

## **La continuité des soins des détenus L'articulation entre les professionnels de la santé intra et extra-muros**

### **Constats**

Chaque année, en France, plus de 80 000 personnes vont passer les portes de la prison. Il y a à l'heure actuelle 61 000 personnes incarcérées, dont 50% sont consommateurs de substances psychoactives, et 60% présentent à l'extérieur des difficultés sérieuses avec l'alcool.

Il est évident qu'à un moment ou à un autre de leur parcours de soin, une partie importante nos usagers ont été, sont, ou seront confrontés à une incarcération. Et l'articulation entre les intervenants et les dispositifs intra-muros, et ceux qui interviennent dans la cité, hors les murs, est une nécessité, un impératif sur lequel nous proposons ensemble de réfléchir...

Depuis la réforme de 1994, la prise en charge de la santé des détenus relève du dispositif de droit commun : les détenus doivent pouvoir bénéficier des mêmes prestations que la population générale. Le suivi de la santé des détenus relève de la responsabilité des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) qui assurent notamment le repérage et la prise en charge des addictions, l'initialisation et le suivi des traitements de substitution. La prise en charge peut être également assurée par le SMPR dans certains établissements ou par un CSAPA intervenant en milieu pénitentiaire quand il existe.

Il est prévu que, comme à l'extérieur, il soit pris en compte les aspects médicaux (RDR, VIH, hépatites...), psychologiques, psychiatriques, médicamenteux (TSO et autres), et sociaux, et ce à travers les différents niveaux : accessibilité, accueil, continuité des soins, préparation à la sortie. Les CSAPA de « l'extérieur », ont un rôle à jouer, dans le cadre de leur mission facultative, notamment pour veiller à la continuité des soins avant, pendant et après l'incarcération.

La pluralité des acteurs, la diversité des modalités de suivi des détenus et d'organisation des soins en détention fait de la coordination des différents intervenants santé (UCSA, CSAPA, SMPR), un enjeu majeur pour assurer la continuité des soins. Or ce principe ne semble pas acquis dans un nombre important d'établissements.

#### **1. Une diversité des situations**

L'organisation des soins dépend d'un grand nombre de facteurs : type d'établissement, durée de la peine, politique locale, type de service en charge des addictions en intra, nature du lien entre les professionnels en intra et en extra etc... On peut supposer qu'il existe autant de modes d'organisation que d'établissement pénitentiaire.

☞ *Nécessité d'harmoniser la diversité des pratiques*

#### **2. Un dispositif carcéral en évolution**

Les nouveaux dispositifs comme les quartiers courtes peines, quartiers pour peines aménagées ou quartiers nouveaux concepts amplifient cette notion de diversité. Les spécificités de ces dispositifs (durée de la peine, objectifs de l'incarcération, publics etc...) influent sur les propositions de soins qui y sont proposées. Elles consistent à réaliser un bilan et une orientation rapide vers l'extérieur plutôt qu'un accompagnement durant la peine, effectué dans les autres types d'établissements par les SMPR ou les UCSA. D'où la nécessité de mener une réflexion sur des modalités d'articulations innovantes avec l'extérieur. Par ailleurs, la mise en place des Programmes de Prévention de la Récidive qui n'ont certes pas vocation à être thérapeutique, peut apporter de la confusion avec les groupes de paroles thérapeutiques proposés par les professionnels des CSAPA de proximité. La création de ces programmes est l'occasion de réfléchir, dans une logique de coopération, sur les rôles de chacun, les pratiques professionnelles et les objectifs des suivis individuels et collectifs proposés aux détenus.

Il faut rester vigilant également sur le fait que l'acceptation par le détenu d'entrer dans une démarche de soins en détention ne conditionne pas un aménagement de peine décidé par le juge d'application des peines et ainsi, que la proposition de soin en intra ne soit pas instrumentalisée et ne se transforme en soins « obligés ».

