



Prescription des traitements de substitution nicotinique en milieu carcéral

.....

Activités des unités sanitaires de 2011 à 2012 d'après les données de l'Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD)

.....

Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

Direction générale de la santé.

Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques. Avril 2015

Table des matières

Introduction	4
I. Contexte.....	4
1. La santé en milieu carcéral	4
1.1. La population incarcérée.	4
1.2. L'organisation des soins	6
2. La prise en charge des personnes présentant une dépendance tabagique.....	7
2.1. La problématique du tabagisme.....	7
2.2. L'aide à l'arrêt du tabac (dont les traitements de substitution nicotinique).....	11
II. Méthodologie.....	15
1. La sélection des données étudiées.....	15
2. Le taux de réponse	15
2.1. Taux de réponse par type d'établissements pour la file active MCO et TSN.....	16
2.2. Taux de réponse par région pour la file active MCO et TSN.....	18
3. La relecture.....	18
III. Analyse des résultats.....	18
1. La prescription des substituts nicotiniques.....	18
2. Le taux de substitution.....	19
2.1. Comparaison par région.....	20
2.2. Comparaison par type d'établissement.....	24
3. Les facteurs associés.....	25
3.1. Comparaison en fonction de l'intervention de CSAPA.....	25
3.2. Comparaison en fonction de l'existence d'un programme annuel d'éducation pour la santé.....	28
IV. Discussion.....	30
1. Les limites de l'étude.....	30
2. Un taux de substitution qui semble globalement stable mais des différences en fonction du type d'établissements.....	30
3. Des disparités entre régions.....	31
4. L'intervention d'un CSAPA et/ou la présence d'un programme d'éducation pour la santé ne semble pas modifier les pratiques de substitution par TSN.....	31
V. Recommandations.....	32
1. Améliorer la qualité du recueil des données.....	32
2. Eviter l'entrée dans la consommation.....	33

3. Améliorer la prise en charge et aider les fumeurs à s'arrêter de fumer.....33
ANNEXES 36

Introduction

La prévalence des addictions est élevée en milieu carcéral. L'incarcération permet un contact avec les dispositifs de soins somatiques et psychiatriques et le cas échéant les réponses plus spécialisées en addictologie. L'organisation de la prise en charge des addictions en détention est structurée autour d'une prise en charge globale permettant le repérage, le diagnostic, la définition d'un projet de soins et la préparation à la sortie coordonnant, en tant que de besoin, le suivi médical du sevrage, le suivi psychologique, la prescription et le suivi de traitements de substitution dont les traitements de substitution nicotinique (TSN) et aux opiacés (TSO). Améliorer l'accès aux traitements de substitution tant pour la nicotine que pour les opiacés et harmoniser les pratiques professionnelles est un axe de travail prioritaire, développé dans le plan d'actions stratégiques santé des personnes sous main de justice 2010-2014¹ et dans le récent guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues², diffusé en 2012. (Annexe 1)

Afin d'établir un état des lieux des prescriptions des TSN, la DGS a analysé les données recueillies en 2011 et 2012 via l'observatoire des structures de santé pour les personnes détenues (OSSD)³, outil développé par la DGOS pour renseigner un rapport d'activité type des unités sanitaires.

Cet état des lieux doit permettre d'alimenter la réflexion en vue de contribuer à l'élaboration et la mise en œuvre du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 (PNRT)⁴. La population des personnes détenues y est bien identifiée comme prioritaire (axe 2 du PNRT «Aider fumeurs à s'arrêter»), les intervenants sanitaires, médico-sociaux et sociaux intervenant dans ce milieu seront intégrés dans les différentes fiches mesures pertinentes à venir.

I. Contexte

1. La santé en milieu carcéral

1.1. La population incarcérée

Au 31/12/2012, période du recueil des données, la population détenue concernait environ 67 000 personnes, dont 20 % sont prévenues⁵. On estimait le flux d'entrée de personnes venant de liberté à 92 771 personnes au 31 décembre 2012. La durée moyenne de détention s'élevait en 2012 à 9,9 mois⁶.

¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf. Actions 12.1 et 12.

² <http://www.sante.gouv.fr/prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>. Pages 168 à 172

³ La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a mis en place un observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD). Les données sont recueillies sur une plateforme ad hoc. Elles doivent aider à définir les plans d'actions nationaux et régionaux pour améliorer la prise en charge sanitaire dans tous les établissements de santé. Les unités sanitaires y renseignent annuellement un rapport d'activité type. Cet observatoire permet également la réalisation d'enquêtes ponctuelles.

⁴ <http://www.sante.gouv.fr/marisol-touraine-presente-le-programme-national-de-reduction-du-tabagisme.html>.

⁵ http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffres_cles_2013_opt.pdf

⁶ Démographie du placement sous écrou, Pierre-Victor Tournier, Directeur de recherches au CNRS, INHESJ/ONDRP, Rapport 2013

Sur la période de l'étude (de 2010 à 2012), on note une augmentation du nombre total de personnes détenues présentes de 63 948 à de 66 784 détenus, soit 4.43 % et du flux d'entrants de 3.4%⁷ entre 2011 et 2012 mais de 10% entre 2010 et 2012.⁸

Cette tendance s'est poursuivie, puisqu'au 1er juillet 2014, 68 925 personnes sont incarcérées dont 26 % de personnes prévenues.

Les 181 établissements pénitentiaires se répartissent entre 106 maisons d'arrêt, 79 établissements pour peine et 6 établissements pour mineurs⁹. Près de 40% des personnes détenues sont incarcérées en maisons d'arrêt, particulièrement affectées par une surpopulation pénale, le taux d'occupation dépassant 200% dans de nombreux établissements.

Les établissements sont très hétérogènes en termes de capacités théoriques : pour l'année 2011, ils étaient 70 de moins de 150 places, 59 de 150 à 500 places, 45 de 500 à 1 000 places, 3 de plus de 1 000 places. Pour l'année 2012, ils étaient 69 établissements de moins de 150 places, 55 de 150 à 500 places, 46 de 500 à 1 000 places, 3 de plus de 1 000 places¹⁰. Ils présentent aussi des profils variés en termes de publics sur le plan de la durée d'incarcération, de l'âge et de leurs besoins de santé.

Les personnes mineures (environ 700 en 2012), sont incarcérées pour environ un tiers d'entre eux dans les 6 établissements pour mineurs (EPM), pour les autres dans des quartiers mineurs dans un établissement accueillant par ailleurs des adultes. Ce nombre a également connu une augmentation, environ 800 mineurs mi 2014.

Les centres pour peines (maisons centrales- MC et à un moindre degré les centres de détention-CD) hébergent des personnes globalement plus âgées, présentant donc des besoins de santé majorés.

En terme de fonctionnement, les flux d'entrées venant de liberté sont très importants en MA avec des durées de séjour courtes et des sorties souvent non programmées. En centres pour peines (CD et MC), les entrées font suite à un transfert, le flux d'entrées est moindre, les durées longues voire très longues.

Les études disponibles sur la santé des personnes détenues convergent vers les mêmes constats :

- Les personnes détenues y apparaissent comme une population fragilisée et très vulnérable, caractérisée par une surreprésentation des catégories socioprofessionnelles les plus démunies, ayant un niveau éducatif peu élevé, et particulièrement concernée par des problèmes de logement et de couverture sociale avant même l'incarcération.^{11 12}

⁷ Démographie du placement sous écrou, *Pierre-Victor Tournier, Directeur de recherches au CNRS, INHESJ/ONDRP, Rapport 2013*

⁸ Ministère de la justice et des libertés, <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>

⁹ Les maisons d'arrêt accueillent les personnes prévenues (en attente de jugement) et les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 1 an. Les centres de détentions et maisons centrales accueillent les personnes détenues condamnées à de plus longues peines. Les centres pénitentiaires sont des établissements siège de plusieurs quartiers (par exemple : maison d'arrêt et centre de détention...). Les centres de semi liberté ne sont pas concernés, la prise en charge sanitaire ne relevant pas des unités sanitaires hospitalières.

¹⁰ Un établissement n'a pas renseigné cette question

¹¹ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats; n° 386; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

¹² Cassan F., Toulemon L., Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». Insee Première; n° 706; avril 2000; www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf

- Des prévalences et/ou incidences plus élevées qu'en population générale sont relevées pour de nombreuses pathologies telles que les addictions, les maladies mentales et le suicide, les infections par le VIH, les virus des hépatites, ou encore la tuberculose...¹³
- Le choc carcéral ainsi que les conditions de promiscuité, d'hygiène, d'isolement, d'inactivité peuvent être générateurs d'une violence contre soi ou contre les autres.¹⁴ L'aggravation ou la réactivation de certaines pathologies (maladies transmissibles, consommation de substances psycho actives) en sont souvent d'autres conséquences.
- Le vieillissement de la population carcérale est à l'origine de nouveaux besoins dans le domaine des maladies chroniques notamment concernant les maladies bronchiques et cardiovasculaires.

1.2. L'organisation des soins

La prise en charge sanitaire des personnes détenues a été largement modifiée par la loi du 18 janvier 1994¹⁵. Le dispositif de soins est passé d'une infirmerie, à laquelle était attaché du personnel soignant recruté et rémunéré par le Ministère chargé de la Justice, à une organisation sanitaire indépendante de l'administration pénitentiaire, et gérée par les institutions sanitaires : Ministère chargé de la Santé et Agences régionales de santé (ARS).

L'objectif était d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins et de la prévention équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ; ce principe a été depuis réaffirmé par l'article 46 de la loi pénitentiaire de 2009¹⁶.

Le transfert au Ministère chargé de la Santé de la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues a donc été à l'origine :

- de la mise en place dans chaque établissement pénitentiaire d'Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA). Ces unités sont rattachées à un établissement de santé de référence par le biais d'un protocole, passé entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé, décrivant l'organisation pour la dispensation des soins et la coordination des actions dont celles de prévention en milieu pénitentiaire.
- de l'affiliation des personnes détenues au régime général de sécurité sociale.

Tous les établissements pénitentiaires disposent d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), désormais dénommée unité sanitaire (US). Il s'agit d'une unité hospitalière dépendant directement d'un établissement de santé, avec une équipe soignante placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier, exerçant dans des locaux dédiés dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire. L'équipe soignante doit assurer outre les soins ambulatoires, des missions d'éducation pour la santé et de dépistage. Elle est dotée de personnel médical : médecin généraliste, spécialistes en fonction des contextes (taille des établissements), dentiste, pharmacien (en fonction de la taille) et de personnel infirmier.

Une consultation médicale est réalisée systématiquement à l'entrée de l'incarcération, la personne détenue est ensuite revue soit à sa demande, soit à l'initiative des soignants, dans le cadre d'une démarche de soins.

¹³ Ministère de la santé et des sports. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes sous main de justice.

¹⁴ Falissard B. Cemka Eval. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. BMC Psychiatry. 2006

¹⁵ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

¹⁶ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

Un dispositif de soins psychiatriques intervient également sur chaque site.

Si une hospitalisation somatique s'avère nécessaire, elle est assurée soit au sein d'une chambre sécurisée dans l'établissement de santé de rattachement (hospitalisations urgentes et/ou de courte durée), soit dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Les hospitalisations en psychiatrie sont réalisées soit dans des unités non spécifiques pour les personnes détenues, soit dans les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

2. La prise en charge des personnes présentant une dépendance tabagique

2.1. La problématique du tabagisme

2.1.1. En population générale

Données de consommation

La consommation de tabac en France est élevée, par comparaison avec d'autres pays de même niveau socioéconomique¹⁷ : plus d'un tiers (34%) des personnes fument et on compte près de 28% de fumeurs quotidiens chez les 15-75 ans, soit plus de 13 millions de personnes (Baromètre santé 2014, INPES). Les dernières éditions du baromètre santé montrent que le tabagisme, qui avait tendance à baisser depuis 20 ans, est reparti à la hausse entre 2005 et 2010 (+2 points) pour se maintenir à un niveau élevé en 2014.

La consommation de tabac touche majoritairement les hommes, près de 40% d'entre eux déclarent fumer, contre 30% des femmes¹⁸, mais en termes d'évolution, le tabagisme quotidien a augmenté significativement chez les femmes entre 2005 (22,9%) et 2010 (26%), ce qui n'a pas été le cas chez les hommes (de 31,3% à 32,4%).

Par ailleurs, les enquêtes de l'INPES montrent également un renforcement préoccupant des inégalités sociales face au tabagisme depuis 2000, avec une plus forte prévalence du tabagisme pour les populations avec un niveau de diplôme faible (bac ou inférieur au bac), pour les personnes au chômage ainsi que pour les populations à faible revenu¹⁹. Parmi les actifs, 47% des ouvriers fument contre 24% des cadres supérieurs. Comparés aux actifs, c'est chez les chômeurs que la hausse de consommation a été la plus forte entre 2005 et 2010, de 44% à 51 % de fumeurs quotidiens.²⁰

Conséquences sanitaires

La consommation de tabac est la première cause de mortalité évitable dans le monde et en France. Les effets néfastes du tabac sur la santé sont connus : augmentation des risques de maladies cardiovasculaires (cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral..), de cancers (du poumon et

¹⁷ L'Angleterre est passée début 2014 sous la barre des 20 % de fumeurs (18,5 % chez les personnes de 16 ans et plus, 2014), un niveau que le Canada (17 % de fumeurs actuels, ce qui regroupe fumeurs quotidiens et non quotidiens), l'Australie ou la Nouvelle-Zélande (18 % chacun) ont déjà franchi depuis plusieurs années.

