

La gestion des drogues et des conduites addictives en UHSA

Note de synthèse d'une enquête effectuée dans les 7 UHSA de France

Caroline Protais

NOTE 2015-07

SAINT-DENIS, LE 28 DÉCEMBRE 2015



INTRODUCTION

Aux termes de la loi du 9 septembre 2002, « personnes détenues, lorsqu'elles sont atteintes de troubles mentaux, sont hospitalisées dans des établissements de santé au sein d'unités spécialement aménagées », dites UHSA. Ces unités psychiatriques visent à établir une continuité entre le suivi ambulatoire assuré en prison par les unités sanitaires somatiques (UCSA) ou psychiatrique (SMPR) (voir encadré page 2), et l'hospitalisation temps plein. Les sept structures actuellement ouvertes en France sont implantées à l'hôpital mais entourées d'un mur d'enceinte pénitentiaire. Elles empruntent ainsi aux deux institutions : la prison et l'hôpital psychiatrique¹.

L'objectif de cette note est la présentation des résultats d'une enquête analysant la manière dont les UHSA répondent au problème de la circulation et de la consommation des drogues et se positionnent sur le champ de la prise en charge des conduites addictives.

Ces structures accueillent des détenus. Elles sont ainsi confrontées aux mêmes difficultés que les unités sanitaires en prison : la circulation et la consommation de drogues et de médicaments détournés de leur usage (Mouquet, 2005). Qui plus est, en milieu ouvert, la prise en charge des addictions est partagée par une diversité de praticiens (somaticiens, addictologues, psychiatres), ce qui donne lieu à des conflits d'hégémonie et de compé-

INTRODUCTION	1
METHODOLOGIE DE L'ENQUETE	2
STRATEGIE D'ENSEMBLE	2
LES TROIS ETAPES DE L'ENQUETE	3
RESULTATS	4
DES STRUCTURES LIMITANT L'ENTRÉE ET LA CIRCULATION DES DROGUES	4
LES RESSOURCES POUR PRÉVENIR LA CIRCULATION DES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES	5
LES STRATÉGIES DÉVELOPPÉES	7
LA PLACE DONNÉE AUX ACTIONS CIBLÉES ET AUX CURES DE SEVRAGE	9
CONCLUSION	12
REPÈRES LÉGISLATIFS	13
BIBLIOGRAPHIE	15

1. Pour de plus amples détails sur la genèse historique des UHSA et leur fonctionnement « hybride » voir Eyraud et al. (Eyraud et al., à paraître).

tence sur ce champ (Bergeron, 1999 ; Coppel, 2002). Ces enjeux de périmètres professionnels sont particulièrement perceptibles en prison où les rapports entre unités somatiques et psychiatriques manquent souvent de communication (Bessin et Lechien, 2000 ; Milly, 2001). Comment l'UHSA se positionne-t-elle sur la question de la prise en charge des conduites addictives, et plus particulièrement sur les cures de sevrage, qui sont parfois réalisées en hôpital psychiatrique en milieu ouvert ? Quels sont les points de vue des professionnels sur la question de la prise en charge des conduites addictives en UHSA ?

L'UHSA peut être vue comme une institution limitant la circulation des drogues, usant pour ce faire de certaines ressources pouvant être mobilisées par le personnel soignant, et conduisant à des stratégies à la fois communes et diversifiées de contrôle des drogues et de la consommation.

La prise en charge sanitaire des détenus et l'UHSA

La mise en place d'un système de soins destinés aux détenus débute au XIXe siècle, au moment de la naissance des professions médicales, où se mettent progressivement en place des infirmeries somatiques et psychiatriques en milieu carcéral dépendant à l'origine des établissements pénitentiaires hébergeant . En 1977, les services médico-psychologiques régionaux en milieu pénitentiaire (SMPR, nommés à cette période CMPR) sont les premiers à s'émanciper de la tutelle pénitentiaire pour rallier le régime d'organisation de la politique de sectorisation . A partir de 1987, 16 « antennes toxicomanie » dépendant à l'origine des unités psychiatriques se sont implantées en milieu carcéral.

La loi du 18 janvier 1994 a créé le système de soins tel qu'on le connaît aujourd'hui en milieu carcéral. Elle rend le service public hospitalier responsable de la prise en charge et officialise un système de soin de deux niveaux organisé par un établissement hospitalier de rattachement. D'une part, l'ambulatoire est assuré dans l'enceinte des établissements pénitentiaires au sein d'unités spécialement dédiées : les unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral (UCSA), et les SMPR, unités de soins psychiatriques (la loi prévoit que l'établissement pénitentiaire dispose également d'un SMPR placé sous l'autorité d'un psychiatre praticien hospitalier). D'autre part, la loi prévoit que l'hospitalisation puisse être réalisée dans l'hôpital général et psychiatrique (Eyraud et al., à paraître), le dispositif a été complété par des lieux d'hospitalisation sécurisés, spécifiquement destinés à l'accueil des détenus. En 2000, l'arrêté interministériel du 24 août prévoit la création d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Dix ans plus tard, ce sont les UHSA qui voient le jour.

Le [guide méthodologique concernant la prise en charge sanitaire des personnes détenues paru en 2012](#) (Ministère de la Justice et Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2012) envisage trois niveaux de prise en charge : le niveau 1 regroupe les consultations, les prestations et activités ambulatoires ; le niveau 2 regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel (alternative à l'hospitalisation complète) ; le niveau 3 regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet. En distinguant la prise en charge ambulatoire de celle à temps partiel, les actuelles UCSA sont rattachées au niveau 1, tout comme les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) intervenant en milieu carcéral (qui ne dépendent plus nécessairement du SMPR), alors que les actuels SMPR appartiennent aux niveaux 1 et 2. Les UHSA et UHSI relèvent du niveau 3. L'objectif affiché dans le [plan d'actions stratégiques 2010-2014](#) pour la politique de santé des personnes placées sous main de justice (Ministère de la santé et des sports et Ministère de la justice et des libertés, 2010) est de ne plus de classer les unités sanitaires en milieu carcéral en fonction de leur spécialisation, mais en fonction des prises en charge qu'elles proposent.

METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

STRATÉGIE D'ENSEMBLE

Cette note s'appuie sur un matériau d'enquête qualitatif ayant pour but de comprendre par l'observation, la réaction des UHSA à la circulation des drogues, le fondement des stratégies adoptées par les professionnels pour y répondre et la conception qu'ils ont de leur rôle dans le circuit de prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral.

LES 3 ÉTAPES DE L'ENQUÊTE

► Une première immersion d'un mois (sur la base d'une présence de deux jours par semaine) dans une UHSA de France réalisée dans le cadre de la recherche CONTRAST, financée par l'agence nationale de la recherche (voir encadré ci-dessous). Ce premier volet d'enquête a permis d'observer la variabilité des réponses apportées dans la pratique quotidienne à la circulation des drogues, par une structure en particulier. Le point de vue des professionnels dans cette institution sur la prise en charge des conduites addictives a également été recueilli. Il a contribué à mettre en évidence des points de fonctionnement institutionnel qui pouvaient s'avérer communs à toutes les UHSA de France et être testés pour comprendre la réponse de chaque structure à la consommation de drogues. Une grille d'entretien destinée à interroger le fonctionnement de l'UHSA mais également la manière dont le praticien se positionne et agit face aux détenus consommateurs et/ou souffrant d'addiction a été produite.

