soins des personnes détenues

Addictions : la continuité des soins des personnes détenues / L'articulation entre les professionnels de santé de la prison et du milieu ouvert

Pratique(s)

Addictions:
les pratiques professionnelles concernant la continuité des soins des personnes détenues, l'articulation entre les professionnels de santé de la prison et du milieu ouvert

De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées

sommaire

Remerciements 4

Avant-propos
Jean-Pierre Couteron,
Dr Patrick Serre 5

Introduction 6
L'organisation des soins
en détention 7
État des lieux du dispositif
pénitentiaire en France 9

1 l'entrée en détention : le repérage initial

Ce que prévoient les textes 12
Problématique 12
Principes d'intervention 13
Le repérage des conduites addictives 15
Pour illustrer 16
• Le premier entretien
• Initialisation du traitement clinique et articulation
Outil 18
Questionnaire de repérage des conduites addictives
à l'entrée en détention – Instruction du 17 novembre 2010

2 le diagnostic, la définition du projet de soins et l'accompagnement

Ce que prévoient les textes 22
Problématique 22
Principes d'intervention 23

La réduction des risques 24
Alcool et détention : comment mieux prévenir la rechute à la sortie ?
Jean-Michel Delile 25

Pour illustrer 26
• L'inscription dans un parcours de soins : comment prioriser et articuler les différents axes de l'accompagnement ?
• Éviter les ruptures dans le projet de soins en cas de transfert d'établissement

Outils 28
• Exemple de protocole pour effectuer un diagnostic addictologique de 1er niveau
• Exemple de protocole pour établir un bilan social en milieu carcéral

Conclusion 53

Méthodologie 54
Glossaire 57
Bibliographie 59

3 la préparation à la sortie

Ce que prévoient les textes 32
Problématique 32
Principes d'intervention 33

Les CSAPA référents en milieu pénitentiaire 33
La réouverture des droits sociaux 34
La recherche d'hébergement 36
Dispositifs de soins résidentiels pouvant accueillir des sortants de prison (en collectif, en individuel) 36
La prise en charge des publics présentant des troubles psychiatriques / comorbidités psychiatriques 37
La prise en charge du public féminin 38
Les mineurs 39

Pour illustrer 40
- Un projet de soins commencé à l'extérieur est interrompu au moment de l'incarcération
- L'articulation avec les services extérieurs (comorbidités psychiatriques, hépatites)
- La recherche d'hébergement
- L'articulation avec le CSAPA référent

Outils 43
- Protocole de préparation à la sortie
- Fiche réflexe de préparation à la sortie
- Récapitulatif des différentes procédures d'ouverture des droits sociaux
- Règles et législation pour le relai à la sortie de prison pour les patients sous TSO

4 les modalités de coordination des soins en addictologie en détention

Ce que prévoient les textes 48
Préconisations 49
- Une coopération de proximité avec la justice
- Les instances de coordination et d'évaluation

remerciements

Ce guide Pratique(s a été réalisé grâce à la mobilisation, aux apports et aux réflexions des intervenants de terrain.
La Fédération Addiction, l'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP)
et l'Association des Professionnels des Addictions en milieu Carcéral (APAC) souhaitent remercier :

- les professionnels intervenant en milieu carcéral qui ont répondu au questionnaire de lancement de la réflexion (unités sanitaires, dispositifs médico-sociaux),
- les membres du groupe de travail du projet,
- les Unions régionales de la Fédération Addiction, et plus particulièrement l'Union régionale Aquitaine et le Groupe Régional de Recherche et de Réflexion des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie d'Aquitaine (GRRITA), qui ont travaillé en interaction avec le projet national,
- l'ensemble des participants aux 6 journées régionales,
- les membres du Conseil d'Administration de la Fédération Addiction,
- le Dr Christine Barbier, chargée de la coordination du dossier santé des personnes détenues et le Dr Albert Herszkowicz, du Bureau des "pratiques addictives", Direction Générale de la Santé,
- les relecteurs de l'ouvrage : Laurent Michel, Fadi Meroueh, Patrick Veteau, Jean-Jacques Santucci, Dominique Meunier, Laurence Arguillere-Bultel, Nathalie Latour, Jean-Pierre Couteron.

Ce projet a reçu le soutien de la Direction Générale de la Santé.

avant-propos

La continuité des soins entre la prison et le monde extérieur est un des principes essentiels de notre République. Pourtant, ce principe est bien souvent mis à mal, que ce soit lors de l'entrée en prison, pendant l'incarcération ou lors de la sortie. Si nos associations mènent un combat politique pour l'imposer au-delà des mots, il est aussi logique de le travailler plus concrètement, par l'amélioration des pratiques professionnelles, sans plus attendre.

De même, sans contradiction avec notre revendication d'abandon de la pénalisation de l'usage simple, et sans disqualifier les nécessaires expérimentations d'alternatives à la détention que la récente conférence de consensus sur la prévention de la récidive a fait émerger, nous devons faire avancer les liens entre prison et acteurs du soin et de la réduction des risques.

Le travail présenté dans ce guide va dans ce sens : comme son prédécesseur sur les soins obligés, initié à l'époque par nos collègues de la F3A[1], en lien avec la commission Santé-Justice de l'ANITEA[2], ce document souhaite contribuer à mieux préciser les logiques d'intervention des différents acteurs du milieu carcéral et leur cadre réglementaire.

[1] Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie.
[2] Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie.

Il propose d'aller plus loin, en précisant des modalités d'articulation entre ces différents partenaires, en permettant aux professionnels d'interroger leurs pratiques ; en somme, en poursuivant la réflexion sur le parcours de soins.

Il nous faut donc remercier celles et ceux qui se sont impliqués dans ce projet et qui en ont assumé la complexité, particulièrement nos collègues de l'APSEP et de l'APAC avec qui ce travail a été mené en concertation.
Il nous faut aussi remercier la Direction Générale de la Santé qui a su voir comment cette mobilisation commune pourrait venir soutenir et compléter sa propre réflexion sur ces questions.
Il nous faut enfin vous inviter à lire ce document, à nous faire part de vos remarques et de vos propositions d'amélioration.

Jean-Pierre Couteron
Président de la Fédération Addiction

Nous tenons vivement à remercier la Fédération Addiction, pour nous avoir invités à participer à ce travail, avec tous ses partenaires.

Notre association de professionnels de soignants intervenant en prison a toujours eu à cœur de promouvoir toute solution pour améliorer la qualité de la prise en charge globale de la population pénale dont nous avons la charge et la continuité des soins en milieu pénitentiaire.
En effet, une de nos priorités est d'utiliser au mieux le temps d'incarcération pour dépister, inciter et proposer le soin, réaliser des actions d'éducation à la santé, thérapeutiques, auprès de nos patients.
Et nous sommes particulièrement attentifs aux deux périodes importantes dans la vie d'un détenu que sont l'arrivée et la préparation à la sortie, dans la mesure du possible.

Dans la continuité de la circulaire sur le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, à laquelle nous avons participé, ce travail représente une avancée importante qui permettra de mieux connaître et d'améliorer les articulations nécessaires avec tous les acteurs intervenant en prison et tous les acteurs prenant en charge nos patients pour la suite des soins en milieu ouvert, dans le respect de la loi et de notre éthique.

Dr Patrick Serre
Président de l'APSEP

introduction

Depuis quelques années déjà, la Fédération Addiction s'intéresse à l'articulation entre deux mondes : celui des addictions et de la justice. En 2009, la commission Santé-Justice de l'ANITEA et de la F3A (réunis à partir de 2011 au sein de la Fédération Addiction) éditait un guide portant sur les soins obligés. Le grand succès remporté par cette production, mais aussi le constat de difficultés rencontrées par les acteurs du milieu carcéral incitaient alors la Fédération Addiction à poursuivre sa réflexion sur cette thématique.
La commission s'est ainsi penchée sur l'articulation entre les professionnels de santé du milieu carcéral et de l'extérieur dans la prise en charge des détenus ayant des problèmes d'addiction. Comment favoriser la continuité des soins avant, pendant et après la détention ? Tel est l'objet du guide que nous vous présentons ici.

Les pratiques addictives sont présentes dans bon nombre de comportements délictueux, sans que l'on trouve toujours de lien direct de cause à effet. Ainsi, près de la moitié des personnes suivies par les CSAPA sont concernées par des problèmes de justice et de prison ; c'est aussi un peu plus de 50% des personnes incarcérées qui présentent des problèmes d'addiction.
Le milieu carcéral n'est plus une exception en matière de soins : en 1987, la création des Services Médico-Psychiatriques Régionaux et des antennes toxicomanies dans les 26 plus gros établissements pénitentiaires est une première avancée. Mais c'est surtout la loi du 18 janvier 1994 qui instaure dans chaque établissement une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA), désormais désignée Unité Sanitaire (US), qui consacre ce principe d'équivalence.

Chaque prison est ainsi dotée d'une équipe médicale rattachée à un hôpital, dont l'une des missions concerne spécifiquement les addictions.

Il existe en France 190 établissements pénitentiaires aux caractéristiques très hétérogènes : certains sont de petite taille, d'autres très grands, on trouve des maisons d'arrêt, des centres de détention, des maisons centrales ; certains sont situés en milieu rural, d'autres sont implantés au sein des grandes métropoles. Tous ces facteurs représentent autant de situations différentes qui caractérisent aussi bien les capacités de réponse des services médicaux internes et des partenaires extérieurs que les populations de l'établissement et leur durée de présence.

En octobre 2010, le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice soulignait la grande complexité de ces situations, l'existence de freins à une bonne coordination des soins et mettait en évidence la question primordiale de l'articulation entre les acteurs de santé de l'*intra-muros* et les partenaires extérieurs. Ce document relevait notamment que l'une des difficultés majeures se posant après la détention concerne l'accès à la couverture sociale des sortants de prison.
Une enquête, menée dans le même temps par la Fédération Addiction, est venue appuyer ces observations. C'est donc le constat d'une grande hétérogénéité des modes d'organisation des soins en milieu carcéral et des pratiques professionnelles qui a été effectué. On trouve ainsi des établissements où la coordination des acteurs de santé est relativement effective, et ce quels que soient leur taille, type et implantation; d'autres établissements où aucune collaboration

n'a été mise en place, où aucun lien ne semble avoir été construit entre les différents services. Les acteurs du monde carcéral doivent donc composer avec cette réalité multiple et trouver des arrangements locaux plus ou moins satisfaisants.

Partant de ces faits, le projet d'un guide portant sur la continuité des soins des personnes détenues s'est donc vu amplement justifié, et ce d'autant que les textes législatifs et réglementaires n'ont cessé d'inviter les différents acteurs à travailler ensemble, à s'articuler.
Afin de mener à bien cette réflexion, la Fédération Addiction a souhaité s'associer aux professionnels du terrain et a donc coécrit ce guide avec l'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP) et l'Association des Professionnels des Addictions en Milieu Carcéral (APAC).
L'instauration, à partir de 2011, des CSAPA référents en milieu pénitentiaire a constitué une avancée notable dans la reconnaissance de la nécessité de moyens supplémentaires et dans la consécration de la sortie de prison comme une étape cruciale qu'il faut préparer au mieux.
Si la création de ces postes a renforcé la capacité d'action locale, l'absence de directives précises n'a pas permis d'améliorer significativement cette articulation tant nécessaire entre le milieu carcéral, les dispositifs de soins internes et du milieu extérieur (qu'ils interviennent en amont de l'incarcération ou à la sortie).

Nous avons donc souhaité, à travers cette production, proposer des pistes, des modalités pratiques d'articulation entre les différents acteurs impliqués dans l'accompagnement et la prise en charge des détenus présentant des problèmes d'addiction.

Nous nous sommes ainsi attachés à reconstruire le parcours de soins d'un individu entrant en détention, en précisant les étapes et acteurs concernés. Si ce guide s'adresse avant tout aux professionnels du soin intervenant en milieu carcéral, il n'oublie pour autant pas les acteurs de la justice, de l'administration pénitentiaire et des structures médico-sociales du milieu ouvert.

1. L'ORGANISATION DES SOINS EN DÉTENTION

Plusieurs acteurs interviennent dans la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues ayant des problématiques d'addiction. On trouve les dispositifs de soins ambulatoires somatiques et psychiatriques (internes à la prison ou en établissements spécialisés), les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA internes, externes dits « de proximité », CSAPA référents) et le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).
Depuis la parution du Guide relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice[1], la dénomination des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) et des Services Médico-Psychiatriques Régionaux (SMPR) a changé. Ces dispositifs sont désormais appelés «unités sanitaires » et sont structurés en trois niveaux. Le niveau 1 regroupe les consultations, les prestations et les activités ambulatoires (on parle alors de Dispositif de Soins Somatiques et de Dispositif de Soins Psychiatriques). Le niveau 2 rassemble les soins requérant une prise en charge à temps partiel (les soins somatiques se déroulent en milieu hospitalier, les soins psychiatriques en milieu carcéral soit en hospitalisation de jour soit au sein du SMPR) ; le niveau 3 regroupe les soins nécessitant une hospitalisation complète (Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales- UHSI et Unités Hospitalières Spécialement Aménagées-UHSA).

Ces acteurs interviennent à divers niveaux dans le processus d'accompagnement du détenu, participent à sa prise en charge ainsi qu'à la préparation de sa sortie :

Le dispositif de soins somatiques (DSS)

Il est en charge du repérage des conduites addictives lors de la visite médicale d'entrée. Il travaille en coopération avec les autres professionnels, notamment les professionnels de l'addictologie, dans l'objectif de proposer à la personne détenue une prise en charge pluridisciplinaire, et gère dans de nombreux établissements les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO).

Le dispositif de soins psychiatriques (DSP)

Il peut participer au repérage et à la prise en charge des addictions. Il est impliqué parfois dès l'entrée en détention ou en deuxième intention suite à une orientation du DSS.