¹⁸ Enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; INPES, 2003, 2005, 2010, 2014.

¹⁹ Baromètres Santé 2000, 2005, 2010, 2014 INPES

²⁰ Prévalence du tabagisme quotidien, L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011

de nombreuses autres localisations), de maladies respiratoires (première cause de broncho-pneumopathie chronique obstructive BPCO).

Chaque année, le tabac causerait 44 000 décès par cancer, dont plus de la moitié à cause du cancer du poumon (26 000). A cela s'ajoutent 8 000 décès par maladies respiratoires et 18 000 décès par maladies cardio-vasculaires. Au total on estime à 73 000 le nombre annuel de décès liés au tabac.²¹

Les décès liés au tabac représentent 22 % de la mortalité masculine (1 décès sur 3 parmi les 30-69 ans) et 5% de la mortalité féminine. La moitié de ces décès a lieu avant 70 ans. La part des décès féminins liés au tabac est en progression du fait du développement du tabagisme des Françaises au cours des quarante dernières années. L'espérance de vie d'un fumeur est réduite de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur.²²

De plus, il ne faut pas sous-estimer les effets négatifs du tabagisme passif sur la santé : le risque d'être sujet à une cardiopathie ischémique ou un cancer du poumon augmente de 25% chez l'adulte, tandis que les enfants auront plus de risques d'être victime de mort subite du nourrisson, d'infections respiratoires, d'otites et d'asthme²³. Le tabagisme de la femme enceinte peut provoquer des naissances prématurées ou une mortalité périnatale ou néonatale augmentée, un retard de croissance portant essentiellement sur le poids de naissance.

D'autres effets du tabac sont moins repérés, mais également délétères : aggravation de nombreuses maladies chroniques (ex : diabète), augmentation des complications péri-opératoires, diminution de l'efficacité de certains traitements (antihypertenseurs, chimiothérapies anticancéreuses...).

2.1.2. En milieu carcéral

Données de consommation

La consommation de tabac est plus élevée que dans l'ensemble de la population. On estime qu'environ trois quarts des personnes incarcérées sont reconnus comme fumeurs quotidiens dans les études réalisées en Australie, Nouvelle Zélande et Royaume Uni²⁴²⁵²⁶²⁷. En France, en 2003, on dénombre au moment de l'entrée en prison que 81% des hommes de 18 à 54 ans fument ²⁸ contre près de 40% en milieu libre.²⁹ Ces dernières données sont anciennes, elles proviennent d'une enquête réalisée par la Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle n'a pas été actualisée depuis, en dépit de la recommandation formulée en 2004 par l'OFDT : « Dans le domaine de la prise en charge des dépendances en milieu carcéral, l'une des conditions de réussite paraît être de disposer d'une « meilleure connaissance des besoins » et « du taux de couverture des besoins ». En complément, des exemples locaux permettent de conforter les constats de 2003 de la DREES. Le rapport d'activité 2007 de la maison d'arrêt de Saint-Brieuc mentionne, par exemple, que 54% des entrants ont été repérés comme dépendants à l'alcool ou

²¹ Catherine Hill. Épidémiologie du tabagisme In *La Revue du Praticien*, 20 mars 2012

²² OFDT Drogues et dépendances, données essentielles, 2013

²³ BEH n°20-21- Numéro thématique – Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011

²⁴ Australian institute of Health and Welfare (2011)

²⁵ Butler et Papanastasiou (2008)

²⁶ NZ Ministry of Health (2006)

²⁷ Plugge et al (2006)

²⁸ Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Études et Résultats no 386 Drees, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2005. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/index.htm>.

²⁹ Baromètre Santé 2000. Vol 2 Editions CFES. <http://www.inpes.sante.fr/>.

ayant une consommation abusive, 40% comme ayant un usage problématique de substances illicites, et 60% comme fumeurs.

De plus, le tabac est fréquemment consommé en association avec du cannabis.

Diverses enquêtes nationales ou locales confirment l'importante proportion de personnes consommant des substances psycho actives, le tabac n'étant pas toujours mentionné en tant que tel.

D'après l'enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en détention, 24 % de la population pénale utilise des substances psycho actives, dont 15,6 % sont dépendantes et 8,3 % usagers.

Parmi les entrants à la maison d'arrêt de Tours : 42% sont dépendants à l'alcool, 37,5% aux stupéfiants, 6,20% aux opiacés, 3% à la cocaïne, 1,3% aux amphétamines, 27% au cannabis, note le rapport de la commission de surveillance de l'établissement.³⁰

Dans l'enquête déclarative réalisée en décembre 2008 à la maison d'arrêt de Bordeaux Gradignan³¹, 49 % des répondants (16 % des questionnaires distribués) indiquent avoir consommé du cannabis pendant l'incarcération.

D'après une enquête récente réalisée 32 sur la consommation de drogue au centre pénitentiaire de Liancourt, sur les 700 personnes détenues présentes, 381 ont répondu à un questionnaire anonyme. 81 % déclaraient fumer du tabac avant leur incarcération, et 67.0% durant. Concernant la consommation de drogues illicites, 60 % des répondants consommaient au moins une drogue avant incarcération et 43.6% pendant leur incarcération. Le cannabis était la drogue la plus consommée avant l'incarcération (53% des répondants) comme pendant (38.2%), avec une consommation quotidienne pour 16.3% des répondants³³.

Une autre publication³⁴ précise les consommations déclarées des femmes entrantes à la prison de Lyon entre 2004 et 2008. Sur 534 femmes interrogées (âge moyen 31,5 ans), une sur 4 a déjà été incarcérée, 35,7 % déclaraient une dépendance au tabac et 13,7 % à l'alcool. Les autres substances psycho actives consommées avant l'incarcération étaient le cannabis (6,6 %) et les autres produits (7,7 % - héroïne, cocaïne et drogues de synthèse). Les consommations étaient plus fréquentes chez les personnes les plus jeunes, estimées par les auteurs assez proches de celles des hommes entrants et plus importantes qu'en population générale féminine et s'accompagnaient très souvent d'une souffrance psychique.

Ce fort taux de consommateurs de tabac et d'autres substances psycho actives peut s'expliquer par les caractéristiques des personnes incarcérées : en situation d'échec scolaire, sujet à des difficultés économiques, sujet à des troubles psychiques³⁵. En 2012, le niveau éducatif de la population pénale est globalement faible (48 % des personnes sont sans diplôme, 11 % en situation d'illettrisme) : 7 % des entrants sont sans domicile fixe. Par ailleurs, 20 % des personnes incarcérées sont d'origine étrangère, 5 % ne parlent pas le français et 5 % le parlent de manière rudimentaire, ce qui doit être pris en compte dans les modalités d'interventions.

³⁰ OIP, Rapport, *les conditions de détention en France*, La Découverte, 336 pages, 2011.

³¹ Rossard Philippe. Consommation de substances et comportements à risque au cours de l'incarcération. Enquête dans une maison d'arrêt en France. Le courrier des addictions n° 2.2012

³² Sannier Olivier and al ; Réduction des risques et usage de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace. Presse med 2012.

³³ *Ibid.*

³⁴ Sahajian F et al. Consommation de substances psychoactives chez les femmes entrant à la prison de Lyon de 2004 à 2008. Revue d'épidémiologie et de santé publique. Volume 60 n°5. Octobre 2012.

³⁵ Hyst J, Cabanel G. Conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. Paris : Rapport no 449, Sénat, 1999-2000.

S'agissant des mineurs, une étude locale³⁶ a été réalisée à l'EPM d'Orvault. Sur 125 mineurs incarcérés de sexe masculin en 2011, 88 % d'entre eux fument. Comparés à la population générale du même âge, les jeunes incarcérés ont commencé à fumer plus tôt (12,7 ans vs 15 ans)³⁷ et consomment des quantités plus importantes (16,3 cigarettes par jour en moyenne). 29 % déclarent avoir déjà eu une période de sevrage en tabac, mais 76 % contre leur volonté (incarcération antérieure, séjour en établissement non fumeur). Trois quart environ fument du cannabis, essentiellement sous forme de joints. La moyenne du score ADOSPA³⁸ s'élève à 3,9 (+/- 0.2).

Outre les spécificités des mineurs, les constats de terrain indiquent qu'il y a divers profils de consommateurs, comme en milieu libre :

- personnes poly consommatrices de produits licites et illicites, associant le plus souvent le tabac au cannabis
- personnes consommant essentiellement du tabac, présentant souvent également une consommation d'alcool

Ces différents publics relèvent de prises en charge adaptées à leurs situations.

Conséquences sanitaires

On ne dispose pas à ce jour de données actualisées sur l'état de santé de la population incarcérée en France. D'après la récente revue de littérature réalisée par l'Invs³⁹, les affections respiratoires (essentiellement BPCO et asthme) concernent de 3 à 8 % des personnes détenues, les pathologies cardiovasculaires de 2 à 14 %, avec une prévalence globalement plus élevée chez les femmes.

Le rapport réalisé en 2011 sur le fonctionnement des unités hospitalières (Unités hospitalières sécurisées interrégionales- UHSI et chambres sécurisées)⁴⁰ montre que d'après l'analyse des catégories majeures de diagnostic, les séjours pour affections de l'appareil respiratoire sont nettement plus fréquents en UHSI (10,2 % du total) et en chambres sécurisées (5,3 % du total) que pour les personnes hospitalisées en milieu libre (4,8 % du total des séjours de la base nationale).

Il n'y a pas à ce jour de données françaises sur la prévalence globale des cancers et par localisation en milieu carcéral⁴¹. Une étude concernant l'état de santé buccodentaire et la délivrance de soins dentaires menée en 2007 auprès de 221 personnes détenues retrouve une pathologie cancéreuse dans 1,05 % des dossiers médicaux.

³⁶ Goubin Chloé. Mémoire de capacité d'addictologie. Nantes 2012. Etude à l'entrée, basée sur le questionnaire ADOSPA, renseigné en face à face lors de l'entretien avec l'infirmier, puis avec le médecin généraliste sur les habitudes de consommation et les données socio-démographiques.

³⁷ D'après l'enquête Escapad 2011, enquête chez jeunes de 17 ans, l'âge moyen pour l'expérimentation est de 14 ans et 15 ans pour le passage au tabagisme quotidien.

³⁸ Le questionnaire ADOSPA permet le dépistage précoce d'usages à risque des substances psycho actives, il est particulièrement adapté aux adolescents. Son score va de 0 à 6, l'usage est considéré à risque élevé à partir de 3.

³⁹ <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenees-en-France-et-a-l-etranger>

⁴⁰ Rapport IGAS/IGSJ. Juin 2011. Evaluation du dispositif d'hospitalisations pour les personnes détenues. V. Marsala, C.Pautrat

⁴¹ Pilven et al. CRAM Bretagne 2008

D'après le rapport IGAS/IGSJ, il existerait un probable retard de prise en charge des cancers chez les personnes incarcérées, en cours d'incarcération ou antérieurement à celle-ci⁴². En effet, d'après les données du PMSI pour les 7 UHSI étudiées, les séjours de cancérologie de niveau de gravité 3 et 4 sont sur représentés, 16 % des séjours vs 2,5 % dans les CHU de rattachement et dans la base nationale.

D'après les remontées qualitatives par les professionnels en unités sanitaires et en UHSI, les cancers du poumon apparaissent parmi les plus fréquents des cancers.

Un avis du comité éthique et cancer pointe les difficultés de prise en charge des cancers⁴³, essentiellement du point de vue des conditions d'accès par les personnes détenues à l'équipe soignante et de la période de fin de vie, sans aborder les aspects de prévention et de dépistage.

2.2. L'aide à l'arrêt du tabac (dont les traitements de substitution nicotinique)

2.2.1. En milieu libre

70% des fumeurs réguliers ont déjà arrêté volontairement pendant au moins une semaine. Près de 60% des fumeurs actuels déclarent souhaiter arrêter de fumer (Baromètre Inpes 2010, 2014). Mais la moitié des fumeurs présentent aussi une dépendance physiologique forte au tabac⁴⁴, venant compliquer leur parcours d'arrêt. Les fumeurs issus des catégories les moins favorisées (faible niveau de diplôme, chômage, bas revenus) souhaitent tout autant que les autres arrêter de fumer mais sont beaucoup moins nombreux à y parvenir, leur dépendance plus forte au tabac, relevée dans le Baromètre santé⁴⁵, entrant probablement en ligne de compte à côté d'autres facteurs. Ainsi entre 2005 et 2010, 10% des ouvriers ont arrêté de fumer contre 24% des cadres supérieurs.

La Haute Autorité de Santé (HAS) considère que l'accompagnement par un professionnel de santé est un des facteurs clés pour arrêter de fumer. Cet accompagnement peut être effectué par le médecin traitant dans le cadre de consultations dédiées destinées à apporter un soutien psychologique et à renforcer la motivation du fumeur.

Tout professionnel de santé, médical et paramédical, doit s'impliquer sur la question du tabagisme dans sa pratique quotidienne. Chacun est légitime et a sa place. Le dépistage individuel du tabagisme et le conseil d'arrêt à tous les fumeurs doivent être systématiques. Le conseil d'arrêt à tous les fumeurs, (qu'ils soient prêts ou non à arrêter) augmente de plus de 50 % la probabilité de sevrage tabagique et l'abstinence à long terme. (HAS, 2014). (Voir compléments d'information sur les recommandations en annexe 2).