La recherche ANR « CONTRAST » (2014-2016) De la contrainte et du consentement. Recompositions des régulations dans les pratiques en santé mentale, dirigée par Livia Velpry et Benoit Eyraud (2014-2016)

<https://contrastcollectif.wordpress.com>

Dans un contexte marqué par la valorisation du principe du consentement, les actes contraignants sont soumis à des épreuves de légitimité et à des conflits normatifs. L'objectif de ce projet est d'étudier les processus par lesquels les acteurs de la prise en charge en santé mentale régulent les actes contraignants et travaillent ainsi la dialectique contrainte-consentement. Il se propose d'examiner les régulations locales sans pour autant négliger les règles générales et les pratiques concrètes.

L'objectif est la comparaison des contextes juridiques et administratifs de différents services de soins en santé mentale. Ce projet a été mené dans plusieurs institutions réparties selon trois axes : « décider de soins sans consentement », « suivre dans le milieu de vie », et « soigner dans des lieux sécurisés ». C'est dans ce dernier contexte que l'UHSA a été étudiée.

► Des entretiens individuels et approfondis ont été réalisés avec des représentants des 6 autres UHSA de France. L'hypothèse était que ces personnes, impliquées dans la direction des établissements, contribuaient à la diffusion d'une culture propre à la structure, et ainsi étaient à l'origine de pratiques, pour certaines, communes aux différents professionnels y travaillant. Au total, 9 entretiens ont été réalisés avec : 1 chef de pôle², 2 cadres supérieurs de santé, 6 médecins chefs d'UHSA et un psychiatre praticien hospitalier. Ces derniers ont été successivement interrogés sur différents points : leurs pratiques en matière de prescription et de distribution de médicaments, de tests toxicologiques effectués sur bandelette urinaire, de fouilles de chambre, de contrôle des parloirs, de signalement des incidents liés aux drogues, de levée des hospitalisations³ ; mais aussi sur leur manière de prendre en charge les conduites addictives en UHSA, leur positionnement sur les actions thérapeutiques ciblant spécifiquement cette problématique, et leur conception du rôle que l'UHSA entend jouer dans la prise en charge des cures de sevrage.

► Une immersion d'une journée dans un SMPR, où une réunion d'équipe et une distribution du soir des médicaments ont été observées. Ont été également interrogés : un psychiatre et une infirmière référente sur les questions d'addiction, un psychologue et deux surveillants. Un entretien avec le médecin chef d'une UCSA a enfin été réalisé. L'objectif était de mettre en perspective le fonctionnement des UHSA en ouvrant la comparaison avec l'univers pénitentiaire en général. Ces différents professionnels ont été questionnés sur : l'organisation des soins destinés aux toxicomanes dans l'établissement où ils travaillent, la répartition des soins entre l'UCSA, le SMPR et le CSAPA (lorsqu'il intervient directement), leur politique de prescription des médicaments et notamment ceux de substitution et les psychotropes, le type d'actions thérapeutiques menées à destination des personnes présentant des conduites addictives, les réponses adoptées au problème du trafic et aux échanges de drogues en prison, la place qu'ils attribuent aux UHSA et UHSI dans le circuit de prise en charge des conduites addictives.

2. Un pôle est un regroupement de secteurs, services et unités ayant des activités de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche communes ou complémentaires. Le pôle peut être construit selon différentes logiques : filières de prises en charge (ex : pôle « mère-enfant »), logique de prestation (recherche biologique, pharmacie, etc.), logique géographique. En psychiatrie, un pôle peut correspondre à un ancien « secteur ». Certains pôles sont également regroupés selon une logique de prise en charge comme ceux qui se sont constitués autour de la prise en charge des détenus.

3. Les lois du 5 Juillet 2011 et du 27 septembre 2013 définissent les différentes modalités d'hospitalisation en psychiatrie (voir repères législatifs en fin de document).

RÉSULTATS

DES STRUCTURES LIMITANT L'ENTRÉE ET LA CIRCULATION DES DROGUES

L'UHSA est régie par un fonctionnement spécifique qui permet une attention et un contrôle accru de la circulation des drogues, notamment par rapport à la prison (voir encadré page 5) :

► **Une forte dotation en personnel** : à l'UHSA de Nancy par exemple, le personnel soignant est composé de 43 personnels infirmiers à temps plein pour 40 lits, l'équipe permanente par unité de 20 lits comprend 5 infirmiers et un aide-soignant, soit un soignant pour un peu plus de 3 patients. La dotation en personnel est à peu près la même dans l'ensemble des UHSA françaises. Elle est ainsi 33 fois plus élevée qu'en prison, puisque le ratio personnel surveillants/détenus est d'environ un surveillant pour 100 détenus.

► **Une distribution régulière des médicaments psychotropes** : ils sont distribués en moyenne 4 fois par jour en UHSA (matin, midi, soir, au coucher)⁴ en chambre, à des plages horaires où les patients ne sont pas dans l'espace de vie commun. Dans deux structures, les médicaments de substitution sont distribués le matin à l'infirmierie : « *On attend un peu que le comprimé fonde bien, on parle un peu avec le patient. C'est aussi un moyen de savoir comment il va aujourd'hui* ». Sinon, ils le sont en même temps que les autres types de traitements. D'une manière générale, le personnel soignant « prend le temps » de distribuer le traitement (une demi-heure pour 20 patients avec deux infirmiers qui réalisent la distribution). Il demande au patient comment il va, répète l'ordonnance avec lui, propose le verre avec lequel le patient va prendre le traitement, le remplit d'eau, attend que la personne avale devant lui, lui ressert un autre verre s'il a un doute et lui demande s'il l'a bien pris... autant de manières de faire destinées à optimiser la prise.

► **Un public différent des « détenus classiques »** : même si aucune donnée chiffrée n'existe encore sur le sujet, les médecins ont l'impression que moins de personnes incarcérées pour infractions à la législation sur les stupéfiants pour trafic sont présentes en UHSA, par rapport à la détention classique. « *Nous c'est pas trop les grand caïds que l'on accueille en UHSA... C'est plus souvent le pauvre type, psychotique, en rupture des liens familiaux, précarisé... On n'a pas le même public* », (interviewé n°3).

► **Un isolement plus important** : Les UHSA sont par ailleurs des établissements régionaux, implantés en hôpital psychiatrique⁵, et donc à distance de leur lieu d'incarcération d'origine. Les patients-détenus y résident la plupart du temps en chambre individuelle. Cet isolement du patient-détenu réduit sensiblement les occasions d'échanger des substances psychoactives. De même, l'isolement géographique engendre bien souvent une restriction significative des relations extra-conjugales et amicales et de l'entrée des drogues par ce biais.

► **Une réduction des moyens par lesquels les drogues sont introduites en détention** : dans aucune UHSA le personnel n'a constaté de « projection »⁶ comme cela est souvent le cas en détention classique. Les « yoyos » (moyen couramment utilisé par les détenus pour s'échanger par les fenêtres des substances psychoactives) sont également beaucoup moins présents. Lorsque les drogues entrent en UHSA, c'est donc soit que le détenu en a transporté avec lui lors de son transfert et qu'elles n'ont pas été repérées à la fouille, soit par la visite d'un proche lors d'un parloir. D'ailleurs, aucun médecin exerçant en ces lieux n'a encore constaté l'entrée d'une autre substance que le cannabis.

