



La prise en charge des addictions en milieu carcéral en Aquitaine

Enjeux et leviers pour réduire les inégalités de santé

Ce document a été réalisé dans le cadre d'un projet régional piloté par l'Union Régionale AQUITAINE de la Fédération Addiction et le GRRITA, avec le soutien de l'ARS AQUITAINE.

Remerciements

A tous les professionnels d'Unités sanitaires (ex-« UCSA »), SMPR, Administration Pénitentiaire, SPIP, CSAPA référents, CSAPA ambulatoires, résidentiels, CAARUD et autres intervenants en milieu carcéral, ayant participé aux séminaires sur les six territoires de santé d'Aquitaine et/ou ayant apporté leur aide ponctuelle durant le projet.

Aux membres du groupe de travail :

Alexandre REMUS, Médecin, SMPR de Gradignan

Brigitte REILLER, référente projet, Déléguée régionale de l'Union Régionale Aquitaine de la Fédération Addiction, Médecin, CEID Addictions

Philippe ROSSARD, Cadre socio-éducatif au Pôle addictologie du CH Charles Perrens, Président de l'APAC (Association des Professionnels des Addictions en milieu Carcéral), Membre du groupe de travail national sur la continuité des soins en prison de la Fédération Addiction

Saïd AOULA, référent projet, Coordinateur de la plateforme Hébergement Thérapeutique, Responsable des Appartements Thérapeutes, thérapeute familial, CEID Addiction

A l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et à ses directions territoriales

Une méthodologie participative

La matière présentée dans ce document a été capitalisée lors :

► De quatre séminaires territoriaux d'échanges de pratiques, organisés au 2^{ème} trimestre 2013 et réunissant au total 67 professionnels d'Unités sanitaires, SMPR, Administration Pénitentiaire, SPIP, CSAPA référents, CSAPA ambulatoires, résidentiels, CAARUD et autres intervenants en milieu carcéral.

Territoire du Lot et Garonne	Territoires de la Gironde et de la Dordogne	Territoires de la Navarre – Côte Basque + le Béarn Soule	Territoire des Landes
Agen	Bordeaux	Bayonne	Mont de Marsan
Vendredi 26 avril 2013	Mercredi 15 mai 2013	Mercredi 22 mai 2013	Jedi 27 juin 2013
15 participants	22 participants	15 participants	15 participants

Ces temps de travail ont été animés à l'aide de **11 cas pratiques** rédigés par le groupe de travail, abordant la question de la prise en charge des personnes ayant des conduites addictives à leur entrée en détention, durant leur séjour et à leur sortie.

L'objectif était de partager les **différentes pratiques professionnelles existantes** en Aquitaine et de repérer les **éléments favorisant la continuité de la prise en charge en addictologie**.

Ces 4 séminaires ont ainsi permis de définir des **principes et des modalités d'intervention et de coopérations** et d'initier la construction d'une

approche addictologique à tous les niveaux de la prise en charge : de la prévention aux soins.

► D'une journée régionale sur la thématique plus spécifique des outils et des protocoles destinés à améliorer la coopération entre les professionnels concernés.

Cette journée, qui s'est tenue à Bordeaux, a rassemblé 62 participants d'Unités sanitaires, SMPR, Administration Pénitentiaire, SPIP, CSAPA référents, CSAPA ambulatoires, résidentiels, CAARUD et autres intervenants en milieu carcéral.

A cette occasion, **quatre « protocoles » ou « outils »** ont été travaillés en ateliers :

- Outil de mise en œuvre de la **Réduction des Risques** en milieu carcéral
- Protocole pour une **évaluation addictologique** de 1^{er} niveau en milieu carcéral
- Protocole pour l'établissement d'un **bilan social en milieu carcéral**
- Protocole de **préparation à la sortie**.

Sur les six territoires de santé d'Aquitaine, les **pratiques professionnelles** de prise en charge des addictions en milieu carcéral sont apparues globalement **hétérogènes**.