☞ *Nécessité de préserver la dignité de la personne dans son parcours de soin et de détention*

### 3. L'articulation à l'entrée en détention

L'évaluation de l'état de santé et des besoins en matière de soins effectuée lors de la visite médicale obligatoire à l'arrivée du détenu est réalisée par le médecin généraliste ou par les infirmières de l'UCSA. Elle a pour objectif de repérer brièvement mais systématiquement dès le début de l'incarcération :

- des consommations abusives, des mésusages ou des dépendances aux substances psycho actives.
- des personnes à risque de sevrage brutal en alcool ou en benzodiazépines

Ce repérage doit se faire en tenant compte du parcours précédant l'incarcération. C'est lors de cette visite médicale que le détenu signale une pathologie qui nécessite la poursuite d'un traitement. La transmission des informations entre l'intra et l'extra reposant exclusivement sur le détenu, rend primordiale la relation nouée lors de ce premier accueil.

↳ *Nécessité de réaliser une évaluation globale médico-psycho-sociale lors d'un accueil spécialisé et de déterminer le parcours de soins pour le patient détenu*

### 4. Le cloisonnement et le morcellement des soins

La prison accueille de plus en plus de personnes ayant des co-morbidités. La triple compétence à la fois psychiatrique (la maladie mentale étant à différencier d'une mauvaise santé mentale), somatique et addictologique est de plus en plus nécessaire et l'abord simultané des problématiques est indispensable. Mais dans ce contexte, la personne a à faire à plusieurs interlocuteurs pour ses prescriptions que peuvent être l'UCSA pour les soins somatiques, le SMPR pour les soins psychiatriques et le CSAPA pour l'accompagnement addictologique. La diversité des acteurs et le manque d'articulation éventuelle en intra mais aussi avec les professionnels engagés dans le suivi de la personne à l'extérieur (partenaires médico-sociaux, sanitaires et sociaux) peut entraver la lisibilité et l'efficacité de la prise en charge. En effet, les fiches liaison qui permettent aux équipes qui recevront le patient de comprendre les problématiques de sa prise en charge antérieure et d'en assurer au mieux le prolongement, ne sont pas toujours assurées en cas de transfert ou de libération.

↳ *Nécessité de coordonner la prise en charge au sein de l'établissement pénitentiaire avec les différents acteurs internes et externes*

### 5. La préparation à la sortie

La préparation à la sortie vise le retour en milieu libre dans les conditions du droit commun. Or au moment de la libération, les conditions matérielles, la diminution de l'employabilité, l'absence de garantie d'hébergement sont autant de facteurs récurrents pour les personnes sortant de prison. La préparation à la sortie suppose donc, outre la présence de l'ensemble des acteurs de l'exécution des peines, l'implication de partenaires externes, dont les professionnels du soin en addictologie, dans la garantie de cet accès au droit commun. Ainsi, les SPIP doivent s'appuyer sur ces partenaires pour la mise en œuvre en détention, d'actions ou de démarches concourant à la préparation à la sortie, mais aussi pour organiser les relais nécessaires à la prise en charge des personnes libérées. L'intervention des partenaires en détention se fait essentiellement dans le cadre des dispositifs visant à permettre à la personne incarcérée de bénéficier d'une protection sociale, d'organiser une continuité de soins, de chercher un emploi ou une formation, de disposer d'un hébergement. Mais plusieurs paramètres conditionnent l'accompagnement à la sortie comme les conditions carcérales, la date de sortie souvent aléatoire, la position pénale, les conditions de permissions de sortie, les caractéristiques du lieu de sortie (urbain / rural), les capacités de suivi à l'extérieur, une méconnaissance des détenus de leurs droits (CMU, couverture maladie...), la « spécificité » du régime de droit commun concernant les détenus etc...