► **Un contrôle renforcé des effets personnels par l'administration pénitentiaire** : théoriquement, en UHSA, le personnel pénitentiaire est chargé de la « sécurité périmétrique » de l'établissement. Concrètement, cela signifie qu'elle assure les transferts, surveille les parloirs et plus généralement contrôle les entrées et les sorties de personnes, mais aussi du matériel et des biens. Le courrier et les conversations téléphoniques des patients-détenus sont également contrôlés. En dehors des affaires personnelles des résidents, tout est géré par le système des cantines et la liste des biens interdits en UHSA est importante : argent, briquet, lame, rasoir, téléphone, clé USB, etc.⁷ L'administration pénitentiaire doit donc s'assurer qu'aucun détenu n'est en possession d'un effet interdit, au

4. Une UHSA procède à 6 distributions par jour, mais ce fonctionnement reste l'exception.

5. L'UHSA de Rennes accueille par exemple des détenus en provenance du SMPR de Nantes ou du centre pénitentiaire d'Angers.

6. Personnes extérieures à l'établissement qui jettent par-dessus la grille de la cour de promenade des biens (drogue, denrées alimentaires...) à destination de certains détenus.

7. En dehors des biens énumérés, la liste des effets interdits en UHSA n'est pas stable. Elle est le fruit de la rencontre entre les interdits propres à l'univers carcéral (comme le fait d'interdire la couleur bleue marine ou les sweatshirts à capuche) et à l'hôpital psychiatrique (comme le fait d'interdire des objets pouvant servir à des tentatives de suicide, tels que les radios réveil avec fil électrique), et d'autre part l'objet d'un accord spécifique entre les deux catégories de personnels, sanitaire et pénitentiaire.

titre de quoi elle est autorisée à pratiquer non seulement des fouilles sur le détenu (en général à chaque transfert et après certains parloirs) réalisées dans l'espace pénitentiaire de l'UHSA, mais aussi des fouilles de chambre. Si architecturalement parlant, les personnels soignants et pénitentiaires interviennent dans des espaces séparés (la zone pénitentiaire entoure l'espace de soins qui reste le cœur de la structure), cette intrusion ponctuelle dans la zone de soins peut participer à un contrôle accru de l'entrée et de la circulation des drogues en UHSA.

La prison

« Vous savez ce qu'on dit en prison ? Ce qui ne rentre pas, c'est parce que la porte n'est pas assez grande » (entretien réalisé avec un surveillant)

Différents moyens sont utilisés pour introduire des substances psychoactives licites (alcool, médicaments psychotropes) et illicites (cannabis, héroïne, cocaïne, etc.) consommées en prison : parloirs, retour de permission, « projections », courrier ... La prison apparaît en outre comme un lieu où le détournement de médicaments psychotropes et de traitements de substitution est très fréquent. Un certain nombre de détenus passent de la consommation de substances illicites à celle de médicaments (Obradovic et al., 2011 ; Stankoff et al., 2000), là où d'autres deviennent primo-dépendants à la buprénorphine haut dosage (BHD). Ces échanges et mésusages sont en partie dus aux modalités de distribution des médicaments en détention classique, qui se fait toutes les semaines ou tous les trois jours, en fonction des établissements. La prise des médicaments n'est donc pas contrôlée, en tout cas pour une majorité de détenus.

Ces caractéristiques propres au milieu carcéral induisent chez le personnel sanitaire certaines stratégies de prescription médicamenteuse destinées à limiter le mésusage et le troc, comme la « règle des 8 mg », désormais connue, « qui consiste à ne distribuer aux détenus que des piluliers de Subutex® de moins de 8 mg » (Obradovic, 2005). D'autres actions des médecins et infirmières en prison sont également repérables :

- La restriction du traitement de substitution ;
- Le passage du Subutex® à la méthadone, dont la prise est systématiquement contrôlée par une infirmière ;
- Le contrôle plus important de la prise par une distribution plus rapprochée ou par une distribution se faisant directement en unité sanitaire. Certaines UCSA organisent des distributions de médicaments de substitution par une infirmière pour certains détenus spécifiquement identifiés. Pour ceux qui sont placés en unité sanitaire psychiatrique (SMPR) la distribution s'effectue trois fois par jour (le matin, le midi et à 17 h où sont distribués les traitements du soir et du couché). Ceci permet un contrôle plus important, même si la prise du soir y échappe ;
- La restriction, la sélection ou l'éviction des benzodiazépines (bien souvent mésusées et échangées par les patients pour leur effet « shoot » et susceptibles d'induire une dépendance importante) dans les prescriptions médicales ;
- Le passage à des solutions buvables ou à des médicaments orodispersibles pour des patients hospitalisés en unité sanitaire psychiatrique ;
- L'exclusion du patient du SMPR et son renvoi en détention classique.

LES RESSOURCES POUR PRÉVENIR LA CIRCULATION DES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES

L'enquête a permis de dresser un inventaire des actions destinées à prévenir la consommation de drogues et le mésusage de médicaments psychotropes en amont, d'autres à y répondre lorsque l'usager est repéré en aval de la prise de substances.

La prise en charge médicamenteuse et les tests biologiques

► La prescription : les soignants en UHSA qui ont, pour la plupart d'entre eux⁸, auparavant exercé en milieu carcéral, sont susceptibles de s'inscrire dans les mêmes stratégies de prescription que celles des unités sanitaires

8. L'intégralité des psychiatres interrogés dans le cadre de cette enquête sont passés par l'exercice en milieu carcéral. Cette homogénéité de parcours n'est pas étonnante puisque la volonté politique initiale était de charger les dirigeants du SMPR de la direction de l'UHSA.

psychiatriques en prison (voir encadré 3). Certains peuvent donc adopter des stratégies de restriction des ordonnances de BHD ou encore des benzodiazépines. Le médicament de substitution peut également être considérablement diminué, voire supprimé pour un patient qui détourne son traitement ou le fait circuler en détention.

► **Les tests biologiques** constituent les seconds moyens dont peuvent se servir les professionnels pour prévenir en amont la consommation de drogues. Le « drug check » est un test effectué sur bandelettes qui permet de repérer dans les urines la consommation de 11 produits différents (cannabis, BHD, héroïne, cocaïne, etc.). La majorité des professionnels utilisent ce test pour déceler un usage de cannabis, sachant que la molécule le constituant reste positive dans les urines durant plusieurs semaines. Il est alors susceptible d'être complété par des examens sanguins destinés à préciser la dose de substance consommée. Ces examens sanguins permettent de ne pas attendre le délai de 3 semaines et de voir comment la consommation évolue tout au long du séjour d'un détenu.

La prise en charge « institutionnelle »

Les soignants sont susceptibles d'utiliser le fonctionnement institutionnel des lieux, et notamment l'interface créée avec l'administration pénitentiaire, pour prévenir et répondre à la circulation et aux échanges de drogues dans leur établissement.

► **L'architecture du lieu** : l'architecture des établissements peut être utile pour repérer et contrôler les échanges entre les patients-détenus.

« La configuration architecturale qui a été choisie c'est le panoptique, eux nous voient mais on les voit aussi. On a un fumoir vitré qui donne sur une salle de soins entièrement vitrée, avec juste un petit local aveugle pour que les gens reçoivent des soins dans l'intimité et de l'autre côté, en enfilade y' a un lieu de vie où on voit tout ce qui se passe » (interviewé n°7).

► **Les rythmes de vie des services** : en journée, les soignants peuvent profiter des temps⁹ où les patients-détenus sont « en chambre » pour emmener à la promenade des patients spécifiquement identifiés.

