



Projet régional 2014/2015

« Addiction et milieu carcéral - Prévenir les ruptures dans le parcours de soin des personnes sortant de détention »

Généralités

Les études disponibles convergent vers le constat d'une **forte prévalence des conduites addictives parmi la population incarcérée**. On peut évaluer à un peu plus de la moitié la part des personnes poly-consommatrices en prison. La dernière estimation chiffrée datant de 2003 (cf. MOUQUET M.-C. - La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et Résultats, Drees), indique que 30% des entrants en prison ont une consommation excessive d'alcool, un tiers d'entre eux déclarent une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 derniers mois et un quart déclarent une consommation d'au moins 2 substances psychoactives.

Ces chiffres confirment l'extrême **importance de la question des addictions en milieu carcéral et donc celle des pratiques des professionnels pour les prendre en charge, de la prévention au soin**.

Les textes réglementaires sortis en 2010-2011 inscrivent la nécessité d'**améliorer la prise en charge des addictions et la continuité des soins des personnes détenues**.

Contexte aquitain

En Aquitaine, dans les **9 établissements pénitentiaires** de la région Aquitaine, ce sont principalement les **services hospitaliers** (SMPR et Unités Sanitaires) qui sont chargés d'assurer la prise en charge des détenus ayant une problématique d'addiction. Le plus souvent, ils travaillent en articulation avec les professionnels des **CSAPA locaux** (médecins, infirmiers, psychologues...) qui assurent cette mission en interne ou en liaison à l'extérieur.

Depuis 2010, les différentes actions menées par l'Union Régionale Aquitaine de la Fédération Addiction, en partenariat avec le GRRITA, ont mis en évidence la nécessité de **mieux définir l'articulation entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des addictions en milieu carcéral et d'homogénéiser les pratiques cliniques et les modalités d'intervention auprès de ces publics cibles, quel que soit le territoire de santé où se trouve l'établissement pénitentiaire dans lequel ils sont incarcérés**.

Les services sanitaires chargés de la prise en charge psychiatrique et somatique (SMPR, Unités sanitaires) des détenus et l'APAC (Association des professionnels de l'addictologie en milieu carcéral) ont aussi constaté ce besoin d'articulation.

Ainsi l'Union Régionale Aquitaine de la Fédération Addiction, en partenariat avec le GRRITA, et soutenu par l'ARS, a piloté en 2012-2013 un projet visant à réduire les inégalités de prise en charge des détenus en matière d'addiction dans les établissements pénitentiaires des différents territoires de santé d'Aquitaine. Ce projet a permis d'**identifier les enjeux et les leviers possibles pour améliorer l'articulation** entre les différents acteurs intervenants auprès de ces publics dans des actions de prévention, de RDR, et de soins. De plus, en 2013, **deux protocoles ont** été élaborés à l'issue de cette action.

Dans la continuité des étapes précédentes, le projet 2014/2015 s'est attaché plus spécifiquement aux **pratiques professionnelles et aux outils de prévention des ruptures de soin des personnes sortant de prison.**

Méthodologie

Ce travail a été mené à l'aide :

1/ D'un **diagnostic territorial**¹ pour recenser :

- ✓ les problématiques rencontrées sur les territoires par les sortants de prison en matière d'hébergement, de droits sociaux, d'insertion par l'activité économique, etc.
- ✓ les acteurs en présence sur les territoires concernés (structures d'hébergement, nombre de structures médico-sociales de soins en addictologie –ambulatoires et résidentielles- associations intervenant à la sortie de prison, caisse primaire d'assurance maladie, CSAPA référent, etc.)
- ✓ les modalités de la prise en charge sanitaire et sociale des détenus dans les prisons des territoires.

Pour favoriser l'articulation des acteurs lors de la préparation à la sortie et pour prévenir les ruptures dans le parcours de soin des personnes.

