

Criminalité et addictions

Addictologie – Université Paris V

09/03/2021

Dr M. ECK

Quelques chiffres...



- 230 millions (5 % pop mondiale) : drogue illicite au moins 1x au cours de l'année écoulée
- Conso de drogues illicites stable dans le monde (même si ↑ PED)
- L'héroïne, la cocaïne et les autres drogues tuent environ 200 000 personnes/année
- Alcool : 2^{ème} cause de mortalité évitable en France, après le tabac

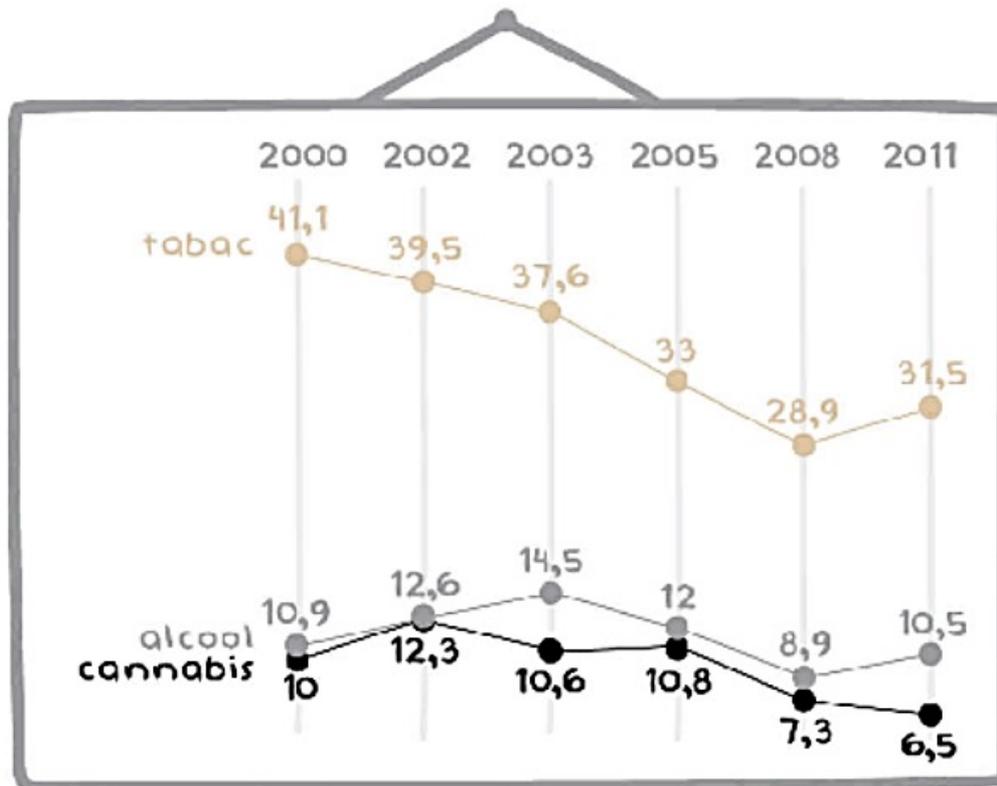
Prévalence annuelle et nombre d'usagers de drogues illicites à l'échelle mondiale, 2010

	Prévalence (en pourcentage)		Nombre (en milliers)	
	Estimation basse	Estimation haute	Estimation basse	Estimation haute
Cannabis	2,6	5,0	119 420	224 490
Opioides	0,6	0,8	26 380	36 120
Opiacés	0,3	0,5	12 980	20 990
Cocaïne	0,3	0,4	13 200	19 510
Stimulants de type amphé- tamine	0,3	1,2	14 340	52 540
"Ecstasy"	0,2	0,6	10 480	28 120
Toute drogue illicite	3.4	6.6	153 000	300 000

NC : Non communiqué
M : million

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaine	Ecstasy	Heroine	Alcool	Tabac
Experim- tateurs*	13,4M	1,5M	1,1M	500.000	44,4M	35,5M
dont usagers dans l'annee	3,8M	400.000	150.000	NC	41,3M	15,8M
dont usagers reguliers	1,2M	NC	NC	NC	8,8M	13,4M
dont usagers quotidiens	550.000	NC	NC	NC	5,0M	13,4M

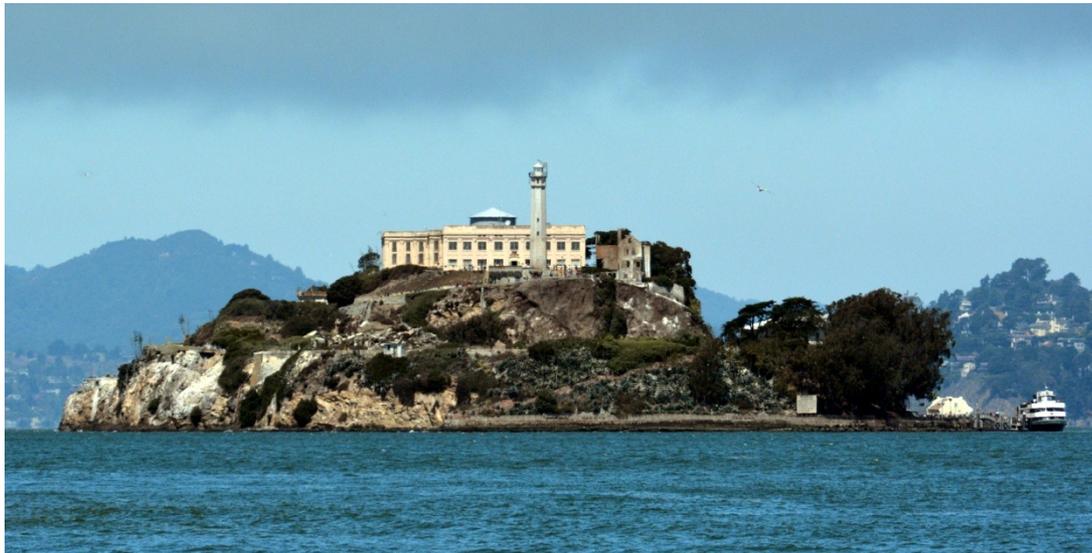
Estimation du nombre d'expérimentateurs et de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2010



Evolution de l'usage regulier de cannabis, alcool et tabac entre 2000 et 2011 chez les jeunes de 17 ans (%)

Criminalité

- Ensemble des actes illégaux : délictueux (**délits**) et criminels (**crimes**)
- **61 102** personnes détenues en France au 1^{er} octobre 2020



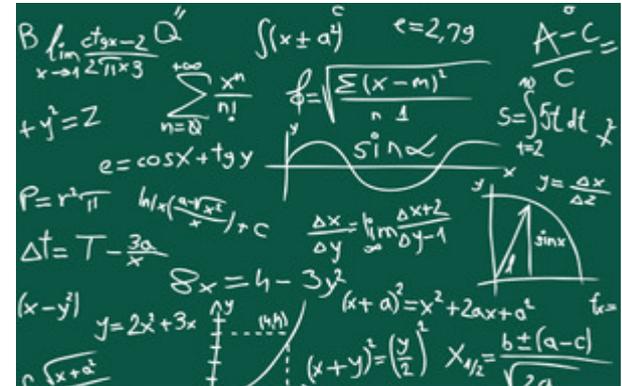
Criminalité et addiction : quel lien ?