► **Les fouilles de chambre** peuvent constituer des stratégies destinées à limiter l'entrée des drogues en UHSA. Le système en cette matière n'est pas commun au fonctionnement général des UHSA, mais il relève du règlement interne à chaque établissement¹⁰. Certaines structures fonctionnent avec des fouilles de chambres régulières : deux établissements sélectionnent de manière aléatoire deux chambres dont les affaires sont « vérifiées » tous les 15 jours. Qui plus est, les équipes soignantes sont également en mesure de demander aux surveillants d'intervenir lorsqu'elles soupçonnent qu'un patient est en possession de drogues. Cette pratique vaut aussi pour la possession de briquet, lame et autres objets interdits. Le test urinaire comme les fouilles constituent des moyens pour fournir au soignant la preuve d'une possession, et généralement d'une consommation de substances psychoactives, utiles pour neutraliser les biais de déclaration des patients. Ces deux types d'intervention peuvent également être mobilisés dans une visée dissuasive pour des patient(s)-détenu(s) souhaitant faire entrer des drogues au sein de l'établissement.

► **Les parloirs** : les soignants ont également la possibilité de s'opposer à la rencontre d'un proche « pour raisons médicales » lorsque l'équipe le soupçonne de fournir le patient-détenu en substances psychoactives autres que celles qui lui sont prescrites. Ils peuvent également imposer des parloirs avec une vitre de séparation entre le visiteur et le détenu (si la structure en dispose), ou demander aux surveillants d'être particulièrement vigilants pendant et après le parloir en organisant une fouille¹¹.

► **Le recours à l'administration pénitentiaire, voire à l'institution judiciaire**. Le règlement de fonctionnement commun des UHSA ne précise pas la conduite à tenir lorsque l'équipe soignante trouve de la drogue dans l'espace de soin. Il stipule uniquement que « tout manquement grave au règlement intérieur doit être signalé, par le personnel hospitalier, au responsable de l'établissement de santé qui alerte le responsable pénitentiaire de l'UHSA », laissant à la discrétion des soignants l'appréciation de l'acte en question. À l'inverse, le centre hospitalier hébergeant la structure dispose d'un protocole précis en la matière consistant, en général, à faire remonter le produit à la direction qui s'occupe de la destruction du produit et qui procède à un signalement auprès de la police sans que ne soit toutefois précisé le nom du patient. Le comportement des soignants trouvant de la drogue

9. Chaque structure a son propre mode de fonctionnement en matière de circulation des patients. À l'UHSA de Lille par exemple, les patients sont de 8h à 20h en régime « portes-ouvertes » (les portes des chambres sont ouvertes et les patients ont la possibilité d'entrer et de sortir).

10. « Toute fouille générale ou sectorielle de l'unité spécialement aménagée est décidée avec l'accord du directeur de l'établissement de santé » (Circulaire n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées, p. 130).

11. La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 interdit notamment les fouilles systématiques - les restreignant uniquement à des fouilles « ciblées ».

est donc à nouveau régi par le règlement propre à chaque structure. Trois choix sont donc envisageables en cas de découverte de substances psychoactives non prescrites :

- ne pas faire de signalement et gérer le problème en interne ;
- suivre le circuit de signalement classique de l'hôpital hébergeant ;
- recourir à l'administration pénitentiaire.

Lorsque l'équipe soignante choisit de faire remonter une information sur la possession de drogue (et le produit saisi) au personnel pénitentiaire, ce dernier est susceptible d'en informer le directeur de l'établissement d'origine qui peut, par ricochet, saisir le procureur pour ouvrir une procédure à l'encontre du patient-détenu, soit le signaler au juge d'instruction (si la personne n'est pas encore jugée) ou au juge des libertés et de la détention (si la personne purge une peine).

La prise en charge psychothérapeutique

Les soignants sont susceptibles de mettre en place des actions ciblées : des groupes de parole spécifiques à des problématiques d'addiction ou des actions d'éducation à la santé destinées aux toxicomanes. Ceci renvoie à la conception que les psychiatres se font de leur mission dans la prise en charge de la toxicomanie (voir infra). D'une manière générale, le dialogue avec le patient et la construction d'une alliance peuvent également constituer une ressource pour contrôler la consommation et initier le travail psychothérapeutique ultérieur.

La solution du dernier recours

Enfin, face aux patients épuisant l'ensemble des ressources possibles, le psychiatre a également la possibilité de mettre fin à l'hospitalisation. Quel que soit le mode de placement (voir supra note 6), le professionnel peut décider de la levée selon des arguments cliniques. En hospitalisation sous contrainte par recours d'un représentant de l'Etat (mesure qui concerne la majorité des patients accueillis en UHSA), il prend la décision avec l'aval du préfet, mais ce dernier s'octroie peu de regard dans ces décisions et suit généralement l'avis du médecin.

LES STRATÉGIES DÉVELOPPÉES

Un socle de stratégies communes

► **La modification des prescriptions** : la majorité des psychiatres exerçant en ces lieux privilégient les solutions buvables, les comprimés orodispersibles ou les gouttes, pour optimiser la prise et éviter que le cachet ne soit mis sous la langue en attendant de l'échanger avec un autre patient. L'unanimité sur cette stratégie semble quasi-complète, à l'exception d'un psychiatre interrogé :

« On trouve que ça n'a pas beaucoup de sens car les patients ils vont retourner en détention et que les gouttes en détention c'est une catastrophe » (interviewé n°7).

► **La restriction des médicaments de substitution**, dans des proportions toutefois moins importantes qu'en milieu carcéral classique : la plupart des professionnels interrogés font allusion au « toilettage » de l'ordonnance, consistant à diminuer le traitement face à des prescriptions estimées trop importantes, ou à ne prescrire qu'une seule catégorie de benzodiazépines. Même si d'autres professionnels réfléchissent à imposer des règles plus systématiques (2 interviewés), on est loin ici de la « règle des 8 mg ». Concernant le passage de la BHD à la méthadone, cela reste une stratégie utilisée par les soignants en UHSA, mais assez rarement dans les faits, puisque l'institution permet des moyens de contrôle annexes comme la délivrance des traitements de substitution (voir supra). Certains ont toutefois vu leurs doses diminuées, voire retirées ; on a aussi pu leur proposer un sevrage progressif, dans le cas de patients qui avouaient se servir principalement du Subutex® comme monnaie d'échange en prison.

« Je pense à quelqu'un qui est arrivé avec 16 mg de Subutex®, je le connaissais bien, il était évident qu'il en échangeait, donc ici il a été mis à 2, il avait zéro signe de sevrage et on pense même qu'il n'en prenait presque plus en détention » (interviewé n°7).

► **L'usage généralisé des bandelettes urinaires** : tous les psychiatres interrogés usent des bandelettes urinaires, même si leur degré d'utilisation précis reste un point de désaccord entre les professionnels (voir infra), renvoyant à des éthiques du soin différentes. A minima donc, tous les professionnels testent les patients qu'ils suspectent de consommation pour adapter leur prescription médicale, et créer un point d'appui à la discussion sur les liens existants entre la consommation de substances et la maladie mentale. Trois arguments cliniques viennent justifier cet usage :

1) l'interférence des drogues sur l'action des neuroleptiques ;

2) les liens de causalité entre consommation de toxiques et décompensation psychotique ; 3) la comorbidité connue entre psychose schizophrénique et conduites addictives (Batel, 2000 ; Blanchard *et al.*, 2000 ; Lejoyeux et Embouazza, 2013).

► Le renvoi des patients perturbateurs : cette action est communément endossée par les professionnels, au moins pour les patients hospitalisés « librement » qui réitèrent leur consommation de substances psychoactives. Certains soignants assimilent ces levées d'hospitalisation à des « sorties disciplinaires »¹², c'est-à-dire pour non-respect réitéré du règlement et du cadre de l'UHSA. Une restriction est toutefois apportée à cette méthode par les professionnels : le patient ne doit pas, ou plus, être atteint d'une psychose en état de décompensation.