2.2.1.1. Le dispositif d'aide à l'arrêt

En 2009, 17,4 % des médecins généralistes déclarent avoir vu, au cours des sept derniers jours, au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique ; ce nombre a presque doublé en dix ans (9,7 % en 1998), démontrant le rôle croissant de ces praticiens dans la prise en charge des fumeurs.⁴⁶

⁴² Rapport IGAS/IGSJ 2011 « évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues ». V Marsala, C. Pautrat. D'après les données du PMSI pour les 7 UHSI étudiées, les séjours de cancérologie de niveau de gravité 3 et 4 sont sur représentés, 16 % des séjours vs 2,5 % dans les CHU de rattachement et dans la base nationale.

⁴³ Le comité "éthique et cancer" est un organe consultatif indépendant.

<http://www.ethique-cancer.fr/phoenixws/detailavis/topic-1/article-88/avis-n-20-du-1er-octobre-2012.html>

⁴⁴ La dépendance est évaluée par le test de Fagerström simplifié en 2 questions : nombre de cigarettes quotidiennes et délai entre le réveil et la première cigarette

⁴⁵ Baromètre santé 2010

⁴⁶ OFDT, Drogues et dépendances, données essentielles, 2013

Les consultations spécialisées de tabacologie ont été développées au début des années 2000 dans le cadre du premier plan cancer. En 2012, les consultations spécialisées en tabacologie, en grande majorité hospitalières, ont accueilli en moyenne 15,2 nouveaux patients par mois et par centre, un chiffre en hausse par rapport à 2011. Parmi ces nouveaux patients, plus de la moitié (53 %) est adressée par un professionnel de santé et 42 % y accèdent par une démarche personnelle (le reste venant sur demande de l'entourage). Le nombre de ces structures a beaucoup progressé (environ 660 contre 400 en 2000, selon l'Office français de prévention du tabagisme)⁴⁷.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a également mis en place un dispositif d'aide à l'arrêt du tabac à distance Tabac info service (TIS) qui comprend un service d'assistance par téléphone (39 89) et depuis 2005 un volet internet (www.tabac-info-service.fr).

La ligne téléphonique 3989 traite les appels sur deux niveaux : le premier niveau adresse de la documentation, répond aux questions simples, et organise le cas échéant la prise de rendez-vous avec des tabacologues. Le second niveau correspond à l'accompagnement spécialisé (tabacologue) gratuit des fumeurs sur plusieurs entretiens.

Le site internet TIS apporte de nombreuses données permettant aux fumeurs de s'informer sur les risques liés à la consommation de tabac, et sur les modalités pour arrêter et offre un service d'accompagnement vers l'arrêt du tabac par email (e-coaching).

2.2.1.2. Les traitements médicamenteux et non médicamenteux

Selon la recommandation de bonne pratique récente de la HAS, l'accompagnement psychologique est la base de la prise en charge du patient.

Chez les patients dépendants, il est recommandé de proposer un traitement médicamenteux.

Les TSN sont le traitement médicamenteux de première intention.

Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes.

Il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants.

Les thérapeutiques médicamenteuses conseillées dans l'aide au sevrage tabagique sont :

- Les substituts nicotiniques, qui sont recommandés en première intention, quelle que soit leur forme galénique, la posologie devant être ajustée en fonction du score de Fagerström et de l'existence de signes de surdosage ou de sous-dosage, avec possibilité d'associer deux substituts nicotiniques chez les patients très fortement dépendants ou sous dosés avec un seul type de substitut.
- Le bupropion LP et la varénicline, dont l'utilisation est néanmoins limitée en raison des effets indésirables.

En l'absence de toute aide médicamenteuse, les taux de sevrage tabagique apparaissent faibles, de l'ordre de 3 à 5% à 6-12 mois.

Les thérapies non médicamenteuses recommandées outre le soutien psychologique individuel en face à face, sont le soutien en groupe, les thérapies comportementales et cognitives, les approches motivationnelles et l'aide à distance (téléphonique ou par internet).

⁴⁷ OFDT, Drogues et dépendances, données essentielles, 2013

2.2.1.3. La prise en charge financière

L'Assurance Maladie prend en charge depuis 2007, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur, etc.) inscrits sur la liste des substituts nicotiques remboursables à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire. Ce montant a été porté à 150 euros pour les femmes enceintes en septembre 2011 et pour les jeunes de 20 à 25 ans depuis le 5 septembre 2014 (voir site Ameli.fr). Le programme national de réduction du tabagisme annoncé en septembre 2014 envisage le triplement de ce forfait pour les personnes de 25 à 30 ans, pour les personnes bénéficiaires de la CMU-C ainsi que pour les personnes en affection de longue durée (ALD) pour un cancer.

Toutefois, ce forfait ne représente qu'une prise en charge partielle, qui ne couvre pas la durée de traitement (selon la HAS, la durée est d'au moins trois mois) surtout chez les fumeurs très dépendants. Par ailleurs, l'avance des frais au moment de la délivrance du traitement représente un frein pour les personnes défavorisées.

2.2.2. En milieu carcéral

Il convient tout d'abord d'indiquer que la prison comporte des espaces collectifs clos (couloirs et zones communes soumises à l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs), mais que les cellules sont considérées comme des lieux à usage privatif/des substituts de domiciles, si bien que 80% des personnes détenues fument dans leur cellule ou pendant la promenade (espace fermé mais non couvert dans lequel l'interdiction de fumer ne s'applique pas).

Les cigarettes font partie des biens « cantinables », c'est-à-dire des biens courants que les personnes détenues peuvent acheter par le dispositif de la « cantine » (savon, dentifrice, boissons non alcoolisées, friandises, conserves, papier à lettres, journaux, stylos, etc.)⁴⁸. Aucun argent ne circule en détention, toutes les dépenses sont réglées par débit de la part disponible du compte de la personne détenue, ouvert par le service comptable de l'établissement. Les personnes reconnues comme étant « indigentes » sans ressources suffisantes peuvent se voir attribuer une aide financière par le chef d'établissements en se fondant sur l'avis de la commission pluridisciplinaire unique.

Dans le contexte carcéral, le tabac peut également constituer dans les faits une « monnaie d'échange » : une personne fumeuse ou non peut acheter du tabac en cantine et l'échanger contre des médicaments ou du cannabis.

S'agissant toutefois des unités accueillant des mineurs, l'interdiction de vente de tabac aux mineurs s'applique.

De même lorsque les personnes détenues sont hospitalisées (en chambres sécurisées ou en Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI), elles relèvent des règles hospitalières et ne peuvent fumer⁴⁹, ce qui peut constituer un frein et motiver un refus d'hospitalisation⁵⁰. Dans ces situations les dispositifs d'aide à l'arrêt sont généralement fournis à l'UHSI ou en anticipation par les équipes

⁴⁸ La personne détenue possède également le droit de «cantiner» des objets particuliers, non présents sur les bons habituels, via des catalogues de vente par correspondance. Néanmoins «cette cantine exceptionnelle» nécessite l'autorisation du directeur de l'établissement et doit présenter un caractère d'utilité.

⁴⁹ L'interdiction de fumer en milieu hospitalier s'applique sauf si les personnes sont seules dans la chambre et hospitalisées pour un long séjour, dans ce cas c'est un substitut de domicile.

⁵⁰ Rapport IGAS/IGSJ sur les UHSI

des unités sanitaires informant la personne pour la préparer à une hospitalisation programmée. Il faut noter que la dernière UHSI installée (CHU de Rennes) comporte un espace fumeur.

Comme l'indique le guide méthodologique⁵¹, la période de l'incarcération peut conduire à une augmentation de la consommation de tabac en raison des phénomènes anxieux et de stress, et ce dans un contexte de prévalence déjà élevée de consommation de tabac.

A l'inverse, elle peut aussi constituer l'occasion d'un bilan de la consommation tabagique et d'une motivation pour la contrôler voire la diminuer ou la cesser.

Il est donc recommandé que soient proposés un repérage à l'entrée et une aide au sevrage tabagique avec notamment la mise à disposition de substituts nicotiques, en particulier pour les mineurs compte tenu de l'interdiction de fumer⁵².

Les personnes détenues non fumeuses ou celles entamant un sevrage doivent, dans la mesure du possible, être affectées en cellule « non-fumeurs » au sein de leur lieu de détention.

La circulaire du 31 janvier 2007⁵³ rappelle également que cette mesure de protection doit être prise pour protéger, dans toute la mesure du possible, les non fumeurs contre le tabagisme passif. La mise en œuvre concrète de cette mesure s'avère souvent difficile en maison d'arrêt, fréquemment surpeuplée.⁵⁴

Les médecins indiquent établir des certificats médicaux pour un placement en cellule non fumeur mais d'après eux, ces certificats sont rarement pris en compte par l'administration pénitentiaire.

Les substituts nicotiques sont prescrits par un médecin (exerçant à l'unité sanitaire ou consultant spécialisé en addictologie dans le cadre d'un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie⁵⁵, CSAPA). Ils sont distribués par la pharmacie hospitalière.

Les prix étant libres, les centres hospitaliers se fournissent dans le cadre de leur groupement d'achat, la spécialité choisie devant être inscrite dans le livret thérapeutique.

Il semble que la plupart des équipes sanitaires distribuent gratuitement les patchs, ce qui peut poser problème pour des traitements au long cours pour certaines pharmacies hospitalières.

En comparaison avec le milieu libre, les personnes détenues ne peuvent pas se fournir en pharmacie d'officine et ni les praticiens ni les patients n'ont le choix de la spécialité. De plus, les TSN de type gommes à mâcher sont proscrites par le règlement intérieur pour des raisons de sécurité.

Les pratiques locales des équipes soignantes sont variées.

Une majorité semble prescrire au long cours avec fourniture gratuite. Cependant, certains font valoir que les patchs peuvent être échangés ou stockés. D'autre part, par souci d'équivalence avec le milieu libre, certaines équipes estiment qu'après une période de fourniture gratuite, la personne détenue doit être incitée à acheter ses TSN. Les modalités de fourniture doivent cependant être discutées, les TSN ayant le statut de médicaments.

⁵¹ Cf. note 2

⁵² Article D.347 du code de procédure pénale

⁵³ Circulaire DHOS/DAP du 31 janvier 2007 relative aux conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux relevant de l'administration pénitentiaire applicable le 1^{er} février 2007

⁵⁴ Les non-fumeurs affectés dans une cellule où des codétenus fument pourraient se retourner contre l'Etat pour mise en danger. C'est ce qui est déjà arrivé à des entreprises dont un salarié avait un cancer lié au tabac suite à un tabagisme passif sur une longue durée.

⁵⁵ Pour plus d'information sur les CSAPA, voir le paragraphe III. 3.1. Comparaison en fonction de l'intervention d'un CSAPA.

Ainsi, dans un centre de détention, les personnes détenues bénéficient, dans le cadre d'une activité de tabacologie structurée avec des personnels infirmiers formés, d'un suivi et d'une prescription de TSN, le traitement est fourni par la pharmacie hospitalière. Lorsque les personnes ont des ressources suffisantes, à l'issue de ce premier mois « gratuit », le traitement est prescrit et la fourniture assurée par une pharmacie d'officine en articulation avec le service d'achat extérieur de l'établissement pénitentiaire, le suivi est poursuivi avec les infirmiers. Les personnes indigentes continuent à bénéficier d'un traitement fourni par la pharmacie hospitalière.

Une étude prospective réalisée sur 73 personnes en 2008 à la MA de la Santé⁵⁶ a montré qu'une réduction tabagique était possible dans le contexte carcéral chez des personnes manifestant le désir d'arrêter, appuyée sur des consultations médicales régulières, et une substitution par timbre jusqu'à la sortie. Les candidats au sevrage présentaient un profil polyaddictif, 30% ont diminué d'au moins la moitié leur consommation avec une durée médiane de traitement de 45 jours et de 75 jours chez les patients ayant rechuté pendant l'incarcération (15 %).

Certaines équipes d'unités sanitaires utilisent avec intérêt les testeurs de monoxyde de carbone (CO) comme outil de discussion avec leurs patients. (cf. annexe 3). La HAS souligne l'intérêt de l'usage de CO-testeur, en accord avec le patient, comme soutien à la motivation (en revanche l'utilisation de CO-testeur n'est pas recommandée comme outil de dépistage).

II. Méthodologie

1. La sélection des données étudiées

L'étude est basée sur les données renseignées annuellement par l'ensemble des unités sanitaires dans le cadre d'un rapport d'activité type via l'Ossd⁵⁷. Ce recueil déclaratif a été mis en place en 2009.

Pour l'année 2011, le rapport s'adresse à 177 établissements : 98 maisons d'arrêt (MA), 41 centres pénitentiaires (CP), 26 centres de détention (CD), 6 maisons centrales (MC) et 6 établissements pour mineurs (EPM).

Pour l'année 2012, ces chiffres varient sensiblement, puisque le questionnaire ne concerne plus que 173 établissements, dont 94 MA, 42 CP, 26 CD et toujours 6 MC et EMP.

La différence entre ces 2 années s'explique notamment par des fermetures ou des réorganisations d'établissements.

La base de données a été revue, afin de pouvoir établir des comparaisons entre les deux années portant sur les mêmes établissements.

