieu carcéral

L'accès gratuit au sevrage tabagique pour les détenus indigents semble avoir cours dans un nombre limité d'établissements, alors même que le coût des substituts nicotiques a

tendance à décourager les détenus. L'offre de prise en charge est donc différenciée selon les sites, avec parfois, des efforts conséquents (ouverture d'une consultation en tabacologie en maison d'arrêt), même s'ils s'adressent souvent à des publics spécifiques (détenus indigents ou femmes enceintes). En outre, dans 26 établissements (environ un sur quatre, dans l'échantillon), on trouve des cellules non-fumeurs, dont la généralisation est fort improbable en situation de surpopulation carcérale.

## Conclusion

Cette enquête témoigne de l'intérêt de la démarche des protocoles et met au jour les carences les plus significatives du dispositif de prise en charge. Elle n'avait pas pour objectif d'offrir une évaluation quantitative des besoins des personnes détenues présentant des conduites addictives, ni une estimation des moyens nécessaires pour y répondre de façon satisfaisante. Cette évaluation serait pourtant nécessaire pour orienter les efforts des pouvoirs publics. Son objet n'était pas davantage de recueillir le point de vue des personnes détenues, usagers du système de soins, quoique cette approche serait, elle aussi, riche d'enseignements.

Le mérite principal des protocoles est d'avoir consolidé les relations de coopération et permis de « formaliser l'existant », de façon à pérenniser les schémas organisationnels en vigueur. L'appréciation générale portée par les DDASS montre qu'elles ont jugé la démarche des protocoles décisive, en termes de partage des connaissances dans le domaine de la prise en charge des addictions et du point de vue de l'amélioration du partenariat. La moitié déclare même que les protocoles ont été l'occasion de nouer de nouvelles relations de concertation.

Cependant, malgré cette mobilisation des administrations centrales et des services déconcentrés, avantageusement relayée par les acteurs intervenant en détention, le principe de continuité et d'équivalence des soins entre milieu carcéral et milieu libre n'est pas encore acquis dans un nombre important d'établissements. La note a amené les services à mieux définir les besoins et à formaliser une procédure de prise en charge concertée mais elle n'a pas suffi, quand la collaboration était problématique, à modifier la situation. Ces difficultés d'articulation persistantes doivent être rapportées aux contraintes de fonctionnement du système de soins, qui s'appuie sur des équipes sanitaires amoindries par l'insuffisance des effectifs psychiatriques, à l'image de la pénurie de personnels observée en milieu libre.

L'étude se fait également l'écho des attentes exprimées par les intervenants en milieu pénitentiaire quant à des directives claires émanant des instances centrales, qui pourraient prendre la forme d'une réaffirmation des orientations institutionnelles affichées dans la note du 9 août 2001. Les personnels appellent à la mise en place de formations communes aux acteurs sanitaires, pénitentiaires et sociaux. Enfin, une forte demande de moyens supplémentaires se fait jour, pour les UCSA et en psychiatrie – où la crise des effectifs risque d'hypothéquer de plus en plus gravement l'organisation des soins.

Les résultats de cette enquête permettent ainsi de réaffirmer le rôle de communication, d'animation et de formation des administrations centrales pour continuer à mobiliser les équipes autour d'un discours public actualisé, lisible et centré sur les

points de progrès souhaitables. Il semble, par exemple, essentiel de poursuivre l'incitation aux bonnes pratiques de substitution, en s'attachant à réduire les disparités observées dans les pratiques professionnelles. L'évaluation programmée des objectifs du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) devrait être l'occasion de procéder à un nouvel état des lieux sur ces différents axes.

Ivana Obradovic ■

## ► Références bibliographiques

[1] OBRADOVIC (I.), *Addictions en milieu carcéral – Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive*, 2003, Saint Denis, OFDT, 2004, 99 p.

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

[3] 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, DREES, *Etudes et résultats*, n°4, janvier 1999, 10 p. (actualisation prévue en 2005).

[4] STANKOFF (S.), DHÉROT (J.), *Rapport de la Mission Santé - justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, DAP/DGS, Paris, décembre 2000, 85 p.

[5] MORFINI (H.), FEULLERAT (Y.), *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire* (février 2004), ministère des Solidarités, de la Santé et de la famille, DGS/DHOS (à paraître en 2005)

*Vous pouvez consulter cette publication sur Internet (<http://www.ofdt.fr>)  
An english version of this publication will be available soon on Web at this URL :  
<http://www.ofdt.fr/ofdtlanindex.htm>*

## Tendances

Directeur de la publication : Jean-Michel Costes ■ Comité de rédaction : Marie-Danièle Barré, Aline Desesquelles, Alain Epelboin, Jean-Dominique Favre, Claude Got, Serge Karsenty, Annette Leclerc, Thomas Rouault ■ Maquettiste: Frédérique Million ■ Documentation: Isabelle Michot et Laurence Callard ■ Impression: Imprimerie Masson - 69, rue de Chabrol - 75010 Paris ■ ISSN 12956910 ■ Dépôt légal à parution ■