Cette pratique se nourrit d'une conception du soin appréhendé comme un contrat entre le soignant et le soigné (Dodier, 2003 ; Jaunait, 2003) : le patient est prévenu des règles qu'il doit respecter durant son hospitalisation (un « livret d'accueil » rappelant ses droits et ses devoirs lui est distribué à son arrivée), dont l'interdiction d'introduire dans l'établissement des substances illicites. Ce cadre lui est rappelé au moment où l'individu est repéré comme consommateur. L'hospitalisation est par la suite rompue si la personne réitère la transgression. Au-delà d'une simple possibilité, l'éviction des patients transgressifs car « consommateurs » est donc une pratique courante, communément adoptée par les soignants pour « protéger » leur institution d'une circulation de drogues délétère pour les autres patients.

« La sortie est préventive aussi, car je ne veux pas qu'ils mettent en danger d'autres patients » (interviewé n°3).

La diversité des pratiques professionnelles

Mais au-delà de ces points de convergence, chaque praticien interrogé témoigne de stratégies de prise en charge différentes qu'il associe de manière variée, en valorisant certaines représentations éthiques. Trois différents assemblages repérés au cours de cette enquête retiennent particulièrement l'attention pour les positions déontologiques que le professionnel valorise. Ces positionnements saillants et tranchés concernent 4 professionnels interrogés. Les autres interviewés se situent entre ces trois modèles : pour certains sujets, ils s'en réfèrent au premier, alors que pour d'autres, ils s'inscrivent dans un des deux autres.

► Prévenir et répondre par le dialogue et la compréhension

Certains professionnels s'inscrivent davantage dans des stratégies de contrôle en amont, en adaptant par exemple l'architecture du lieu, en jouant sur la prise des médicaments de substitution à l'infirmerie, ou en démultipliant les distributions de médicaments. Si ces pratiques n'ont pas pour objectif explicite de contrôler la circulation et la prise de drogues et de médicaments détournés, elles y participent de fait. Ces praticiens s'inscrivent par ailleurs très peu dans des réponses en aval de la consommation, telles que le signalement à l'administration pénitentiaire, les fouilles, le contrôle des parloirs, la restriction des prescriptions, qu'ils associent à des réponses à connotation punitive qu'ils n'affectionnent pas. À l'inverse, ils valorisent particulièrement le dialogue et le travail d'alliance thérapeutique dans la gamme des réponses adoptées face à un patient consommateur. À propos de l'interdiction des parloirs, un psychiatre explique :

« On communique beaucoup avec les familles, ça m'arrive d'aller au parloir pour donner des nouvelles, donc ça m'est déjà arrivé de les appeler pour en parler avec elles. Essayer de travailler les choses mais pas d'interdire les parloirs (...). On a pris le parti d'être plus dans le dialogue et le travail de motivation » (interviewé n°5).

Dans ce type de conception, le soin est orienté vers la compréhension des actes d'une personne, appréhendés comme les symptômes d'un fonctionnement psychique plus global.

« Nous on essaie de reprendre ça avec le patient, de comprendre, de voir comment on peut l'aider par rapport à ça, lui expliquer que c'est totalement illégal, mais jamais on ira dénoncer quelqu'un. (...) L'idée c'est de rester soignant quoiqu'il arrive, sans s'empêcher de dire ce que l'on pense par ailleurs, mais... C'est vraiment considérer ça comme un symptôme et essayer de comprendre pourquoi dans un établissement comme ça, alors qu'ils sont hospitalisés et que c'est une belle UHSA et que vraiment on se bat pour que ce soit un hôpital, pourquoi ils poursuivent des conduites comme ça » (interviewé n°7).

12. Il est par exemple stipulé dans la charte de fonctionnement de l'UHSA de Nancy : « Le manquement grave aux dispositions du règlement intérieur de l'UHSA peut entraîner la fin de l'hospitalisation sur décision du Directeur du Centre Psychothérapique de Nancy ».

► Sanctionner pour rappeler l'interdit social et le cadre de fonctionnement de l'UHSA

A l'opposé de ce type de conception, certains accordent davantage de poids aux moyens de contrôle en aval, en utilisant principalement le signalement à l'administration pénitentiaire et/ou en faisant interdire les parloirs pour raisons médicales (ou en prescrivant des parloirs avec vitre), sans trop se contraindre en contrepartie dans leur activité de prescription ou en désinvestissant la pratique de fouilles de chambre, par exemple. Deux UHSA rencontrées ont choisi le signalement à l'administration pénitentiaire, dont une au-delà de 80 g de cannabis saisi (reproduisant ainsi le modèle légal en cours). Ces derniers considèrent que la loi doit être rappelée, et que l'usage de réponses claires sert au respect du cadre de l'UHSA. Dans ce modèle d'intervention, le statut du dialogue est un peu différent de celui de la première catégorie de professionnels : il vient accompagner, « donner du sens » à la sanction. Le soin est dès lors conçu comme une relation liant des individus par un ensemble de droits et de devoirs réciproques, et vise à reproduire le modèle social dans lequel est immergée la personne :

« Au départ c'est illégal quoi, donc je ne vais pas couvrir quelque chose d'illégal. Sinon on est en porte à faux et on travaille dans le paradoxe. Ils peuvent faire ce qu'ils veulent faire à l'extérieur, mais à partir du moment où c'est interdit, ben c'est interdit par la loi » (interviewé n°3).

► Prévenir et répondre en limitant l'intervention de l'administration pénitentiaire

Certains professionnels adoptent une gamme de moyens variés (couplant la prévention et la sanction) dans un souci global de limiter au maximum l'intervention de l'administration pénitentiaire. Un psychiatre explique par exemple faire un usage important des bandelettes urinaires, recourir à des tests sanguins si nécessaire, « vérifier les affaires du patient » au besoin, voire interdire des parloirs « pour raisons thérapeutiques », mais ne jamais faire ni de signalement des patients consommateurs à l'administration pénitentiaire, ni faire réaliser des fouilles par les surveillants :

« Quand on a un doute les infirmiers vont voir. (...) On le fait nous-mêmes, on ne fait pas appel à l'administration pénitentiaire, on n'est pas des auxiliaires de justice... et les missions des uns et des autres sont clairement définies (...), la vie à l'intérieur de l'espace de soins c'est de notre ressort » (interviewé n°4).

LA PLACE DONNÉE AUX ACTIONS CIBLÉES ET AUX CURE DE SEVRAGE

Ces réflexions sur la place donnée au dialogue ouvrent la question des soins spécifiques destinés aux conduites addictives. Ce point ouvre des réflexions plus générales sur le rôle que les professionnels entendent faire jouer à leur structure dans le circuit du soin des conduites addictives en milieu carcéral. Sur ces deux points, les avis sont contrastés : la moitié des établissements sur lesquels a porté l'enquête ont programmé ou programment des activités ciblées, tels que les groupes de parole ou d'éducation à la santé incluant des séances dédiées aux drogues. Les soignants tout à fait acquis à de telles approches restent toutefois assez minoritaires sur l'ensemble des personnes interrogées. La majorité d'entre eux reste en effet assez distante à l'égard des prises en charge addictologiques. Du côté des cures de sevrage, le consensus apparaît plus large : si la majorité des interviewés les envisage comme pouvant relever de leur champ, ils s'accordent également pour dire qu'elles ne peuvent constituer des orientations prioritaires. Ces points de vue peuvent s'expliquer par plusieurs éléments allant généralement de pair.