2. Le taux de réponse

Ce rapport collecte des données relatives à l'équipement, les ressources humaines et les activités. Le rapport a été renseigné d'emblée par la totalité des US. Toutefois le taux de réponse est variable suivant les items.

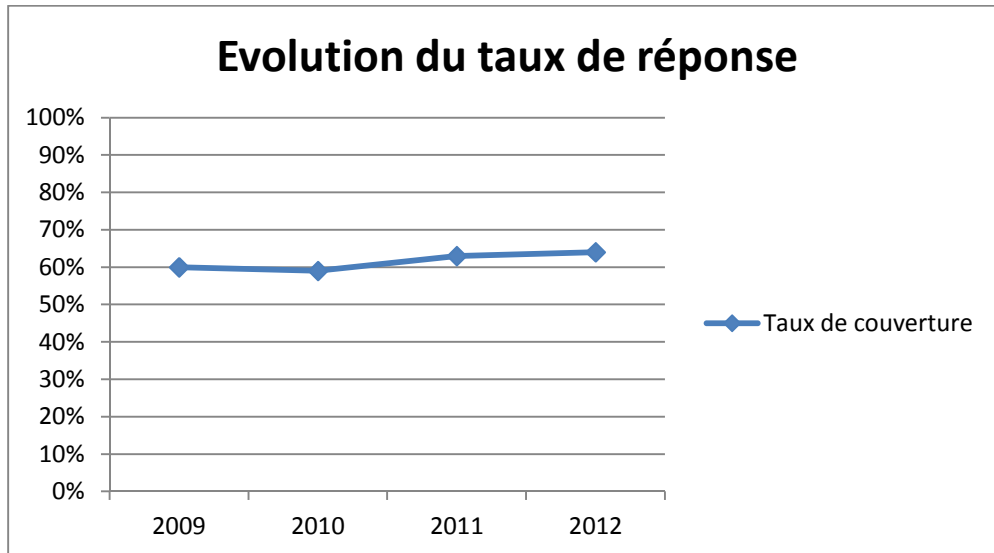
⁵⁶ La réduction tabagique à la maison d'arrêt de la santé .J. Harcouet et al, la revue de médecine interne 29 (2008)357-363

⁵⁷ Voir note 3

Les données utilisées dans l'analyse sont :

- La file active du nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement sur l'année considérée⁵⁸.
- La file active dite « santé MCO » (patients ayant eu au moins une consultation à l'US).

Document 1 : Taux de réponse file active TSN de l'ensemble des établissements entre 2009 et 2012.



Le taux de réponse à la question de la file active de personnes en TSN est en légère progression de 2009 à 2012 et peut donc laisser espérer une montée en charge continue pour les années suivantes. Notre analyse porte sur les années 2011 et 2012, compte tenu d'un meilleur taux de remplissage et de moindres variations entre type d'établissements.

2.1. Taux de réponse par type d'établissements pour la file active MCO et TSN

Certaines US n'ont pas renseigné les données relatives à la file active (FA) MCO, d'autres les données relatives à la file active TSN, et certaines aucune des deux.

Pour l'étude, seules les US ayant renseigné les deux files actives ont été retenues.

Les résultats concernent donc 84 US en 2011 et 92 US en 2012.

⁵⁸ La donnée ne renseigne pas sur la durée du traitement ni sur la posologie.

Document 2 : Taux de réponse file active MCO&TSN pour l'année 2011

Etablissements	Taux de réponses file active MCO&TSN 2011					
	Taux de réponses File active MCO		Taux de réponses Prescription TSN		Taux de réponses TSN&MCO	
	177	%	177	%	177	%
MA n= 98	75	77%	69	70%	53	54%
CD n= 26	16	62%	16	62%	11	42%
CP n= 41	25	61%	17	41%	13	32%
MC n= 6	5	83%	6	100%	5	83%
EPM n= 6	5	83%	3	50%	2	33%
Total n= 177	126	71%	111	63%	84	47%

n = nombre d'établissements recensés par l'OSSD avant la sélection selon le taux de réponse

Document 3 : Taux de réponse file active MCO&TSN pour l'année 2012

Etablissements	Taux de réponses file active MCO&TSN 2012					
	Taux de réponses File active MCO		Taux de réponses Prescription TSN		Taux de réponses TSN&MCO	
	173	%	173	%	173	%
MA n= 94	74	79%	64	68%	55	59%
CD n= 25	16	64%	16	64%	13	52%
CP n= 42	30	71%	22	52%	18	43%
MC n= 6	6	100%	5	83%	5	83%
EPM n= 6	5	83%	5	83%	5	83%
Total n= 173	131	76%	112	65%	96	55%

n = nombre d'établissements recensés par l'OSSD avant la sélection selon le taux de réponse

Le taux de réponse pour les 2 années considérées à l'item file active MCO est supérieur à celui de la file active TSN. Il progresse entre les 2 exercices.

La proportion d'équipes ayant renseigné les 2 items simultanément passe de 47 % en 2011 à 55 % en 2012.

Cette proportion est plus élevée que la moyenne en maisons d'arrêt, qui représentent plus de la moitié de l'effectif total des établissements.

Le taux de réponse des centres de détention et des centres pénitentiaires est en augmentation entre 2011 et 2012, mais reste relativement faible, en dessous de la moyenne générale.

Les taux de réponse des maisons centrales et des EPM sont nettement plus élevés mais il s'agit de petits effectifs pour ces catégories d'établissements et peut-être aussi de conditions différentes d'exercice qu'en maison d'arrêt, compte tenu d'un moindre flux d'entrée.

2.2. Taux de réponse par région pour la file active MCO et TSN

L'étude du taux de réponse par région avait pour but d'identifier les régions pour lesquelles les données ne seraient pas significatives, compte tenu d'un trop faible taux de réponse et pour lesquelles des actions ciblées seraient à mener via les ARS pour motiver à améliorer le recueil.

(Voir détail en annexe 4) :

Les régions des départements d'outre mer (DOM) Guadeloupe, Guyane, Martinique et Mayotte affichent des taux de couverture variables de 0% à 100% d'une année sur l'autre, mais ces résultats sont peu significatifs compte tenu du faible nombre d'établissements (un seul établissement en Guyane et à Mayotte, 2 en Guadeloupe. L'étude de l'évolution du taux de substitution n'est donc pas possible pour ces régions.

Les établissements des régions Alsace, Bourgogne et Haute-Normandie n'ont pas renseigné les 2 items ce qui les excluent également de l'étude.

3. La relecture

Le document a été soumis pour relecture à des référents « santé des personnes détenues » et « addictions » en ARS volontaires, ainsi qu'à quelques professionnels exerçant en unités sanitaires.

III. Analyse des résultats

La prise en charge par les TSN est analysée sous différents angles :

- le nombre d'US ayant déclaré prescrire des TSN (1). Ces données permettent de décrire les pratiques de la prescription par US sans tenir compte du taux de substitution.
- le taux de substitution (file active TSN rapportée à la file active MCO (2) est analysé afin d'approcher la proportion de patients bénéficiant de l'impact des TSN.
- les facteurs pouvant influencer la prise en charge par les TSN (3) comme l'intervention d'un CSAPA ou la présence d'un programme d'éducation à la santé.

1. La prescription des substituts nicotiques

La prescription de TSO est analysée en fonction du type d'établissements, pour les années 2011 et 2012.

Document 4 : Etablissements prescripteurs de TSN pour l'année 2011.

Etablissements	Nombres d'établissements prescripteurs de TSN en 2011					
	Total des répondants		Prescripteurs		Non-prescripteurs	
MA (98)	69	100	64	93%	5	7%
CP (41)	17	100	17	100%	0	0%
CD (26)	16	100	15	94%	1	6%
MC (6)	6	100	6	100%	0	0%
EPM (6)	3	100	3	100%	0	0%
Total (177)	111	100 %	105	95%	6	5%

Document 5 : Etablissements prescripteurs de TSN pour l'année 2012.

Etablissements	Nombres d'établissements prescripteurs de TSN 2012					
	Total répondants		Prescripteurs		Non-prescripteurs	
MA (94)	64	100	61	95%	3	5%
CP (42)	22	100	21	95%	1	5%
CD (25)	16	100	16	100%	0	0%
MC (6)	5	100	4	80%	1	20%
EPM (6)	5	100	5	100%	0	0%
Total (173)	112	100 %	107	95	5	4%

En 2011, sur les 111 unités sanitaires ayant répondu, seules 6 ont indiqué ne pas avoir prescrit de TSN (5 maisons d'arrêt et 1 CD).

En 2012, sur les 112 US répondants, seules 5 ont indiqué ne pas avoir prescrit de TSN (3 maisons d'arrêt, 1 CP, 1 maison centrale).

Toutes les unités sanitaires des maisons centrales (sauf une en 2012) renseignent qu'elles prescrivent des TSN à leurs patients détenus : cela peut s'expliquer par la longueur des peines qui sont effectuées dans ces établissements et le profil des personnes (plus âgées, présentant probablement plus souvent des pathologies liées au tabac). Le climat est plus propice à une prise en charge continue.

Quelques unités sanitaires de MA ayant répondu ont indiqué ne pas prescrire de TSN. Il s'agit de maisons d'arrêt de faible capacité (moins de 150 places).

Les prescriptions TSN sont effectives dans tous les CP et les CD (sauf 1 chaque année).

La prescription existe dans tous les EPM ayant répondu.

2. [Le taux de substitution](#)

Le ratio retenu sur le site de l'OSSD rapporte le nombre de patients sous TSN pris en charge dans l'année à 100 personnes détenues présentes à un moment donné, ce qui nous a semblé ne pas prendre en compte la dynamique différente entre les centres pour peines et les MA.

Nous avons choisi de présenter le taux de substitution : il s'agit du rapport entre la file active de personnes sous TSN prises en charge dans l'année et la file active des personnes ayant consulté (dite file active Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO)).

En effet, dans le contexte carcéral, la personne ne peut avoir accès à un TSN que sur prescription, ce qui suppose une consultation.

Par conséquent, l'ensemble des personnes sous TSN ont eu au moins une consultation par un médecin du dispositif somatique (file active MCO), soit par un médecin du dispositif de soins psychiatrique ou encore par un médecin spécialiste (tabacologue ou médecin d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie - CSAPA).

Nous ne disposons toutefois pas des données concernant le nombre de fumeurs souhaitant arrêter de fumer, permettant d'approcher la population qui pourrait relever d'une indication de traitement.

Les résultats sont d'abord analysés dans leur globalité par région (2.1), puis par type établissements (2.2).

En 2011, l'étude concerne 88 125 personnes au sein de la file active MCO dont 3 454 personnes bénéficiant de TSN, soit un taux de substitution de 4 %.

En 2012, l'étude concerne 80 307 personnes au sein de la file active MCO dont 3 916 personnes bénéficiant de TSN, soit un taux de 5 %.

2.1. Comparaison par région

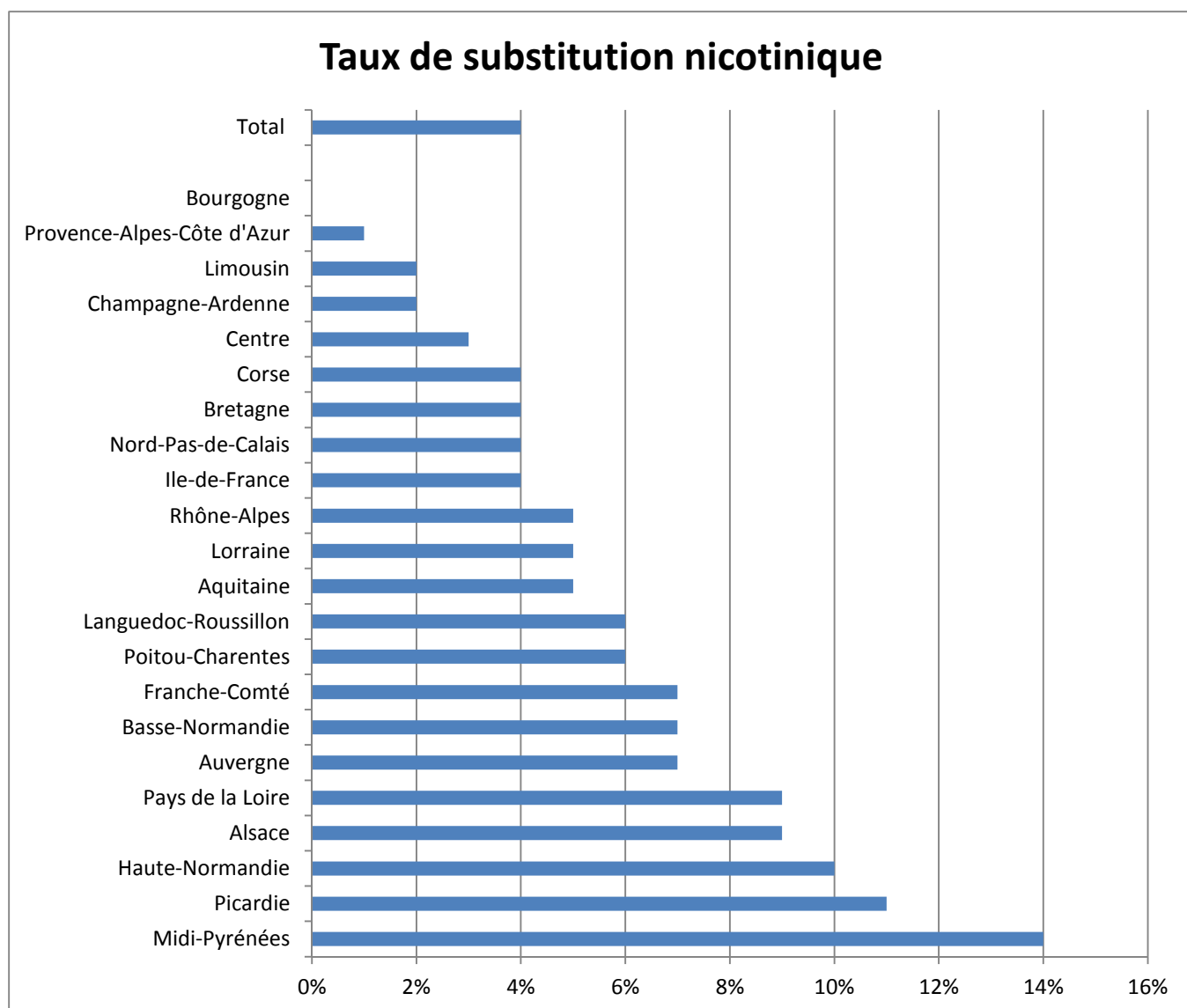
Taux de substitution par régions en 2011 (tableaux en annexe 4)

L'étude ne concerne que 21 régions (la région Bourgogne a été exclue compte tenu d'un trop faible taux de remplissage des données).