Le SMPR

Ce sigle désigne désormais l'unité sanitaire psychiatrique de niveau 2. Les 26 établissements pénitentiaires sièges de SMPR disposent tous d'un DSP. Le SMPR permet donc l'accueil de patients de la zone de ressort géographique de l'établissement en hospitalisation de jour.

Le CSAPA "référent"

Chaque Agence Régionale de Santé a désigné un CSAPA référent par établissement pénitentiaire. Il participe à l'organisation de la prise en charge

[1] Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, Ministère de la Justice, Paris, 2012.

soins ambulatoires somatiques et psychiatriques (niveau 1) dans les établissements pénitentiaires

des unités sanitaires au sein de tous les établissements pénitentiaires

prise en charge des addictions

DSS DSP

CSAPA référent
possible CSAPA interne
CSAPA externe/de proximité

prévention,
éducation pour la santé,
continuité des soins à la sortie

dispositif de soins somatiques
consultations de médecine générale
et de spécialités dont consultations dentaires

178

dispositif de soins psychiatriques
consultations, entretiens
prise en charge de groupe
activités thérapeutiques

152

hospitalisation à temps partiel (niveau 2)

au moins une unité sanitaire de niveau 2 par région
(cellules d'hébergements)

soins somatiques
en milieu hospitalier
activités de chirurgie ambulatoire
(dermatologie, ophtalmologie),
traitements (chimiothérapie, dialyse…)

soins psychiatriques
hospitalisation de jour/SMPR
en milieu pénitentiaire
accès facilité aux activités
et consultations : primauté temporaire du soin
sur les autres aspects de la détention

26

hospitalisation à temps complet (niveau 3)

soins somatiques

• établissement de santé de rattachement :
hospitalisations urgentes ou courtes (– de 48h)

• UHSI (unités hospitalières sécurisées interrégionales) :
hospitalisations de + de 48h et possibilités urgences

8

soins psychiatriques

UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées) •
hospitalisation avec et sans consentement

établissements de santé autorisés en psychiatrie •
hospitalisation sans consentement

UMD (unités pour malades difficiles) •

9

des addictions en détention et s'assure de la préparation à la sortie. Le CSAPA référent peut être un CSAPA de proximité ou un CSAPA interne. Son action peut être complétée par l'intervention d'un autre CSAPA (interne ou de proximité).

Le CSAPA interne (ancienne Antenne Toxicomanie, devenue par la suite CSST en milieu carcéral)
Dans les établissements qui en bénéficient, il assure la prise en charge des personnes ayant une problématique addictive. Il a souvent été désigné CSAPA référent de l'établissement pénitentiaire.

Le CSAPA externe/de proximité
Dans certains établissements, un CSAPA de proximité intervient afin d'assurer une partie de la prise en charge en addictologie pendant la détention. Ses interventions se déclinent sous la forme de groupes de parole, d'actions en matière de prévention, d'un suivi psychologique de la personne détenue, etc. Ce CSAPA peut avoir été désigné CSAPA référent ou intervenir en complément.

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
Ces services des centres hospitaliers de référence interviennent dans certains établissements pénitentiaires et assurent également une prise en charge en addictologie pendant la détention.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)
Il signale au service médical d'éventuelles problématiques addictives et participe à l'organisation de la mise en place du projet de sortie de détention. Il contribue également à la mise à jour et à l'ouverture des droits sociaux.

Le CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues)
Dans certains établissements, un CAARUD peut intervenir afin de proposer de l'information sur la réduction des risques, d'animer des groupes de parole voire d'accompagner les détenus dans leurs démarches après la sortie.

Les intervenants associatifs
Ils proposent des groupes de parole, des informations, etc. (AIDES, Alcooliques anonymes, Sidaction…).

2. ÉTAT DES LIEUX DU DISPOSITIF PÉNITENTIAIRE EN FRANCE

Au 1er avril 2014[2], on comptait en France :

80 740 personnes sous écrou (incarcérées et non incarcérées) dont 2820 femmes : 68 859 personnes incarcérées dont 17 846 prévenus.
On dénombrait 778 mineurs écroués détenus.
13 765 personnes étaient en aménagement de peine, surveillance électronique ou placement extérieur non hébergées.

190 établissements pénitentiaires dont 98 maisons d'arrêt et 85 établissements pour peine :
43 centres pénitentiaires, 25 centres de détention, 6 maisons centrales, 11 centres de semi-liberté.
On compte également 6 établissements pénitentiaires pour mineurs et 1 établissement public de santé national à Fresnes.

[2] Statistiques mensuelles de la population écrouée et détenue en France, avril 2014, Direction de l'Administration Pénitentiaire, site du Ministère de la Justice.

Typologie des établissements pénitentiaires :

Maison d'arrêt
Établissement pénitentiaire pour les personnes prévenues, les personnes condamnées dont la durée de peine restant à purger est inférieure ou égale à deux ans et les personnes condamnées en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale).

Centre pénitentiaire
Établissement pénitentiaire qui comprend au moins deux quartiers de régime de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale.

Centre de détention
Établissement pénitentiaire accueillant les personnes majeures condamnées à une peine supérieure à deux ans et présentant les perspectives de réinsertion les meilleures.
Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des personnes détenues.

Maison centrale
Établissement pénitentiaire pour les personnes condamnées à de très longues peines et les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

Centre de semi-liberté
Établissement pénitentiaire qui reçoit des personnes condamnées admises au régime de semi-liberté. Ce régime autorise une personne condamnée à exercer, en dehors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, à suivre un enseignement ou à bénéficier d'un traitement médical. A l'issue de ces activités quotidiennes, la personne retourne au centre de semi-liberté.

Établissement pénitentiaire pour mineurs
Établissement dont la capacité d'accueil est limitée

à 60 mineurs répartis en unités de 10 places. Il a pour objectif de concilier sanction et action éducative, c'est-à-dire de placer les activités scolaires, sportives et culturelles au cœur du dispositif de détention. Chaque mineur est encadré par un éducateur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et un surveillant pénitentiaire.

Centre pour peine aménagée

Établissement pénitentiaire qui reçoit des personnes volontaires placées sous écrou et faisant l'objet d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que des personnes détenues dont le reliquat de peine est inférieur à deux ans, afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

La mise en place des CSAPA référents en milieu pénitentiaire

Les CSAPA référents en milieu pénitentiaire sont un nouvel acteur de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Leur mise en place a d'abord été annoncée par le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, plan qui reprenait une grande majorité des constats et propositions formulés par les acteurs de terrain. Ce plan prévoit, dans la mesure 12.1, la création de postes d'intervenants pour les CSAPA de proximité afin d'accompagner la préparation à la sortie de détention et l'articulation avec l'extérieur des personnes ayant des problématiques d'addiction. La circulaire du 28 avril 2011 relative à la campagne budgétaire pour 2011 prévoit la création de ces postes en dotant les dispositifs de moyens pérennes (mesures nouvelles sur l'ONDAM[3] 2011), et la circulaire du 26 septembre 2011 précise que les CSAPA référents seront dotés d'un demi-ETP d'éducateur spécialisé.

Le choix initial a été d'attribuer aux établissements pénitentiaires un mi-temps non proratisé quels que soient leur taille et leur type. S'il est écrit dans la fiche de poste diffusée par les Agences Régionales de Santé que la principale mission de l'éducateur est « d'organiser en priorité la préparation à la sortie », celui-ci peut également « participer au repérage des personnes ayant des problèmes d'addiction[4] ».
Le CSAPA référent intervient donc tout au long du parcours de détention des personnes détenues, en appui aux dispositifs déjà existants.

La procédure de désignation des CSAPA référents, par les ARS, est désormais terminée. Les postes ont été affectés à partir de 2012 et jusqu'en décembre 2013 pour l'Île-de-France. On remarque que cette désignation ne s'est pas faite de manière homogène : parfois, plusieurs CSAPA ont été nommés référents d'un même établissement ou bien c'est le CSAPA interne à la prison qui a été choisi. L'absence d'un cahier des charges travaillé en amont a laissé chacun isolé dans les discussions avec les équipes soignantes, les directions et les SPIP des établissements pénitentiaires.
Les retours d'expérience permettent cependant aujourd'hui de mieux repérer les points de vigilance et les points d'appui à utiliser selon le type et la taille des établissements. Ces points seront développés dans la 3e partie de ce guide.

---

[3] Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
[4] Fiche de poste diffusée par les Agences Régionales de Santé.

1

l'entrée en détention : le repérage initial

Ce que prévoient les textes 12
Problématique 12
Principes d'intervention 13
Le repérage des conduites addictives 15
Pour illustrer 16
• Le premier entretien
• Initialisation du traitement clinique et articulation
Outil 18
Questionnaire de repérage des conduites addictives à l'entrée en détention – Instruction du 17 novembre 2010

ce que prévoient les textes

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

➔ Le repérage des personnes ayant des problèmes d'addiction doit être effectué par les acteurs de premier rang que sont les intervenants en Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) lors de la visite médicale d'entrée obligatoirement proposée.
➔ Cette consultation doit intégrer « un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac ».
➔ À l'issue de ce repérage, une orientation est réalisée si nécessaire vers les professionnels spécialisés. Il conviendra lors de cette première consultation d'identifier un éventuel besoin de sevrage, notamment en alcoologie.
➔ Des indications sur les modalités de réalisation du repérage sont précisées en annexe.

problématique

➔ Les études disponibles font le constat d'une forte prévalence des conduites addictives parmi la population incarcérée, hommes et femmes confondus. 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[1] indique que 30% des entrants en prison présentent une consommation excessive d'alcool, un tiers déclarent une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 derniers mois et un quart rapportent une consommation d'au moins 2 substances psychoactives (tabac, alcool, drogues). Quant aux femmes entrant en prison, un cinquième d'entre elles ont une consommation excessive d'alcool et la même proportion fait état d'une utilisation prolongée et régulière de stupéfiants au cours de l'année précédant leur incarcération.

➔ Ces chiffres confirment l'extrême importance des problématiques addictives en milieu carcéral et justifient qu'elles fassent l'objet d'une attention toute particulière. Il apparait ainsi primordial de rencontrer chaque personne entrant en prison et de recueillir auprès d'elle des informations sur ses habitudes de consommation afin d'assurer si besoin une prise en charge équivalente à celle proposée en milieu libre, telle que la loi le prévoit. Par ailleurs, il faut rappeler que lorsqu'elles n'étaient pas encore sous écrou, ces personnes avaient, de manière générale, moins recours au système de soins que l'ensemble de la population. L'incarcération représente de ce fait un moment propice, pour un bon nombre d'entre elles, à une première rencontre avec le système de soins, en particulier les soins en addictologie. Les personnes écrouées pour une infraction liée à une consommation d'alcool sont spécifiquement concernées par ce fait.

➔ Les résultats de l'enquête menée par la Fédération Addiction[2] montrent que si les conduites addictives semblent effectivement intégrées dans le bilan de santé effectué lors de la visite médicale d'entrée, les objectifs et les modalités du repérage varient. En effet, la sensibilisation des équipes et des responsables institutionnels à ces problématiques, les compétences acquises par les professionnels chargés du repérage sont autant de facteurs qui influent sur la place donnée aux conduites addictives lors de cet entretien. Or un repérage complet dès l'entrée en détention permet d'éviter les interruptions thérapeutiques et d'organiser la prise en charge au plus tôt.

---

[1] Mouquet Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003, Études et Résultats », Drees n°386, mars 2005, pp 5-6.
[2] Rapport d'enquête « Addictions et milieu carcéral. Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et de l'extra-muros », Fédération Addiction, décembre 2012, disponible sur le site de la Fédération Addiction.

principes d'intervention

La visite médicale d'entrée

Le repérage des conduites addictives est effectué lors de la visite médicale d'entrée. Ce repérage est systématique pour toutes les personnes détenues et doit être réalisé dans les plus brefs délais.

Le repérage des pratiques addictives

➔ L'entretien d'accueil est un moment clé du repérage des pratiques addictives. S'il vise *in fine* l'obtention d'informations devant permettre la meilleure prise en charge possible de la personne incarcérée, cet entretien doit avant tout prendre la forme d'un échange. C'est donc l'occasion d'une rencontre entre une personne et un soignant qui initie alors une relation thérapeutique.

➔ Le recueil d'informations sur les pratiques addictives mérite d'être protocolisé et harmonisé au sein de l'équipe chargée du repérage.
Cela concerne le type d'informations recherchées mais aussi leurs modalités de recueil. Si la visite médicale d'entrée est charnière dans le repérage des conduites addictives, elle n'est pas toujours un moment propice pour le détenu. Celui-ci doit en effet composer avec un certain nombre d'éléments : la rencontre avec de nombreux intervenants, le « choc » de l'incarcération, les conséquences de la garde à vue (fatigue, manque), mais aussi la peur de la stigmatisation et de discriminations de la part des autres détenus. Ces éléments sont autant de causes pouvant l'amener à ne pas dévoiler tout de suite ses conduites addictives.
Le repérage doit donc être conçu comme une étape pouvant s'effectuer à tout moment de l'incarcération. Il s'agit ainsi de créer des opportunités de rencontre tout au long de la détention.

➔ Un repérage *a minima* de l'existence de pratiques addictives, tous produits et tous comportements, peut s'appuyer sur l'annexe 1 de l'instruction du 17 novembre 2010[3]. Cette annexe est l'un des outils de recueil d'informations permettant de faire un rapide état des lieux des consommations éventuelles des principales substances psychoactives. Elle constitue un dispositif minimal pour le repérage systématique auprès de tous les détenus.

➔ Dans les établissements où le contexte le permet, il faut encourager une analyse qualitative et quantitative visant à définir des niveaux d'usage. Le repérage approfondi des niveaux d'usage permet de ne pas se focaliser uniquement sur les personnes dépendantes, mais de prendre également en compte les comportements à risques. Il est important que chaque personne puisse bénéficier d'un accompagnement adapté à sa situation.