Une perception du besoin de prise en charge en addictologie liée à l'identité professionnelle des praticiens intervenant en UHSA

Les structures comprenant des médecins formés à l'addictologie sont en général celles dans lesquelles les initiatives thérapeutiques sur ce champ sont les plus importantes : où des actions ciblées sont mises en place et où les professionnels s'avèrent les plus favorables à l'accueil des cures de sevrage.

Ces structures-là sont également celles où le besoin de soin en addictologie est ressenti de manière forte par les professionnels. Tous les professionnels des UHSA sont à peu près d'accord pour dire que seulement 5 % des personnes qui leur sont adressées présentent une problématique addictive dominante. Lorsque la question de la comorbidité entre conduites addictives et pathologie psychiatrique leur est posée, ils répondent alors que « c'est beaucoup plus », un professionnel interrogé élevant ce taux à 50 %¹³ des personnes accueillies. Toutefois, la perception du besoin d'une prise en charge spécifiquement addictologique est très variable d'un professionnel à l'autre. Pour certains professionnels : « on ne peut pas dire que les addictions c'est le SMPR qui gère et pas nous ;

13. Ces données sont tirées d'une thèse réalisée par un interne en UHSA ayant travaillé sur le profil cliniques des patients-détenus accueillis dans la structure.

on voit bien que le trafic en UHSA existe ; (...) c'est géré et ça fait partie des préoccupations » (interviewé n°2). D'autres considèrent à l'inverse que « ce n'est pas le problème l'addiction. Par contre qu'il y ait des psychotiques qui décompensent en prison, et qui ont besoin de soin, ça oui ! » (interviewé n°6). Ces derniers auront tendance à revoir le besoin de soins des conduites addictives en UHSA à la baisse par rapport aux premiers.

« En service de psychiatrie on peut désintoxiquer, alors je verrais pas pourquoi en UHSA au cas par cas...si on avait cette demande, on l'étudierait, et je suis à peu près sûre qu'on dirait oui, parce que ça a du sens, mais on n'a pas la demande si vous voulez » (interviewé n°6).

La perception du soin des conduites addictives en psychiatrie

Ce ressenti est directement lié à la représentation que les professionnels se font du soin des conduites addictives en psychiatrie. Le soin peut-il être fractionné en actions ciblant différents types de conduites : des actions chimiothérapeutiques destinées à abraser le délire, des actions psychothérapeutiques destinées à travailler sur la problématique addictive ? Les psychiatres ayant une formation en addictologie iront dans ce sens. A l'inverse, la majorité des soignants interrogés ont une approche différente : ils prônent une approche thérapeutique unitaire, dans laquelle la toxicomanie n'est pas prise comme une conduite à isoler pour la traiter, mais incluse dans le traitement global de la personne atteinte d'une affection mentale.

« Les soins proposés au sujet présentant des conduites addictives sont menés de la même manière que pour tout autre sujet. Nous considérons l'addiction comme le symptôme émergent du rapport entre le fonctionnement de l'individu et le monde qui l'entoure » (interviewé n°2).

Dans ce type de conception, l'action ciblée n'a pas vraiment de sens, puisque la conduite addictive est à replacer dans un lien de continuité avec la comorbidité psychiatrique - voire la structure de la personnalité prise dans son ensemble. Dans ce contexte, l'idée est de montrer au patient le lien entre la conduite addictive, l'affection dont il est atteint, et son fonctionnement psychique d'ensemble.

« Le cannabis on essaie vraiment de lutter contre ce fléau et après avec les personnes on essaie de montrer le lien entre cannabis et décompensation psychotique... voilà » (interviewé n°4).

Les missions prioritaires de la psychiatrie et de l'UHSA

En définitive, cet écart dans la conception du soin des conduites addictives est à rattacher avec la manière dont le professionnel définit son champ d'intervention professionnel. Ceux qui ont été formés à l'addictologie ont une appétence plus prononcée pour ce type de soins, ils l'incluent donc plus volontiers à leur « cœur de métier ». Les autres, c'est-à-dire la majorité des professionnels interrogés dans le cadre de l'enquête, restreignent leur domaine de compétence à la « crise psychiatrique aiguë ».

« Je ne sais pas trop comment vous le dire, notre champ à nous c'est la crise psychiatrique aiguë... voilà... donc la prise en charge de la toxicomanie ce n'est pas une priorité, parce que ce n'est pas notre cœur de métier » (interviewé n°8).

Cette conception est également à relier aux missions que les professionnels attribuent à l'UHSA, qu'ils impliquent plus ou moins sur le champ addictologique. Sur la question des cures de sevrage notamment, une petite minorité des professionnels interrogés sont prêts à les accueillir. Les autres répondent majoritairement : « A priori l'indication de l'UHSA c'est décompensation psychiatrique aiguë, mais oui ça peut arriver, mais ce n'est pas une indication princeps (...). Mais face à une situation particulière, particulièrement motivée, ça peut se faire. Ça dépend de nos relations avec le médecin prescripteur, de la motivation de la personne, de ses choix, de ses enjeux » (interviewé n°4). Ces cures peuvent donc être envisagées, mais elles ne constitueront pas des orientations prioritaires pour ces professionnels. Pour qu'elles soient acceptées, il faut donc tout un travail en amont de la part des soignants demandant l'admission, mais également du patient lui-même qui doit témoigner de son investissement dans les soins, et donc ne pas être assimilé à ces patients « perturbateurs », faisant circuler des drogues dans la structure, dont les médecins sont susceptibles de lever l'hospitalisation. Si les psychiatres sont prêts à s'investir dans des prises en charge « difficiles » de patients psychotiques (i.e. apparentés à leur « cœur de métier »), ils ne sont pas disposés à le faire pour des personnes présentant une problématique addictive de premier plan qui paraît de surcroît exposer les autres patients à la consommation de substances.

La vocation de l'UHSA au prisme du partage des rôles entre l'ambulatoire et l'hospitalisation

La définition de l'implication de l'UHSA dans la prise en charge des conduites addictives engage également la répartition que les professionnels opèrent entre ce qui relève de l'hospitalisation et du suivi ambulatoire. Les praticiens définissant leur cœur de métier comme une réponse à la crise psychiatrique aiguë, établissent de fait un partage entre le traitement de l'état aigu, effectué sur un court terme, et nécessitant une prise en charge essentiellement institutionnelle et chimiothérapique en hospitalisation et le travail de suivi psychologique sur un plus long terme relevant du soin ambulatoire.

« L'UHSA est vraiment destinée à gérer le temps de la crise, y'a pas une volonté de prendre le temps, car l'addiction c'est un travail sur le plus long terme. Ce travail doit essentiellement se faire au SMPR » (interviewé n°2).

Cette répartition des tâches relevant de l'hospitalisation ou du suivi ambulatoire est également susceptible d'influencer la place que les soignants attribuent aux cures de sevrage. Le médecin chef d'une UHSA française a expliqué qu'au sein de son pôle, les cures de sevrage étaient systématiquement réalisées au sein du SMPR via des cycles de six semaines. Ce type de positionnement renvoie à un vieux conflit interne au champ de l'addictologie opposant ceux qui considèrent que le sevrage peut se faire un milieu fermé, à l'occasion d'une hospitalisation, là où d'autres le conçoivent uniquement en ambulatoire. Ce dernier cas paraît toutefois isolé puisqu'il ne s'est présenté qu'une fois au cours de l'enquête.

Le rôle de l'UHSA dans la répartition des soins avec le somatique

Un autre cas particulier retient notre attention : un professionnel interrogé explique que dans sa région, l'UHSA prend en charge le sevrage. Le SMPR, voire l'UHSA interviennent en aval de cette prise en charge, si des complications psychiatriques se présentent. Ce type de conception révèle un partage des rôles et des compétences clairement établi dans le pôle où intervient l'interviewé. Cette répartition et clarification des rôles de chacun est toutefois très rare (elle est la seule constatée dans cette enquête) en milieu carcéral où les rapports entre unités sanitaires somatiques et psychiatriques sont bien souvent conflictuels (voir supra, introduction).