En 2011, par rapport au taux national de 4 %, on note des variations importantes entre les régions, tous établissements confondus, variant de 1 % (PACA) à 14 % (Midi Pyrénées).

Le taux de substitution est inférieur à 3 % dans 3 régions, compris entre 3 et 5% dans 8 régions, entre 5% et 10% des personnes détenues dans 8 régions, supérieur à 10% dans 2 régions.

La région Midi-Pyrénées a un nettement plus élevé, l'EPM de ce territoire a un taux de substitution de 52% en 2011 ce qui influe très probablement sur le résultat total.



Document 6 : Taux de substitution par régions, 2011

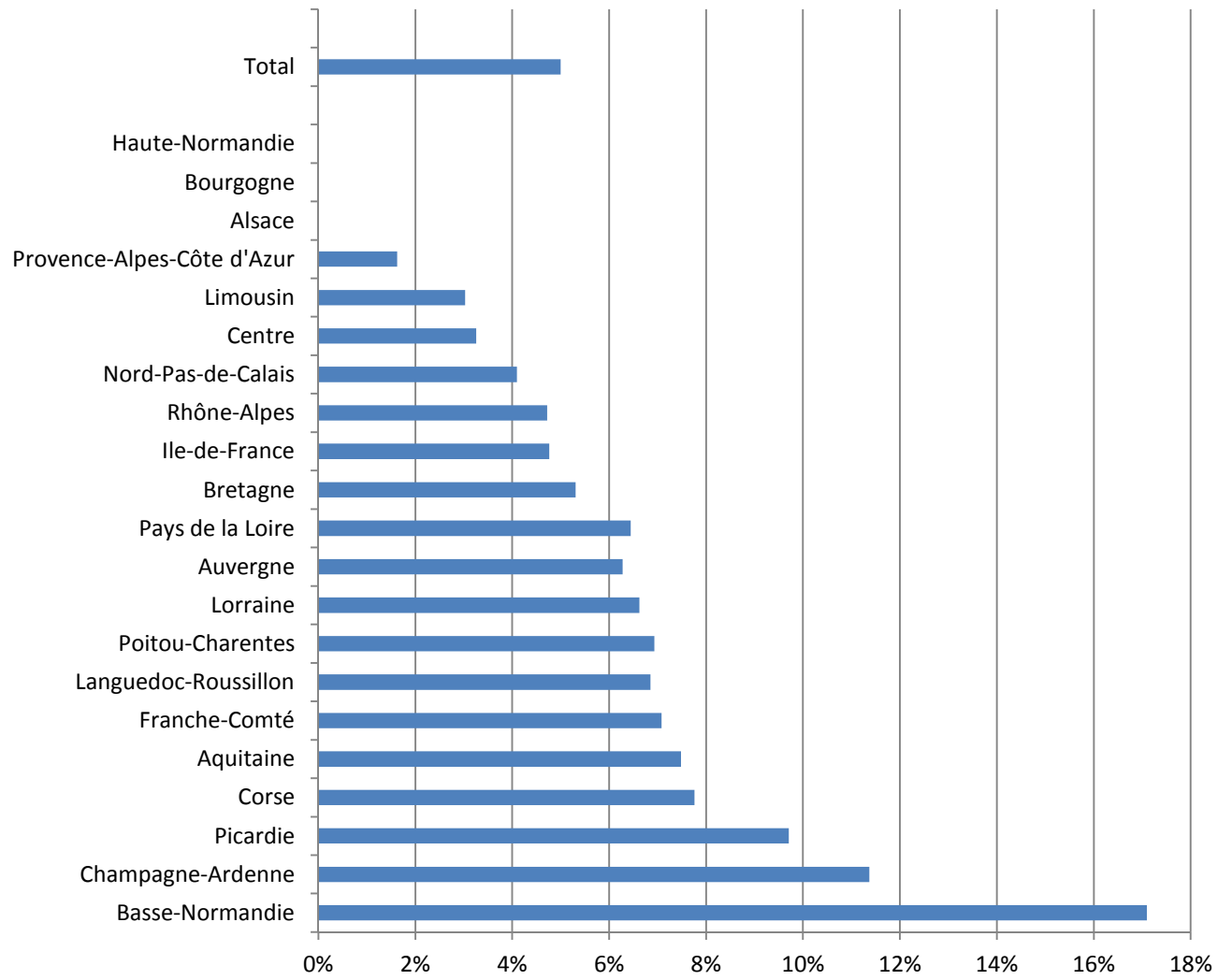
Taux de substitution par régions en 2012

L'étude ne concerne que 18 régions (les régions Alsace, Bourgogne et Haute-Normandie ont été exclues du fait d'un trop faible taux de réponse).

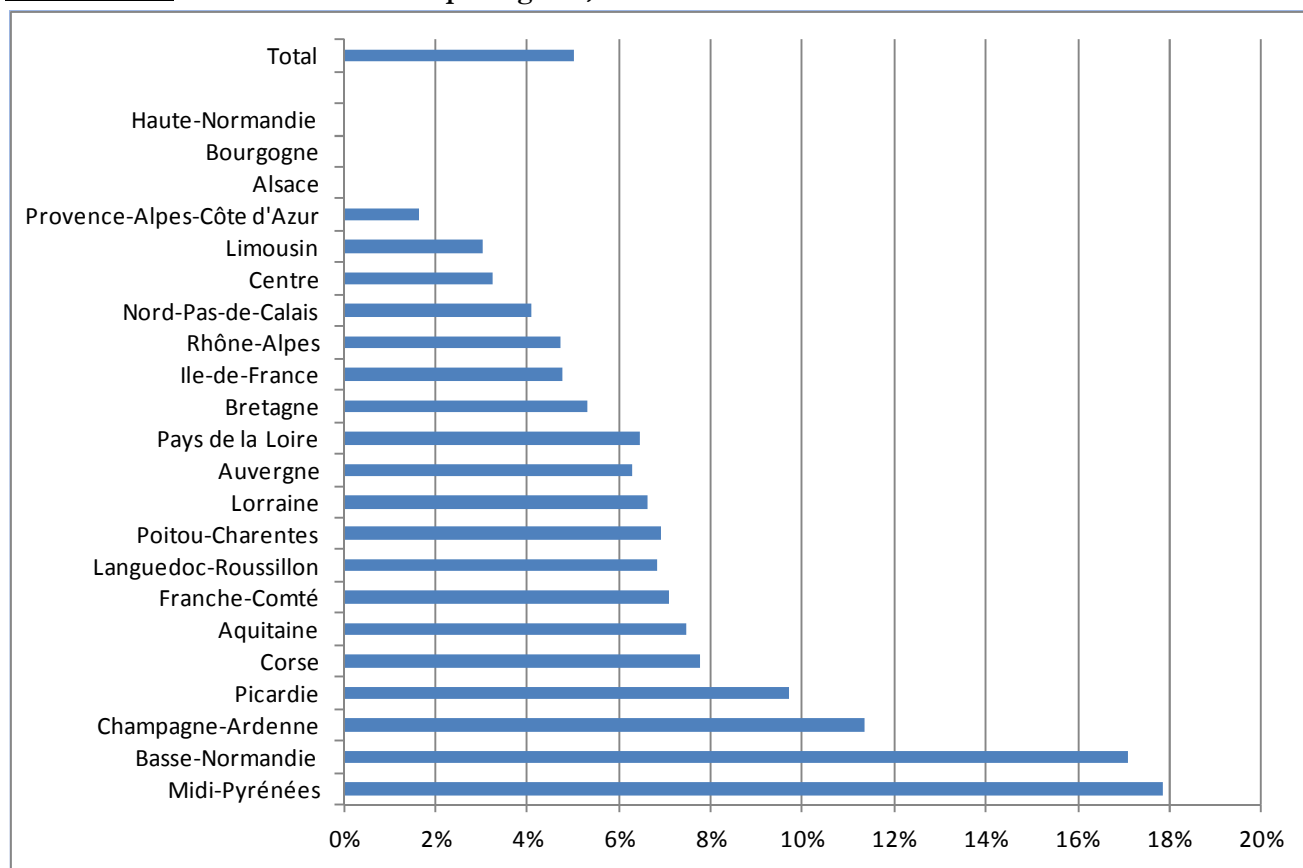
En 2012, par rapport au taux national de 5 %, on note également d'importantes variations de 2 % (PACA) à 17 % (Basse Normandie avec un seul répondant dans cette région).

Le taux de substitution est inférieur à 4 % dans 3 régions, compris entre 4 et 6 % dans 4 régions, entre 6% et 10% des personnes détenues dans 9 régions et supérieur à 10% dans 2 régions.

Taux de substitution nicotinique



Document 7 : Taux de substitution par régions, 2012



Evolution entre 2011 et 2012.

Les évolutions de certaines régions entre 2011 et 2012 doivent être soulignées en raison d'une importante augmentation.

C'est le cas en Basse-Normandie : de 7% à 17%, mais également en Corse : de 4% à 8%, en Champagne Ardennes de 2 à 11 % et en Midi-Pyrénées : de 14% à 18%.

Pour la région Corse, cette augmentation s'explique par le fait que les données de son centre de détention (taux de substitution à 26%) ne sont disponibles qu'en 2012.

En revanche on peut noter que les mêmes régions enregistrent des taux faibles les 2 années consécutives (PACA, Centre et Limousin).

A l'inverse, la région Picardie enregistre un taux élevé lors des 2 années.

2.2. Comparaison par type d'établissement

Document 8 : Taux de substitution par établissements, 2011.

Etablissements	Taux de substitution par établissements 2011		
	Nombre de traités TSN	File active MCO	Taux de substitution %
Maisons d'arrêt n= 53	1688	61953	3%
Centres pénitentiaire n= 13	1092	14748	7%
Centres de détention n= 11	495	9850	5%
Maisons centrales n= 5	96	1282	7%
Etablissements pour mineurs n= 2	83	292	28%
Total = 84	3454	88125	4%

n= nombre d'établissements pour lesquels nous disposons de l'ensemble des données.

Document 9 : Taux de substitution par établissements, 2012.

Etablissements	Taux de substitution TSN par établissements 2012		
	Nombre de traités TSN	File active MCO	Taux de substitution %
Maisons d'arrêt n= 55	1906	49776	4%
Centres pénitentiaire n= 18	1113	21508	5%
Centres de détention n= 13	524	6616	8%
Maisons centrales n= 5	79	1317	6%
Etablissements pour mineurs n= 5	294	1090	27%
Total = 96	3916	80307	5%

n= nombre d'établissements pour lesquels nous disposons de l'ensemble des données.

Par rapport au taux moyen de 4% en 2011 et 5 % en 2012, les maisons d'arrêt ont un taux de substitution TSN légèrement plus faible (respectivement 3% et 4 %) alors qu'elles regroupent plus de deux tiers de l'ensemble des personnes détenues. Ce plus faible taux de substitution par TSN peut s'expliquer par la courte durée des séjours, ne permettant souvent pas de revoir la personne en consultation mais également par le contexte d'arrivée dans une MA (première incarcération, ou nouvelle condamnation) qui peut être angoissant.

La consultation d'entrée dans une MA n'est pas forcément le moment propice pour proposer une substitution TSN. La situation est souvent instable, l'avenir est incertain dans l'attente du jugement. La surpopulation et la promiscuité entre fumeurs ne favorisent pas la démarche d'arrêt.

Par ailleurs, la population en MA est souvent plus jeune que dans les autres établissements, la motivation pour commencer un traitement de sevrage tabagique est peut-être plus faible.

Le taux légèrement supérieur des maisons centrales, centres de détention et centres pénitentiaires peut s'expliquer par la plus longue durée des peines, l'âge plus élevé des personnes détenues (avec donc une augmentation des maladies liées au tabac, respiratoires, cardiovasculaires...), ainsi que leur présence prolongée dans le milieu pénitentiaire, donc avec une optique de traitement au long cours.