➔ Il est nécessaire de procéder à un bilan systématique complet de la personne entrant en détention, en s'appuyant sur les outils de dépistage, de prévention des risques, cardiaques notamment (examen de kaliémie, électrocardiogramme…).

➔ Dans tous les cas est recherchée l'existence d'une prescription antérieure. Avant leur incarcération, certaines personnes détenues étaient suivies par un CSAPA, par un médecin généraliste ou par un autre professionnel de santé. Un contact avec le professionnel chargé du suivi à l'extérieur facilite la continuité des soins en détention. Ce contact est conditionné par l'accord de la personne détenue.

Concernant les personnes qui déclarent une consommation d'opiacés ou un traitement de substitution hors prescription, la réalisation d'une analyse urinaire bandelette, de même qu'une prise de contact avec le pharmacien d'officine, peuvent contribuer à adapter le traitement et à ainsi assurer sa continuité à l'entrée en détention.

Que proposer ?

➔ Si l'on ne peut identifier la traçabilité du traitement (ou si une problématique d'alcool est repérée), un traitement de sevrage est proposé en attendant la consultation avec le médecin prescripteur. Une réévaluation du traitement est par la suite préconisée.

➔ Dans le cas où la personne détenue déclare l'usage d'une ou de plusieurs substances psychoactives et accepte le principe d'une évaluation plus approfondie et d'un soutien, il lui est proposé une orientation vers le dispositif chargé de la prise en charge des addictions de l'établissement.

➔ Dans le cas où la personne détenue déclare l'usage d'une ou de plusieurs substances psychoactives mais refuse toute évaluation approfondie ou prise en charge, l'équipe de soins reste alors à sa disposition pour toute demande ultérieure. Un message de prévention centré sur la réduction des risques lui est délivré (supports documentaires type fascicules de l'INPES[4], d'AIDES, d'ASUD, etc.), les moyens de contacter les intervenants *intra* ou *extra-muros* présents dans la prison lui sont fournis. Pour cela, le(s)

… / …

[3] En annexe de cette partie.
[4] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.

professionnel(s) chargé(s) du repérage doit avoir connaissance de l'ensemble des ressources existant en interne (missions et organisation).

➔ Les modalités de transmission des informations entre professionnels des différents services concernés doivent être définies et lisibles (fiches de liaison, cahiers de transmission) dans le respect du secret médical. La messagerie sécurisée peut être un bon moyen de transmettre ces informations si l'échange sur site n'est pas possible.

➔ Dans les situations de transfert administratif d'un détenu, l'établissement d'accueil doit pouvoir disposer de son dossier médical et être ainsi informé du suivi dont il a fait l'objet précédemment.

En cas d'urgence à l'entrée en détention

Quand une personne arrive en détention, sa situation sanitaire nécessite parfois une intervention d'urgence, notamment lorsque les symptômes de sevrage sont importants. C'est souvent le personnel pénitentiaire qui prévient les services médicaux de l'arrivée de la personne en état d'agitation.
➔ Dans ce cas, la personne est rapidement orientée vers le DSS pour prendre en charge les manifestations les plus intenses de sevrage. La rencontre peut se limiter à une prescription médicale et la visite médicale d'entrée sera alors reprogrammée. Il faut rappeler que le personnel pénitentiaire (détention/ SPIP) peut signaler un état d'agitation, et ce avant même la visite médicale.

➔ En dehors des horaires d'ouverture de l'unité sanitaire, le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) du SAMU (15) est contacté.

Dans le cas d'une entrée en détention hors temps de présence du médecin prescripteur

Des protocoles sont élaborés par l'unité médicale qui déclenche l'appel aux urgences s'il est nécessaire ou qui attendent l'arrivée du médecin d'astreinte. Se référer à ce sujet à la vignette clinique pages 15-16.

urgence
symptômes de sevrage

orientation immédiate
vers DSS - DSP - CSAPA
ou SAMU si non présence
des services concernés

reprogrammation éventuelle de la visite médicale

possible
participation
du CSAPA
référent

hors urgence
entretien d'accueil
DSS

infirmier
médecin
psychologue

et/ou
DSP

psychologue
infirmier
psychiatre

repérage *a minima:*
la grille de la circulaire permet
de repérer l'existence d'un usage

test urinaire

repérage plus complet:
questionnaire validé permettant
de repérer des niveaux d'usage
(dépendance / usage problématique /
usage récréatif

si accord du patient
orientation immédiate
fiche de liaison

vers des professionnels
spécialisés en addictologie
et/ou le CSAPA référent
- évaluation
- définition du projet de soins
- accompagnement

dans les établissements
où les intervenants ne sont pas
spécialisés en addictologie
- TSO (poursuite ou initiation)
- sevrage (protocole)

former les professionnels
en addictologie et/ou
renforcer l'intervention
du CSAPA référent

si pas de souhait
de prise en charge
- information,
- réduction des risques,
- coordonnées des intervenants
à contacter pendant la détention

week-end
protocole

approche clinique favorisant l'alliance thérapeutique et la réduction des risques

pour illustrer

Le premier entretien : repérer les usages

M. D a 51 ans et est incarcéré à la maison d'arrêt pour conduite en état d'alcoolisation, en récidive. Il est en attente de jugement.
Lors de la visite d'arrivants, à 10 heures, il affirme au personnel médical le recevant avoir eu un problème de conduite ivre mais nie tout alcoolisme chronique. Il semble aller plutôt bien physiquement.
Vers 16 heures, l'équipe du DSS est interpellée par la détention : M. D. ne va pas bien du tout et son état se dégrade de façon alarmante, avec agitation psychomotrice.
Il est donc revu en urgence par les infirmières du DSS et présente alors une anxiété majeure. Lors de ce deuxième entretien avec le DSS, il évoque une véritable maladie alcoolique chronique et le syndrome de sevrage est diagnostiqué.

➔ En semaine

Ce deuxième entretien consiste, sans jugement sur le fond, ni sur le temps perdu entre les deux entrevues, à repérer tous les éléments quantitatifs et qualitatifs permettant d'évaluer le risque minimal physique (cf grille de Cushman).
Tout en expliquant l'intérêt qu'il y ait un véritable suivi et la possibilité d'envisager, même en prison, une prise en charge par une équipe d'addictologie, il s'agit de se concentrer sur la réalité de la dépendance et sur les effets du sevrage, actuels ou à venir, sur les comorbidités éventuelles, sur les consommations concomitantes, sur l'impact de l'écrou sur l'état anxieux, sur les antécédents de sevrage et de troubles divers.
On interrogera aussi le patient sur ce qui a éventuellement été mis en place pendant la garde à vue (s'il y a eu visite médicale et traitement) et sur les dernières consommations avant l'arrestation.

Il s'agit également de rassurer le patient sur la possibilité d'être soigné immédiatement, sur la réalité de la surveillance dont il fera l'objet, sur l'effet du traitement qui pourra être mis en place.

Suite à cette rencontre immédiate avec le médecin, ou à partir d'un contact téléphonique avec le médecin d'astreinte si l'entretien a été effectué par l'équipe infirmière, le protocole de sevrage est mis en place, avec surveillance infirmière régulière.
Un rendez-vous est rapidement pris avec le médecin addictologue pour l'évaluation et l'orientation de la prise en charge.
Le recours à l'hospitalisation est toujours possible en cas de manifestations cliniques d'apparition de *delirium tremens*, mais se pose le problème de la surveillance de nuit : il est souhaitable de signaler le risque de perturbations de son état aux surveillants (gradés) de nuit, sans révéler les éléments de contenu de la demande de surveillance. Et de laisser comme consigne d'appeler le 15 en cas de souci majeur.
On peut solliciter que la personne soit placée en cellule double, ou dans un quartier où la surveillance est possible.
Si nécessaire, et devant le risque de déclenchement d'un pré-*delirium tremens* ou d'un *delirium tremens*, établi à partir des déclarations du patient et de l'examen clinique, une hospitalisation en urgence peut être programmée (UHSI, urgences hospitalières ou Établissement public de santé national de Fresnes).

➔ En veille de week-end ou en week-end

• *S'il s'agit d'un établissement pouvant assurer une présence médicale le week-end :*
La réaction de l'équipe peut être immédiate avec l'installation d'un traitement de sevrage, soit avec intervention du médecin d'astreinte, soit avec un protocole déjà prévu sous responsabilité médicale.
Le traitement permet de tenir jusqu'au début de semaine, pour une visite de contrôle de la part du médecin.
L'entretien qui est effectué et les éléments de ré-assurance sont d'autant plus importants en veille de week-end ou en week-end.
En attendant, une surveillance particulière est mise en place par l'équipe qui prévoit une rencontre ou une visite en détention le samedi et le dimanche.
Le même protocole pour la surveillance de nuit et pour la semaine est prévu.
L'orientation est faite au plus vite vers le médecin addictologue (dès le lundi) et le CSAPA.

• *S'il s'agit d'un établissement sans présence médicale continue le week-end :*
Le protocole de sevrage alcoolique est mis en place.
On peut privilégier l'hospitalisation à titre de précaution mais on connait la réticence tant des services pénitentiaires (problème de garde) que des services hospitaliers. L'UHSI est une solution également lourde à mettre en œuvre.
Le signalement est effectué auprès des personnels de surveillance, avec mêmes indications en cas de doute. Il est d'autant plus important que seuls les personnels pénitentiaires sont susceptibles alors d'intervenir au cours du week-end.
Ce signalement doit cependant respecter les règles de la confidentialité et du secret médical.

Commentaires complémentaires

Cette situation pose la question de la communication entre les services médicaux non présents mais connaissant la situation du patient, et les services d'urgence appelés à intervenir sans connaissance du dossier patient. Une sensibilisation des services d'urgence à une situation à risque avant le week-end pourrait être de ce fait opportune.
Il est souhaitable qu'une astreinte, même téléphonique, même infirmière, permette de faire le lien en cas d'intervention du 15. Le cas échéant, il paraît important d'insister sur la nécessité d'un retour des urgences vers les services médicaux.
Un travail préalable avec les personnels doit pouvoir

aboutir à la compréhension et à l'acceptation du principe d'un signalement *a minima*, impliquant une surveillance particulière sans connaitre les éléments de risque et un repérage éventuel.
Cette situation pose aussi la question du lien établi avec le patient lors du premier rapport avec l'équipe médicale, qui sera déterminant pour la possibilité de suite de prise en charge par le DSS, mais aussi par l'équipe d'addictologie.
On imagine assez facilement les raisons pour lesquelles la réalité de l'état de dépendance n'a pas été décrite par la personne lors de la première visite. Il s'agit donc pour l'équipe médicale impliquée dans le premier entretien de faciliter le libre dialogue avec le patient. Une vigilance toute particulière doit être apportée au premier discours de la personne et aux propos banalisant des comportements de consommation. Les documents d'information édités par l'INPES peuvent aider à interpeller les individus sur leurs consommations.
Le commencement de l'alliance thérapeutique s'établit lorsqu'il y a eu finalement demande de soins immédiats. Il s'agit là de préserver ce lien de confiance, tout en permettant une surveillance correcte de la part des services pénitentiaires (en particulier face à des risques de décompensation d'un sevrage alcoolique, plus qu'avec d'autres produits stupéfiants, plus simples à traiter).

Initialisation du traitement : aspects cliniques et articulations

M. X. a 32 ans. Il est incarcéré en maison d'arrêt pour infraction à la législation sur les stupéfiants. Lors de la visite médicale d'entrée, il déclare consommer de l'héroïne depuis longtemps et dit être sous méthadone (70 mg avant son incarcération).

CAS 1. Il donne le contact des personnes qui étaient chargées de son suivi à l'extérieur :
Son traitement de méthadone lui est délivré dans un CSAPA d'une ville d'à côté (possibilité 1).
Son traitement lui est prescrit par un médecin de ville et il va le chercher dans une pharmacie proche de chez lui (possibilité 2).

➔ En semaine
Pour la possibilité 1 : téléphoner au CSAPA et demander confirmation du traitement et du dosage (en plus de la confirmation par téléphone, demander un fax de la dernière prescription). Il peut être intéressant de se renseigner sur le dernier passage du patient au centre.
Pour la possibilité 2 : téléphoner au médecin généraliste et/ou à la pharmacie. Il est également conseillé de demander un fax de confirmation précisant le dosage et de se renseigner sur la date de la dernière prescription.

➔ En soirée ou week-end
Dans le cas où il n'est pas possible pour l'équipe médicale d'obtenir la confirmation du traitement (pour cause de fermeture du CSAPA ou de la pharmacie), le patient devrait pouvoir attendre le lendemain matin, ou le lundi matin si l'on est en période de week-end. Toutefois, un traitement de sevrage *a minima* pourra être mis en place, avec un contrôle par bandelettes urinaires.

Un outil de liaison destiné aux infirmiers préparant le traitement et qui le distribuent peut être élaboré après la vérification de la prescription et/ou la prise du traitement méthadone.

L'évaluation clinique

➔ Il est important de demander au patient depuis combien de temps il n'a pas eu son traitement et à quel dosage il l'a pris la dernière fois.
Dans le cas où le patient déclare consommer occasionnellement des stupéfiants, des outils de repérage (contrôle urinaire, éventuellement contrôle sanguin) peuvent aider à objectiver la situation.
L'utilisation de ces outils de repérage intervient dans le cadre de la construction de la relation thérapeutique avec le patient, dans un but strictement médical. Il ne s'agit donc pas de stigmatiser l'individu (par exemple pour ne pas avoir déclaré une consommation).