Ce diagnostic territorial a été réalisé à partir :

- Du Programme Régional de Santé (PRS) 2010,
- Des fiches territoires du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) - pages 35, 39 et 42
- D'entretiens téléphoniques réalisés auprès de CSAPA référents et d'unités sanitaires,
- De documents de l'Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine.

Le diagnostic a été réalisé selon le découpage suivant :

¹ Qu'entend-on par « diagnostic territorial » ?

Selon la définition qu'en fait la DATAR, le diagnostic territorial est un état des lieux qui recense, sur un territoire déterminé, les problèmes, les forces, les faiblesses, les attentes des personnes, les enjeux économiques, environnementaux, sociaux. Il fournit des explications sur l'évolution passée et des appréciations sur les évolutions futures.

- le nord aquitain : Gironde, Lot et Garonne et Dordogne.
- le sud aquitain : Landes et Pyrénées Atlantiques

2/ De **deux séminaires d'échanges de pratiques**, le 2 avril 2015 à Bayonne et le 27 mai 2015 à Bordeaux. Ces rencontres ont rassemblé 20 à 25 professionnels intervenant en milieu carcéral : des représentants de la Justice, de l'Administration Pénitentiaire et de structures médicosociales.

Le programme des séminaires était le suivant :

- En matinée : présentation du projet régional, présentation du guide Fédération Addiction sur la continuité des soins puis partage du diagnostic territorial,
- L'après-midi : échanges sur deux vignettes cliniques².

Synthèse

Situation générale de la région Aquitaine (Source : PRS, 2010)

Le PRS souligne qu'il existe des inégalités entre les établissements pénitentiaires d'Aquitaine, telles que :

- l'insuffisance des locaux pour 6 unités sanitaire sur 9,
- le manque de travailleurs sociaux pour préparer la sortie,
- le manque de consultations spécialisées organisées en intra-muros,
- l'insuffisance de la prévention et de l'éducation thérapeutique pour détenus aux pathologies chroniques,
- de très longs délais entre la prise de contact pour une consultation VIH et ladite consultation,
- un matériel de réduction des risques hétérogène (délivré sans message de prévention) et insuffisamment accessible,
- certains établissements dans lesquels il n'y avait pas de protocole week-end pour la continuité des traitements,
- un SMPR régional qui assurait ponctuellement son rôle faute de conditions d'accueil suffisantes,
- des admissions ou sorties en UHSI très difficiles le week-end,
- l'accès insuffisant des détenus à la CMU-C.

Diagnostic du nord aquitain : Dordogne, Lot et Garonne et Gironde

Dordogne

1/ Le département de la Dordogne est doté des dispositifs d'accès aux soins suivants :

- 1 CAARUD : CEID-Addictions Périgueux,
- 2 CSAPA : ANPAA 24, CEID-Addictions Périgueux,
- 1 communauté thérapeutique de 10 places gérée par l'Association AURORE, située à Brantôme,

² Cf. Annexe 1

- 3 Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) à Sarlat, Périgueux et Bergerac,
- 1 Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
- 5 Lits Halte Soins Santé (LHSS)
- 10 places en Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT).

	Centre de détention de Mauzac	Centre de détention de Neuvic	Maison d'arrêt de Périgueux
Personnes détenues	346	347	111
Places	332 Taux d'occupation = 96 %	400 Taux d'occupation = 115 %	91 Taux d'occupation = 82 %
Noms des CSAPA référents	ANPAA 24	CEID-Addictions Dordogne	
ETP des CSAPA référents	0,14 ETP éducateur spécialisé + 0,23 ETP infirmier	1 ETP Assistante Social + 0,4 ETP médecin psychologue	

Les CSAPA référents travaillent en très grande majorité à partir d'une orientation réalisée par **le SPIP**.