Les EPM affichent des taux de substitution très élevés (respectivement 28% et 27 %), qui peut s'expliquer par l'interdiction totale de fumer en prison pour les mineurs et les pratiques des équipes médicales probablement plus incitatives pour proposer ce sevrage à cet âge. Les jeunes détenus peuvent donc avoir besoin d'un TSN pour supporter leur sevrage. Par ailleurs, la file active MCO reste faible ce qui peut faciliter la prise en charge.

3. Les facteurs associés

Le taux de substitution est analysé ici au regard de différents facteurs pouvant avoir une influence sur les pratiques de substitution et la motivation des équipes et des patients:

- l'intervention d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- l'existence d'un programme d'éducation à la santé.

3.1. Comparaison en fonction de l'intervention de CSAPA

Créés par la loi du 2 janvier 2002⁵⁹ les CSAPA sont des établissements médico-sociaux qui s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psycho actives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leurs missions s'étendent également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique).⁶⁰ Une circulaire de 2008 précise leurs conditions de mise en place⁶¹.

Les CSAPA se caractérisent par :

- leur proximité : créations d'antennes, interventions en dehors des locaux
- leur pluridisciplinarité : professionnels de santé et travailleurs sociaux pour une prise charge globale à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative.
- un accompagnement dans la durée : suivi du patient et de son entourage tout au long du parcours de soin autant que de besoins

Les CSAPA ont 4 missions obligatoires⁶²: l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation. et 4 missions facultatives : consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs, activité de prévention, de formation et de recherche, prise en charge des addictions sans substances, intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison. Quelle que soit la spécialisation du CSAPA (soit pour toutes les addictions, soit pour les drogues illicites, soit pour l'alcool), il doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients, y compris le tabac.

Les CSAPA sont gérés soit par un établissement de santé, soit par une association. Ils fonctionnent en ambulatoire et/ ou avec hébergement.

⁵⁹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

⁶⁰ Ces établissements remplacent les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les réunissant sous un statut juridique commun.

⁶¹ Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 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

⁶² Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et Décret n°2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Une dizaine d'établissements pénitentiaires de grande densité carcérale disposent d'un CSAPA en propre qui dépend de l'établissement de santé de rattachement.

La circulaire du 17/11/2010⁶³ clarifie le rôle du CSAPA en milieu carcéral en réaffirmant son importance au moment de la définition d'un projet de soins adapté (prescription, suivi de traitement et psychologique, prise en charge des comorbidités) mais également dans le cadre de la préparation à la sortie.

Comme le prévoit la circulaire : « *le personnel du CSAPA de référence de la prison ou le professionnel référent de la prise en charge, assure la fonction de mise en relation avec un partenaire extérieur pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de la libération [...] si besoin en articulation avec les conseillers d'insertion du service pénitentiaire d'insertion et de probation pour garantir les conditions de la continuité effective des soins à la sortie* ».

Dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014, les agences régionales de santé (ARS) ont été invitées à désigner des CSAPA référents, pour garantir l'action d'un acteur de terrain en matière de prise en charge à l'intérieur et hors de la prison ; des crédits ont été délégués en 2011 et 2012 pour renforcer de 0,5 ETP de travailleur social (sur la base de 187 établissements pénitentiaires hors EPM et centres de semi liberté), les CSAPA qui, se trouvant à proximité des établissements pénitentiaires, sont identifiés comme intervenant privilégié de cet établissement et nommés « CSAPA référents ». Ainsi, 2,272M€ en 2011 et 1,02M€ en 2012 ont été délégués à cette fin.

Il n'y a pas de données précises sur les pratiques de substitution par TSN des équipes des CSAPA intervenant en milieu carcéral.

Il existe également des consultations hospitalières de tabacologie, dont certaines interviennent en milieu carcéral.

Document 10 : Taux de substitution en fonction de l'intervention d'un CSAPA, 2011

	US bénéficiant de l'intervention d'un CSAPA		US ne bénéficiant pas de l'intervention d'un CSAPA	
	US	Taux de substitution TSN	US	Taux de substitution TSN
Maisons d'arrêt n=53	43	3%	10	1%
Centres pénitentiaires n=13	8	7%	5	8%
Centres de détention n=11	5	7%	6	4%
Maisons centrales n=5			5	7%
Etablissements pour mineurs = 2			2	28%
Total = 84	56	4%	28	5%

n= nombre d'établissements pour lesquels nous disposons de l'ensemble des données.

Document 11 : Taux de substitution en fonction de l'intervention d'un CSAPA, 2012

	US bénéficiant de l'intervention d'un CSAPA		US ne bénéficiant pas de l'intervention d'un CSAPA	
	US	Taux de substitution TSN	US	Taux de substitution TSN
Maisons d'arrêt n=55	46	4%	8	6%
Centres pénitentiaires n=18	13	6%	5	3%
Centres de détention n=13	7	8%	5	6%
Maisons centrales n=5	1	10%	4	4%
Etablissements pour mineurs = 5	1	92%	4	16%
Total = 96	68	5%	26	5%

n= nombre d'établissements pour lesquels nous disposons de l'ensemble des données.

Deux US déclarent ne pas savoir si un CSAPA intervient : une MA, et un CD

Entre 2011 et 2012, le nombre d'US ayant déclaré l'intervention d'un CSAPA a légèrement augmenté, de 56 sur un total de 84 en 2011 (66 %) à 68 sur 96 en 2012 (69 %).

Globalement, sur l'ensemble des sites, on ne note pas de différences de taux de substitution entre les US ayant déclaré une intervention CSAPA et les autres.

En 2011, on note en maison d'arrêt un taux légèrement supérieur lorsqu'elles déclarent l'intervention d'un CSAPA (3%) que lorsqu'elles n'en profitent pas (1%).

Les mêmes constats peuvent être relevés pour les centres de détention avec un taux de substitution de 7% lorsque les US bénéficient de l'intervention d'un CSAPA alors qu'il est de 4% lorsque ce n'est pas le cas.

En 2012, dans les CD, le taux est également légèrement supérieur lorsque les US déclarent profiter d'une intervention (8%) que lorsqu'elles n'en profitent pas (6%). Les mêmes constats peuvent être relevés pour les centres pénitentiaires qui ont un taux de substitution de 6% lorsque les US bénéficient de l'intervention d'un CSAPA alors qu'il est de 3% lorsque ce n'est pas le cas.

A l'inverse de l'année 2011, le taux est plus faible en MA lorsqu'un CSAPA intervient (1%), qu'en l'absence d'intervention (3 %).

Les données sur les maisons centrales sont difficilement interprétables compte tenu du faible effectif.

3.2. Comparaison en fonction de l'existence d'un programme annuel d'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des Unité de Consultations et Soins Ambulatoires (UCSA) depuis leur création en 1994.

La démarche de promotion de la santé et d'éducation pour la santé s'intègre dans une approche « globale » qui inclut l'environnement des personnes détenues, les conditions de vie dans l'établissement pénitentiaire et associe l'ensemble des intervenants (approche globale de la prison, « whole prison approach » de l'OMS⁶⁴), en cohérence avec les principes de la charte d'Ottawa. Elle prend en compte les besoins de santé y compris ceux relatifs aux conditions de vie (déterminants de santé). Ces derniers aspects sont traités en commission santé de l'établissement pénitentiaire.

En application des textes législatifs et réglementaires, c'est l'établissement de santé siège de l'UCSA qui a la responsabilité de la coordination de la promotion et l'éducation pour la santé et de l'élaboration du programme annuel ou pluri annuel d'éducation pour la santé, en lien avec les services de soins psychiatriques (dispositifs de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire – DSPMP- et services médicopsychologiques régionaux –SMPR) et l'établissement pénitentiaire⁶⁵.

Le programme d'éducation à la santé est un ensemble d'actions correspondant aux besoins identifiés chez les personnes détenues dans l'établissement pénitentiaire. Il vise à toucher le public le plus large, certaines actions pouvant s'adresser à des publics avec des besoins spécifiques.

Les actions d'éducation à la santé peuvent prendre la forme :

- d'actions ponctuelles telles que l'organisation d'évènements à l'occasion de journées nationales ou mondiales (VIH, tuberculose, tabac), semaine internationale de la santé mentale, semaine de la vaccination, par exemple ;
- de groupes de parole, d'ateliers d'expression se réunissant sur plusieurs sessions ou ponctuellement ;
- de séances d'information suivies d'échanges ;
- de la construction de supports d'information donnant l'occasion d'un échange

Les actions sont adaptées au public auquel elles s'adressent (par exemple âge, sexe, maîtrise de la langue).

En 2011, l'INPES a mené une enquête afin de faire un état des lieux de l'éducation à la santé en milieu pénitentiaire⁶⁶. L'enquête montre une corrélation entre les problèmes identifiés en milieu pénitentiaire et les thèmes fréquemment abordés lors des actions d'éducation pour la santé. Par ailleurs, elle souligne également une augmentation du nombre de comités de pilotage relatifs à l'éducation pour la santé, ainsi qu'un effort de formation des personnels.

Toutefois, cette même enquête souligne des disparités importantes en termes de modalités et de nombre d'actions. Ces disparités s'expliquent notamment par un manque de ressources, un manque de temps et la difficulté à développer des partenariats. Les équipes ayant répondu à l'enquête ont

⁶⁴ « Health in Prisons: A WHO guide to the essentials in prison health ». accessible à http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

⁶⁵ Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral, Cahier IV – prévention et prise en charge des personnes présentant des risques sur représentés en milieu pénitentiaire, Fiche « Éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire »

⁶⁶ « Enquête sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », par Marie-Claire Paty in La santé en action, n°424, juin 2013, INPES.

exprimé leur besoin de reconnaissance et de structuration de cette activité à l'échelon régional, notamment dans la recherche de financement ou la mise en œuvre de formation du personnel.

Document 12 : Taux de substitution en fonction de l'existence d'un programme d'éducation à la santé, 2011.

	US bénéficiant d'un programme d'éducation à la santé		US ne bénéficiant pas d'un programme d'éducation à la santé	
	US	Taux de substitution TSN	US	Taux de substitution TSN
Maisons d'arrêt n=53	45	3%	8	4%
Centres pénitentiaires n=13	11	8%		
Centres de détention n=11	8	8%	3	2%
Maisons centrales n=5	2	8%	2	6%
Etablissements pour mineurs = 2	1	52%		
Total = 84	67	4%	13	3%

n= nombre d'établissements pour lesquels nous disposons de l'ensemble des données.

Les US de deux CP, d'une MC et d'un EPM déclarent ne pas savoir.

Document 13 : Taux de substitution en fonction de l'existence d'un programme d'éducation à la santé, 2012.

	US bénéficiant d'un programme d'éducation à la santé		US ne bénéficiant pas d'un programme d'éducation à la santé	
	US	Taux de substitution TSN	US	Taux de substitution TSN
Maisons d'arrêt n=55	48	4%	7	4%
Centres pénitentiaires n=18	15	5%	3	3%
Centres de détention n=13	10	8%	2	8%
Maisons centrales n=5	3	6%	2	6%
Etablissements pour mineurs = 5	4	30%	1	15%
Total = 96	80	5%	15	5%

n= nombre d'établissements pour lesquels nous disposons de l'ensemble des données

L'US d'un CD ne renseigne pas cette réponse.

Le nombre d'US ayant déclaré un programme en éducation pour la santé a augmenté entre 2011 (67 sur 84 soit 80 %) et 2012 (80 sur 96 soit 83 %).

Sur l'ensemble des données, on ne note pas de différences probantes entre les taux de substitution des sites ayant déclaré un programme et ceux sans programme.

Il n'y a pas de données sur le contenu de ces programmes d'éducation pour la santé, notamment s'ils intègrent les questions de la consommation de tabac.

IV. Discussion

1. Les limites de l'étude

Cette étude comporte des limites.

Il s'agit de données déclaratives renseignées par les équipes soignantes.

La qualité de remplissage des items est très moyenne. Les US ne renseignent pas systématiquement la file active MCO ou la file active TSN. Cela a conduit à exclure un certain nombre d'établissements de l'étude⁶⁷.

Même si le taux de réponse est en augmentation entre 2011 et 2012, il peut encore être amélioré.

Par ailleurs, les pratiques de codage ne sont pas connues : il est possible que des « non réponses » dans le formulaire signifient une absence de prescription, et non une absence de réponse.

Les items recueillis par l'Ossd, dans un souci de faisabilité pour les équipes sont limitées aux files actives. Ainsi ne sont pas recueillies des informations plus précises sur les durées de traitement et les posologies.

La taille de l'échantillon est différente entre les 2 années, 177 en 2011 et 173 en 2013, aussi les comparaisons entre ces 2 années doivent être interprétées avec prudence.

De même les résultats par région sont à relativiser en fonction du taux de remplissage par les US.

Enfin, les données sur les besoins des personnes qui souhaitent arrêter et relèveraient d'une prescription de TSN ne sont pas connues et ne permettent pas d'approcher un éventuel décalage entre ce besoin et la réponse effective.

2. Un taux de substitution qui semble globalement stable mais des différences en fonction du type d'établissements

Malgré les limites méthodologiques, le taux de prescription semble relativement stable d'une année sur l'autre, et homogène selon le type d'établissement.

Cependant, il est donc difficile de conclure à une tendance sur seulement 2 années.