➔ Pour toutes les possibilités évoquées, il est nécessaire d'établir une fiche de liaison ou une transmission dans le dossier médical pour le médecin prescripteur afin qu'il vérifie le traitement et le dosage.
Un électrocardiogramme est à prévoir pour les dosages supérieurs à 100 mg.
Les orientations en interne (vers le psychologue, psychiatre, personnel socio-éducatif…) peuvent être déterminées à ce moment-là.
En fonction de la situation pénale et de l'éventuelle date de sortie, on accélèrera le processus d'orientation vers la prise en charge. On pourra par exemple s'occuper dès lors de la mise en place (ou de la poursuite) d'une CMU-C.

CAS 2.
M. X. déclare être sous méthadone avant son incarcération, mais l'équipe soignante n'a aucune confirmation de ce traitement (soit parce que M. X. ne donne pas le contact de la structure chargée de son suivi à l'extérieur, soit parce qu'il n'y en avait pas ou pour une autre raison).

➔ Antériorité
Vérifier si le patient a déjà bénéficié d'un traitement à l'extérieur (par un CSAPA, un réseau ville…), ou lors d'une incarcération précédente.

L'évaluation clinique

➔ Les analyses urinaires :
1. L'analyse biologique : en attendant le résultat, le patient peut bénéficier d'un traitement de sevrage ou d'un traitement de méthadone à un dosage de sécurité, si l'équipe médicale dispose d'éléments concordant en faveur du maintien immédiat du traitement.
2. Les bandelettes urinaires : plus confortables pour le patient, elles permettent une réponse immédiate. Le patient peut donc bénéficier rapidement de la reconduction d'un traitement de sécurité si le test est positif à la méthadone ou à la buprénorphine. Si le test est négatif, c'est le médecin prescripteur qui décide, en fonction de l'analyse clinique, de ne pas prescrire ou d'initialiser un traitement de substitution aux opiacés.

➔ Un électrocardiogramme est à prévoir pour un dosage de méthadone supérieur à 100 mg. Une fiche de liaison devra être rédigée pour l'équipe infirmière qui préparera le traitement.
Quelque soit le résultat du test, une orientation vers les intervenants spécialisés en addictologie sera effectuée.

Afin d'assurer la continuité des soins et la sécurité du patient, il est indispensable de pouvoir accéder, dans chaque établissement, aux deux types de TSO à des dosages de sécurité, et ce à n'importe quel moment. Ceci peut être favorisé grâce à la mise en place de protocoles internes (entre DSS et DSP, par exemple).
Il faudra également penser à vérifier rapidement la CMU-C pour assurer le maintien du traitement à la sortie et reprendre contact avec le prescripteur antérieur, ou en trouver un pour le maintien du traitement à la sortie.

NB Rappelons qu'en l'absence d'argent, tout peut être objet de troc en détention. Les TSO n'échappent pas à la règle.
Il est donc du devoir des équipes de rester vigilantes à ce type de pratiques.

un outil

Questionnaire de repérage des conduites addictives à l'entrée en détention – Instruction du 17 novembre 2010

Tabac
1. Fumez-vous du tabac tous les jours ?
☐ oui ☐ non
2. Souhaitez-vous vous arrêter à l'occasion de votre incarcération ?
☐ oui ☐ non
3. Souhaitez-vous recevoir un traitement d'aide au sevrage ? (gommes, comprimés, patchs...)
☐ oui ☐ non

Alcool
4. Combien de verres buvez-vous dans une journée « ordinaire » ? - le verre fait référence au verre standard de 10 g d'alcool pur.

5. Vous arrive-t-il de boire une boisson alcoolisée moins de deux heures après votre réveil, pour calmer votre nervosité ou d'autres symptômes ?
☐ oui tous les jours
☐ oui quelquefois
☐ non

Si le patient répond « oui, tous les jours « à la question 5, il est nécessaire d'évaluer le risque de syndrôme de sevrage sévère, par exemple avec le score de Cuschman

6. À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres ou plus lors d'une même soirée ?
☐ jamais
☐ moins d'une fois par mois
☐ une fois par mois
☐ une fois par semaine
☐ 4 fois ou plus par semaine

Drogues illicites et produits psychotropes détournés

7. Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié de la prescription d'un traitement de substitution ? Méthadone ou buprénorphine haut dosage (Subutex®)
dans le passé ☐ juste avant l'incarcération ☐

8. Consommez-vous ou avez-vous consommé...
• des traitements de substitution hors prescription ? Méthadone ou buprénorphine haut dosage (Subutex®)
dans le passé ☐ juste avant l'incarcération ☐

• des calmants hors prescription ou des doses plus importantes que ce qui vous est prescrit ? (Valium®, Lexomil®, Lysanxia®, Seresta®, Temesta®, Xanax®, Rivotril®, somnifères...)
dans le passé ☐ juste avant l'incarcération ☐

• du cannabis (shit, herbe...)
dans le passé ☐ juste avant l'incarcération ☐

• de l'héroïne ou d'autres opiacés ? (codéine, morphine...)
dans le passé ☐ juste avant l'incarcération ☐

• de la cocaïne ou du crack, free base ?
dans le passé ☐ juste avant l'incarcération ☐

• des amphétamines ou des hallucinogènes ? (LSD, ecstasy, champignons...)
dans le passé ☐ juste avant l'incarcération ☐

9. Avez-vous déjà pris une drogue par injection ? (shoot)
☐ oui ☐ non

10. Avez-vous déjà consulté en rapport avec la consommation de l'un ou l'autre des produits cités ?
☐ oui ☐ non

11. Souhaitez-vous que l'on prenne contact avec la personne que vous aviez rencontrée alors ?
☐ oui ☐ non

NB On questionnera par la suite les comorbidités psychiatriques et leur prise en charge, s'il y en a.

2 le diagnostic, la définition du projet de soins et l'accompagnement

Ce que prévoient les textes 22
Problématique 22
Principes d'intervention 23
La réduction des risques 24
Alcool et détention : comment mieux prévenir la rechute à la sortie ? Jean-Michel Delile 25

Pour illustrer 26
• L'inscription dans un parcours de soins : comment prioriser et articuler les différents axes de l'accompagnement ?
• Éviter les ruptures dans le projet de soins en cas de transfert d'établissement

Quelques outils 28
• Exemple de protocole pour effectuer un diagnostic addictologique de 1er niveau
• Exemple de protocole pour établir un bilan social en milieu carcéral

ce que prévoient les textes

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placees sous main de justice (extraits)

➔ Les personnes détenues rencontrant un problème de consommation d'un produit licite ou illicite (drogues, alcool, médicaments) doivent bénéficier, durant la période d'incarcération et à la libération, d'une prise en charge adaptée qui passe par la mobilisation des services et des dispositifs afin d'améliorer l'accessibilité des soins.

➔ Les traitements de substitution doivent pouvoir être accessibles à tous les détenus dépendants qui en ont besoin au-delà de toute réticence idéologique.

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

➔ Le diagnostic est posé par un professionnel spécialisé en addictologie.

➔ Un projet de soins adapté est défini, si besoin spécialisé, accessible dans le cadre de la détention.

➔ Ce projet intègre le suivi du sevrage, la prescription et le suivi de traitements de substitution, la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques, le suivi psychologique.

➔ Cette prise en charge est assurée, selon les besoins du patient et les organisations locales de l'offre de prise en charge, par un médecin addictologue intervenant dans l'établissement, un professionnel d'une équipe de liaison du centre hospitalier de rattachement du DSS, un professionnel d'un CSAPA de proximité (CSAPA identifié comme référent pour la prison).

Pour plus d'informations sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO), se référer au *Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé / MILDECA, 2011, ainsi qu'au guide *Pratiques professionnelles autour des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA*, Fédération Addiction, 2010 (tous deux disponibles en téléchargement sur le site de la Fédération).

problématique

➔ Les personnes détenues présentant des conduites addictives doivent bénéficier durant la période de détention d'une prise en charge adaptée à leurs besoins. Cette prise en charge se veut équivalente à celle dont bénéficie l'ensemble de la population, en vertu de la loi du 18 janvier 1994. Ainsi, il est prévu que les aspects médicaux, psychologiques, psychiatriques, médicamenteux (TSO, autres) et sociaux soient pris en compte tout au long de la détention. Ceci doit permettre l'accessibilité, l'accompagnement et la continuité des soins.

➔ Les services sanitaires (somatiques, psychiatriques, ELSA), la médecine de ville, les structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD) ont chacun un rôle à jouer et doivent coordonner leurs interventions. Cette articulation est d'autant plus essentielle que la prison accueille toujours plus de personnes souffrant de comorbidités. La triple compétence à la fois psychiatrique, somatique et addictologique est donc de plus en plus nécessaire et l'analyse simultanée des problématiques en est rendue indispensable. Mais dans ce contexte, la personne détenue a affaire à différents interlocuteurs pour ses prescriptions. Ainsi, le DSS intervient pour les soins somatiques, le SMPR (ou le dispositif de soins psychiatriques) pour les soins psychiatriques et le CSAPA pour l'accompagnement addictologique.

➔ La diversité des acteurs, le manque d'articulation en *intra-muros* et avec les partenaires de l'extérieur (partenaires médico-sociaux, sanitaires et sociaux) entravent la lisibilité et l'efficacité de la prise en charge. En effet, la transmission d'informations entre les équipes, permettant de connaître et de comprendre la prise en charge antérieure ou en cours et d'en assurer au mieux le prolongement, n'est pas toujours assurée.

2. pendant la détention: le

1. Le diagnostic spécialisé posé par un professionnel de santé ou par une équipe pluridisciplinaire de professionnels

L'instruction du 17 novembre 2010 avance la nécessité d'un diagnostic posé par un professionnel en addictologie. Nous faisons du terme « diagnostic » une interprétation plus large, recouvrant à la fois une dimension médicale, sociale, psychiatrique, familiale et judiciaire. Ce diagnostic doit pouvoir être réalisé y compris dans les établissements ne disposant pas de professionnels en addictologie[1]. Le cas échéant, on pourra solliciter l'expertise du CSAPA référent en milieu pénitentiaire ou la mise en place de formations croisées.

➔ Les critères d'évaluation et de diagnostic des niveaux d'usage et des situations (sociales, judiciaires, psychologiques, psychiatriques…) doivent être élaborés collectivement par l'ensemble des professionnels amenés à réaliser un diagnostic addictologique afin d'assurer la cohérence des réponses en termes d'accompagnement.

➔ Pour faciliter l'expression du patient, l'intervenant doit adopter une technique d'écoute active, neutre et attribue ainsi une valeur à l'expérience de la personne. Une attitude bienveillante et empathique consolide l'alliance thérapeutique.

➔ La possibilité, pour le patient, d'évoquer les bénéfices secondaires de ses consommations contribue à la prise de conscience de la fonction de son usage.

➔ Le professionnel doit autant se référer à la dimension expérientielle (vécu psychologique et social) qu'aux repères classiques du niveau d'usage (usage, abus, dépendance).

[1] On trouvera un exemple de protocole permettant de réaliser un diagnostic de 1er niveau en addictologie en annexe de cette partie.

➔ Lors du (ou des) premier(s) entretien(s) d'évaluation, les coordonnées de la pharmacie de sortie doivent être transmises. Il est préconisé de donner à la personne détenue les coordonnées du service qu'elle pourra contacter en cas de sortie précipitée afin d'obtenir le contact de la pharmacie. Une ordonnance sera faxée à la pharmacie, l'original pouvant être envoyé par courrier.

2. Définition du projet de soins, prise en charge pendant la détention et bilan social

➔ Le projet de soins est, par définition, adapté non seulement aux problématiques addictives de la personne, mais également à son degré d'adhésion aux démarches de soins proposées. Il se définit progressivement, au fil des entretiens avec les professionnels spécialisés et représente une prise en charge globale bio-psycho-sociale.

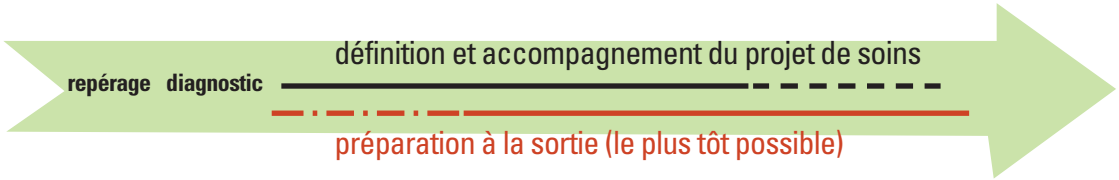
Le projet de soins inclut nécessairement des aspects de prescription médicale (dont les TSO), des interventions de réduction des risques (sur le plan psycho-social, mais aussi sanitaire avec la délivrance de matériel spécifique et adapté) et des actions d'éducation thérapeutique.

Il est entendu qu'un certain nombre de rencontres auprès de l'équipe soignante revêtent un caractère opportuniste et utilitaire (attestations pour les Réductions de Peine Supplémentaire – RPS). Il est de ce fait important de dégager au maximum l'entretien de ses enjeux judiciaires.

Chaque rencontre représente un moyen pour le soignant d'entamer un dialogue avec le patient. Il est également nécessaire de rencontrer les intervenants extérieurs (visiteurs de prison, aumôniers, associations, etc) afin de les informer sur le dispositif d'organisation des soins en détention : présentation des équipes, rôles respectifs, possibilités de les interpeller, etc.

➔ La définition du projet de soins doit être accompagnée d'un bilan social. Celui-ci représente le point de départ de la préparation à la sortie. L'établissement d'un bilan social dès le début de la prise en charge doit permettre de connaître la situation de la personne dès son incarcération et d'anticiper au mieux les difficultés qui se poseront après la détention. Ce bilan social peut être effectué par tout professionnel soignant, par l'intervenant du CSAPA référent ou un Conseiller pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CIP). L'essentiel est de désigner clairement qui en a la charge et de veiller par la suite à la transmission des informations.