- Nombreuses substances : société criminalise l'usage (usager de stupéfiant qualifié de délinquant)
- Environ la moitié des détenus canadiens affirment que leurs délits sont liés d'une manière ou d'une autre aux substances psychoactives (Pernanen et al., 2002)
- La prévalence de consommation est plus élevée chez les délinquants que dans la population non-délinquante (Brochu et al., 1999)

Une relation COMPLEXE

- Corrélation ne signifie pas causalité !

Relation complexe \neq linéaire
= RELATION
MULTIFACTORIELLE



- Ex :
 - de nombreux récidivistes n'ont pas d'addiction
 - de nombreux toxicomanes ne commettent aucun délit

Partie 1

- Modèles explicatifs
- Le modèle de Goldstein (1985)

Modèle de Goldstein (1985)

- **Criminalité psychopharmacologique**
 - influence d'une substance psychoactive (aigu/chronique)
- **Criminalité économique-compulsive**
 - obtenir de l'argent / drogues pour usage
- **Criminalité systémique**
 - marchés illicites de la drogue



Des chevauchements sont possibles !

Modèle de Goldstein (1985)

- **Criminalité psychopharmacologique**
 - influence d'une substance psychoactive (aigu/chronique)
- Criminalité économique-compulsive
 - obtenir de l'argent / drogues pour usage
- Criminalité systémique
 - marchés illicites de la drogue



Criminalité psychopharmacologique

- Lien entre les substances et la violence/criminalité : crime commis sous intoxication
 - Propriétés psychopharmacologiques des substances elles-mêmes
 - Perturbations psychologiques transitoires / chroniques chez les consommateurs (tolérance, dépendance)

Criminalité psychopharmacologique

- Substances : peuvent entraîner des changements:
 - perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement, altération du jugement...
- Propriétés pharmacologiques variées
- 2 types :
 - Suspect sous influence
 - Victime sous influence
- Relation intoxication/criminalité complexe
 - divers facteurs biopsychosociaux.

Criminalité psychopharmacologique

- Alcool = n°1
- N°2 = les stimulants (cocaïne, amphétamines).
- N°3 = PCP (Amérique du nord)
- Opiacés et cannabis...

ALCOOL



Alcool

- L'alcool : produit le plus fréquemment associé à la criminalité
- Souvent impliqué dans les actes de violence
- Tous les types de violences liés à l'alcool : sexuelles, maltraitements d'enfants...

Présence d'alcool chez l'auteur ou la victime

<i>Total des homicides</i>	47.1 %
Asphyxie, pendaison, strangulation ou suffocation	29.7 %
Brûlure, feu	36.4 %
Noyade	50.0 %
Coup utilisant les poings, les pieds ou un objet émoussé	40.7 %
Coup de feu	38.9 %
Coup de poignard, coupure, transpercement	57.0 %

Alcool

- Intoxication aiguë : désinhibition, euphorie, confusion, altération de la perception (couleurs, formes, mvt)
- Éclats émotionnels, agressivité, comportement violent.
- À très fortes doses : coma.

Alcool

- 9300 cas criminels issus de 11 pays différents
- 62% des délinquants violents : OH au moment de la réalisation des actes agressifs
- Autre étude :
 - 40% des personnes auteurs de bagarres avaient consommé OH
 - 35% des agressions dans la famille
 - 32% des agressions hors de la famille
 - 20% des vols
 - ...

Alcool

- Relations alcool/violence restent complexes et difficiles à étudier :
 - Après un délit, les personnes qui ont bu sont plus souvent interceptées par la police, jugées et condamnées
 - Alcoolémie n'est plus constatable après quelques heures
 - Invocation de l'OH en vue de circonstance atténuante ou pour « excuser » des actes répréhensibles

Alcool

- Recherche en labo :
 - Lien entre propriétés pharmaco de l'OH et agressivité
 - Croyances liées au produit : boire un placebo augmente l'agressivité (« croire qu'on consomme de l'alcool »)

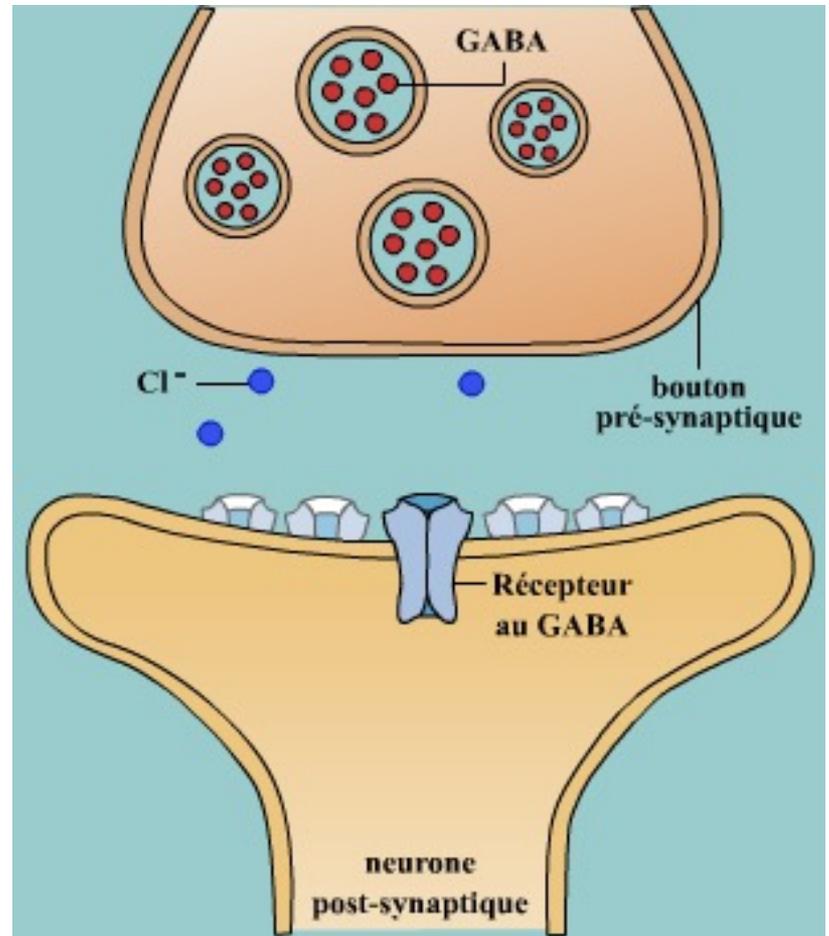
Alcool

- Lien statistique ne suffit pas à démontrer que l'alcool soit une véritable cause de violence
- Facteurs de confusion nombreux :
 - ex: individuels ou situationnels
 - impulsivité, certains traits de personnalité, traits antisociaux



LES BENZODIAZÉPINES

- Action sur les mêmes R que l'OH (sites distincts)
- Réaction paradoxale : auto/hétéroagressivité
- Rôle de la personnalité sous-jacente et de l'OH