Hétérogénéité des professionnels en présence, des processus de travail, de l'historicité du territoire, de la connaissance partenariale, du pilotage, des outils, des ressources, des innovations, des postures aussi parfois,...

LES 4 PRINCIPAUX ENJEUX



Les échanges territoriaux autour des 11 cas pratiques ont de façon systématique, mis en lumière quatre enjeux.

1 - L'accès et la continuité des soins en addictologie

► L'accès aux soins des personnes détenues souffrant d'addictions pose en premier lieu la question de leur repérage et de leur évaluation.

Bien qu'une visite médicale d'entrée en détention soit effectuée systématiquement par l'Unité sanitaire et/ ou le SMPR, les modalités et outils de repérage et d'évaluation des conduites addictives ne semblent pas harmonisés.

De plus, l'arrivée d'une personne en détention durant un week-end peut retarder le repérage, l'évaluation des addictions mais aussi la continuité des soins, faute de personnel sensibilisé/formé, présent.

► La continuité des soins

Un séjour en détention est potentiellement à l'origine de rupture(s) de soins, la plupart du temps, par manque de coordination entre les différents acteurs intervenant à l'extérieur en amont et à l'intérieur.

De plus, durant son séjour, une personne détenue peut avoir besoin d'un accompagnement multidimensionnel fait de soins addictologiques, somatiques et psychiatriques.

Comment obtenir et capitaliser l'antériorité des soins ? Comment coordonner la prise en charge lorsqu'elle est pluridisciplinaire ? Comment, en lien avec la personne détenue, mettre en œuvre un environnement de soin adapté au projet de la personne ?

2 - La sortie de détention

La sortie de détention est une étape délicate pouvant fragiliser et remettre en question le projet de vie et le projet de soin addictologique de la personne.

Trois éléments, pouvant être à la fois des leviers et des freins, ont été identifiés :

- Les ressources de la personne une fois à l'extérieur
- Son hébergement
- Ses droits sociaux.

Ainsi, l'enjeu de la sortie de détention se situe davantage dans sa préparation.

3 - L'articulation entre les acteurs

Les acteurs concernés par les addictions en milieu carcéral sont multiples et issus de cadres institutionnels divers : justice, sanitaire, médicosocial, social,... etc.

Dans ce contexte :

- Comment mieux repérer le rôle de chacun et dépasser les représentations mutuelles ? (connaissance)
- Comment créer une culture commune de l'addictologie et de la prise en charge des personnes détenues ? (reconnaissance)
- Comment faciliter l'articulation entre les professionnels concernés ? (interconnaissance, outils)

4 - Le temps

Le temps a été identifié comme un enjeu à deux facettes. Il peut être un adjuvant mais également une contrainte. Ainsi et en lien avec la multiplicité d'intervenants précédemment évoquée, et donc la pluralité d'actions à mettre en œuvre, le temps se décline pour chacun de façon différente :

- Temps de l'utilisateur et de son cheminement personnel,
- Temps des dispositifs (amont, aval),
- Temps des professionnels,
- Temps de procédures et processus de travail,
- Etc.

PRINCIPES ET MODALITES D'INTERVENTION ET DE COOPERATION



Anticiper à tous les niveaux

- ✓ Réduire voire supprimer au maximum les ruptures dans la prise en charge pour qu'elle soit continue, en fonction des choix de la personne détenue.
- ✓ Faire coïncider les différentes temporalités pour favoriser des parcours de soins, coordonnés et opérants.
- ✓ Prioriser les actions.
- ✓ Décloisonner en faisant intervenir des services extérieurs à l'intérieur (exemple : une permanence Pôle Emploi, une permanence CPAM).

Se coordonner, s'articuler

- ✓ Améliorer la coordination entre les services de soins, ceux de la Justice et les partenaires extérieurs.
- ✓ Identifier et structurer le pilotage.
- ✓ Construire des outils communs (CPU, conventions de partenariats, retours d'expériences, protocoles...).
- ✓ Bien connaître le réseau des partenaires et leur champ de compétences.
- ✓ Dépasser les représentations sur la prise en charge des addictions, les publics concernés, les pratiques professionnelles, etc.
- ✓ Evaluer et améliorer en continu les partenariats et leurs modalités de mise en œuvre.