ÉTAPES DU PARCOURS DE SOINS D'UNE PERSONNE DÉTENUE



LA RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU CARCÉRAL

On ne saurait mener à bien ce travail sur la continuité des soins en détention sans évoquer la nécessité de mettre en place une véritable politique de réduction des risques en prison. Si ce guide n'a pas pour principal objectif de développer cette thématique, il semble toutefois pertinent de rappeler quelques principes et constats.

Le bilan du dispositif actuel de réduction des risques en prison est plutôt mauvais, comme l'a souligné l'expertise collective de l'INSERM[2] dans un rapport publié en juin 2010[3]. La France est particulièrement en retard en la matière, alors même que la loi de 1994 affirme une équivalence des soins et des mesures de prévention entre milieu libre et prison. Les différentes études réalisées font notamment état de l'insuffisance des outils de réduction des risques disponibles et d'inégalités dans leur accès[4]. Ainsi, d'après l'inventaire PRI2DE, l'accessibilité aux TSO reste très disparate dans la moitié des établissements pénitentiaires : 22% des établissements ne proposent pas d'initiation méthadone, 23% ne donnent pas accès à la buprénorphine et 13% n'initient jamais de TSO.
On relève de plus des inégalités dans l'accès aux préservatifs et au matériel de stérilisation mais aussi plus généralement un manque d'informations sur la réduction des risques (sur le matériel de stérilisation, sur les dépistages disponibles, les prophylaxies post-exposition, etc.).

De ce fait, les pratiques à risques sont chose courante en détention, qu'elles soient directement liées à l'usage de drogues, de médicaments psychotropes, du fait de rapports sexuels non protégés ou de tatouages, piercings et coiffures effectués sans matériel stérile. Ainsi, d'après une étude réalisée au sein de la maison d'arrêt de Bordeaux en 2012, la moitié des détenus qui inhalent déclarent partager leurs pailles et 60% des injecteurs leurs seringues[5]. De ce point de vue, la mise à disposition de matériel de consommation (pailles mais aussi seringues) en détention est une impérative nécessité qu'il nous faut une fois de plus souligner, au regard de la prévalence des maladies infectieuses en prison.

Une véritable politique de réduction des risques doit en effet permettre à ceux qui le souhaitent de bénéficier de matériel stérile comme en milieu libre.

Il est également important de renforcer l'accessibilité et la diversité des outils de réduction des risques cités précédemment (préservatifs, dépistage, TSO, eau de javel…). Ce travail implique au préalable une sensibilisation de tous à l'intérêt et aux modalités de la réduction des risques, professionnels de la justice particulièrement. Il faut ainsi rappeler que les surveillants pénitentiaires doivent jouer un rôle clé dans le repérage des détenus en difficultés et dans la diffusion d'informations.
De plus, et dans une perspective plus globale prenant en compte l'ensemble des conduites addictives, des stratégies de réduction des risques ciblant les substances licites (alcool, tabac, psychotropes) sont indispensables à développer. Le grand nombre de détenus alcoolo-dépendants, mais aussi l'extrême fréquence du tabagisme en détention sont autant d'éléments justifiant cette démarche. La consommation de médicaments psychotropes doit également être prise en compte et accompagnée.

Une mobilisation et une diversification de tous les acteurs intervenant en milieu carcéral sont donc nécessaires afin d'ouvrir le dispositif de réduction des risques en prison. La présence d'intervenants du champ sanitaire et social paraît de plus en plus indispensable afin de favoriser la complémentarité entre professionnels. Comme en milieu libre, c'est la complémentarité et la diversité des mesures proposées qui rendent efficace la politique de réduction des risques.

[2] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
[3] INSERM, *Réduction des risques chez les usagers de drogues. Expertise collective*, Instituts thématiques, 2010.
[4] Étude Coquelicot (Jauffret-Roustide M. et al., 2006), étude PREVACAR (DGS-INVS, 2010) et inventaire PRI2DE (Michel, L., 2011).
[5] Rossard et al, « 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 ; avril-mai-juin 2012.

ALCOOL ET DÉTENTION : COMMENT MIEUX PRÉVENIR LA RECHUTE À LA SORTIE ?

Jean-Michel Delile
Vice-Président de la Fédération Addiction.
Membre de la Commission consultative nationale des stupéfiants et psychotropes, Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM)
Psychiatre, Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue (CEID), Bordeaux

Nul besoin de rappeler l'importance de la prévalence des usages problématiques d'alcool chez les personnes détenues. Cette très forte corrélation est liée à des interactions croisées entre addictions et conduites délinquantes mais aussi à des facteurs causaux communs en amont, notamment psychosociaux (problèmes familiaux et sociaux, difficultés scolaires, faible niveau de formation, faible estime de soi, impulsivité, etc.) À tel point que nombre d'études internationales indiquent que 60 à 80 % des jeunes détenus nécessiteraient une prise en charge addictologique, notamment par rapport à des problèmes d'alcool[6].

Dès 1993, l'OMS préconisait le respect d'un principe d'équivalence pour les mesures de prévention et de soins entre milieu libre et prison, principe adopté en France par la loi de 1994 transférant l'organisation des soins de l'administration pénitentiaire vers le service public hospitalier. Le passage en prison doit donc être une occasion de repérage de ces usages problématiques et de poursuite ou d'instauration d'une prise en charge adaptée.

D'autant que si la prison protège de l'alcool du fait de la faiblesse de l'offre par rapport au milieu ouvert, elle vulnérabilise à l'inverse les détenus à cause de l'expérience traumatique de l'incarcération qui réactive le *craving* et des difficultés de réinsertion à la sortie. Elle est donc, de ce point de vue, un facteur de vulnérabilité supplémentaire qui nécessite une attention particulière lors de la préparation à la sortie où le retour à la liberté, contexte à la fois heureux et anxiogène, est particulièrement propice à la reprise de consommations de nouveau à portée.

Au plan pratique, une fois le repérage fait, des interventions psychologiques spécifiques peuvent être proposées afin d'aider par exemple le détenu à mieux identifier les signaux actuels ou passés qui vont réveiller le *craving* et favoriser la rechute (boissons, lieux et situations de consommation, situations de violence, d'humiliation, de stress, etc.). Ces approches permettent dans le même temps de l'aider à y faire face et de lui enseigner des stratégies de prévention de la rechute. Elles peuvent aussi être mises en œuvre sur un plan collectif.

Par ailleurs, il importe d'informer les patients de l'existence de molécules actives dans les problèmes d'alcool et de la possibilité d'initier un traitement en détention. Comme toujours en addictologie, mais c'est encore plus vrai en détention, l'initiation d'un tel traitement n'a de sens que si elle s'inscrit dans une perspective de soins durables et donc, tout particulièrement, de continuité des soins à l'issue de la détention, au moment où les risques de rechute sont majeurs. De ce point de vue, l'apport considérable des traitements de substitution aux opiacés doit être une source d'inspiration. En effet, ces traitements, outre leur effet bénéfique direct, ont aussi permis d'améliorer considérablement la continuité des soins à la sortie, ce qui est une condition essentielle d'efficacité en addictologie.

Or, dans le domaine de l'alcool, les médicaments jusqu'alors disponibles – disulfirame, acamprosate et naltrexone – ne bénéficiaient pas d'une grande adhésion des patients, à la différence des TSO, et leur mauvaise compliance n'assurait pas de meilleures chances de relais à la sortie quand ces traitements étaient mis en œuvre en détention. Pour tenter de pallier cette difficulté, diverses équipes ont essayé d'élaborer des initiatives, notamment aux États-Unis. Les travaux de Cornish par exemple, dans un essai contrôlé randomisé, ont montré que le traitement par naltrexone (avec l'accompagnement psychosocial habituel) divisait par deux le risque de rechute par rapport au groupe contrôle (traitement psychosocial habituel sans naltrexone) quand il était prescrit dans un cadre contraint (la personne risque d'être réincarcérée en cas de récidive/rechute).
L'équipe de O'Brien à Philadelphie a obtenu des résultats similaires avec des implants de naltrexone à libération prolongée (galénique non disponible en France). Cette forme améliore nettement la compliance, ce qui est le problème majeur avec la naltrexone orale. On verra ce qu'il en sera avec le nalméfène, un autre antagoniste opioïde qui vient d'être autorisé en France avec, comme indication, la réduction de la consommation d'alcool chez les patients ayant une dépendance à l'alcool ou avec une consommation d'alcool à risque élevé. Ces objectifs d'aide à la diminution du niveau de consommation, par réduction du *craving* sans exigence d'abstinence préalable, peuvent être adaptés aux attentes de certains patients et en faciliter l'acceptabilité.

Dans cette idée de proposer un traitement qui non seulement fournirait une aide directe dans la prévention de la rechute mais faciliterait les relais de ville, certains prescripteurs se sont récemment intéressés au baclofène qui fait souvent l'objet d'une forte demande des patients, à la différence des autres molécules. Il serait donc mieux à même de faciliter ces relais *extra muros*, sur la base d'une meilleure alliance thérapeutique. C'est une perspective intéressante, non encore évaluée : les travaux encourageants supervisés par Olivier Ameisen auprès de détenus dans des prisons de l'Ohio portaient sur des prescriptions de baclofène à leur sortie et non dès la détention.

Les quelques initiatives éparses de prescription de baclofène en détention gagneraient donc à être collectées pour mieux identifier les éventuels bénéfices (efficacité addictologique et anxiolytique, compliance…) et inconvénients (effets indésirables, risques de syndrome de sevrage à la sortie…) et proposer un réel travail d'évaluation tels que ceux que nous avons mentionnés avec la naltrexone.

Le principe d'équivalence doit en effet nous conduire à faire bénéficier tous les patients des mêmes approches innovantes et des mêmes exigences d'évaluation, en prison comme en milieu libre. Cette diversification de l'offre thérapeutique en détention doit permettre de mieux traiter ces patients pendant leur passage en prison mais aussi en relai à la sortie. La prévention de la rechute dans des usages problématiques est en effet un objectif cardinal en addictologie qui, par effet secondaire, peut rejoindre, en l'espèce, les objectifs de prévention de la récidive fondamentaux pour nos partenaires de la Justice.

---

[6] Delile Jean-Michel, « Addictions, délinquance et violence », Colloque Santé/Justice, 2èmes Journées Internationales de la recherche en milieu pénitentiaire, ENAP-EHESP, Agen, 2012.

pour illustrer

L'inscription dans un parcours de soins : comment prioriser et articuler les différents axes de l'accompagnement ?

M. X. a 41 ans, il est condamné à 36 mois de prison et sort dans 12 mois, sans RPS. Il est incarcéré dans la section centre de détention d'un centre pénitentiaire de métropole. Il reçoit depuis son arrivée un traitement de buprénorphine à 8 mg déjà en cours précédemment et un léger traitement psychotrope délivré par le psychiatre du DSP. Il demande à être reçu par le SPIP pour préparer sa sortie, mais n'émet aucune hypothèse particulière si ce n'est qu'il veut « arrêter tout ça » et ne pas retourner chez lui de peur d'une rechute. Il semble réellement intéressé et sincère pour entamer une démarche, mais ne sait pas comment et avec qui la commencer. C'est sa 4e incarcération mais c'est la première fois qu'il s'adresse à des professionnels dans la prison.

Remarques préalables :

➔ Le temps carcéral est régi par les règles de la durée de la détention, mais peut être réduit par les remises de peine, souvent connues tardivement. Ce temps peut être également réduit par un aménagement de peine (avec levée ou maintien de l'écrou). Il est donc indispensable de connaître autant que possible les éléments du dossier pénal afin d'anticiper une éventuelle sortie ou de programmer un suivi sur le long terme.

➔ L'engagement dans un projet dans la durée est complexe à maintenir lorsqu'il reste de nombreux mois de détention. Il est assez courant de voir se construire plusieurs projets parallèles, alternatifs, à l'initiative du détenu ou des intervenants.
La coordination entre les partenaires impliqués est donc une fois de plus primordiale, afin de mettre en place le projet de soins le plus cohérent possible.
Il faudra donc désigner le professionnel chargé de piloter le projet de soins et de le présenter aux autres partenaires.

➔ Dans le cas de M. X., les intervenants disposent d'une marge de temps confortable (12 mois). Néanmoins, pour les raisons évoquées ci-dessus, il est indispensable d'anticiper autant que possible la recherche d'hébergement et l'ouverture des droits sociaux. Des permissions de sortir pourront être organisées afin de rencontrer les dispositifs extérieurs et de réaliser des entretiens de pré-admission. Dans le cas où ces permissions ne seraient pas possibles, des moyens alternatifs de rencontre pourraient être mis en place (visioconférence par exemple).

Par la suite, 3 axes semblent à privilégier, sans chronologie particulière :

1. Apporter une aide, un soutien sur le plan psychologique afin de travailler les questions portant sur l'incertitude, l'indécision, le changement. Il faudra donc envisager des rencontres régulières avec le professionnel concerné.

2. Accompagner la personne sur le plan médico-psycho-socio-éducatif afin d'assurer le soutien et la réflexion sur son projet individuel. L'intervenant du CSAPA référent en milieu pénitentiaire pourra effectuer ce travail : évaluation des ambitions et craintes, réflexion sur les modalités de la prise en charge médicale post détention (séjour en dispositif externe ou prise en charge en ambulatoire ?), présentation des dispositifs externes de soins, d'hébergement, bilan addictologique *via* le médecin addictologue, etc. Des rencontres ponctuelles sont à prévoir, afin de pouvoir s'adapter aux aspects qui évoluent, s'infirment ou se consolident. Il faudra également en référer régulièrement au CIP.

3. Coordonner l'action avec l'évolution probable de la demande de la personne. Il faudra donc veiller à ponctuer l'accompagnement de rencontres formelles (synthèses) en présence de tous les intervenants concernés par son projet de soins.

➔ En cas de projet d'aménagement de peine, et afin de respecter le secret professionnel, des certificats médicaux pourront être remis au patient, à sa demande, qui pourra les transmettre au CIP. On veillera à impliquer rapidement le magistrat concerné. Il faudra également anticiper les risques de rejet des demandes effectuées.