Dans une majorité des cas, les représentants des UHSA estiment en effet que la toxicomanie relève de leur champ de compétence, certains attribuant même à la psychiatrie des compétences dont la médecine somatique serait dépourvue :

« La toxicomanie s'inscrit dans un fonctionnement psychique quand même, non pris en compte par nos confrères somaticiens » (interviewé n°4).

La toxicomanie relèverait donc bien de la psychiatrie, tout en n'y ayant pas une place de choix.

CONCLUSION

Cette enquête sur la gestion des drogues en UHSA est la première réalisée en France. Ce caractère inédit résulte notamment du caractère récent d'un dispositif encore peu investi par les chercheurs. La méthodologie de l'enquête repose sur deux approches, observation ethnographique et entretiens, qui présentent certaines limites : l'exploration du fonctionnement de sept UHSA sur la question des drogues repose sur la parole d'acteurs représentant institutionnellement leur structure. La méthodologie optimale aurait été une immersion, très coûteuse en termes de temps, dans ces sept UHSA. Le dispositif d'enquête choisit pour son économie et sa complémentarité permet néanmoins de dresser une cartographie des positions des professionnels en UHSA et une vision du fonctionnement de toutes les structures existantes en France.

La prise en charge de la toxicomanie en UHSA s'appuie de fait sur plusieurs moyens destinés d'abord, à contrôler l'entrée et la circulation des drogues dans l'institution et ensuite, à travailler sur les conduites addictives. Ces ressources sont de trois ordres : médicamenteuses (contrôle des prescriptions des traitements de substitution, voire des benzodiazépines, prévalence des prescriptions en solutés buvables), institutionnel (fouilles, signalements), et psychothérapeutiques (actions ciblant les comportements addictifs et prise en charge de cures de sevrage). Certains leviers font quasiment consensus entre les soignants, comme les stratégies médicamenteuses, d'autres non, tels que le signalement des détenus détenteurs de drogues à l'administration pénitentiaire, mais également les actions thérapeutiques ciblant les conduites addictives.

Ce désaccord ouvre une réflexion sur l'investissement des soignants en UHSA dans le champ de l'addictologie, par rapport au rôle qu'ils entendent faire jouer à leur institution dans le circuit de prise en charge de ces conduites en prison. Le point de vue le plus rencontré dans l'enquête peut dès lors être résumé comme suit : la prise en charge des conduites addictives relève de la psychiatrie, mais ils ne l'appréhendent pas comme une orientation prioritaire. La vocation de l'UHSA, voire de la psychiatrie est le traitement de la crise psychiatrique aiguë. Ce trouble peut donc être pris en charge, mais uniquement lorsqu'il est associé à une comorbidité psychiatrique. Le soin proposé consiste alors en une approche d'ensemble des troubles mentaux où la conduite addictive est traitée comme un symptôme et un élément accélérant la décompensation psychotique. L'UHSA n'est d'ailleurs pas directement impliquée dans le suivi psychothérapeutique de long terme des conduites addictives qui relève de l'ambulatoire. Un point de consensus émerge par ailleurs sur les cures de sevrage : elles peuvent relever du champ de la psychiatrie, car la conduite addictive qui les sous-tend se greffe la plupart du temps sur un trouble de la personnalité, mais elles ne constituent pas « le fonds de commerce » de l'UHSA. C'est ainsi que les cures de sevrage sont perçues comme des prises en charge de second rang.

La place donnée aux cures de sevrage dans les différentes UHSA françaises est également à mettre en lien avec le contexte local dans lequel s'est cristallisée une histoire singulière et parfois professionnellement conflictuelle de la prise en charge des addictions dans les différents établissements pénitentiaires. Ces situations particulières méritent d'être approfondies en questionnant la manière dont la psychiatrie y a réparti les prises en charge qui relèvent de l'ambulatoire et de l'hospitalisation, et les liens qu'elle a établis avec l'UCSA d'un côté, et les CSAPA de l'autre. La question du rôle de l'UHSA dans la prise en charge des conduites addictives ouvre donc une réflexion sur le travail des frontières professionnelles dans le champ de l'addictologie et révèle la prison comme un lieu de choix pour étudier ces problématiques, car elle exacerbe des conflits qui se révèlent souvent plus éclatés et diffus en milieu ouvert.

REPÈRES LÉGISLATIFS¹⁴

- La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales préconise le découpage du territoire en secteurs, avec la mise en place, dans chacun d'eux, d'une équipe médicale et paramédicale intervenant auprès des malades à tous les stades de la maladie, du dépistage à la réinsertion sociale, l'hospitalisation n'étant plus qu'une étape dans le traitement de la maladie mentale.
- La circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977, inscrit les unités sanitaires psychiatriques en milieu carcéral (à cette époque CMPR) dans l'organisation de la politique de sectorisation psychiatrique et les émancipe de la tutelle pénitentiaire.
- La loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social (JORF du 26 juillet 1985) donne un statut juridique au secteur psychiatrique en le définissant dans sa double dimension intra et extrahospitalière.
- La loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique (JORF du 1er janvier 1986) intègre les secteurs dans la carte sanitaire générale.
- Le décret n°86-602 du 14 Mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique (JORF du 19 mars 1986) et l'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 (JORF du 3 janvier 1987) créent les SMPR au nombre de un par région.
- La circulaire DGS/1354/2D du 3 Novembre 1987 relative au cahier des charges-type (BO santé n°88-23 bis) énumère les missions et définit les règles de fonctionnement des antennes toxicomanie en milieu carcéral.
- La circulaire n°1164 du 5 décembre 1988 relative à l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire (BO Solidarité, Santé, Protection Sociale n°88-51) renforce le secret médical et l'indépendance des psychiatres en prison à l'égard de l'administration pénitentiaire.
- La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (JORF du 19 janvier 1994) et son décret d'application n°98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le code de procédure pénale et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires (JORF du 9 décembre 1998) portent réforme au système de prise en charge des détenus. L'article L. 711-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé : « le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. » Par ailleurs, l'article. D. 385 du décret de 1998 précise : « 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 unités de consultations et de soins ambulatoires, les interventions, au sein de l'établissement pénitentiaire, des équipes des structures spécialisées de soins, notamment des centres spécialisés de soins aux toxicomanes et des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. »
- L'arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées (JORF du 31 août 2000) prévoit la création d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSA) dans 8 pôles (Nancy, Lille, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Marseille, La Pitié-Salpêtrière, Rennes).
- La loi n°2002-1138 dite « Perben » du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice (JORF du 10 septembre 2002) crée les UHSA. Cette loi insère l'article L 3214-1, et les « unités spécialement aménagées » dans le Code de la santé publique.
- La circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie (BO Santé, protection sociale, solidarité n°3 du 15 avril 2008) crée les CSAPA.

14. La plupart de ces références législatives sont disponibles sur le site de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (<http://www.ofdt.fr/>).