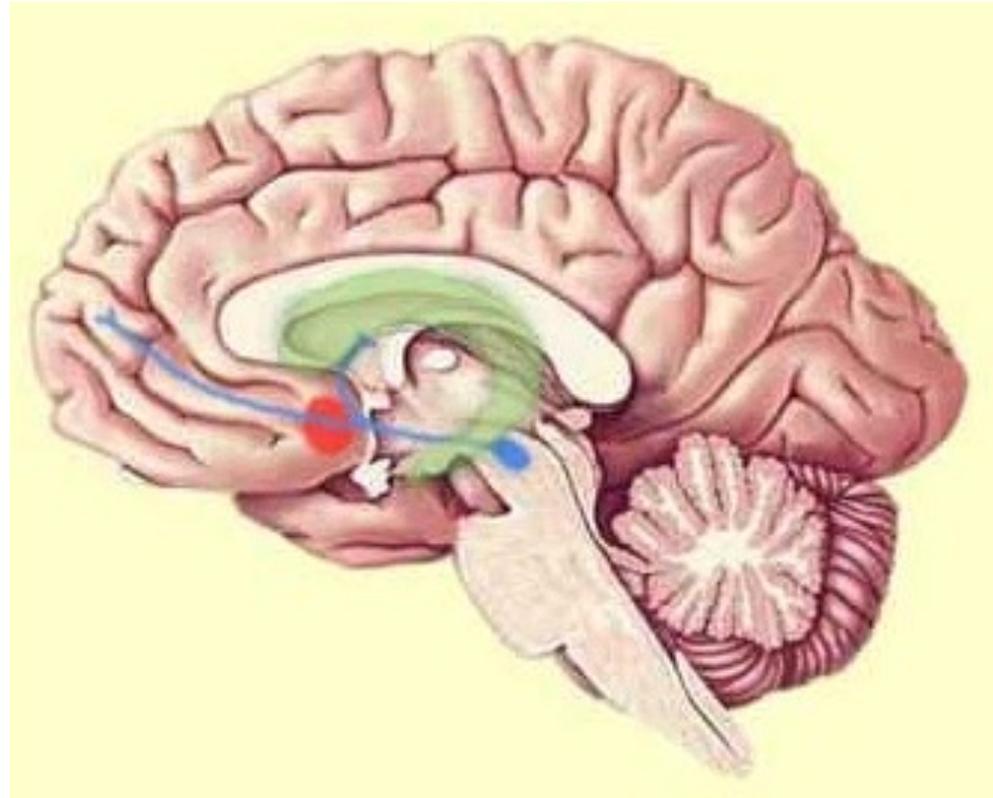




COCAÏNE ET AMPHÉTAMINES

Cocaïne et amphétamines

- Stimulant majeur du cerveau
- Libération de dopamine+++
- Circuits de la récompense (VTA et NA)
- Étude au Canada :
 - ¼ à 1/3 des détenus = conso de cocaïne avant incarcération



Cocaïne et amphétamines

- Usagers recherchent l'euphorie, poussée d'énergie, une augmentation de la vigilance et une sensation de bien-être intense
- Autres effets anxiété, agitation, insomnie, irritabilité, excitation, panique, les troubles de l'humeur et symptômes psychotiques

Cocaïne et amphétamines

Symptômes psychotiques

- Altération profonde de la perception, du jugement, du raisonnement et de la compréhension de la réalité
- Caractéristiques (conso cocaïne/amphet): délire de grandeur, de persécution, hostilité et violence, sensation de danger imminent
- Inattendus, soudains
- Symptômes disparaissent +/- après qq jours voire mois...

Cocaïne et amphétamines

- Trouble psychotique induit / cocaïne: 2/3 des consommateurs chroniques
- Le sujet se sent souvent menacé et il est aux aguets. S'il continue sa consommation, il peut perdre le contact avec la réalité et avoir l'intime conviction d'un danger imminent.
- Thématiques de persécution +++ potentiellement source de troubles du comportement et d'auto et hétéro-agressivité.

Cocaïne et amphétamines

- Le syndrome de sevrage: anxiété, agitation, désir compulsif de reprendre la drogue...
= également potentiellement impliqué dans les actes illégaux



PHENCYCLIDINE (PCP)

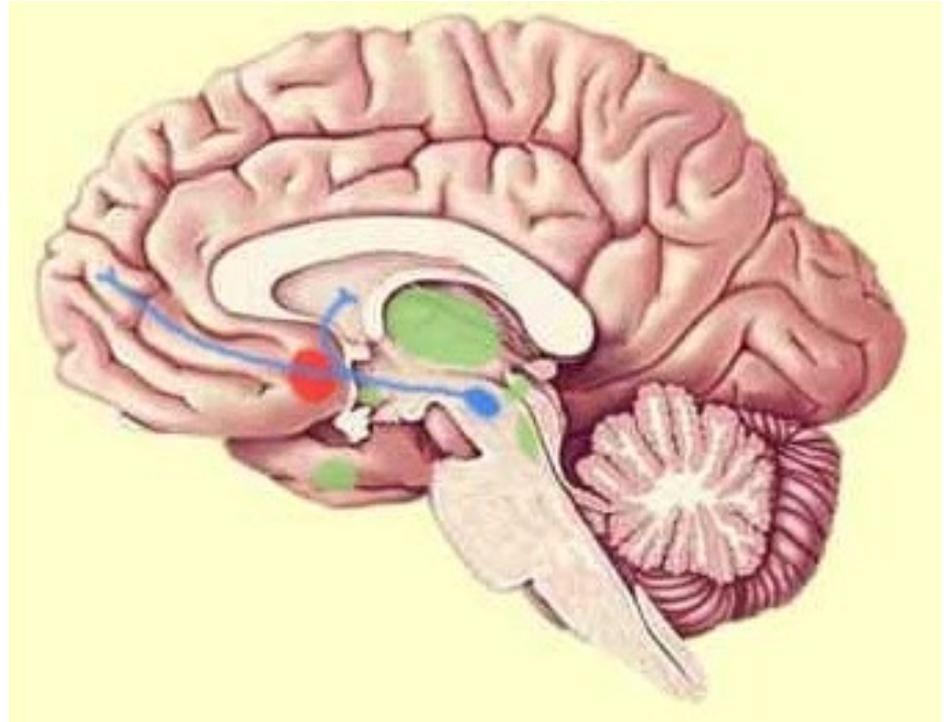
PCP

- Antago. NMDA
- Drogues hallucinogènes
- Effets recherchés: euphorie, légèreté, flottement, distorsion de la perception du temps et de l'espace, hallucinations visuelles et auditives, sentiment d'irréalité
- Mais aussi: anxiété, agitation, attaques de panique, éléments psychotiques, altération du jugement...