➔ Dans le cas de M. X., une Communauté thérapeutique ou un Centre thérapeutique résidentiel peuvent être envisagés.
Il faut cependant tenir compte du délai d'accès à ces structures de soin résidentiel et du temps d'instruction du dossier de demande d'hébergement.

➔ Se pose également la question du lieu d'hébergement et de la prévention de la récidive : faut-il garder le patient sur le territoire ou l'aider à retourner dans sa région ?

➔ La mise en œuvre du projet de soins est indissociable de la préparation à la sortie.
Il s'agit d'anticiper le plus possible les modalités qui permettront par la suite une continuité des soins et un suivi à l'extérieur.

Éviter les ruptures dans le projet de soins en cas de transfert d'établissement

Condamné à 3 ans (30 mois avec les RPS), M. Z. est détenu depuis 18 mois dans une maison d'arrêt.
Il peut bénéficier d'un aménagement de peine et passe en Commission d'Application des Peines pour des RPS supplémentaires (délivrées par période d'un an, permettant de bénéficier de deux mois de remise supplémentaires).
Le projet de sortie, voire d'aménagement de peine, n'étant pas encore élaboré et connu des CIP, M. Z. est transféré dans un établissement pour peine, du jour au lendemain, pour y finir sa détention.

Pour l'établissement de départ :

L'intervenant du CSAPA qui le suit découvre cette réalité du transfert lorsqu'à la visite suivante, on l'informe du départ de M. Z.
Il est fort probable que la continuité des traitements et soins ait été assurée par les équipes du DSS.
Pour éviter que tout le travail de préparation à la sortie, de réflexion sur le processus de changement, d'objectif de la démarche de soins ne soit perdu, il est nécessaire de contacter au plus vite les soignants des partenaires internes (DSP, DSS) mais aussi plus probablement l'intervenant du CSAPA référent pour :

➔ Informer qu'il y avait un suivi en cours et demander qu'il soit poursuivi,
➔ Envoyer un rapport écrit sur l'état du suivi et les perspectives en cours,
➔ Transmettre les contacts déjà pris (les dispositifs externes proches de la maison d'arrêt d'origine ne sont peut-être pas connus des intervenants de l'établissement d'arrivée).

Lorsque l'établissement est en « surpopulation », il y a souvent des transferts. Il est donc important que les projets en cours d'élaboration puissent être connus (au moins dans leur existence) par le CIP qui suit le détenu, pour pallier tout risque de transfert.

Peut-on bloquer un transfert pour désencombrement ?

Dans la pratique, la liste des personnes susceptibles d'être transférées est proposée par l'établissement à la Direction interrégionale des services pénitentiaires qui décide du transfert.
Cette liste est communiquée au SPIP pour information et avis, qui formulera des réserves si un projet connu est en cours d'élaboration. Idem avec le DSS mais pour des raisons médicales. Le cas échéant, la personne est retirée de la liste des transferts.

Pour l'établissement d'arrivée :

Tout arrivant en centre de détention, qui de façon générale provient d'un autre établissement, rencontre le DSS lors de la visite médicale.
Il n'y a pas la même urgence qu'en maison d'arrêt à établir le lien avec les intervenants de l'addictologie : le repérage et l'orientation sont donc parfois plus étalés dans le temps.
Il y a un intérêt majeur pour les intervenants addictologues à rencontrer chaque nouvel arrivant (le rythme des entrants est moindre qu'en maison d'arrêt), ne serait-ce que pour savoir s'il y avait un suivi préalable, un projet en cours, et pouvoir contacter l'équipe de l'amont, pour établir rapidement un relai.

outils

1. Exemple de protocole pour effectuer un diagnostic addictologique de 1er niveau

Le diagnostic : usage simple ou addiction ?

1ère étape – Repérer les symptômes de sevrage, (grille de Cushman) après recherche rapide des différentes substances consommées, de leur fréquence et intensité récentes :

➔ ALCOOL

Le sevrage survient entre 6h et 12h après arrêt OH, max entre 48h et 72h, cela peut durer 7 jours.

- Évaluer la consommation récente en quantité et qualité et la convertir en unités standard d'alcool / jour, en gardant à l'esprit que pour certains, le vin et/ou la bière ne sont pas des alcools : un syndrome de sevrage nécessitant un traitement est rare si consommation < à 6 verres / jour
- Quels antécédents de complications / sevrage ?
- Les symptômes précurseurs sont : tremblements posturaux ou d'intention, tachycardie, HTA, sueurs, angoisses.
- Les complications graves sont : convulsions (non focales), DT (DTS, hallucinations visuelles, arythmie suite à hypoK et lib catécholamines), hallucinations sans délire.

CAT :

- Réévaluer le lendemain
- En cas de *délirium tremens*, voire de pré-DT, un transfert en milieu hospitalier est indispensable

➔ OPIACÉS

- Syndrome de sevrage qui se manifeste par : agitation, lombalgies, hyperalgésie, larmoiement, rhinorrhée, augmentation de la transpiration, accélération du transit intestinal, avec diarrhée et parfois vomissements, éventuellement: tachycardie, hypotension, mydriase bilatérale de valeur sémiologique importante.
- Les symptômes psychiques sont : anxiété, irritabilité, recherche compulsive de produits, troubles du sommeil, symptômes dépressifs.
- Le délai d'apparition est variable et fonction de la demi-vie d'élimination de la substance consommée :

héroïne : après 6 à 12 heures, les symptômes s'accentuent progressivement jusqu'au troisième jour, et régressent habituellement en moins de 8 jours.

TSO : méthadone ou buprénorphine, les symptômes sont décalés dans le temps et persistent de manière plus prolongée.

CAT – dépend bien entendu de ce que souhaite le patient pour son projet de soins et de l'évaluation clinique :

- TSO si prescrit antérieurement, si addiction aux opiacés.
- Sinon: traitements symptomatiques : anti diarrhéiques, antalgiques, myorelaxants (bzd), sauf si le patient souhaite débuter un TSO.
- Antagonistes opiacés ? Pas d'efficacité démontrée pour réduire la durée du syndrome de sevrage.

➔ STIMULANTS (COCAÏNE, AMPHETAMINES) :

Syndrome de sevrage qui se manifeste par : dysphorie, asthénie, anhédonie, dysomnie, parfois syndrome dépressif. Les symptômes apparaissent quelques jours après l'arrêt des stimulants et peuvent durer une à 10 semaines.

CAT : Atarax (100 mg à 300 mg/j) ; Tercian (50 à 300 mg/j, voire davantage)

➔ BENZODIAZEPINES :

Syndrome de sevrage qui se manifeste par : anxiété, irritabilité, troubles du sommeil, douleurs diffuses, troubles sensoriels, troubles digestifs, hypotension orthostatique, et, dans les formes les plus graves, délire psychotique, hallucinations et crises comitiales.

CAT : monothérapie. Benzodiazépine à demi-vie longue, diazépam ?

2e étape – Évaluation du mode de consommation, de la nécessité d'une prise en charge (PEC) :

1. 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 (cf tableau ci-contre).
- Noter les coordonnées téléphoniques et adresses mail des intervenants, pour pouvoir échanger et/ou demander conseil dans certaines situations.
- Définir les modalités de rencontre avec la personne détenue. Systématique ?

Si signalement, qui signale ? Sur quels critères ?

Entretien initial : infirmier ? médical ?

2. transmission d'informations de réduction des risques :

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

Quelle(s) PEC addictologique(s) antérieure(s) ?

3. Quels liens entre les substances (effet de « vase communicants » – compensation) ?

Exemple fréquent : arrêt opiacés compensé par OH

4. Antécédents et symptômes psychiatriques ?

- Essayer de définir si le patient présente des troubles psychiatriques à part entière ou s'ils sont la conséquence de sa consommation. S'aider de l'évolution des symptômes en période d'abstinence (à distance, au cours d'une hospitalisation, incarcération) pour établir un diagnostic.
- Autres possibilités : évaluation des facteurs de vulnérabilité : fonction du produit, du mode de consommation, de l'âge de début, de la personnalité, de l'environnement, évaluation de la motivation au changement (balance décisionnelle).

2. pendant la détention: le

	Date 1ère consommation et contexte	Période de consommation non problématique	Date d'apparition de dommages (lister)	Date de début de consommation problématique	Évolution de la consommation*
Substance 1					
Substance 2					
Substance 3					
Substance 4					
Substance 5					

* *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.

2. Exemple de protocole pour établir un bilan social en milieu carcéral

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 de la préparation à la sortie, du projet à construire avec le patient, il permet d'analyser les points forts et les difficultés à lever avant « le grand jour ».

➔ Il est complémentaire du bilan addictologique.

Lors des premiers entretiens destinés à appréhender un « parcours de vie », la place du soin dans ce parcours, il apparait aussi 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 soins et de les accompagner sur le plan socio-éducatif afin de la rendre plus efficiente.**

Il est essentiel d'établir un lien avec les CIP 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.).

3. L'existence d'un suivi socio-éducatif avant l'incarcération (du côté du soin ou non), contact à prendre avec l'accord du patient pour connaître les éventuelles démarches déjà engagées à l'extérieur.

4. La couverture sociale : le coût du traitement ne doit pas être un frein à la poursuite des soins (couverture complémentaire à travailler ; accès, restauration, renouvellement, en grande majorité CMU-C justifiée par le bas niveau de ressources).

5. Les ressources financières : en détention et à la sortie (informer 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 : identifier d'éventuelles ressources familiales -ou amicales- (pour, en cours de détention, transmettre les pièces justificatives de certains dossiers, ou à la sortie solutionner une absence de logement, accompagner dans les démarches administratives etc.)

7. Le logement : identifier les possibilités de logement/hébergement, 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.

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 de partenaires.

3

la préparation à la sortie

Ce que prévoient les textes 32
Problématique 32
Principes d'intervention 33
Les CSAPA référents en milieu pénitentiaire 33
La réouverture des droits sociaux 34
La recherche d'hébergement 36
Dispositifs de soins résidentiels pouvant accueillir des sortants de prison (en collectif, en individuel) 36
La prise en charge des publics présentant des troubles psychiatriques / comorbidités psychiatriques 37
La prise en charge du public féminin 38
Les mineurs 39

Pour illustrer 40
- Un projet de soins commencé à l'extérieur est interrompu au moment de l'incarcération
- L'articulation avec les services extérieurs (comorbidités psychiatriques, hépatites)
- La recherche d'hébergement
- L'articulation avec le CSAPA référent

Outils 43
- Protocole de préparation à la sortie
- Fiche réflexe de préparation à la sortie
- Récapitulatif des différentes procédures d'ouverture des droits sociaux
- Règles et législation pour le relai à la sortie de prison pour les patients sous TSO

ce que prévoient les textes

Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (extraits)

➔ Les personnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation sont chargés de préparer et d'exécuter les décisions de l'autorité judiciaire relatives à l'insertion et à la probation des personnes placées sous main de justice, prévenues ou condamnées. À cette fin, ils mettent en œuvre les politiques d'insertion et de prévention de la récidive, assurent le suivi ou le contrôle des personnes placées sous main de justice et préparent la sortie des personnes détenues.

Instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention/ Guide relatif a la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, 2012 (extraits)

➔ Il s'agit d'accompagner la personne dans un parcours intégrant le suivi antérieur si celui-ci existe et permettant de rassembler les conditions pour mettre en œuvre l'accès, le maintien et la continuité des soins en incluant la protection sociale.

➔ La préparation à la sortie s'entend lors de la levée d'écrou, de placement à l'extérieur, mais également lors de transfert d'un établissement pénitentiaire à un autre.

➔ Le professionnel 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 sa libération.

➔ Les contacts doivent être les plus précoces possibles et se concevoir en tant que de besoin en articulation avec les conseillers du SPIP et, lorsqu'il s'agit de mineurs, avec les professionnels de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

➔ Parmi d'autres modalités de contact, la permission de sortie et l'appel téléphonique doivent être privilégiés.

➔ Pour les personnes condamnées, il est vérifié lors de la visite médicale effectuée dans le mois précédant la sortie (article 53 de la loi du 25 novembre 2009) que les contacts sont établis.

➔ La qualité de la prise en charge implique que la coordination de l'ensemble des intervenants soit organisée et lisible. La fonction de pilotage qui associe différents types de professionnels doit être assurée par un acteur identifié au sein de l'établissement pénitentiaire.

Mesure 12.1 du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice / Instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention / Circulaire du 28 avril 2011 relative à la campagne budgétaire pour 2011 / Circulaire du 26 septembre 2011 relative à la campagne budgétaire pour 2011 / Circulaire interministérielle du 7 juin 2012 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2012

➔ Les textes prévoient la création d'un poste d'intervenant pour chaque CSAPA qui, se trouvant à proximité d'un établissement pénitentiaire, sera identifié comme intervenant privilégié de l'établissement. Ce CSAPA référent en milieu pénitentiaire doit améliorer la continuité des soins entre la prison et les dispositifs extérieurs.

➔ Le CSAPA sera doté d'un demi-ETP d'éducateur spécialisé dont le but est d'organiser en priorité la préparation à la sortie. L'intervenant se veut un « acteur de terrain en matière de prise en charge à l'intérieur et hors la prison ».

problématique

➔ Le retour à la liberté est une étape difficile qui doit être préparée le plus tôt possible. Les enjeux de la sortie d'incarcération sont capitaux et les conditions de celle-ci impactent de manière manifeste le risque de récidive ou de rechute. La préparation à la sortie conditionne donc l'inscription du projet de soins de la personne dans la continuité. Outre les aspects réglementaires et logistiques, il s'agit de prolonger la relation de confiance établie et de préserver l'alliance thérapeutique.