Repérer et évaluer

- ✓ S'assurer que lors de la visite médicale obligatoire d'entrée, un bilan addictologique complet soit systématiquement effectué.
- ✓ Mettre en place des modalités de prise en charge spécifiques pour les situations d'urgence (symptôme de sevrage par exemple) permettant de procéder au repérage des conduites addictives dans un temps aménagé (différé) mais garanti.

Se former

- ✓ Sensibiliser les professionnels de la Justice, les surveillants pénitentiaires, les services d'urgence, etc. aux conduites addictives et à la réduction des risques liés aux addictions.
- ✓ Développer la formation des professionnels spécialisés et non spécialisés en addictologie, en contact avec les détenus.
- ✓ Construire une culture commune de la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire - de la prévention aux soins - à l'aide de partenariats, de temps de rencontres et d'échanges, d'outils communs, etc.

Se centrer / recentrer sur la personne

- ✓ Favoriser la parole et l'échange avec les patients détenus.
- ✓ Ecouter le patient détenu sur son projet thérapeutique, sur son projet à la sortie, sur son environnement relationnel et familial, etc.
- ✓ Limiter le nombre d'intervenants dans la prise en charge de la personne et/ou faire en sorte que les différents professionnels interviennent au « bon moment ».
- ✓ Adapter les propositions aux besoins et souhaits de la personne, à la réalité de sa situation, au contexte, à la temporalité...

**OUTILS ET PROTOCOLES POUR AMELIORER
L'ARTICULATION ENTRE LES ACTEURS DE
LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN
MILIEU CARCERAL**



Outil de mise en œuvre de la RDR en milieu carcéral

I / FAIRE UN BILAN SYSTEMATIQUE DES CONSOMMATIONS (Unité sanitaire)

Substances	Bilan addictologique (dépendance, usage nocif, usage à risque,...)	Type de consommation (injection, sniff, fumé,...)	Age de début de la consommation	Evaluation des risques (comportements, mésusages...)	Suivi antérieur

2 / FAVORISER LE DEPISTAGE VIH, VHC, VHB et ACCOMPAGNER LA MISE EN PLACE DE TRAITEMENTS

3 / TRANSMETTRE DES INFORMATIONS SUR LES PRATIQUES DE RDR - TRANSMETTRE DU MATERIEL DE RDR

4 / METTRE A LA DISPOSITION DES PERSONNES DETENUES DES DOCUMENTS RESSOURCES SUR LA RDR

Documents, flyers, brochures contenant des informations, coordonnées des dispositifs, conseils pour la RDR...

5 / NOMMER UN « PROFESSIONNEL-RESSOURCE » SUR LA RDR

Chargé de :

- Collecter et répondre aux questions des personnes détenues, sur les risques, les dommages et leur réduction.
- Organiser des sessions de groupes pour transmettre des informations de RDR (pratiques et dispositifs existants).
- Proposer de recevoir les personnes en individuel en complément.

6 / SENSIBILISER / FORMER LES PROFESSIONNELS à la RDR

Sensibiliser / Former les professionnels à un corpus de base sur les produits, les modes de consommation, les risques, les pratiques et les outils de RDR, les représentations à dépasser.

7 / PREVENIR LES RISQUES A LA SORTIE

Et en particulier le risque d'overdoses en donnant les coordonnées de structures de RDR par exemple.

Protocole pour une évaluation addictologique de 1^{er} niveau en milieu carcéral

**► 1ère étape – BILAN DES CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
– Evaluation de l’urgence**

Repérer les syndromes de sevrage, après screening rapide des différentes substances consommées, leur fréquence et intensité récentes en quantité et qualité.