LES OPIACÉS

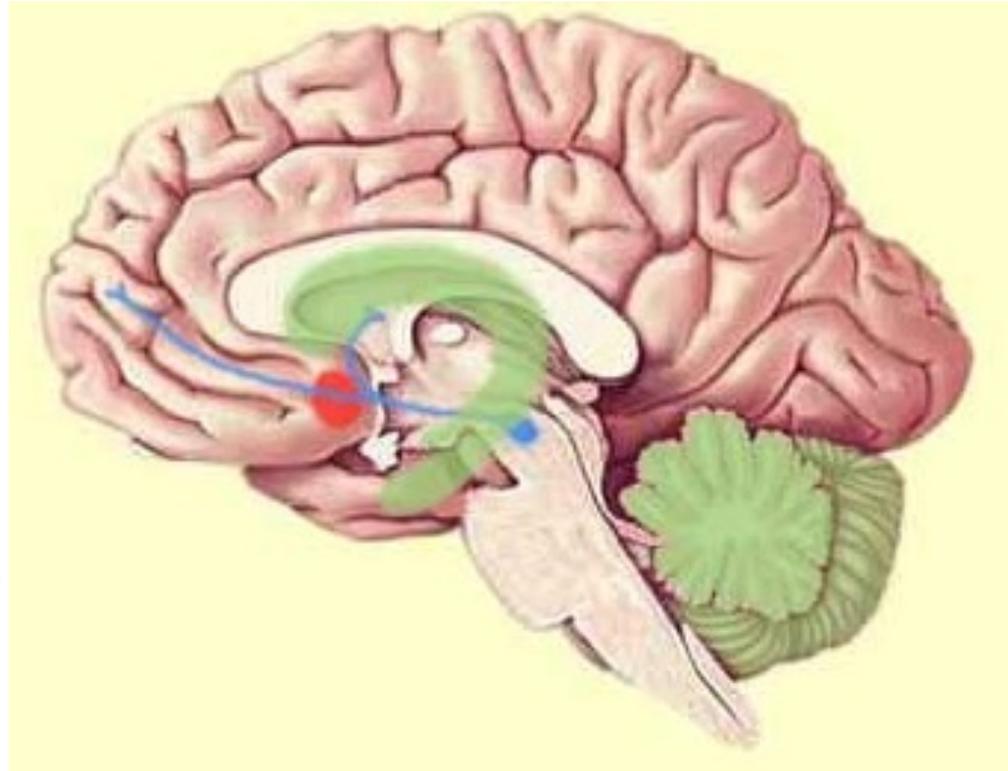
- Action sur le circuit de la récompense
- Structures modulées par les endorphines
 - Ex: amygdale...
 - Influence les taux de DA





CANNABIS

- THC
- Circuit de la récompense, hippocampe, cervelet...



Opiacés et THC

- Peu susceptible d'entraîner une criminalité psychopharmacologique
- Selon certains réduction chez certains individus
- Propriétés tranquillisantes : diminueraient les pulsions violentes et l'agressivité.

Cependant...

- Criminalité routière (alcool impliqué dans 6 780 accidents en 2007 et 945 accidents mortels)
- Irritabilité associée à l'état de manque et au sevrage...

Chez les victimes...

- Inclure dans cette catégorie:
 - consommation de drogue de la victime elle-même
- Actes moins visibles, moins de plaintes
- Agressions sexuelles
 - Victime sous influence : alcool, benzo, GHB
- Également: vols, agressions...



Chez les victimes...

- OH rend plus vulnérable aux agressions
- Désinhibition liée à l'OH : provocations, insultes envers des agresseurs...

Criminalité psychopharmacologique

- Pharmacologie des produits : \approx connue
- Mécanismes qui entraînent comportements violents : pas totalement compris

Aucune substance psychoactive n'a de propriétés criminogènes universelles

Criminalité psychopharmacologique

- Terrain sous-jacent essentiel
 - Contexte socio-économique
 - Dimension de la personnalité
 - Troubles psychiatriques

Troubles psychiatriques



- Excès de violence observée chez les patients souffrant de troubles mentaux graves: attribuable aux comorbidités addictives associées plus qu'aux troubles mentaux en soi.

Troubles psychiatriques

- Le risque de violence chez les patients souffrant de troubles scz :
 - Sans abus/dépendance = x 2,1
 - Avec abus/dépendance = x 8,9 (Fazel et al 2009)
- Montré pour l'alcool et les autres substances psycho-actives (alcool, cannabis, benzo)
- Liens avec l'observance ?

Troubles psychiatriques

- Résultats similaires pour le trouble bipolaire (Fazel 2010)

Troubles psychiatriques

- Personnalité joue également un rôle
- Exemple:
 - trouble de personnalité où la dimension impulsive est majeure ex: trouble de personnalité AS et BPD

Troubles psychiatriques

- Attention cependant à ne pas destigmatiser une population (patients souffrant de troubles psychiatriques) pour en stigmatiser une autre (patients souffrant d'addictions)...

Modèle de Goldstein (1985)

- **Criminalité psychopharmacologique**
 - influence d'une substance psychoactive (aigu/chronique)
- **Criminalité économique-compulsive**
 - obtenir de l'argent / drogues pour usage
- **Criminalité systémique**
 - marchés illicites de la drogue



Criminalité économique-compulsive

- Pour certains consommateurs : actes de délinquance pour parvenir à financer leur consommation (l'héroïne et cocaïne notamment).
- = « délinquance acquisitive »
- Substance onéreuse/revenus limités → actes criminels lucratifs.
 - But : financer consommations de drogue
 - vol à l'étalage, le vol avec violence ou le cambriolage
 - Cambriolage de pharmacie...

Criminalité économique-compulsive

- \searrow prix de la cocaïne \rightarrow \searrow criminalité aux USA
- Les coûts de la criminalité liée à la drogue sont également importants:
 - UK : coûts liés à cette criminalité (fraudes, cambriolages, vols à l'étalage)= 1,6 % du PIB

À noter

- Toutes les personnes dépendantes de drogues onéreuses ne s'engagent pas forcément dans une criminalité lucrative
 - Régulation de la conso selon ressources
 - ↗ revenus légitimes
 - ↘ dépenses...

Modèle de Goldstein (1985)

- Criminalité psychopharmacologique
 - influence d'une substance psychoactive (aigu/chronique)
- Criminalité économique-compulsive
 - obtenir de l'argent / drogues pour usage
- **Criminalité systémique**
 - **marchés illicites de la drogue**



Criminalité systémique

- Actes violents (ex : agressions ou homicides) commis au sein des marchés illicites de la drogue, dans le cadre des activités liées à l'offre, l'approvisionnement ou la consommation de drogue :
 - violence en tant que stratégie de contrôle
 - différends territoriaux, de punition pour fraude, de recouvrement de dettes ou d'affrontements avec la police.

- La violence systémique est liée à la prohibition des drogues
 - Découle de la nature illicite
 - Marché parallèle avec profits énormes
 - Pas de recours au droit des affaires classiques (pas de « plainte pour cocaïne de mauvaise qualité ! »)
- Drogue (trafic et usage) conduit au crime systémique ou l'inverse ?
- Drogue et criminalité systémique ne seraient qu'une partie d'un même style de vie général ?

Conclusion

- Modèle tripartite de Goldstein étudiant addiction -> criminalité : un modèle parmi d'autres !
- Modèle intégratif de Brochu

Partie 2

- Troubles psychiatriques et conduites addictives en milieu pénitentiaire

Troubles psychiatriques dans les prisons françaises

- **>10 millions** de personnes incarcérées dans le monde.
- **Etat de santé précaire** par rapport à la population générale.
- Maladies infectieuses, risque cardiovasculaire, cancers.
- **Troubles psychiatriques** au premier plan.

- Troubles **préexistants** à l'incarcération
- Troubles **réactionnels** à l'environnement carcéral
(« *choc carcéral* »)
- Troubles **révélés** par l'incarcération
- Vulnérabilité / fréquence des traumatismes dans l'enfance
(50% des personnes incarcérées)

(Driessen et al. *J Clin Psychiatry*, 2006)

(Fovet et al. *Les Annales Médico-Psychologiques*, 2015)

Mouquet (2005)

La santé des personnes entrées en prison en 2003.