➔ Les situations sont très différentes d'un établissement pénitentiaire à l'autre et dans de nombreux cas, un défaut d'organisation et de coordination des intervenants potentiels est manifeste. Ce temps de préparation, notamment pour les prévenus ou lors de transferts qui ne peuvent être anticipés, ne peut pas toujours être maîtrisé et se limite alors à de la simple transmission d'informations.

➔ Les éléments pouvant faire défaut portent notamment sur l'ouverture et la poursuite des droits sociaux ou encore sur le manque de structures d'accueil spécialisées pouvant recevoir les personnes sortant de détention aux profils hétérogènes. En effet, au moment de la libération, les conditions matérielles précaires, la diminution de l'employabilité, l'absence de garantie d'hébergement mais aussi la méconnaissance, par les détenus, de leurs droits, sont autant de facteurs récurrents et aggravants pour les personnes sortant de prison. S'y ajoutent plusieurs paramètres qui déterminent l'accompagnement à la sortie : les conditions carcérales, la date de sortie souvent aléatoire, la situation pénale, les modalités de permissions de sortie, les caractéristiques du lieu de sortie (urbain /rural), les capacités de suivi à l'extérieur, etc.

principes d'intervention

➔ La préparation à la sortie fait partie intégrante du soin et doit donc se travailler dès l'entrée et tout au long de la détention. Projet thérapeutique et projet de réinsertion sociale sont ainsi intimement liés.

➔ Dès le début de la prise en charge, il est essentiel de considérer les personnes détenues comme susceptibles de sortir inopinément. De ce fait, si les relais avec les structures extérieures n'existent pas déjà, ils doivent être envisagés en accord avec le patient, dans le respect du secret professionnel. La personne détenue doit être impliquée dans son projet de sortie : accord préalable au projet élaboré, accord pour l'échange d'informations entre les différents partenaires impliqués, participation à certaines synthèses, etc.

➔ Il est indispensable de formaliser une coopération entre professionnels soignants et conseillers du SPIP. Ce lien est essentiel tout au long de la prise en charge de la personne pour la connaissance de la situation pénale, la vie en détention, l'accompagnement d'un projet d'aménagement de peine, etc.

➔ Pour les personnes prévenues, la transmission des coordonnées des structures extérieures lors du premier rendez-vous médical permettra d'assurer la continuité du traitement en cas de sortie imprévue.

➔ Avant la sortie, il est préconisé d'organiser des rencontres entre la personne détenue et les acteurs qui assureront le relai de la prise en charge à l'extérieur afin d'en optimiser la réalisation. La possibilité, pour la personne détenue, d'identifier ses futurs interlocuteurs permet d'atténuer d'éventuelles appréhensions au moment de la sortie.

➔ Ces rencontres peuvent être réalisées en détention et lors de permissions.
L'accompagnement jusqu'aux futures structures relais est également un moyen de dédramatiser la démarche lors de la levée d'écrou.

➔ Il est indispensable que tous les actes de liaison aient été réalisés avant la sortie : ordonnances, courriers, traitement pour quelques jours.

➔ Afin d'éviter le retour à des circuits d'approvisionnement parallèles, il est essentiel de s'assurer de l'ouverture des droits sociaux : sécurité sociale et CMU-C (l'obtention de la CMU-C pouvant prendre plusieurs semaines). Il est donc nécessaire de formaliser autant que possible les procédures entre les différents acteurs concernés par l'ouverture des droits sociaux (CPAM, CAF, Pôle emploi, SPIP, PJJ, CSAPA…).

➔ La question de l'hébergement doit faire l'objet d'une attention toute particulière, la domiciliation de l'ancien détenu déterminant bien souvent le choix des structures vers lesquelles il sera orienté.

➔ Pour les personnes dont la sortie n'aurait pu être anticipée, un support d'information sur les dispositifs sanitaires et sociaux extérieurs doit être prévu et remis au moment de la levée d'écrou.

LES CSAPA RÉFÉRENTS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Au regard de la grande diversité des établissements pénitentiaires, il semble difficile de préconiser une intervention de l'éducateur du CSAPA référent qui soit partout la même. En effet, le type d'établissement, sa taille mais aussi son implantation sont autant de facteurs qui influent sur le cœur de mission de l'intervenant, sa temporalité d'action, la nature du projet de sortie mis en place.
Il faut donc, autant que possible, concevoir l'intervention de l'éducateur du CSAPA référent en tenant compte de ces éléments. Les propositions formulées ci-dessous visent à donner des orientations mais ne sauraient rendre compte de l'exhaustivité des situations.

Dans les établissements pénitentiaires de type maison d'arrêt, la rotation des effectifs est rapide, les sorties inopinées très fréquentes. Il est donc impératif que l'éducateur intervienne dès le début de la détention afin d'anticiper au maximum la sortie/ les transferts. Son rôle ne se limiterait cependant pas exclusivement à cette tâche : il pourrait par exemple participer au repérage des conduites addictives si l'établissement ne dispose pas d'intervenant spécialisé en addictologie.
Dans les établissements pour peine, le nombre de détenus est *a priori* plus important qu'en maison d'arrêt, les intervenants sont multiples et spécialisés, la rotation des effectifs est moindre. L'intervention de l'éducateur référent pourrait se recentrer sur le milieu de détention afin de préparer le projet de sortie et d'anticiper autant que possible les transferts d'établissements. Dans les établissements pénitentiaires de type maison centrale, l'éducateur interviendrait davantage dans la préparation des aménagements de peine. Les temps de préparation sont plus stables car il y a en principe peu de surprise quant à la date de sortie.

… / …

La taille de l'établissement pénitentiaire est un facteur à prendre en compte car influant notamment sur le nombre d'intervenants (équipes soignantes, SPIP, structures de l'extérieur) et sur les modalités de coopération qui peuvent être mises en place. On suppose ainsi que dans les petits établissements, la coopération sera facilitée par le nombre restreint d'intervenants. Il est toutefois indispensable de formaliser une coordination de proximité fonctionnelle entre professionnels de santé et de l'administration pénitentiaire, quels que soient la taille et le type d'établissement. Cette coordination peut éventuellement se mettre en place au sein de la Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) mais peut aussi se concevoir de manière plus informelle (temps d'échange, lieux communs de travail…).

TEMPORALITÉ DE L'ACTION DE L'ÉDUCATEUR DU CSAPA RÉFÉRENT EN FONCTION DU TYPE D'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

Maison d'arrêt

- Nombreux transferts d'établissement
- Sorties inopinées très fréquentes
- Rotation rapide des effectifs

➔ Intervention dès le début de la détention pour anticiper au maximum les sorties / transferts
➔ Possible participation au repérage des conduites addictives s'il n'y a pas d'intervenant spécialisé en addictologie

Établissement pour peine

- Durée de peine plus longue
- Rotation des effectifs moindre
- Transferts d'établissement
- Sorties inopinées moins fréquentes
- Intervenants spécialisés en addictologie

➔ Intervention en milieu de détention centrée exclusivement sur le projet de sortie
➔ Plus de temps pour anticiper les procédures

LA RÉOUVERTURE DES DROITS SOCIAUX

La problématique de la réouverture des droits sociaux (Sécurité sociale, CMU-C, RSA, AME, etc) interrompus pendant l'incarcération est majeure. Les sorties inopinées, les délais d'instruction des dossiers par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les Caisses d'allocations familiales (CAF) , des procédures complexes sont autant de difficultés qui se posent pour les sortants de prison. Bien souvent, l'absence de documents d'identité est un obstacle qui s'ajoute et freine toute démarche administrative. Les situations sont variables et dépendent des accords passés entre les établissements pénitentiaires et les structures chargées de l'instruction des dossiers (CPAM, CAF, Pôle Emploi…).

Il s'agit dès lors d'anticiper autant que possible ces procédures en interrogeant dès l'entrée en détention la situation sociale et administrative de la personne. Des permissions de sortir peuvent être envisagées afin de mettre à jour les documents nécessaires à l'ouverture de droits sociaux. Un document de rappel peut être élaboré afin d'accompagner et d'expliquer les démarches à mettre en œuvre dès la sortie (en précisant l'ordre dans lequel elles doivent être faites).

À cette nécessité d'anticiper les procédures s'ajoute un réel besoin de coordination avec les dispositifs locaux[1]. Des difficultés dans la transmission des informations entre structures et établissements pénitentiaires sont relevées. Un problème de sectorisation peut également se poser puisque les détenus sont immatriculés à la CPAM dont dépend l'établissement pénitentiaire. Des délais s'ajoutent donc lorsqu'il s'agit de transférer le dossier d'une CPAM à une autre. De ce fait se pose le problème, pour le sortant de prison, de pouvoir prouver qu'il dispose d'une couverture sociale effective afin d'éviter d'avancer les frais médicaux et pharmaceutiques.

[1] Cette coopération peut être formalisée par une convention passée entre l'établissement pénitentiaire, la CPAM et l'établissement de santé rattaché à l'établissement pénitentiaire. Voir à ce sujet le « modèle de convention relative à la protection sociale » proposé dans le Guide relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice p239.

Certaines expériences menées dans des établissements pénitentiaires sont intéressantes :

• Au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, une réelle collaboration s'est établie avec la CPAM. Une boite mail sécurisée a été mise en place entre l'établissement et la CPAM afin de transmettre les attestations de sécurité sociale. Des réunions sont de plus organisées entre CPAM, DSP, DSS et SPIP. Il est désormais possible d'obtenir une CMU-C en une semaine.

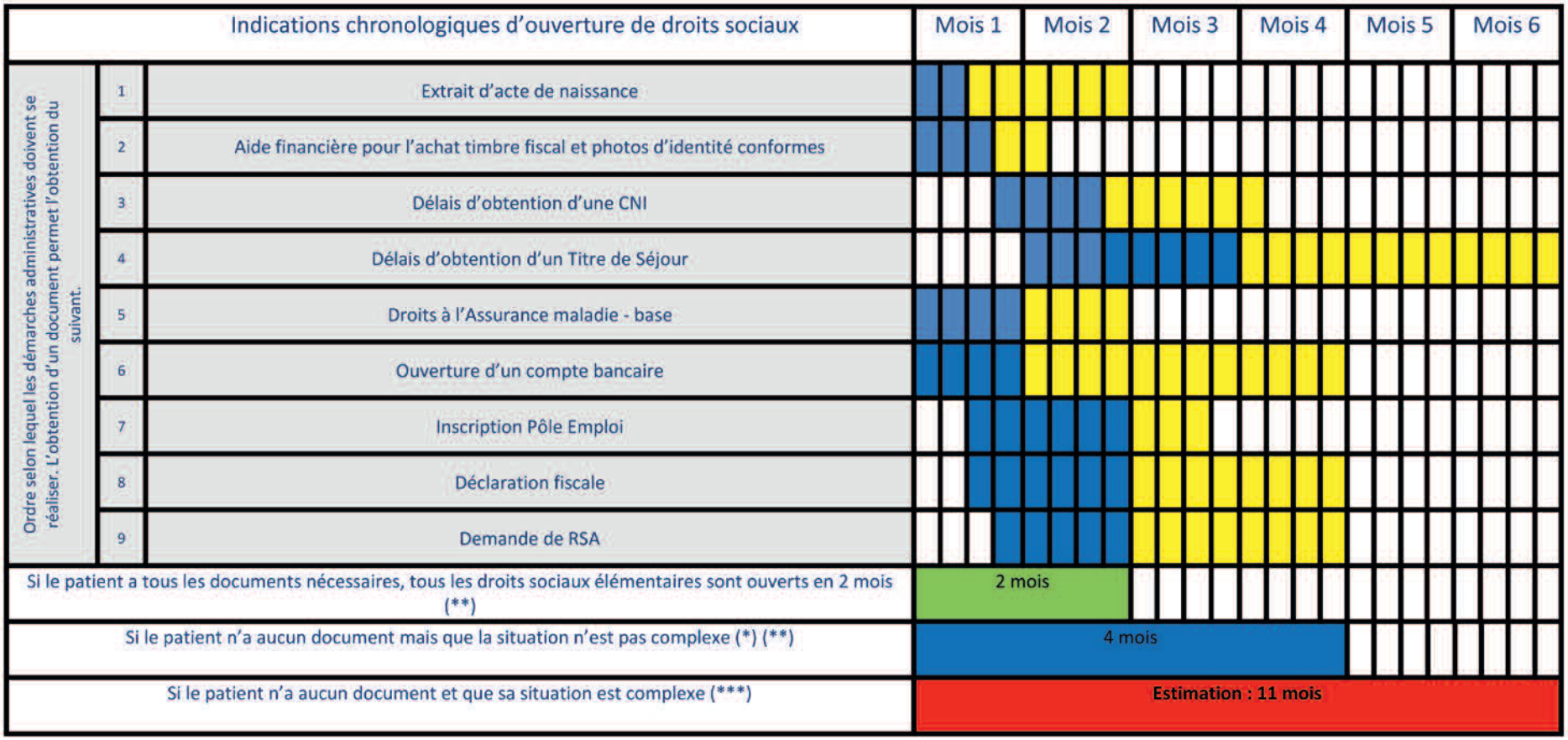
• Au centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan, un référent de la CPAM intervient en détention, ce qui permet de réduire considérablement les délais d'instruction des dossiers.

• Le CSAPA du Griffon de l'association ARIA (Lyon) a développé un dispositif permettant d'instruire le dossier RSA en détention et d'obtenir le premier versement du RSA dès la sortie (dans les établissements de Lyon-Corbas, Villefranche-sur-Saône, Saint-Quentin Fallavier).

● Quand tout est à faire, mais que la situation n'est pas compliquée
● Quand la situation est complexe (*)
● Quand toutes les conditions sont réunies
● Quand la situation est très complexe (***)

(*) Complexe : se référer aux explications faisant le détail de chaque procédure, en annexe.
(**) Hors solution d'hébergement ou de logement.
(***) Très complexe: patient cumulant les difficultés, c'est-à-dire, n'ayant aucun document administratif, sans hébergement, né hors du territoire national (de nationalité française ou non), dépendant d'autres départements ou régions (Assurance Maladie, CAF, Pôle Emploi), fiché à la Banque.