Evaluer l’urgence somatique et l’urgence psychiatrique nécessitant une intervention en urgence (éventuel transfert).

► 2ème étape – EVALUATION DES MODES DE CONSOMMATION ET DE LA NECESSITE D’UNE PRISE EN CHARGE (PEC)

I. recueil d’informations : repérer une incapacité du patient à modifier de façon durable (1 an) ses consommations alors que ses dommages (perçus par lui-même, l’entourage ou le clinicien) sont supérieurs aux bénéfices de consommer.

	Date 1 ^{ère} consommation et contexte	Période de consommation non problématique	Date d'apparition de dommages (lister)	Date de début de consommation problématique	Evolution de la consommation*
Substance 1					
Substance 2					
Substance 3					
...					

*Trois possibilités :

- A- Retour à une consommation non problématique, voire arrêt de la consommation sans compensation par une autre substance.
- B- Idem mais avec compensation par autre substance.
- C- Maintien du caractère problématique de la consommation : addiction.

Quelle(s) prises en charge (PEC) addictologique(s) antérieure(s) ?

Coordonnées téléphoniques et email des intervenants

Pour pouvoir échanger et/ou demander conseil dans certaines situations.

2. Transmission d'informations de réduction des risques

Exemple : Pour l'alcool, rappeler au patient la correspondance verres d'alcool / unités consommées.

3. Liens entre les substances, à savoir effet de « vases communicants » / compensation ?

Exemple fréquent : arrêt opiacés compensé par OH

4. Antécédents et syndromes psychiatriques ?

Essayer d'identifier si le patient a des troubles psychiatriques à part entière ou s'ils sont la conséquence de sa consommation. S'aider de l'évolution de ces syndromes en période d'abstinence (à distance, au cours d'une hospitalisation, incarcération) pour établir un diagnostic.

5. Définir les modalités de rencontre avec la personne détenue

Systematique ? A quelle fréquence ? Avec quel professionnel ? Etc.

► FOCUS : TSO ET INDICATIONS DE PRIMO-PRESCRIPTION DE TSO

⇒ Faire un dosage urinaire systématique dès l'admission : BHD, EDDP, opiacés surtout.

I/ LA SITUATION DU PATIENT

- Avec addiction opiacés Sans addiction opiacés
- Active Non active
- Avec TSO Prescrit Non prescrit
- Sans TSO
- Associé à d'autres consommations Non associé à d'autres consommations

2/ LA PRISE EN CHARGE DES AUTRES ADDICTIONS

Autres addictions	Prise en charge
<input type="checkbox"/> Patient avec addiction tabac :	
<input type="checkbox"/> Patient avec addiction alcool :	
<input type="checkbox"/> Patient avec addiction THC :	
<input type="checkbox"/> Patient avec addiction Cocaïne :	
<input type="checkbox"/> Patient consommateur de Benzodiazépines dehors - prescrites ou non	

3/ LE TRAITEMENT :

► Selon les recommandations :

Prise quotidienne devant le soignant en une seule fois de la totalité de la posologie, le temps de son incarcération et au moins pendant les 6 premiers mois à l'extérieur.

► En cas d'usage du TSO à l'extérieur ou en détention avec une prise de risque (IV pour la Buprénorphine), sans que l'on retrouve forcément stricto sensu les critères de l'addiction : privilégier la Méthadone, puis la Suboxone dans une moindre mesure.

► Se discute en cas « d'erreur diagnostic », c'est à dire si le patient n'a jamais présenté d'addiction aux opiacés, le risque étant, en ne le re-prescrivant pas, que le patient en prenne en détention en prenant des risques (seringues usagées) ou alors que l'on diminue sa tolérance aux opiacés pour la sortie, favorisant alors le risque de surdosage.

► La réévaluation de la posologie est nécessaire : celle qui permet au patient de ne plus penser de façon

compulsive de consommer à l'extérieur des opiacés ou de ne pas avoir besoin de compenser l'arrêt des opiacés par une autre substance.