2/ La prise en charge sanitaire au Centre de détention de Neuvic :

- Les dépistages VIH-VHC sont effectués par le médecin coordonnateur après avis d'un spécialiste du Centre hospitalier de Périgueux.
- La prise en charge addictologique est assurée par le médecin coordonnateur, le médecin de l'ELSA ainsi que d'autres médecins. Le CSAPA référent intervient également.
- Les patients souffrant de pathologies chroniques sont suivis une fois par semaine (entretiens individuels avec l'infirmière).
- Pour la prise en charge psychiatrique : plus personne du SMPR n'intervient pour les détenus ayant addictions. Pour autres détenus : le centre de détention est doté d'un psychologue à temps plein, de deux infirmières et de trois vacations par semaine du médecin référent psychiatre.

→ La prise en charge sanitaire est jugée suffisante.

→ Des manques ont été identifiés :

- Il n'y a pas de télémédecine bien qu'une salle soit prévue pour.
- Il n'y a plus de dentiste depuis septembre.
- Il manque des infirmiers ainsi que le remplaçant du médecin.
- Le seul matériel de RDR distribué est le préservatif (à l'unité sanitaire).
- Bien que volontaire, le CAARUD n'intervient pas.

Lot et Garonne

Le département du Lot et Garonne est doté des dispositifs d'accès aux soins suivants :

- 1 CAARUD Reliance (pas d'antenne ni d'équipe mobile, pas d'intervention en prison)

- 2 CSAPA (+ des antennes) ANPAA 47 et Relience (pas de CTR ni de communauté thérapeutique).
- 3 Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) au Centre hospitalier d'Agen, Centre hospitalier de Villeneuve sur Lot, Centre hospitalier intercommunal de Marmande
- 5 Lits Halte Soins Santé (LHSS)
- 10 places en Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT).

	Maison d'arrêt d'Agen	Centre de détention d'Eysses
Personnes détenues	152	196
Places	146 Taux d'occupation = 96%	294 Taux d'occupation = 150 %
Nom des CSAPA référents	ANPAA 47	Relience
ETP des CSAPA référents	0,5 ETP éducateur spécialisé + 0,21 ETP psychologue	0,5 ETP éducateur spécialisé

La prise en charge par les CSAPA référents s'effectue après **orientation de l'Unité sanitaire** (49%, ANPAA) ou à la **demande des patients** ou des proches (Relience).

Gironde

Le département de la Gironde est doté des dispositifs d'accès aux soins suivants :

- 2 CAARUD (pas d'intervention en prison) : LA CASE, CEID-Addictions
- 3 CSAPA (+ antennes et consultations) : CEID-Addictions, CSAPA du CH Charles Perrens, ANPAA 33
- 2 CTR (27 places) : CEID-Addictions (Bègles, Guitres)
- 1 communauté thérapeutique (35 places) : CEID-Addictions
- 9 appartements thérapeutiques relais : CEID-Addictions
- 1 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) Odontologie au Centre hospitalier de Saint-André à Bordeaux
- 11 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)
- 1 E Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
- 14 Lits Halte Soins Santé (LHSS)
- 35 places en Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) dont 6 unités « sortant de prison ».

	Maison d'arrêt de Gradignan
Personnes détenues	533
Places	366 Taux d'occupation de 151 %
Nom du CSAPA référent	CSAPA du Centre hospitalier Charles Perrens
ETP du CSAPA référent	0,8 ETP éducateur spécialisé
Intervention complémentaire	CSAPA CEID-Addictions 0,5 ETP assistante sociale sur une demi-journée par mois

La prise en charge par le CSAPA référent s'effectue essentiellement après orientation du **SPIP** et du **SMPR**. Pour le CEID-Addictions, l'orientation est faite par le **SMPR** (+ de 75%).

2/ La prise en charge sanitaire en Gironde :

- Les dépistages VIH et VHC sont effectués systématiquement.
- Médecin hépatologue + consultations spécialisées
- « Le CSAPA référent n'intervient pas assez en détention »
- La prise en charge addictologique : 17 ETP pour le SMPR.
- 1 ETP de dentiste (à la place de 6 vacations par semaine)

→ Pas de télémedecine- Appel à projet de l'ARS sur télémedecine

→ Locaux inadaptés

→ Pas de TROD

→ Pas de bandelettes urinaires à résultats immédiats. Préservatifs accessibles à l'unité sanitaire.