↳ *Nécessité de favoriser le relais à la sortie avec les partenaires extérieurs et de le formaliser*

### **Finalité**

⇒ Contribuer à une meilleure articulation entre les différents acteurs impliqués dans l'accompagnement et la prise en charge des addictions des détenus et ainsi améliorer la continuité des soins

## Démarche

⇒ Dans le cadre d'une démarche participative, il s'agira donc de mobiliser l'ensemble des professionnels (médico-sociaux, sanitaires et judiciaires) pour identifier et mettre en débat les différentes pratiques concernant les modalités d'organisation des soins des détenus

## Objectifs opérationnels

⇒ Réaliser un état des lieux de l'organisation des soins pour les personnes détenues avant / pendant / après l'incarcération (protocoles, types de conventions, CDO...) afin d'identifier les différents « cas de figure » et faire remonter les bonnes pratiques

⇒ Dégager des préconisations concernant les modalités d'articulations entre les acteurs en tenant compte des trajectoires des détenus

⇒ Elaborer une production utile à l'action contenant une synthèse de l'étude et ses préconisations et ainsi enrichir les pratiques professionnelles

## Déroulement de l'action – pistes de travail

La méthodologie adoptée vise l'implication et l'appropriation de l'ensemble des acteurs concernés pour cette action.

### ***1<sup>ère</sup> étape (novembre 2010 – novembre 2011) : Identification de la problématique***

⇒ Recueillir et partager les données existantes via les textes réglementaires, les schémas régionaux, le corpus théorique, les différentes études existantes

⇒ Définir les éléments à interroger et élaborer l'outil de recueil (questionnaire)

### ***2<sup>ème</sup> étape (décembre 2011- décembre 2012) : Recueil, échanges de pratiques et analyse des données***

⇒ Interroger les pratiques professionnelles concernant l'articulation des acteurs impliqués dans la prise en charge des addictions des détenus

↳ Recueil de données sur les modalités de coopérations et les outils de concertations (conventions, protocoles, fiches de liaison..) à l'entrée en détention, pendant l'incarcération et pour la préparation de la sortie, pour distinguer les rôles de chacun, pour repérer les éléments qui permettent d'éviter les ruptures dans le parcours de soins :

- Via un questionnaire
- Via la réalisation d'entretiens qualitatifs et réunions locales auprès d'un échantillon représentatif des acteurs (UCSA / SMPR / CSAPA en milieu pénitentiaire / CSAPA extérieur...)

### ***3<sup>ème</sup> étape (janvier 2013 – juin 2013) : partage des constats et mise en débat des préconisations***

⇒ Via l'organisation de journées en région pour partager les constats et co-construire des propositions

### ***4<sup>ème</sup> étape (juin-2013 – septembre 2013) : Modélisation et production***

### ***5<sup>ème</sup> (septembre 2013 – décembre 2014) : Diffusion et accompagnement au changement***

⇒ Organiser un colloque, des journées thématiques en région, formation, etc...

## Pilotage du projet

Pour accompagner le pilotage du projet, un groupe composé de membres de la commission santé-justice, d'adhérents du réseau impliqués dans la prise en charge des détenus, de professionnels travaillant en UCSA, en SMPR et en CSAPA intervenant en milieu pénitentiaire sera constitué.

↳ Critères de recrutement : représentativité au niveau des dispositifs, des territoires, des professions.

Le rôle de ce groupe projet est d'accompagner les phases opérationnelles et d'apporter son expertise tout au long du projet. Ce groupe est l'instance sur laquelle s'appuiera la chargée de mission avec un lien plus régulier avec son référent.

Référent du projet : **Patrick Veteau**, Directeur de l'ATRE à Lille et membre du conseil d'administration de l'Anitea-F3A – [atre@nordnet.fr](mailto:atre@nordnet.fr)  
Contact : **Emma Tarlevé**, chargée de mission à l'Anitea-F3A – [emma.tarleve@alcoologie.org](mailto:emma.tarleve@alcoologie.org) – Tel : 01 42 28 83 35

#### **Textes de références :**

1. La circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie précise : « Lors de la définition des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie, une attention particulière devra être portée à la couverture des besoins des personnes en détention ou sortant de prison. ».
2. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, fiche n°3-6 « Améliorer la prise en charge et la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés »
3. Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012, Axe stratégique IV
4. Guide méthodologique relatif a la prise en charge sanitaire des personnes détenues Document PDF (973 Ko) Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la Justice - septembre 2004
5. CIRCULAIRE N° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.
6. Addictions en milieu carcéral : enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, OFDT, 2003
7. Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.
8. La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et ses textes d'application