Pour la Buprénorphine, les doses moyennes efficaces sont entre 8 et 24mg/j, maximum 32mg/j.

Pour la Méthadone, rarement efficace en-dessous de 80mg/j, pas de maximum.

► En cas de poursuite du TSO :

Même posologie ? Même molécule ? Sur quels critères ? Injection, expérience personnelle du patient, comorbidité VHC/VIH, stabilité... ?

► Si initiation d'un TSO :

- Quel TSO ? Sur quels critères ? Injection, expérience personnelle du patient, comorbidité VHC/VIH, - stabilité... ?
- Quelle posologie initiale maximum ? En fonction de quels critères ? Sevrage, craving ?
- Quelles modalités de prise ? Devant infirmier sur place ? Délivré en cellule sans contrôle de la prise ? En fonction de quels critères ?
- Durée du TSO prescrit ou poursuivi ? Durée théorique des TSO : quels critères, à quelle posologie ? Si demande du patient de le diminuer ou l'arrêter, quelle conduite à tenir ? Quelles conséquences possibles ? (rechute, OD, rélCC°)
- Quel suivi : entretiens ? Dosage urinaire ? A quelle fréquence ?

4/ TSO ET SORTIE DE DETENTION :

Connaître le nom de la **pharmacie** de sortie dès les premiers entretiens et laisser au patient les coordonnées du service. Ainsi il pourra contacter le service en cas de sortie précipitée. Et le service pourra faxer une ordonnance à la pharmacie et lui envoyer l'original par courrier.

+ Transmettre au patient, les coordonnées des CSAPA du territoire.

Protocole pour l'établissement d'un bilan social en milieu carcéral

Préambule :

Réalisé dans les premiers temps de l'incarcération, il est utile à double titre :

- Il permet de mettre en lumière certaines difficultés ponctuelles à résoudre rapidement pour améliorer la vie en détention et faciliter l'adhésion du patient au soin.
- Il est le point de départ du projet à construire avec le patient, ses points forts et les difficultés à lever avant sa sortie.
- Il est complémentaire du bilan addictologique.

Lors des premiers entretiens destinés à travailler sur un "parcours de vie", la place du soin dans ce parcours, il apparaît essentiel de relever certains éléments qui seront utiles à la préparation à la sortie. L'objectif général étant de soutenir les patients dans leur démarche de soin et de les accompagner sur le plan socio-éducatif afin de la rendre plus efficiente.

Il est essentiel d'établir un lien avec les conseillers du SPIP à toutes les étapes de la prise en charge (pour la connaissance des situations pénales, la vie quotidienne en détention, l'accompagnement d'un projet d'aménagement de peine etc...)

Faire le point sur :

1. **La situation administrative**

Possession de pièces d'identité, pour les étrangers : situation régulière ou pas, mise sous protection par le juge des tutelles, etc.

2. **La situation pénale**

Prévenu ou condamné, durée de la peine, obligations de soins etc. Ce point est à travailler en collaboration avec le SPIP.

3. **L'existence d'un suivi socio-éducatif avant l'incarcération**

Du côté du soin ou pas, contact à prendre avec l'accord du patient pour connaître les éventuelles démarches déjà engagées à l'extérieur, leur état d'avancement, etc.

4. **La couverture sociale :**

Le coût du traitement ne doit pas être un frein à la poursuite des soins.

Travailler sur l'accès, la restauration ou le renouvellement de la couverture complémentaire.

5. **Les ressources financières :**

En détention et à la sortie, travailler sur la remise en place des droits à la libération : CAF, inscription Pôle Emploi, droits à l'ATA, etc. Ce sont des démarches que le patient n'est pas toujours à même de réaliser seul, ou dans des délais rapides à la sortie.

6. **La situation de famille :**

Prendre connaissance de la situation familiale et relationnelle de la personne détenue.

Identifier d'éventuelles ressources familiales ou amicales. Cela permettra en cours de détention de transmettre les pièces justificatives de certains dossiers ou à la sortie de trouver une solution à une absence de logement, accompagner dans les démarches administratives, etc.