Préparation à la sortie GIRONDE

Intervention d'une personne de la CPAM une demi-journée par mois.

Ouverture des droits sociaux par SPIP, l'Unité sanitaire et le SMPR.

Consultation de sortie 1 mois avant la sortie avec traitements pour quelques jours. Associe l'UCSA + SMPR

Le protocole d'ouverture de CMU C en urgence ne fonctionne plus (cf guide prisons)

Sortie GIRONDE : Peu de solutions proposées par le SIAO.

Pb de l'AME : ne peut pas être anticipée car il faut fournir un billet de sortie.

Préparation à la sortie DORDOGNE:

Pas de convention entre le CD et la CPAM

La comptabilité du CD s'occupe de l'ouverture des droits.

Problème spécifique avec la CMU-C : manque de personnel (1 AS du SPIP pour les 3 établissements de la Dordogne)

→ pour les addictions, l'unité sanitaire fait appel aux professionnels du CSAPA référent.

Peu de consultations de sorties réalisées car sorties souvent imprévues et/ou sorties en l'absence de l'unité sanitaire.

Mais protocole de sortie : traitement pour qq jours, ordonnance, relai pharmacie. Possibilité d'initialiser un traitement TSO ou Baclofène.

Articulation avec le SPIP au cas par cas (pas de réunions régulières)- fonctionne plutôt bien.

Permanences de la CPAM à Mont-de-Marsan.

Sortie : peu d'offre d'hébergement ou propositions géographiquement éloignées ou indisponibles au moment de la sortie. Hôtel pour ceux qui ont des ressources.

Au **CD d'Eysses 47**:

➤ **PEC sanitaire:**

Bénéficiaire d'une MIG sur les hépatites et le VIH pour dépistage et programmes d'éducation thérapeutique.

Intervention d'un dentiste 2 x par semaine.

PEC addicto : jusqu'à présent assurée par médecin psychiatre (parti à la retraite) et CSAPA référent. En juin, arrivée d'un médecin addictologue + ELSA

PEC psy : pas d'intervention du SMPR.

Assurée par le médecin psy (retraite) – sera faite par infirmiers psychiatriques.

→ jugée insuffisante.

Pas de télé-médecine.

Seul matériel de RDR distribué : les préservatifs (à l'unité sanitaire)

Par rapport au PRAPS (2011), petite amélioration car accès au dépistage VIH en cours de détention mais toujours des lacunes en matière de PEC psy.

➤ **Préparation à la sortie :**

Pas de convention entre le CD et la CPAM.

Le SPIP et la comptabilité s'occupent de l'ouverture des droits sociaux.

Le CSAPA référent s'occupe de l'ouverture des droits de ses patients.

Protocole de sortie : possibilité d'initialiser un traitement (TSO, Baclofène) ordonnance relai, lien avec la pharmacie.

Articulation avec le SPIP au cas par cas. CPU une fois par mois

Gros travail à faire en RDR.

MA d'Agen : difficultés pour ouvrir les droits sociaux.

Bonne coordination entre professionnels (CPU chaque semaine)

Sortie : peu d'offre d'hébergement.

Sur le territoire des **Landes**, le PRAPS écrit en 2011 met en évidence que

-les actions en matière de prévention et d'accès aux soins des personnes détenues sont peu coordonnées, et qu'il y a un véritable manque en matière de préparation à la sortie car les ruptures sont très nombreuses (les détenus viennent de la France entière)

-souligne aussi le manque de professionnels et structures pouvant offrir un accompagnement en psychiatrie – notamment la vacance d'un poste de psychiatre à l'unité sanitaire

-le manque d'équipes mobiles pouvant offrir des soins somatiques et psychiques ainsi que le manque de permanences d'accès aux soins,

Sur le territoire de Navarre- Côte Basque, le PRAPS souligne le fait que les problématiques de santé mentale sont très présentes mais que cependant les professionnels exploitent toutes les ressources disponibles et travaillent en réseau.