- 80 000 arrivants / Evaluation médecin généraliste
- 1 entrant sur 10 : suivi en psychiatrie
- 1 entrant sur 17 : TS dans les 12 mois avant incarcération

Falissard et al., BMC Psychiatry (2006)

- 20 établissements pénitentiaires / 800 personnes détenues
- MINI + entretien binôme (psychologue / psychiatre)

TABEAU I

Principales études de prévalence des pathologies psychiatriques en milieu carcéral

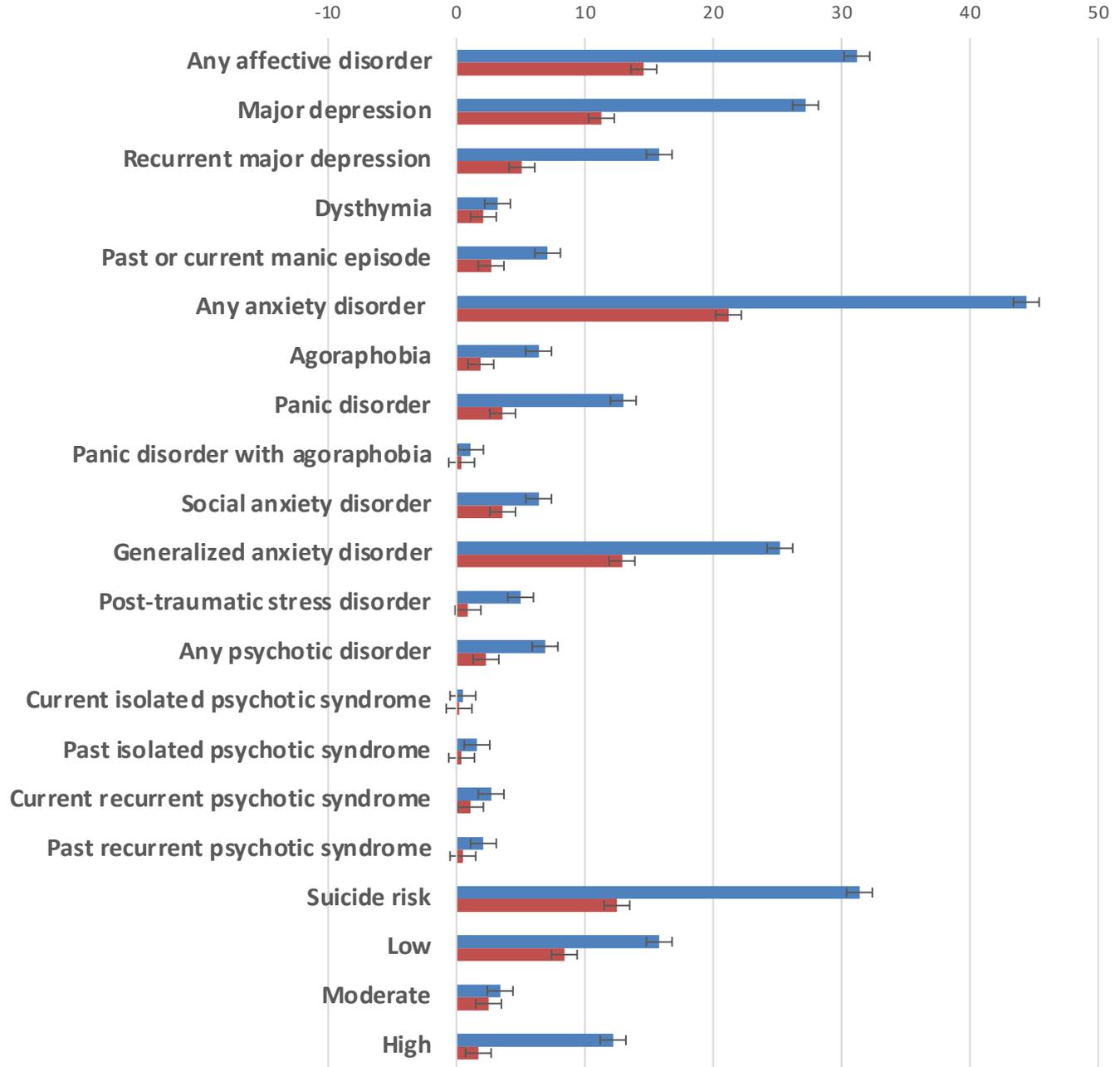
	Fazel et al. 2002 [5]	Falissard et al. 2006 [8]	Fazel et al. 2012 [6]
<i>Effectif total</i>	22 790	800	33 588
<i>Troubles psychotiques</i>	4 %	17 %	3,7 %
Dont schizophrénie		6,2 %	
<i>Trouble bipolaire</i>	-	3,1 %	
<i>Épisode dépressif majeur</i>	10 %	24 %	11,4 %
<i>Addiction</i>	-	19,1 %	
<i>Troubles anxieux</i>	-	29,4 %	

Etude « Santé en population carcérale » (SPC)

653 arrivants en maison d'arrêt dans le Nord et le Pas-de-Calais (8 établissements / 9)

Evaluation socio-démographique + MINI

Comparaison à la population générale (SMPG)





	SPC (n=622)		SMPG (n=1866)	
Nombre de troubles au MINI	n	%	n	%
0	228	36,7%	1 241	66,5%
1	135	21,7%	387	20,7%
2	116	18,6%	148	7,9%
3	63	10,1%	58	3,1%
4	45	7,2%	20	1,1%
5	16	2,6%	8	0,4%
6	14	2,3%	4	0,2%
7	3	0,5%	-	0,0%
8	2	0,3%	-	0,0%
Total	622	100,0%	1 866	100,0%



	SPC (n=622)		SMPG (n=1866)	
Nombre de troubles au MINI	n	%	n	%
0	228	36,7%	1 241	66,5%
1	135	21,7%	387	20,7%
2	116	18,6%	148	7,9%
3	63	10,1%	58	3,1%
4	45	7,2%	20	1,1%
5	16	2,6%	8	0,4%
6	14	2,3%	4	0,2%
7	3	0,5%	-	0,0%
8	2	0,3%	-	0,0%
Total	622	100,0%	1 866	100,0%



Nombre de troubles au MINI	SPC (n=622)		SMPG (n=1866)	
	n	%	n	%
0	228	36,7%	1 241	66,5%
1	135	21,7%	387	20,7%
2	116	18,6%	148	7,9%
3	63	10,1%		
4	45	7,2%		
5	16	2,6%	8	0,4%
6	14	2,3%	4	0,2%
7	3	0,5%	-	0,0%
8	2	0,3%	-	0,0%
Total	622	100,0%	1 866	100,0%