7. **Le logement**

Identifier les possibilités de logement / hébergement à la sortie, aider au maintien dans le domicile quand il y en a un, aborder la question de la présence de chiens, etc.

Ce bilan est à réaliser en tenant compte des délais de traitement des dossiers des partenaires à l'extérieur.

8. **La formation, l'activité professionnelle**

Recueillir les acquis et les compétences professionnelles de la personne, évaluer quelles possibilités s'offrent à elle à la sortie, activer le réseau des partenaires.

Protocole pour préparer la sortie de la personne détenue

1. Le projet de la personne

Accompagner la personne dans son projet de sortie en explorant avec elle les questionnements suivants : quel est son projet ? Quels sont ses souhaits ? Quelles ressources a-t-elle à la sortie ? Quel réseau / famille ?

Son idée est-elle faisable (leviers, freins) ? Quelles étapes sont à envisager ? Quels partenaires sont à mobiliser ? Quel calendrier prévoir ?...

2. Le co pilotage de la préparation à la sortie

- Identifier quel professionnel dans quel dispositif (CSAPA référent, SPIP...) va accompagner la personne détenue dans son projet de sortie. Ce professionnel fera le lien avec les différents intervenants impliqués.
- Communiquer sur ce rôle « référence » pour faciliter les démarches.

3. L'identification des différents acteurs (santé / Justice)

- Rassembler les différents acteurs concernés dans le cadre de réunions pluridisciplinaires (réunion addictologie) et/ou réunions de synthèse.
- Déterminer le champ d'actions de chacun.
- Planifier, hiérarchiser les différentes actions. Partager des outils de suivi. Evaluer au fur et à mesure l'avancement des actions mises en œuvre.

4. Les partenaires du projet (organismes de droit commun, structures du champ social, médicosocial, etc.).

- Identifier les partenaires existants avant l'incarcération afin qu'ils puissent être associés au projet.
- Prendre contact avec les partenaires et dispositifs de la sortie :
 - Droit commun (Sécurité Sociale, CAF, Pôle Emploi)
 - Secteur de l'hébergement
 - Secteur du soin résidentiel et/ou ambulatoire
 - SPIP : milieu ouvert et/ou fermé.
 - ...

5. Veiller à la continuité du soin et du suivi médico-social

- Organiser le relais médical (ordonnances, RDV médecins) et du suivi socio-éducatif
- Informer / proposer le relais sur d'autres dispositifs à l'extérieur (de la transmission des coordonnées jusqu'à la prise de contact en amont de la sortie).
- Rester ressources si besoin.

Annexe I

Textes de référence

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

Circulaire interministérielle 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.

Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

Instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

Circulaire interministérielle du 26 septembre 2011 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2011 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), communautés thérapeutiques (CT), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral – DGS/MILDT, 2011.

Circulaire interministérielle du 7 juin 2012 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2012 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, Appartement de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS), Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), Communautés thérapeutiques (CT), Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Lits d'accueil médicalisé (LAM) et l'expérimentation « Un chez soi d'abord ».

Circulaire interministérielle 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

Guide Fédération Addiction « La continuité des soins des personnes détenues. L'articulation entre les professionnels de santé de la prison et du milieu ouvert » (parution 2014).

Annexe 2

Lexique

CAARUD - Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

CAF - Caisse d'Allocations Familiales

CPU - Commission Pluridisciplinaire Unique

CT - Communauté Thérapeutique

CTR – Centre Thérapeutique Résidentiel

RDR - Réduction Des Risques

SMPR - Service médico-psychiatrique régional

SPIP - Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

TSO - Traitements de Substitution aux Opiacés

UCSA - Unité de Consultations et de Soins
Ambulatoires



Union Régionale Aquitaine de la Fédération Addiction & GRRITA
20 place Pey Berland
33000 BORDEAUX

Rédaction : Dominique Meunier, responsable de projet