En ce qui concerne la prison, le PRAPS indique que le nombre de personnes séropositives au VIH a été multiplié par deux et celui des porteurs d'une hépatite par 5, qu'il n'y a pas de politique de RDR, et que les acteurs sont nombreux mais peu coordonnés.

Sur le territoire du Béarn-Soule, il est dit que la maison d'arrêt de Pau est vétuste,

Que les problématiques de santé sont nombreuses (santé mentale, addictions, suicides, violences...),

Que les interventions de prévention menées par les associations extérieures souffrent d'un manque de coordination

Et qu'il y a des carences en matière de préparation à la sortie, avec une problématique spécifique de non-exécution des obligations et injonctions de soins se traduisant par des réincarcérations.

➤ **Alors quelle est la situation actuelle ?**

Dans les Landes, (600 personnes détenues, chiffres au 1^{er} décembre 2014) les problématiques soulevées sont :

-des sorties sèches très fréquentes,

-un problème d'ouverture des droits sociaux et un poste de travailleur social vacant,

- un manque de places d'hébergement pour les non-malades chroniques,

Cependant : amélioration de la prise en charge psy avec l'intervention de deux professionnels du SMPR une fois par mois + le poste de psychiatre n'est plus vacant,

-Création de 3 ACT spécifiques sortants de prison en attente de validation par l'ARS et portés par l'association La Source.

-Des programmes d'éducation thérapeutique, de prévention dispensés en détention + des consultations spécialisées intra-muros (chirurgie, gastroentérologie, suivi VIH, dentistes, ...)

-En addictologie : intervention de l'éducateur du CSAPA référent La Source sur un mi-temps pour la préparation à la sortie, et consultations de l'ANPAA en détention.

-Une réunion de préparation à la sortie systématique avec le SPIP pour tous les détenus.

- **En Navarre-Côte Basque**, (114 personnes détenues pour 75 places)

Problématiques soulevées : beaucoup de sorties sèches car Bayonne est une maison d'arrêt.

Beaucoup des détenus transférés au centre de détention reviennent à la maison d'arrêt

Pas d'offre d'hébergement (beaucoup d'appels au 115).

Cependant : les droits sociaux sont en général ouverts,

Intervention du CAARUD de Aides sur la réduction des risques,

Intervention d'un éducateur du CSAPA Bizia pour préparer la sortie des détenus ayant des soins en addictologie,

Présence infirmière le week-end + 3 vacations hebdomadaires de psychiatrie.

Il y a des réunions partenariales chaque mois avec la CPAM, Pôle emploi, le SIAO et un partenariat entre le SPIP et des structures d'hébergement thérapeutique va se mettre en place.

En Béarn-Soule, (204 personnes écrouées pour 250 places) :

Intervention du CSAPA référent de l'Anpaa Béarn Soule.

Annexe 1 – Professionnels ayant participé à cette réflexion

Nom	Structure
ALBUIXECH Bruno	Educateur spécialisé – La Source des Landes
AOULA Saïd	Référent du projet - CEID Addictions
ASO Marie-Hélène	Assistante sociale- ANPAA 33
AYMARD Laetitia	Assistante sociale- CEID Dordogne
BABOU Félix	Educateur spécialisé stagiaire - BIZIA
BELLANGER Françoise	Conseillère technique santé- DTPJJ Aquitaine Nord
BRILLAXIS Christine	Infirmière – Unité sanitaire Maison d’arrêt de Bayonne
CAMPAGNE Gérard	Médecin addictologue – Centre hospitalier de la Côte Basque
CRIDLIG Sophie	Infirmière- SMPR Gradignan
DINTRAS Johan	Directeur- CEID Dordogne
DOMINGO Marie-Cécile	Dentiste- UCSA Gradignan
DULAC Nathalie	Dentiste- UCSA Gradignan
FREYCHE Delphine	Educatrice spécialisée – ANPAA 64
GAUBERT Marine	Chargée de projet- Fédération Addiction
GRATIOLLET Jean-Marc	Educateur spécialisé – ANAPAA 64
IRAGUE Amandine	Directrice- CSAPA Reliance (47)
JUGIE Elsa	Assistante sociale- UCSA Gradignan
KUBATH Judith	Chargée de projet – Aides
LAFITTE Mayana	Etudiante ES- ANPAA 33
LEBARBANCHON Sophie	Coordinatrice – Aides
LEBIGRE Armelle	Animatrice- ANPAA 33
LESPIAUC Marie-Anne	DPIP- DISP de Bordeaux
MALLET Brice	Infirmier - ANAPAA 64