>85% des sujets =
0 ou 1 trouble



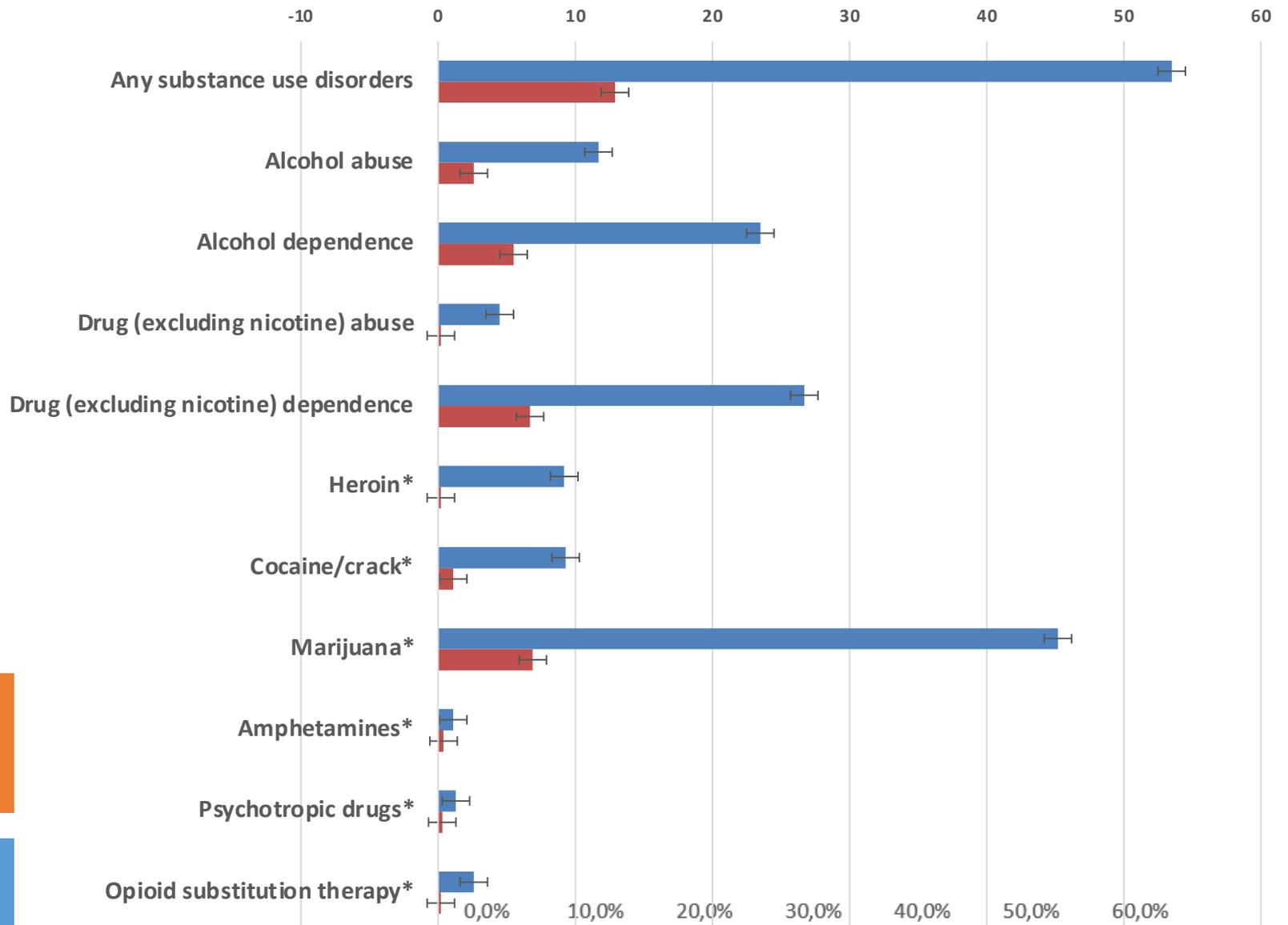


Nombre de troubles au MINI	SPC (n=622)		SMPG (n=1866)	
	n	%	n	%
0	228	36,7%	1 241	66,5%
1	135	21,7%	387	20,7%
2	116	18,6%	148	7,9%
3				
4				
5	16	2,6%	8	0,4%
6	14	2,3%	4	0,2%
7	3	0,5%	-	0,0%
8	2	0,3%	-	0,0%
Total	622	100,0%	1 866	100,0%

>40% des sujets =
2 troubles ou plus

>85% des sujets =
0 ou 1 trouble





Troubles psychiatriques en prison

Hypothèses explicatives

- Association trouble mental / addiction : **facteur de risque de crime violent**
- **Baisse du nombre de lits** en psychiatrie (loi de Penrose) et faible nombre de programmes d'alternatives à la prison

(Reed et al. British Journal of Psychiatry, 2003)

(Shaw et al. Lancet, 1999)

(Priebe et al. Psychiatric Services, 2008)

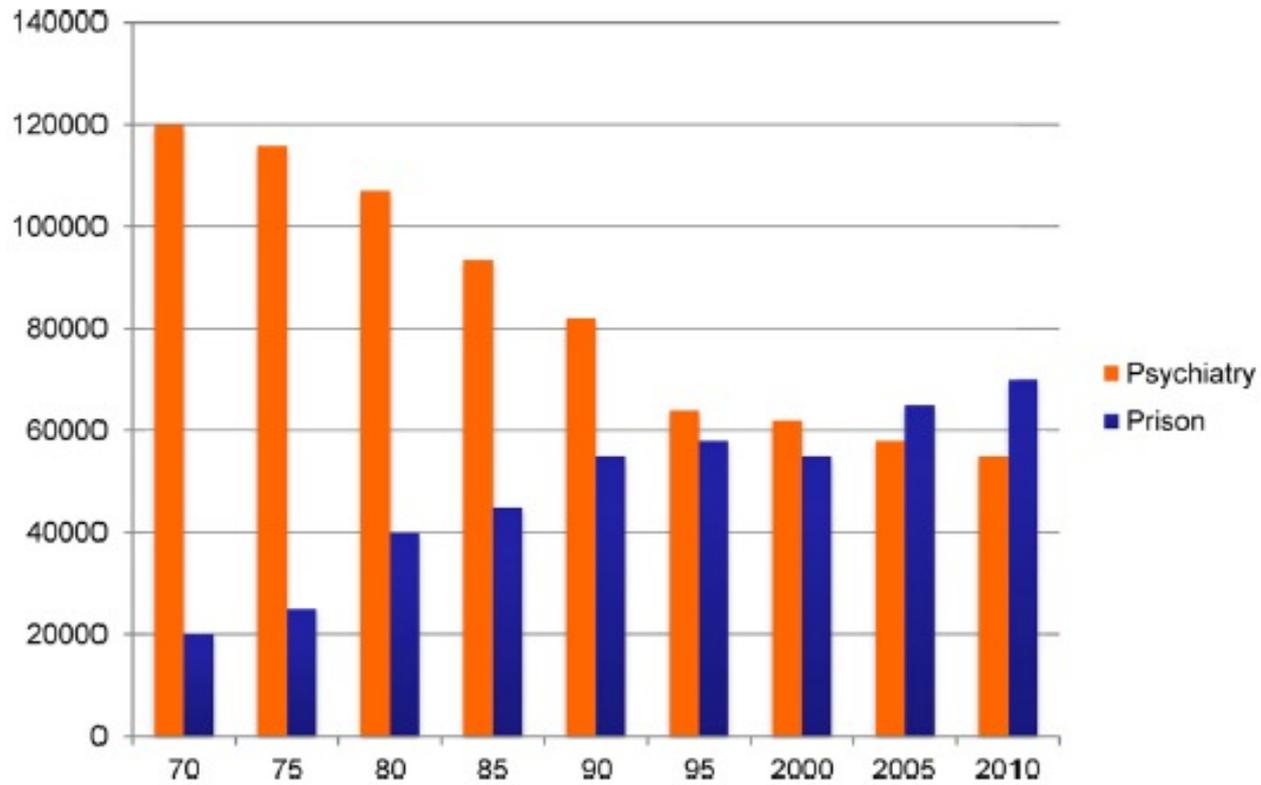
(Fazel et al, PLoS Med, 2009 ; Fazel et al. PLoS Med, 2008)

Evolution commune à l'ensemble de l'Europe

- Carence de plus en plus marquée de l'offre de soins destinée aux malades « difficiles » (troubles mentaux, addiction, précarité...)
- 1970 – 1980 : réformes santé mentale
réduction 50% des lits
- 1990 :
 - Augmentation des admissions dans les services « *forensic* »

Loi de Penrose (1939)

- Relation inverse entre le nombre de lits dans les « asiles » et le nombre de détenus
- L'augmentation du nombre de lits dans un établissement psychiatrique pourrait-elle réduire les taux de criminalité et d'emprisonnement ?