En revanche, de légères différences apparaissent quant à l'analyse du taux de substitution par type d'établissements. Les EPM se distinguent par des taux de substitution nettement plus élevés que les

⁶⁷ En 2011 : 45 MA, 15 CD, 28 CP, 1 MA et 4 EPM n'ont pas pu faire l'objet d'analyse. En 2012 : 39 MA, 12 CD, 24 CP, 1 MA, et 1 EPM.

autres établissements, tandis que les MA ont le plus faible taux de substitution pour les deux années. Les CD, CP, et MC ont des taux plus proches de la moyenne.

La pratique des équipes des EPM, fortement prescriptrice (28% en 2011, et 27% en 2012) peut s'expliquer par l'interdiction de fumer dans ces établissements qui entraîne une forte motivation ou une contrainte pour les mineurs détenus, la posture forcément plus préventive et éducative compte tenu du jeune âge et les faibles effectifs de personnes détenues dans ces structures, ce qui peut peut-être permettre un meilleur suivi par les équipes des US, enfin sans doute un renforcement du discours préventif et de promotion de la santé par les équipes de la PJJ.

Le taux plus faible en maison d'arrêt est probablement à mettre en relation avec la brièveté des séjours, le turn over important.

3. Des disparités entre régions

Les résultats varient considérablement d'une région à une autre. Cela peut s'expliquer par la composition des régions en termes d'établissements pénitentiaires.

Certaines régions n'ont qu'un établissement sur leur territoire ou les US n'ont pas suffisamment renseigné le questionnaire, ce qui a pour conséquence de ne pas prendre en compte certains établissements, et cela entraîne souvent un meilleur taux de substitution que la moyenne.

Cependant, ce constat serait à affiner afin de mieux comprendre d'éventuels facteurs locaux ou dynamiques régionales pouvant influencer les pratiques professionnelles.

4. L'intervention d'un CSAPA et/ou la présence d'un programme d'éducation pour la santé ne semble pas modifier les pratiques de substitution par TSN

L'étude ne permet pas de conclure sur un lien entre le taux de substitution et l'intervention d'un CSAPA ou l'existence d'un programme d'éducation à la santé.

Il est probable que les CSAPA et particulièrement ceux intervenant en milieu carcéral concentrent leurs actions sur les personnes usagères de drogue ou d'alcool et ont moins de pratiques dans le domaine de la tabacologie.

Il n'est pas possible à ce stade de connaître les pratiques de prescription de TSN en fonction des différents médecins intervenant, ceux de l'US, les psychiatres du dispositif de santé mentale, les addictologues des CSAPA, les spécialistes intervenant, dont les tabacologues hors CSAPA.

Les programmes d'éducation pour la santé concernent des thématiques variées, le thème des addictions est fréquemment abordé mais probablement plus par le prisme des produits illicites et de la consommation d'alcool.

V. Recommandations.

1. Améliorer la qualité du recueil des données

Afin de pouvoir améliorer la connaissance de la prise en charge du tabagisme en milieu carcéral, il est d'abord nécessaire de motiver et sensibiliser les équipes sur l'importance de la qualité du remplissage des items, notamment l'item file active et l'item TSN.

Par ailleurs, il serait utile de recueillir sous forme d'enquêtes ponctuelles ou par échantillons des items plus détaillés :

- Pour approcher les besoins potentiels de sevrage : le nombre de consommateurs de tabac, en distinguant les « vapoteurs » des fumeurs, le niveau de dépendance de ces consommateurs, ce qui s'avère difficile en pratique courante.
La question de la dépendance est plus fréquemment posée lorsque la personne souhaite s'arrêter de fumer et que dans ce cadre précis, le soignant évalue la situation avec un test de Fagerström
- Le nombre de personnes souhaitant arrêter, repérées notamment lors du bilan d'entrée
- Pour préciser les prescriptions : durée et posologie
- Pour préciser l'organisation et les pratiques :
- Existe-t-il une personne formée en tabacologie dans l'équipe médicale ?
- Intervention d'un dispositif spécialisé en tabacologie ? (consultation avancée de tabacologie ou formation de personnel CSAPA ?)
- Les traitements sont-ils délivrés gratuitement, uniquement pour l'amorce de traitement ou à la charge des personnes ?
- Quelles sont les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans ce domaine ?

Enfin, des données plus qualitatives seraient intéressantes :

- Représentation des équipes soignantes sur les consommations de tabac et les possibilités d'intervenir efficacement : est-ce perçu comme une priorité au regard des divers autres problèmes de santé
- Perception des programmes d'arrêt du tabac par les personnes détenues.
- Motivation des personnes pour débiter un programme d'arrêt du tabac.
- Données sur l'observance et les durées de traitements
- Mode d'obtention des TSN
- Coût des TSN et éventuels freins pour les directions et les pharmacies hospitalières

Plus globalement des données sur l'état de santé à l'entrée et en cours de détention sont souhaitables, en particulier sur les maladies chroniques dont les broncho-pneumopathies obstructives (BPCO) et les cancers liés au tabagisme. Ces données seraient à affiner en fonction des différents publics, notamment celui des femmes incarcérées.

2. Eviter l'entrée dans la consommation

Il s'agit particulièrement du public jeune, mineurs et jeunes adultes pour lesquels les actions de prévention et de promotion de la santé doivent intégrer cette thématique et plus largement celle des consommations des produits psycho-actifs.

Il convient que le critère du tabagisme devienne un critère d'affectation dans les cellules des personnes détenues afin que celles-ci ne soient pas encouragées à entrer dans une consommation de tabac et qu'elles ne soient pas victimes de tabagisme passif.

3. Améliorer la prise en charge et aider les fumeurs à s'arrêter de fumer

La prise en charge des personnes détenues pour l'arrêt du tabac est encore insuffisante et peut être améliorée.

Cette prise en charge doit s'envisager dans une approche globale des addictions afin d'apporter des réponses adaptées aux différentes situations en terme d'âge, de sexe, de profil de consommations.

Pour ce faire, plusieurs actions peuvent être engagées :

Le repérage des addictions à l'entrée doit être renforcé

L'instruction du 17/11/2010 propose en annexe un questionnaire de repérage. Une enquête « flash » via l'Ossd est en cours permettant d'évaluer la mise en œuvre des recommandations de cette instruction (bilan d'entrée, utilisation du questionnaire ou d'un autre outil, formation en addictologie dans l'équipe soignante). Les résultats devraient être disponibles début 2015.

S'agissant des adolescents, il semble très pertinent de favoriser l'utilisation du questionnaire ADOSPA (cf. note 38 page 10).

Le renforcement de l'offre et de la pratique du sevrage tabagique

Afin de renforcer l'offre et la pratique du sevrage tabagique, les équipes de soins doivent être sensibilisées à l'arrêt du tabac, qu'il s'agisse des équipes somatiques des US, des dispositifs psychiatriques ou des équipes des CSAPA.

Les bonnes pratiques des équipes sont à mieux repérer et valoriser : intervention d'une consultation de tabacologie, formation des personnels d'US ou de CSAPA, entretiens infirmiers pour renforcer la motivation des personnes en substitution, utilisation du testeur de CO.

L'évaluation des pratiques professionnelles en promouvant les recommandations de la HAS est à favoriser via les dispositifs de développement professionnel continu (DPC).

L'accès à la ligne TIS par téléphone ou internet est à promouvoir.

Les TSN doivent être fournis gratuitement via la pharmacie de l'US, ce qui suppose que le financement soit assuré et garanti pour les pharmacies hospitalières.

Cependant, la réflexion doit intégrer la durée de ce traitement gratuit.

Si pour certains soignants, le traitement doit être fourni au long cours, pour d'autres, il convient de faciliter l'amorce du traitement puis de passer à des modalités équivalentes à celle du milieu libre.

Cette aide au sevrage doit être particulièrement facilitée dans la perspective d'une hospitalisation, pour éviter un refus de celle-ci.

Elle est également très pertinente dans le cadre des démarches d'éducation thérapeutique du patient des maladies chroniques liées à l'usage du tabac.

Afin d'harmoniser les pratiques, des actions sont à mener au niveau régional, via les ARS, par exemple des journées régionales d'échanges.

L'usage de la cigarette électronique en détention

L'usage de la cigarette électronique en détention est autorisé comme l'indique une récente note de la Direction de l'Administration pénitentiaire⁶⁸.

L'acquisition se fera dans le cadre de la cantine.

En effet, la demande existe de la part des personnes détenues, soit en continuité d'un « vapotage » initié avant l'incarcération, soit en cours de détention.

En milieu libre, ces produits sont vendus librement et les représentants des personnes détenues comme certains soignants font valoir cet argument d'équivalence.⁶⁹

Des avantages peuvent être attendus en terme de santé publique tant sur le plan individuel que collectif :

- risques pour les personnes fumeuses qui avaient recours à la cigarette électronique avant leur incarcération, en cas d'impossibilité d'utilisation de celle-ci : il est hautement probable qu'elles reprennent une consommation de cigarettes ;
- dans une logique de réduction des risques individuels, il est également intéressant que des personnels soignants puissent accompagner une personne motivée vers une consommation à moindre risque, voire vers un sevrage ;
- risques pour les personnes codétenues partageant leurs cellules avec un ou plusieurs fumeurs. Bien que le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues rappelle le droit des non fumeurs à être hébergés en cellule « non fumeurs », ce droit ne peut être mis en œuvre de façon effective dans un certain nombre d'établissements. Aussi, le vapotage supprime le risque de tabagisme passif. Cependant, la question de l'impact du vapotage sur un codétenu non fumeur ou sevré est également à questionner.

La réflexion doit également prendre en compte les aspects de sécurité, et les risques de détournement des composants de la cigarette électronique.

Enfin, dans la perspective large de la promotion de la santé et de l'action sur les déterminants, créer des environnements favorables à la santé suppose aussi d'agir en amont sur les conditions de vie en détention, par exemple les activités proposées aux personnes afin d'éviter l'ennui.

⁶⁸ Note DAP du 11 août 2014

⁶⁹ Le principe d'équivalence ne s'applique cependant pas pour divers produits, comme l'alcool ou les téléphones portables.

Ce document a été élaboré par le Dr Christine Barbier et Laura Fabre (stagiaire Sciences Po), Direction générale de la santé DGS (bureau santé des populations) avec la contribution du Dr Nathalie Joannard, DGS (bureau des addictions et autres déterminants comportementaux de santé).

Remerciements :

- aux équipes des unités sanitaires qui ont renseigné les données
- au groupe de relecture

DGS : Dr Odile Kremp, santé jeunes, Caroline Drouin et Jocelyn Dutil (bureau des addictions et autres déterminants comportementaux de santé).

APSEP : Dr Damien Mauillon, Dr Laura Harcouet

ARS : Marielle Trabant, Benjamin Meyer, Dr Olivier Joseph

ANNEXES

Annexe 1

Organisation de la prise en charge en addictologie en milieu carcéral

L'organisation de la prise en charge des addictions en détention est structurée autour d'une prise en charge globale afin de permettre le dépistage, le diagnostic et la définition d'un projet de soins dans lequel sont coordonnés, en tant que de besoin, le suivi du sevrage, le suivi psychologique, la prescription et le suivi de traitement de substitution.

Les principaux temps de la prise en charge sont le repérage, le diagnostic, la définition d'un projet de soins et la préparation à la sortie :

- **Modalités du repérage à l'entrée en détention et établissement du diagnostic :** Le repérage doit être effectué par les acteurs de première ligne que sont les professionnels des unités sanitaires, lors de la visite médicale d'entrée obligatoirement proposée et/ou dans les premiers jours suivants l'incarcération voire tout au long du parcours de la détention.

Cette consultation doit intégrer « un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac » et vérifier la prise éventuelle de traitements relatifs aux addictions (Cf. l'instruction du 17 novembre 2010). À l'issue de ce repérage, une orientation est réalisée, si nécessaire, vers les professionnels spécialisés.

Le diagnostic est posé par un professionnel de santé compétent en addictologie qui définit un projet de soins adapté, si besoin spécialisé, et accessible dans le cadre de la détention.

- **Définition d'un projet de soins :** Le projet de soins adapté intègre le suivi du sevrage, la prescription et le suivi, si nécessaire, de traitements de substitution, la prise en charge d'éventuelles comorbidités somatiques et/ou psychiatriques et le suivi psychologique et médico-social.

Le recours spécialisé est assuré selon les besoins du patient et les organisations locales soit :

- par un médecin addictologue intervenant dans l'établissement ;

- par un professionnel d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de proximité.

- par un professionnel d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) du centre hospitalier de rattachement de l'unité sanitaire ;

- **Préparation à la sortie** : Pour favoriser le suivi du patient lors de sa sortie, le personnel du CSAPA référent désigné à cet effet par l'ARS et/ou le professionnel référent de la prise en charge assurent la mise en relation du patient avec des partenaires extérieurs. Afin de garantir les conditions de la continuité effective de soins à la sortie, les contacts doivent être les plus précoces possibles et se concevoir en tant que de besoin en articulation avec les conseillers du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et lorsqu'il s'agit d'un mineur, avec les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Dans cette perspective l'appel téléphonique et la permission de sortir doivent être privilégiés. Pour les personnes condamnées, il est vérifié lors de la visite médicale dans le mois précédant la sortie que les contacts sont établis.