MATHIEU Pascal	Médecin psychiatre - Centre hospitalier de la Côte Basque
MIGEON Nicolas	Médecin psychiatre - Centre hospitalier de la Côte Basque
PALLISER Laure	Aide-soignante- UCSA Gradignan
PENAVAYRE Gilles	Chargé de projet RDR – Aides
PEREZ Daniel	Médecin inspecteur – DT ARS 64
PORTOLA Cécile	Chef d'antenne SPIP Bayonne
RAUTURIER Catherine	Médecin inspecteur de santé publique -DT Gironde ARS Aquitaine
REILLER Brigitte	Référente du projet- CEID Addictions
REMUS Alexandre	Psychiatre- SMPR Bordeaux
ROSSARD Philippe	Cadre socio-éducatif- Pôle addictologie CH Perrens
ROUCH Aude	Consultante – BIZIA
SPINHIRNY Didier	Directeur – La Source des Landes
VALADIE-JEANNEL Martine	Chef de projet Addictions- ARS Aquitaine
VOISIN Augustin	Educateur – BIZIA

Annexe 2 – Vignettes cliniques

Situation 1 :

Stéphane est âgé de 59 ans et a deux enfants. Il est incarcéré pour violences conjugales sous l'emprise de l'alcool. Avant son transfert au centre de détention, il avait rencontré lors de son passage à la Maison d'Arrêt du département voisin un infirmier du CSAPA « spécialisé alcool » de l'extérieur. Depuis son arrivée au centre de détention, il est suivi par le CSAPA référent pour sa consommation d'alcool et souhaite profiter de son incarcération pour arrêter de fumer. Stéphane peut, au niveau de l'exécution de sa peine, obtenir une libération conditionnelle et sort tous les deux mois dans le cadre de permissions de sortir chez un ami avec interdiction de voir sa femme. Il devra mettre en place un suivi psychiatrique dans le cadre d'une obligation de soin.

- ⇒ **Comment coordonner l'ensemble des acteurs (internes, externes) dans la préparation à la sortie ? quels enjeux ? quelles difficultés ?**

Situation 2 :

Monsieur B est âgé de 47 ans. Il a été suivi en psychiatrie pour des comportements violents et tentative de suicide à l'adolescence. Consommateur d'héroïne de 16 à 22 ans, il a arrêté grâce à un traitement méthadone. Il a toujours consommé de l'alcool qu'il a augmenté suite à l'arrêt de l'héroïne et consomme de la cocaïne. Il a connu de multiples incarcérations pour des actes de violences.

Au début de son incarcération (celle en cours), il est sevré par le SMPR avec du Seresta pendant 6 mois à la maison d'arrêt. En arrivant au centre de détention, il ne veut plus de traitement. Un an avant sa sortie, sa demande de permission a été ajournée pour deux motifs : absence de suivi en addictologie, et problème de domicile. Il accepte finalement d'être suivi par le CSAPA référent, pour pouvoir bénéficier de permissions et d'un éventuel placement à l'extérieur ou d'un bracelet électronique.

- ⇒ **Quelles articulations entre les professionnels de l' « intra-muros » pour favoriser la continuité des soins en addictologie de Monsieur B ? quels enjeux ? quelles difficultés ?**

Annexe 3 – Outils et protocoles

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

► 1^{ère} 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).

► 2^{ème} 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.