Thomas P et al. Les annales médico-psychologiques, 2015.

Troubles psychiatriques en prison

Hypothèses explicatives

- Association trouble mental / addiction : **facteur de risque de crime violent**
- **Baisse du nombre de lits** en psychiatrie (loi de Penrose) et faible nombre de programmes d'alternatives à la prison
- **Baisse du nombre de décisions d'irresponsabilité pénale**

(Reed et al. British Journal of Psychiatry, 2003)

(Shaw et al. Lancet, 1999)

(Priebe et al. Psychiatric Services, 2008)

(Fazel et al, PLoS Med, 2009 ; Fazel et al. PLoS Med, 2008)

INFRACTION GRAVE

INSTRUCTION

Expertise psychiatrique de responsabilité

*Art. 122-1 al.1
(Code pénal)*

*Art. 122-1 al.2
(Code pénal)*

**Abolition du discernement
Irresponsabilité pénale**

PAS DE JUGEMENT

possibilité d'une audience publique
(loi du 25 février 2008)

PAS DE CONDAMNATION

possibilité de mesures de sûreté
(loi du 25 février 2008)

SOINS PSYCHIATRIQUES

**Altération du discernement
Responsabilité pénale atténuée**

JUGEMENT

CONDAMNATION

peine d'emprisonnement possiblement
« réduite »
(Art. 122-1 al.2 modifié par la loi du 15 août 2014)

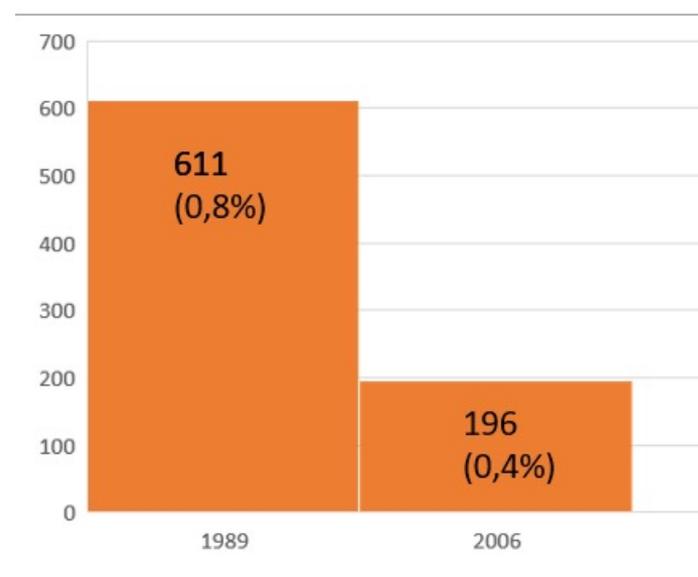
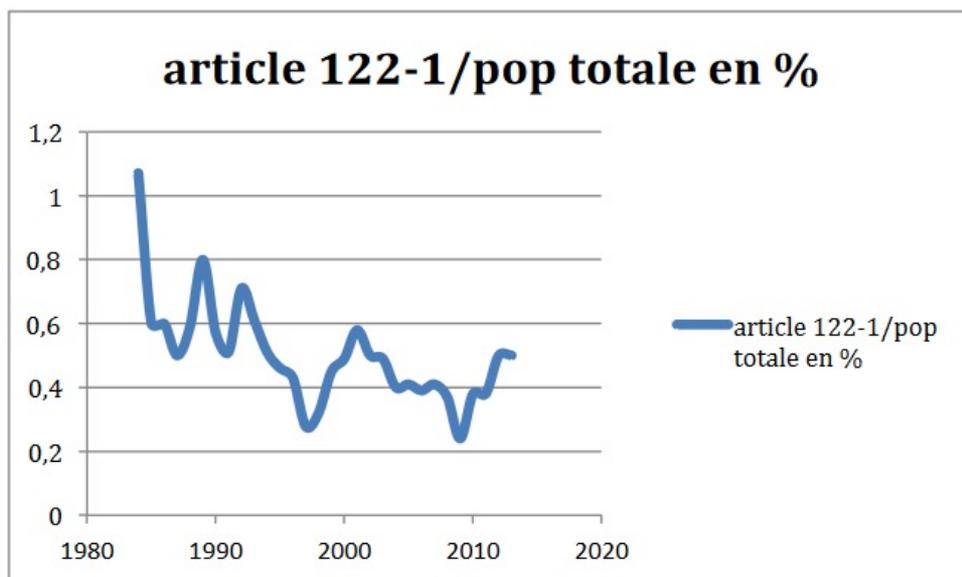
Responsabilité pénale entière

JUGEMENT

CONDAMNATION



- Ordonnances de non-lieu pour irresponsabilité pénale :



Barbier et al. Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ? Rapport d'information n°434 pour le Sénat. 2010.

Troubles psychiatriques en prison

Hypothèses explicatives

- Association trouble mental / addiction : **facteur de risque de crime violent**
- **Baisse du nombre de lits** en psychiatrie (loi de Penrose) et faible nombre de programmes d'alternatives à la prison
- **Baisse du nombre de décisions d'irresponsabilité pénale**
- **Dépistage** de mauvaise qualité à l'entrée en prison
- **Prise en charge** non adaptée en prison.

(Reed et al. British Journal of Psychiatry, 2003)

(Shaw et al. Lancet, 1999)

(Priebe et al. Psychiatric Services, 2008)

(Fazel et al, PLoS Med, 2009 ; Fazel et al. PLoS Med, 2008)



Incarcération dans le parcours des usagers de drogues

- **17,4%** des usagers CAARUD ont été incarcérés dans l'année (enquête Ena-Caarud, OFDT)
- **38%** des condamnateurs d'héroïne, de cocaïne... ont été incarcérés au moins une fois dans leur vie dont **60%** 2 fois ou plus (Enquête Recap, OFDT, CSST/CSAPA)

Substances en prison

- Psychotropes
- Drogues illicites, cannabis, héroïne...
- Traitements de substitution détournés de leur usage : administration intra-nasale de BHD, injection... (Coquelicot, 2004)
- Alcool
- « Missiles », « Planques », « Trafic »...



Réduction des risques

- En France, programme d'échange de seringue ne sont pas disponibles en milieu pénitentiaire, malgré les recommandations de l'OMS
- Idem pour l'accès aux préservatifs (accès « à peu près » généralisé, conditions d'accès incertaines)

- Si l'usage d'alcool et de drogues illicites est théoriquement interdit en milieu pénitentiaire, la prison reste un lieu largement concerné par la consommation des produits psychoactifs
- Pour les usagers, la période de détention peut être marquée par
 - Une reprise des consommations (mais prix élevé, stigmatisation, difficultés d'approvisionnement, risque de sanctions disciplinaires...)
 - La modification des modes de consommation
 - **Une opportunité pour initier une démarche de soins**

Partie 3

- Soins psychiatriques et addictologiques en milieu pénitentiaire

Le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire

- Créé en **1985**
- Structure centrale :
Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)
- Evolutions récentes (création des UHSA, etc.)