- La loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 (JORF du 25 novembre 2009) interdit notamment les fouilles systématiques, les restreignant uniquement à des fouilles « ciblées ».
- L'arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux (JORF du 31 juillet 2010) fixe la première tranche de neuf UHSA : au CH Gérard Marchand à Toulouse (Haute-Garonne), au Centre Psychothérapeutique de Nancy Laxou (Lorraine), au CH Paul Guiraud à Villejuif (Val-de-Marne), au CH Georges Daumézon à Fleury-Les-Aubrais (Loiret), au CH Guillaume Régnier à Rennes (Ille-et-Vilaine), au CH Seclin à Seclin (Nord), au CH Édouard Toulouse à Marseille (Bouches-du-Rhône) et au CHS de Cadillac (Gironde) (l'ouverture des deux dernières est prévue prochainement).
- La circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (BO Santé, Protection sociale, Solidarité n°2011-5 du 15 juin 2011) définit une base de règlement commun à l'ensemble des UHSA de France.
- Les lois n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (JORF du 6 juillet 2011) et n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 (JORF du 29 septembre 2013) définissent les différentes modalités d'hospitalisation en psychiatrie : l'hospitalisation libre, i.e. à la demande du patient, ou du moins avec son consentement, qui doit rester la règle selon la loi, et l'hospitalisation sans consentement. Quatre modalités d'hospitalisation entrent dans ce dernier cadre : les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou SPDT (la demande d'hospitalisation est en général portée par la famille), les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence ou SPDTU (le placement est demandé par la famille ou le médecin), les soins psychiatriques en cas de péril imminent ou SPPI (la décision est en général prise par le directeur de l'hôpital avec le certificat d'un médecin), les soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État ou SPDRE (l'hospitalisation est prononcée par le préfet sur le certificat d'un psychiatre). Les levées d'hospitalisation sont décidées par le psychiatre traitant, avec l'accord du préfet en cas de placement en SPDRE.

BIBLIOGRAPHIE

- Batel P., « Addiction and schizophrenia », *European Psychiatry*, Vol. 15, n° 2, 2000, pp. 115-122.
- Bergeron H., *L'état et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, coll. Sociologies, 1999, 370 p.
- Bessin M. et Lechien M.-H., *Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison*, Paris, Mission de recherche Droit et justice, École des hautes études en sciences sociales (EHESS), 2000, 413 p.
- Blanchard J.J., Brown S.A., Horan W.P. et Sherwood A.R., « Substance use disorders in schizophrenia: Review, integration, and a proposed model », *Clinical Psychology Review*, Vol. 20, n° 2, 2000, pp. 207-234.
- Chantraine G., *Par-delà les murs : expériences et trajectoires en maison d'arrêt*, Paris, PUF, 2004, 274 p.
- Coppel A., *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte, coll. Logiques Sociales, 2002, 384 p.
- Dodier N., *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS, coll. Cas de figure, 2003, 360 p.
- Eyraud B., Velpy L., Doron C.-O., Lancelvée C., Litzler A., Protais C., Saetta S. et Collectif Contrast, « La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? », *Déviante et Société*, à paraître.
- Farges E., *Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994)*, Thèse de doctorat de Science politique, Lyon 2, 2013, 755 p.
- Jaunait A., « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques*, Vol. 11, n° 3, 2003, pp. 59-79.
- Jean J.-P., Groupe de travail sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison et sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés. Rapport à M. le Garde des Sceaux, Paris, Ministère de la Justice, 1996, 96 p.
- Lancelvée C., *La maladie mentale en prison en France et en Allemagne : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques*, Thèse de Sociologie, EHESS, Paris, à paraître.
- Lejoyeux M. et Embouazza H., « Troubles psychiatriques et addictions », dans Lejoyeux M. (Dir.), *Addictologie*. 2e édition, Paris, Masson, 2013, pp. 55-66.
- Milly B., *Soigner en prison*, Paris, PUF, coll. Sociologies, 2001, 250 p.
- Ministère de la Justice et Ministère des Affaires sociales et de la santé, *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*. Guide méthodologique, Paris, Ministère de la Justice, 2012, 364 p.
- Ministère de la santé et des sports et Ministère de la justice et des libertés, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, 2010, 86 p.
- Mouquet M.C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 386, 2005, 12 p.
- 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 », *Tendances*, OFDT, n° 41, 2005, 4 p.
- Obradovic I., Bastianic T., Michel L. et Jauffret-Roustide M., « Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison (thème spécifique 1) [Drug-related health policies and services in prison (Selected issue 1)] », *Rapport national 2011 (données 2010) à l'OECD par le point focal national Reitox - France*. Nouveaux développements, tendances et information détaillée sur des thèmes spécifiques [2011 National report (2010 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France], Saint-Denis, OFDT, 2011, pp. 181-223.
- Stankoff S., Dherot J., Direction de l'administration pénitentiaire et Direction générale de la santé, *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Paris, Ministère de la Justice, 2000, 329 p.

RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES

- Batel P., « Addiction and schizophrenia », *European Psychiatry*, Vol. 15, n° 2, 2000, pp. 115-122.
- Bergeron H., *L'état et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, coll. Sociologies, 1999, 370 p.
- Bessin M. et Lechien M.-H., *Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison*, Paris, Mission de recherche Droit et justice, École des hautes études en sciences sociales (EHESS), 2000, 413 p.
- Blanchard J.J., Brown S.A., Horan W.P. et Sherwood A.R., « Substance use disorders in schizophrenia: Review, integration, and a proposed model », *Clinical Psychology Review*, Vol. 20, n° 2, 2000, pp. 207-234.

- Chantraine G., *Par-delà les murs : expériences et trajectoires en maison d'arrêt*, Paris, PUF, 2004, 274 p.
- Coppel A., *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte, coll. Logiques Sociales, 2002, 384 p.
- Dodier N., *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS, coll. Cas de figure, 2003, 360 p.
- Eyraud B., Velpry L., Doron C.-O., Lancelevée C., Litzler A., Protais C., Saetta S. et Collectif Contrast, « La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? », *Déviante et Société*, à paraître.
- Farges E., *Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique. Reforme l'organisation des soins dans les prisons françaises les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994)*, Thèse de doctorat de Science politique, Lyon 2, 2013, 755 p.
- Jaunait A., « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques*, Vol. 11, n° 3, 2003, pp. 59-79.
- Jean J.-P., *Groupe de travail sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison et sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés. Rapport à M. le Garde des Sceaux*, Paris, Ministère de la Justice, 1996, 96 p.
- Lancelevée C., *La maladie mentale en prison en France et en Allemagne : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques*, Thèse de Sociologie, EHESS, Paris, à paraître.
- Lejoyeux M. et Embouazza H., « Troubles psychiatriques et addictions », dans Lejoyeux M. (Dir.), *Addictologie*. 2e édition, Paris, Masson, 2013, pp. 55-66.
- Milly B., *Soigner en prison*, Paris, PUF, coll. Sociologies, 2001, 250 p.
- Ministère de la Justice et Ministère des Affaires sociales et de la santé, *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique*, Paris, Ministère de la Justice, 2012, 364 p.
- Ministère de la santé et des sports et Ministère de la justice et des libertés, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, 2010, 86 p.
- Mouquet M.C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 386, 2005, 12 p.
- 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 », *Tendances*, OFDT, n° 41, 2005, 4 p.
- Obradovic I., Bastianic T., Michel L. et Jauffret-Roustide M., « Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison (thème spécifique 1) [Drug-related health policies and services in prison (Selected issue 1)] », *Rapport national 2011 (données 2010) à l'OFDT par le point focal national Reitox - France. Nouveaux développements, tendances et information détaillée sur des thèmes spécifiques [2011 National report (2010 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France]*, Saint-Denis, OFDT, 2011, pp. 181-223.
- Stankoff S., Dherot J., *Direction de l'administration pénitentiaire et Direction générale de la santé, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Paris, Ministère de la Justice, 2000, 329 p.