Pour garantir l'action d'un acteur de terrain en matière de prise en charge à l'intérieur et hors de la prison, des crédits ont été délégués en 2011 et 2012 pour renforcer de 0,5 ETP de travailleur social (sur la base de 187 établissements pénitentiaires hors EPM et centres de semi liberté), les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui, se trouvant à proximité des établissements pénitentiaires, sont identifiés comme intervenant privilégié de cet établissement et nommés « CSAPA référents ».

Ainsi, 2,272M€ en 2011 et 1,02M€ en 2012 ont été délégués à cette fin.

Les ARS ont désigné 156 CSAPA référents. Certains CSAPA peuvent couvrir plusieurs établissements pénitentiaires, d'où un décalage entre le nombre de structures médico-sociales désignées et celui des établissements pénitentiaires. Avec la désignation des CSAPA en région Ile-de-France fin 2013, toutes les ARS ont déterminé ces structures et ont délégué les crédits octroyés.

Annexe 2

Recommandation de bonne pratique Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, HAS, Octobre 2013

Quel est l'objectif des traitements nicotiques de substitution (TNS) ?

Les TNS ont pour objectif de soulager les symptômes de sevrage à la nicotine. Ils permettent un apport quotidien de nicotine sous une forme différente du tabac, en évitant la toxicité des cigarettes. Ce traitement de substitution permet au fumeur d'envisager plus facilement le sevrage, voire de réduire sa consommation avant l'arrêt total.

Quelles sont les différentes formes de TNS ?

2.3. Formes transdermiques : timbres (ou patches)

Le mode d'administration de la nicotine par les timbres transdermiques (patches) a l'avantage de produire une faible vitesse d'absorption et permet d'obtenir une nicotémie relativement constante au cours du traitement. De plus, le timbre permet une meilleure observance, en rapport avec une plus grande facilité d'utilisation.

Il faut informer le patient qu'une intolérance cutanée peut apparaître. Pour diminuer le risque de réaction cutanée locale, il faut changer le site d'application du timbre quotidiennement ou changer de marque.

Il existe des timbres pouvant être portés durant 24 heures qui délivrent une dose de 7, 14 ou 21 mg de nicotine par jour et des systèmes pouvant être portés 16 heures qui délivrent une dose de 10, 15 ou 25 mg de nicotine par jour.

2.4. Formes orales

➤ Gommes à mâcher

Elles existent en deux dosages : 2 et 4 mg. Les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les gommes sont moindres que ceux obtenus par la prise de cigarette. La dose de nicotine libérée est approximativement de 1 mg pour les gommes de 2 mg et d'un peu moins de 2 mg pour les gommes de 4 mg. Il existe des gommes de saveurs différentes (menthol, orange, fruits...). La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. L'efficacité de la gomme est optimale lors de la mastication et non lors de la déglutition. Il faut donc préciser au patient de sucer lentement la gomme et non de la mâcher comme un chewing-gum. Si le patient mastique trop vite la gomme, il risque d'avoir des brûlures d'estomac, des maux de gorge, voire des hoquets.

Le risque de transfert de la dépendance de la cigarette à la gomme, sans être nul, reste marginal.

➤ Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux

Ils existent aux dosages de 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 et 4 mg. Une pastille de 2 mg libère approximativement 2 mg de nicotine, celle de 4 mg libère approximativement 4 mg de nicotine. Il existe des comprimés de saveurs différentes (menthe, fruits, avec ou sans sucre...). Ils ont une pharmacocinétique proche de celle de la gomme à mâcher. La majeure partie de la nicotine est absorbée à travers la muqueuse buccale. Du fait de la déglutition de la salive contenant de la nicotine, une certaine proportion de celle-ci parvient à l'estomac et à l'intestin où elle est inactivée. Par conséquent, les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les comprimés sont moindres que ceux obtenus par la prise de cigarette.

Les comprimés à sucer peuvent parfois provoquer une légère irritation de la gorge et une hyper salivation au début du traitement. La déglutition d'une trop grande quantité de nicotine dans la salive peut provoquer un hoquet. Les sujets sensibles peuvent présenter au début des signes légers de dyspepsie ou de brûlures gastriques. Ces symptômes peuvent être diminués en suçant le comprimé plus lentement. Une consommation excessive de comprimés par des sujets qui n'inhalent pas la fumée du tabac peut provoquer des nausées, des étourdissements et des céphalées.

Il faut noter que certaines formes de comprimés à sucer contiennent des édulcorants, à savoir de l'aspartam, du sorbitol et du maltitol.

➤ *Inhaleurs*

Il s'agit d'un dispositif médical. Une cartouche contient 10 mg de nicotine. La fréquence des aspirations (plus ou moins répétées) ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des besoins du patient, sans dépasser 12 cartouches par jour. Par conséquent, la durée d'utilisation d'une cartouche peut varier de 20 minutes en une seule utilisation intensive et continue, jusqu'à 4 fois 20 minutes si l'utilisation est peu intensive et discontinue.

Leur usage est bien toléré, bien que l'on observe parfois une irritation buccale locale, une toux ou une rhinite. Ces effets indésirables sont d'intensité faible en général et disparaissent en quelques jours.

Il est recommandé de ne pas utiliser les cartouches au-delà de 12 mois.

➤ *Sprays buccaux*

Par rapport à une gomme à mâcher ou à un comprimé à sucer contenant de la nicotine, la nicotine est absorbée plus rapidement lorsqu'elle provient d'un pulvérisateur buccal. Chaque pulvérisation permet de délivrer 1 mg de nicotine. Un flacon délivre 150 doses. Il est possible de prendre 4 pulvérisations maximum par heure, sans dépasser 2 pulvérisations par prise, et 64 pulvérisations par tranche de 24 heures.

Il est recommandé de ne pas inhaler lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires. Pour de meilleurs résultats, il est recommandé d'éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation. Il est également recommandé de s'abstenir de manger et de boire lors de la pulvérisation buccale. Enfin, au cours du traitement par spray buccal, il faut impérativement s'abstenir de fumer.

En général, il est déconseillé d'utiliser le pulvérisateur buccal au-delà de 6 mois.

Il faut noter que cette forme contient de l'éthanol.

Quels sont les effets indésirables généraux des TNS ?

Les TNS peuvent entraîner des effets indésirables similaires à la nicotine administrée par d'autres modes.

Les effets indésirables rapportés le plus fréquemment sont, selon les formes de TNS, céphalées, dysgueusie, hoquets, nausées, dyspepsie, douleurs et paresthésie au niveau des tissus mous de la cavité buccale, stomatite, hypersécrétion salivaire, brûlure des lèvres, sécheresse de la bouche et/ou de la gorge.

Ces effets sont en grande majorité modérés et régressent spontanément et rapidement après retrait du dispositif.

Quel dosage prescrire pour commencer ?

Certains professionnels utilisent l'équivalence suivante pour savoir à quel dosage débiter le traitement : soit 1 cigarette = 1 mg de nicotine.

Donc par exemple, un patient fumant 20 cigarettes par jour recevra un patch de 21 mg/j pour commencer. S'il fume encore 7 cigarettes/jour avec ce patch, alors on ajoutera un patch de 7 mg et ainsi de suite.

Cette équivalence n'est pas démontrée et est donnée à titre indicatif. Il est tout à fait possible de débiter avec un autre dosage. Il ne faut pas oublier que le nombre de cigarettes fumées ne définit pas le niveau de dépendance.

Pour ajuster plus finement le dosage on peut associer des formes orales aux patches.

Ex. : prise de gommes à la demande pour atteindre le niveau de nicotine suffisant pour ne plus ressentir les signes de sous-dosage.

Annexe 3

Le testeur de monoxyde de carbone

Outil d'évaluation de l'intoxication au monoxyde de carbone.⁷⁰

Cet outil s'adresse aux fumeurs afin de les sensibiliser à leur consommation de tabac. Le testeur de CO permet de visualiser la consommation de tabac en fonction de la proportion de CO dans l'air expiré.

Le monoxyde de carbone est un gaz toxique qui se forme lors de la combustion de la cigarette. Une fois inhalé, il se fixe dans le sang à la place de l'oxygène ce qui affecte l'oxygénation des organes. Une mauvaise oxygénation des organes entraîne essoufflement, fatigue, augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle.

Le CO est une intoxication de court terme. Avant de le mesurer, il faut s'assurer que la dernière cigarette remonte à au moins trente minutes afin de ne pas fausser les résultats.

La mesure peut s'effectuer par prélèvement sanguin ou par l'analyse de l'air expiré grâce à un testeur de CO. Le taux de CO expiré sera exprimé en ppm (partie par million). Le taux d'un non fumeur est de 5ppm, contre plus de 10ppm pour un consommateur de tabac.

Document : échelle comparative des taux de CO expiré.

0-5 ppm	non fumeur	
5-10 ppm	tabagisme passif ou fumeur peu fréquent	8,5 ppm = limite de pollution des villes
supérieur à 10 ppm	tabagisme	
15-25 ppm	environ un paquet de cigarettes fumées par jour	35 ppm = déclenchement de l'alerte pollution dans les parkings
50-80 ppm	environ 60 cigarettes fumées par jour	50 ppm = maximum admis sur les postes de travail 80 ppm = troubles neurologiques

⁷⁰ Le testeur de monoxyde de carbone, outil d'évaluation de l'intoxication au monoxyde de carbone, Fiche Outils, Crips-Cirdd Île-de-France - www.lecrips-idf.net

Annexe 4
Taux de réponses file active MCO et TSN par régions
Année 2011.

Etablissements régionaux	Taux de réponses file active MCO&TSN 2011					
	Taux de réponses File active MCO		Taux de réponses Prescription TSN		Taux de réponses TSN&MCO	
	177	%	177	%	177	%
Alsace = 4	3	75%	2	50%	1	25%
Aquitaine = 9	9	100%	7	78%	7	78%
Auvergne = 7	6	86%	6	86%	6	86%
Basse-Normandie = 5	2	40%	2	40%	1	20%
Bourgogne = 5	1	20%	1	20%	0	0%
Bretagne = 7	5	71%	2	29%	2	29%
Centre = 8	6	75%	7	88%	5	63%
Champagne-Ardenne = 7	2	29%	7	100%	2	29%
Corse = 3	2	67%	1	33%	1	33%
Franche-Comté = 6	5	83%	6	100%	5	83%
Guadeloupe = 2	1	50%	0	0%	0	0%
Guyane = 1	1	100%	0	0%	0	0%
Haute-Normandie = 4	3	75%	3	75%	2	50%
Île-de-France = 13	11	85%	7	54%	7	54%
La Réunion = 3	2	67%	1	33%	1	33%
Languedoc-Roussillon = 6	6	100%	6	100%	6	100%
Limousin = 4	3	75%	4	100%	3	75%
Lorraine = 10	5	50%	6	60%	3	30%
Martinique = 1	1	100%	0	0%	0	0%
Mayotte = 1	1	100%	0	0%	0	0%
Midi-Pyrénées = 11	9	82%	8	73%	7	64%
Nord-Pas-de-Calais = 13	7	54%	8	62%	3	23%
Pays De La Loire = 8	8	100%	5	63%	5	63%
Picardie = 7	4	57%	4	57%	3	43%
Poitou-Charentes = 7	5	71%	4	57%	3	43%
Provence-Alpes-Côte d'Azur = 12	9	75%	6	50%	6	50%
Rhône-Alpes = 13	9	69%	8	62%	5	38%
Total = 177	126	71%	111	63%	84	47%

Année 2012.

Taux de réponses file active MCO&TSN 2012						
Etablissements régionaux	Taux de réponses File active MCO		Taux de réponses Prescription TSN		Taux de réponses TSN&MCO	
	173	%	173	%	173	%
Alsace = 4	3	75%	0	0%	0	0%
Aquitaine = 9	8	89%	6	67%	6	67%
Auvergne = 7	7	100%	7	100%	7	100%
Basse-Normandie = 5	2	40%	4	80%	1	20%
Bourgogne = 5	2	40%	1	20%	0	0%
Bretagne = 7	7	100%	5	71%	5	71%
Centre = 8	7	88%	8	100%	7	88%
Champagne-Ardenne = 7	6	86%	7	100%	6	86%
Corse = 3	2	67%	2	67%	2	67%
Franche-Comté = 6	5	83%	5	83%	4	67%
Guadeloupe = 2	2	100%	1	50%	1	50%
Guyane = 1	1	100%	0	0%	0	0%
Haute-Normandie = 4	2	50%	0	0%	0	0%
Île-de-France = 13	12	92%	7	54%	7	54%
La Réunion = 3	1	33%	2	67%	1	33%
Languedoc-Roussillon = 6	5	83%	5	83%	5	83%
Limousin = 4	4	100%	3	75%	3	75%
Lorraine = 10	7	70%	7	70%	7	70%
Martinique = 1	1	100%	1	100%	1	100%
Mayotte = 1	0	0%	0	0%	0	0%
Midi-Pyrénées = 11	6	55%	6	55%	6	55%
Nord-Pas-de-Calais = 11	7	64%	7	64%	4	36%
Pays De La Loire = 8	8	100%	5	63%	5	63%
Picardie = 7	4	57%	4	57%	4	57%
Poitou-Charentes = 7	4	57%	5	71%	3	43%
Provence-Alpes-Côte d'Azur = 11	8	73%	6	55%	5	45%
Rhône-Alpes = 13	10	77%	8	62%	6	46%
Total = 173	131	76%	112	65%	96	55%