STRUCTURES

EQUIVALENTS EN MILIEU LIBRE

Niveau 1

Soins psychiatriques ambulatoires

Consultations, examens, promotion à la santé, éducation thérapeutique

Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP)

Centres Médico-Psychologiques (CMP)
et
Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)

Niveau 2

Hospitalisations de jour

Facilitation de l'accès aux consultations et aux activités thérapeutiques

Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) disposant d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)

Hôpitaux de Jour (HDJ)

Niveau 3

Hospitalisations à temps complet

Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA)

Ou

Unités de secteur de psychiatrie générale (cf. article D-398 du CPP)

Ou

Unités pour Malades Difficiles (UMD)

Unités de secteur de psychiatrie générale

STRUCTURES

EQUIVALENTS EN MILIEU LIBRE

Niveau 1

Soins psychiatriques ambulatoires

Consultations, examens, promotion à la santé, éducation thérapeutique

Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP)

Centres Médico-Psychologiques (CMP)
et
Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)

Niveau 2

Hospitalisations de jour

Facilitation de l'accès aux consultations et aux activités thérapeutiques

Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) disposant d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)

Hôpitaux de Jour (HDJ)

Niveau 3

Hospitalisations à temps complet

Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA)

Ou

Unités de secteur de psychiatrie générale (cf. article D-398 du CPP)

Ou

Unités pour Malades Difficiles (UMD)

Unités de secteur de psychiatrie générale

CRÉATION DES UHSA



Un accueil difficile dans les établissements de santé mentale en milieu libre (HO D398)

- **Absence de garde policière** pour les hospitalisations en psychiatrie
- Recours quasi-systématique aux **pratiques d'isolement et/ou de contention mécanique**
- Stigmatisation par rapport au statut de détenu
- Maintien difficile des liens avec la famille
- **Durées d'hospitalisation très courtes** sans prise en compte du consentement aux soins
- Nombre d'HO D398 multiplié par 13 entre 1994 et 2001

- **Loi d'orientation et de programmation pour la justice**
du 9 septembre 2002
= définit les UHSA
- **Circulaire interministérielle du 18 mars 2011**
= définit le fonctionnement des UHSA



STRUCTURES

EQUIVALENTS EN MILIEU LIBRE

Niveau 1

Soins psychiatriques ambulatoires

Consultations, examens, promotion à la santé, éducation thérapeutique

Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP)

Centres Médico-Psychologiques (CMP)
et
Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)

Niveau 2

Hospitalisations de jour

Facilitation de l'accès aux consultations et aux activités thérapeutiques

Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) disposant d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)

Hôpitaux de Jour (HDJ)

Niveau 3

Hospitalisations à temps complet

Soins libres
Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA)

Soins sans consentement
Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA)
ou
Unités de secteur de psychiatrie générale (cf. article D-398 du CPP)
ou
Unités pour Malades Difficiles (UMD)

Unités de secteur de psychiatrie générale

STRUCTURES

EQUIVALENTS EN MILIEU LIBRE

Niveau 1

Soins psychiatriques ambulatoires

Consultations, examens, promotion à la santé, éducation thérapeutique

Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP)

Centres Médico-Psychologiques (CMP)
et
Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)

Niveau 2

Hospitalisations de jour

Facilitation de l'accès aux consultations et aux activités thérapeutiques

Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) disposant d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)

Hôpitaux de Jour (HDJ)

Niveau 3

Hospitalisations à temps complet

Soins libres
Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA)

Soins sans consentement
Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA)

ou
Unités de secteur de psychiatrie générale (cf. article D-398 du Code de procédure pénale)

ou
Unités pour Malades Difficiles (UMD)

Unités de secteur de psychiatrie générale

STRUCTURES

EQUIVALENTS EN MILIEU LIBRE

Niveau 1

Soins psychiatriques ambulatoires

Consultations, examens, promotion à la santé, éducation thérapeutique

Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP)

Centres Médico-Psychologiques (CMP)
et
Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)

Niveau 2

Hospitalisations de jour

Facilitation de l'accès aux consultations et aux activités thérapeutiques

Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) disposant d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)

Hôpitaux de Jour (HDJ)

Niveau 3

Hospitalisations à temps complet

Soins libres

Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA)

Soins sans consentement

Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA)

ou

Unités de secteur de psychiatrie générale (cf. article D-398 du Code de procédure pénale)

ou

Unités pour Malades Difficiles (UMD)

Unités de secteur de psychiatrie générale

- Modèle des UHSI : **structures de soins**
- Sécurité : administration pénitentiaire (transfèvements, entrées/sorties)
= **« coque pénitentiaire »**
- Unités de soin : pas de présence de l'administration pénitentiaire
- Soins libres / Soins sans consentement

- « ***Personnes hébergées par l'établissement pénitentiaire de façon continue ou discontinue*** »
 - Personnes incarcérées
 - Personnes semi-libres
 - Bénéficiaires de permissions de sortie et de placements extérieurs avec surveillance de l'administration pénitentiaire
- Femmes et hommes
- Majeur(e)s et mineur(e)s

- 1^{ère} UHSA à Lyon : 18 mai 2010.
- UHSA Lille-Seclin : 2013
- Programme : 17 UHSA
(705 places)
 - 1^{ère} tranche : 440 lits
 - 2^{ème} tranche : 265 lits

Addictologie en milieu pénitentiaire

- Problèmes dans la prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral :
 - Problème d'acceptation de la substitution en milieu carcéral
 - Insuffisance des effectifs médicaux et para-médicaux
 - Difficulté de coordination entre services
- La coordination des USMP et des CSAPA est un enjeu majeur pour assurer la continuité des soins
- D'autant plus que :
 - Risque d'overdose 200 fois plus élevé à la libération

- **Indépendance** vis-à-vis de l'administration pénitentiaire et de la Justice
- « **Articulation** » et non « *Collaboration* »
- **Secret médical**
- « **Psychiatrie en milieu carcéral** » et non « psychiatrie carcérale » : soins identiques au milieu libre

Règle d'or :
Mêmes recommandations qu'en
milieu libre.

*Evaluation clinique et repères
sémiologiques :*
**doivent rester les mêmes qu'en
milieu libre**

**MANIEMENT DES TRAITEMENTS AGONISTES
OPIOIDES EN MILIEU PENITENTIAIRE :
Un guide pratique**

Rédaction :

Claire Joubert, Bettina Belet, Marion Eck, Thomas Fovet
et Anne-Sophie Ternois

Relecture :

May Boumendjel, Olivier Cottencin, Olivier Ménard,
Tatiana Scouflaire et Frederick Teissière



1^{ère} édition (2020)

Quels progrès ?

- Accès aux soins
- Réduction des risques
- Lutte contre la stigmatisation
- Traitement des comorbidités addictives
- Accompagnement
- Image, confiance, soutien...

**Si ça peut vous aider à donner,
dites-vous que cet homme est un chien.**

L'Observatoire International des Prisons agit pour le respect des droits et de la dignité des personnes détenues, parce qu'il n'accepte pas que des hommes et des femmes puissent être traités comme des animaux en cage. Soutenez son activité!

OBSERVATOIRE
INTERNATIONAL
DES PRISONS
SECTION FRANÇAISE

OIP



Faites un don sur www.oip.org