

Prison et addictions: face aux dysfonctionnements et manquements, nos propositions

Audition de la Fédération Addicton par la commission d'enquête
de l'Assemblée nationale sur le système pénitentiaire

27 octobre 2021



Prison et addictions: face aux dysfonctionnements et manquements, nos propositions

Grands principes et fondements de droits relatifs à la santé en détention

Le principe central qui structure et encadre la protection de la santé des personnes détenues est **le principe d'équivalence entre le milieu extérieur et la prison**, tant pour l'accès à la santé qu'à la prévention. Ce principe fondateur a été prôné par l'OMS en 1993 et adopté en France par la loi du 18 janvier 1994¹ qui a acté le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Cette réforme répondait à la volonté d'améliorer l'accès aux soins des détenus et d'intégrer la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans le système de santé de droit commun. Ce principe d'équivalence des soins implique bien sûr **une continuité des interventions lors de l'entrée en détention et au moment de la sortie de détention** qu'il est essentiel de préserver.

Par ailleurs, il existe un deuxième principe important pour comprendre les enjeux autour de la prise en charge sanitaire des

personnes détenues: **la santé en milieu pénitentiaire est une question de santé publique qui doit être pensée au sens large, et non exclusivement en milieu fermé.**

En effet, les milieux fermés et ouverts ne peuvent être dissociés sur le plan sanitaire, du fait des mouvements de population perpétuels entre l'intérieur et l'extérieur de la prison. La prison est perméable aux problèmes de santé publique importés de la population générale et, inversement, des sujets spécifiques au milieu fermé sont exportés au dehors de la prison par les allers-retours des détenus. On comprend donc aisément que toute intervention en prison bénéficie à l'ensemble de la communauté, qu'elle soit carcérale ou extra-carcérale, personnels pénitentiaires inclus. Ainsi, si les conditions sanitaires sont améliorées en prison, c'est la sécurité globale de la prison qui est améliorée de même que la santé publique en général.

[L'audition du 27 octobre est accessible en replay sur le site de l'Assemblée nationale](#)

¹ **Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale**

Les addictions en milieu pénitentiaire

D'après les derniers chiffres dont nous disposons, on estime aujourd'hui à environ 40 % la part des détenus entrants concernés par des conduites addictives impliquant alcool et/ou drogues². En parallèle de ce constat, il est important de souligner que **les consommations en détention sont courantes** et cette réalité doit être prise en compte et acceptée par les pouvoirs publics et les professionnels exerçant en prison. **La circulation et la consommation de substances illicites ou de médicaments détournés de leur usage en détention doit être reconnue pour permettre une meilleure prise en charge** des personnes détenues concernées par ces consommations. Il n'y a malheureusement pas de prison sans drogue de même qu'il n'y a pas de société sans drogues. Se convaincre du contraire est une forme de déni particulièrement préjudiciable à la santé des détenus et à la possibilité de leur proposer une prise en charge pragmatique et adaptée.

En ce sens, **la prise en charge des addictions en détention suppose une intervention globale**, transversale et multidisciplinaire. Il va de soi que les périodes d'incarcération représentent des périodes avec un risque majeur de rupture dans les processus de soin mais également sur le plan social. Par ailleurs, la prévention de la récidive passe par une intervention en amont et en aval de l'incarcération et l'articulation avec les personnels pénitentiaires (SPIP en milieu ouvert et fermé) est donc indispensable.



² Fédération
Addiction, Soins des
personnes détenues,
2014

Les freins à la prise en charge des conduites addictives en détention

Des aspects structurels rendent difficile les interventions des soignants et du personnel médico-social en prison :

- le renouvellement permanent des personnels surtout en région parisienne ;
- l'insuffisance des effectifs notamment sanitaires, calculé initialement sur des effectifs de détenus sans surpopulation et pour des missions plus restreintes ;
- la surpopulation carcérale dont l'impact est considérable sur la capacité à intervenir des soignants ainsi que sur la qualité des interventions déployées ;
- le manque d'intervenants spécialisés ;
- le manque d'organisation et d'interaction avec les services pénitentiaires (accès et droit d'entrée en détention pour les intervenants extérieurs par exemple) ;
- une temporalité judiciaire très différente de celle des soignants. Le soin est un processus au long cours mais qui peut aussi parfois nécessiter des interactions rapides avec les magistrats ;
- les établissements pour mineurs sont pour l'instant exclus des dispositifs CSAPA réfèrent malgré les besoins manifestes de cette population.

Aux aspects structurels, s'ajoutent des aspects législatifs qui amplifient les difficultés déjà existantes.

Réduction des risques et des dommages: l'absence de statut en prison

La loi de santé de 2016³ marque une avancée politique importante puisqu'elle affirme l'extension du principe d'équivalence avec le milieu extérieur (prôné par la loi de 1994) aux mesures de réduction des risques. Grâce à cette loi, les personnes détenues devraient donc pouvoir bénéficier des mêmes mesures de réduction des risques que celles déjà appliquées en milieu ouvert. Pourtant, à ce jour aucun décret n'a encore été publié et l'ensemble des professionnels qui souhaitent pouvoir exercer ce droit se heurtent à un fort blocage au niveau de la direction centrale de l'administration pénitentiaire. Comme nous l'avons souligné, les pratiques à risque existent en détention et la situation actuelle nous interrogent donc sur la responsabilité institutionnelle de ceux qui ont la charge et la tutelle des détenus. Sur le plan éthique et déontologique, les professionnels ne peuvent pas rester indifférents à des pratiques à haut risque et des dispositifs se mettent donc en place... mais de manière occulte et sans possibilité d'évaluation du fait de leur illégitimité. Les accords locaux avec les personnels pénitentiaires, du surveillant à la direction, sont pourtant généralement de grande qualité mais comme nous l'avons dit, le blocage se situe ailleurs. À l'exception de ces accords locaux, seules les interventions médicalisées sont déployées, basées sur les traitements de substitution aux opiacés (appelés maintenant traitements agonistes des opioïdes), l'accès aux traitements de l'hépatite C en détention, la prophylaxie post et éventuellement pré-exposition du VIH.

Face à ce constat, force est de constater que nous sommes très loin du principe d'équivalence voulu par l'OMS et acté par la loi de 1994.

³ **Loi n° 2016-41
du 26 janvier 2016
de modernisation
de notre système de
santé**

Quelques pistes pour avancer

Voici quelques axes de travail proposé par la Fédération Addiction lors de l'audition du 27 octobre à l'Assemblée nationale :

- déployer la loi de santé de 2016 et ses décrets sur la réduction des risques et des dommages dans une réelle optique de santé publique, en associant dans ce processus les acteurs sanitaires et associatifs compétents dès le début;
- allouer des moyens dédiés suffisants: en quantité de personnel et en qualité avec facilitation des interventions extérieures notamment en addictologie sur le modèle des CSAPA référents;
- renforcer les efforts de formation, de sensibilisation, de l'explication des pratiques de soins et de leurs objectifs (réduction des risques notamment). Les problématiques rencontrées en milieu fermés sont à ce titre identiques à celles en milieu extérieur;
- améliorer les interactions et la coopération santé-justice, renforcer les liens en amont et en aval ainsi que les alternatives à l'incarcération;
- favoriser le développement durable d'expérimentations innovantes, leur évaluation ainsi que leur montée en échelle.