Indications chronologiques d'ouverture des droits sociaux[2]



[2] Visuel réalisé par Mme VIE, assistante de service social, CSAPA AMT Arc en Ciel (Montpellier), colloque « Le soin des addictions en milieu carcéral : du dedans au dehors », Fédération Addiction, octobre 2012.

LA RECHERCHE D'HÉBERGEMENT

L'absence de solutions d'hébergement pour les personnes sortant de prison constitue une difficulté majeure lors de la sortie de détention et un facteur courant de rupture de soins. Les sortants de prison sont en effet une population hautement vulnérabilisée, autant du fait de facteurs psychopathologiques, directement ou indirectement impliqués dans les infractions, que du fait d'une précarité socio-économique courante, généralement aggravée par la détention[3].
Les dispositifs d'accueil et d'hébergement classiques s'avèrent ainsi bien souvent saturés ou inadaptés à ces publics et les structures relais trop peu nombreuses. S'ajoute fréquemment la réticence de certaines structures à accueillir ces personnes cumulant généralement les problématiques (addictives, psychiatriques, somatiques…). Ces difficultés se combinent également avec d'autres obstacles : la sectorisation des partenaires associatifs et institutionnels qui freinent toute mobilité (dans les demandes de logement, dans les transferts d'hôpitaux), certains critères d'accueil trop élevés (âge maximum, nécessité d'être stabilisé, etc.), les délais d'attente qui peuvent parfois prendre plusieurs mois. Ainsi, certains anciens détenus peuvent attendre dans la même région jusqu'à huit mois pour pouvoir disposer d'un hébergement.
Tous ces éléments sont donc autant de facteurs favorisant l'exclusion des personnes sortant de prison, le risque de récidive, les ruptures dans leur prise en charge thérapeutique.

Quelques initiatives sont intéressantes :

- Au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, un travail s'est instauré avec les structures qui étaient à l'origine réticentes à prendre en charge des sortants de prison. Les professionnels du DSP accompagnent les détenus visiter les structures d'accueil, les centres de soins. Ces relais sont faits dans le cadre de permissions de sortir ou à la fin de la peine. Lorsque l'accompagnement physique n'est pas possible, les détenus peuvent s'entretenir avec les partenaires extérieurs grâce à un système de visioconférence.
- Dans la région de Nantes, l'association Trait d'Union propose un accompagnement des sortants de prison et des sans-abris dans une maison de retraite pour une durée de trois mois. Ce protocole d'entraide a été financé par la CPAM et s'avère tout à fait positif.
- En 2010, sept programmes destinés aux sortants de prison ont été financés par la MILDECA et la DGS dans le cadre d'un appel à projets national : quatre projets d'unité d'accueil court et d'accès rapide et trois projets de consultations avancées de CSAPA en CHRS. Ces programmes ont fait l'objet d'une évaluation, publiée par l'OFDT en avril 2014[4].

DISPOSITIFS DE SOINS RÉSIDENTIELS POUVANT ACCUEILLIR DES SORTANTS DE PRISON

Les dispositifs présentés ci-dessous peuvent accueillir des sortant(e)s de prison engagé(e)s dans un projet de soins. La postcure, rappelons-le, ne peut être pensée comme un projet d'aménagement de peine ni comme une alternative à l'hébergement. Notons que les Centres de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie ainsi que les hôpitaux de jour en addictologie sont une alternative aux dispositifs de soins résidentiels.

→ Dispositifs de soins résidentiels collectifs :

- Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition (CAUT) :
ces centres accueillent des publics pour un séjour de transition d'une courte durée (de quelques semaines à trois mois), le temps de consolider ou de mettre en place un projet de soins ou d'insertion en lien avec les partenaires qui les accueilleront par la suite pour un séjour de moyenne ou longue durée. Ce sont des réponses « tremplins » avant l'intégration d'un Centre thérapeutique résidentiel, d'un appartement thérapeutique, d'un dispositif sanitaire ou social. On dénombre en France métropolitaine 5 centres de ce type, dont 4 sont dédiés aux personnes sortant de prison[5] (certains sont des Centres Thérapeutiques Résidentiels qui ont adapté leurs structures suite à l'appel à projets de la MILDECA et de la DGS).

- Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR) :
ces centres proposent une prise en charge globale, individualisée, dans une dynamique collective, au sein d'une petite unité contenante et sécurisante. Les personnes accueillies sont principalement en situation de vulnérabilité sociale et psychique et présentent parfois des comorbidités psychiatriques. Dans un même lieu, elles peuvent ainsi bénéficier d'un accompagnement multidimensionnel de leur problématique d'addiction et de leur insertion sociale et/ou professionnelle.

- Communautés Thérapeutiques (CT) :
les communautés thérapeutiques proposent une prise en charge fondée sur le groupe de résidents-pairs (35 environ) comme moteur du soin et d'entraide. L'accompagnement postule que le groupe recèle en lui-même la capacité de traiter les problèmes qui y apparaissent. La participation des usagers aux instances de décision et au fonctionnement de l'établissement va très au-delà des obligations règlementaires.
Les CT s'adressent à des personnes dont la démarche de soins en ambulatoire s'avère insuffisante ou non pertinente, en particulier lorsqu'un cadre sécurisant et contenant apparait nécessaire pour un temps suffisamment long permettant la restauration d'habiletés sociales.

→ Dispositifs de soins résidentiels individuels :

- Appartements Thérapeutiques (AT) :
le séjour en appartement thérapeutique permet à la personne suivie, dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique, médicale, psychologique et éducative, de reconquérir et/ ou de mettre à l'épreuve son autonomie et de restaurer les liens sociaux (par exemple à travers des tâches quotidiennes dans l'appartement) et professionnels (recherche d'emploi, etc.). Le suivi et le soutien, assurés par le CSAPA auquel est rattaché l'appartement, aident le résident à effectuer les démarches nécessaires à sa réinsertion sociale et professionnelle.

[3] De Beaurepaire Christiane, « À propos de la prévention de la dangerosité psychiatrique chez les sortants de prison : intérêt d'une consultation extra-pénitentiaire », *Perspectives Psy*, vol.44, mars 2005 p. 223.
[4] Voir à ce sujet l'encart p. 37.
[5] L'Atre à Lille, le Centre Clémenceau (association Aurore) à Gagny, le centre Pierre Nicole (Croix-Rouge) à Paris, le Centre Mas Thibert (Groupe SOS) à Arles et le Centre Entr'acte (groupe SOS) à Montpellier.

Les AT se distinguent des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) dans la mesure où ces derniers accueillent un public plus large, à savoir des personnes ayant des pathologies chroniques invalidantes (sida, hépatite, sclérose en plaques…) ou cumulant parfois problématiques addictives et infectieuses. Les AT sont des dispositifs relevant spécifiquement de l'addictologie même si dans les faits certains CSAPA gèrent des ACT.

Pour plus d'informations, se référer au Guide Pratique(s *sur les soins résidentiels collectifs, Fédération Addiction, 2013 et au site de la Fédération Addiction pour les coordonnées des structures mises à jour.*

L'OFDT a publié en avril 2014 un document de synthèse présentant le bilan des nouvelles mesures d'accueil des sortant de prison financées suite à l'appel à projets national de la MILDECA - DGS 2010, dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011[6].
Cette synthèse, réalisée à l'aide de la méthode du *focus-group* (entretien collectif), concerne trois dispositifs d'accueil court et d'accès rapide (CAUT ou CTR « sortants de prison ») ainsi que trois projets de consultations avancées de CSAPA en CHRS.
Les conclusions et propositions qui émanent de ce *focus-group* corroborent nos préconisations :
- une meilleure inscription des unités d'accueil court et d'accès rapide dans le schéma d'organisation de la sortie de prison par une connaissance mutuelle des possibilités offertes, un ancrage et un travail concerté au niveau régional avec les CSAPA référents des établissements pénitentiaires ;
- une diversification de l'offre d'hébergement pour l'adapter aux besoins de ces publics spécifiques, allant de pair avec une augmentation de cette offre, que ce soit par des accueils collectifs mais aussi individuels ;
- l'organisation d'une évaluation plus effective, une meilleure coordination des intervenants, la nécessité d'indicateurs communs et efficients et d'une facilitation des démarches administratives des sortants de prison. Les pistes d'amélioration proposées font écho à celles évoquées dans le présent guide.

LA PRISE EN CHARGE DES PUBLICS PRÉSENTANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES / COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES

La forte prévalence des troubles psychiatriques parmi les personnes détenues est un fait bien connu.
Les données disponibles soulignent que la proportion de personnes présentant des troubles de nature psychiatrique est toujours supérieure au tiers des effectifs d'un établissement pénitentiaire et que jusqu'à 40% des détenus d'un site font l'objet d'un suivi psychiatrique ou en addictologie[7].
Ainsi, 8 hommes détenus sur 10 et plus de 7 femmes sur 10 présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité cumulant plusieurs troubles.
Ces troubles peuvent avoir été présents avant même la détention, voire être à l'origine de l'incarcération, mais peuvent aussi résulter de la privation de liberté.
Les situations de comorbidités psychose-abus de substances sont très fréquentes : environ 20% des détenus cumuleraient troubles anxieux et dépendance à l'alcool ou aux substances psychoactives[8].

L'entrée en détention représente un moment propice au repérage des troubles psychiatriques et des situations de comorbidités. En effet, les modalités découlant de l'incarcération (stabilisation ou arrêt des consommations), l'effet « vase-clos » produit par la prison, facilitent le repérage de troubles habituellement dissimulés par les toxiques. À l'inverse, rappelons que certains troubles découlant de consommations excessives peuvent régresser ou se résoudre[9].
S'il est plus simple de poser un diagnostic en prison qu'en milieu ouvert, il n'est pas plus évident d'expliquer ces situations de comorbidités, tant la relation de cause à effets est complexe et multifactorielle.

La prise en charge des personnes sortant de prison et présentant des troubles psychiatriques est un problème majeur. Les difficultés se posent tant dans l'accès au logement que dans la prise en charge thérapeutique après la sortie. Des obstacles se posent aussi dès la détention puisque que certains détenus se verraient refuser des permissions de sortir ou un accompagnement afin de rencontrer les structures d'hébergement[10].

À cela s'ajoutent la frilosité des établissements médico-sociaux à accueillir ce type de public, le manque d'alternatives à l'hospitalisation publique et de consultations extra-pénitentiaires.
Tous ces facteurs mettent à mal la continuité des soins et compliquent les projets de sortie. Or, toute rupture thérapeutique peut constituer un facteur décisif de non-insertion, voire de récidive.

Les difficultés se posant à la sortie sont encore plus prégnantes pour les individus cumulant problématiques psychiatriques et addictives. En effet, ni la psychiatrie publique, ni les dispositifs de soins résidentiels en addictologie ne sont en mesure d'accueillir durablement ces publics. La prise en charge globale de ces personnes est rendue plus compliquée du fait de la séparation des dispositifs de soins consacrés à la santé mentale et à la toxicomanie, et de l'inadaptation des structures d'hébergement.

Il importe donc de poursuivre la réflexion sur les solutions à apporter afin d'améliorer la prise en charge des sortants de prison souffrant de troubles psychiatriques mais aussi des publics présentant un profil plus complexe.

Certaines initiatives proposent des pistes intéressantes :

→ Au niveau de la prise en charge ambulatoire des sortants de prisons ayant des troubles psychiatriques :

- Un dispositif de consultation extra-carcérale, géré par le Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP) du centre hospitalier Sainte-Anne à Paris,

[6] Obradovic Ivana, « Mesures d'accueil des sortants de prison. Synthèse du *focus group* », Note 2014-6 à l'attention de la MILDECA et de la DGS, OFDT, 24 avril 2014 disponible sur http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiou4.pdf
[7] Falissard Bruno, Rouillon Frédéric et al, « Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenus en prison », Enquête CEMKA-EVAL, *BMC Psychiatry*, 2006.
[8] *Ibid.*
[9] Michel Laurent, « Toxicomanies et comorbidités psychiatriques : état des lieux en prison », *Le Flyer HS* n°2, vol 2, septembre 2004.
[10] Rapport de la Cour des comptes, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale" », décembre 2011, p. 72.

ouvrira courant 2014. Cette consultation s'adressera à l'ensemble des personnes sortant de prison (ou en aménagement de peine) se déclarant vivre à Paris et présentant des troubles psychiatriques.
Elle leur proposera une prise en charge de proximité, comprenant des consultations psychiatriques ou psychologiques (individuelles ou groupales), un accueil infirmier, la participation à des ateliers thérapeutiques. Il s'agit de garantir le relai avec les structures de droit commun dans les meilleures conditions possibles, mais aussi d'assurer un suivi psychologique à des personnes qui ne relèvent pas d'une prise en charge en Centre Médico-Psychologique. La consultation extra-carcérale travaillera en partenariat avec les intervenants du milieu pénitentiaire (unités sanitaires, SPIP), les CSAPA et diverses structures intersectorielles du milieu ouvert.

• Au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan, l'équipe du DSP dispose de deux lieux de consultations externes à la prison qui leur permettent de poursuivre la prise en charge des détenus jusqu'à deux mois après leur sortie de détention.

➔ Vers l'intégration des publics les plus précaires : l'expérience *Housing First*

Le projet *Housing First* / « Un chez soi d'abord » a fait l'objet d'une expérimentation dans les villes de Marseille, Toulouse, Paris et Lille. Il est l'adaptation d'une expérience menée depuis une dizaine d'années déjà aux États-Unis puis développée au Canada et dans dix villes d'Europe plus récemment.
Ce projet propose l'accès direct à un logement individuel et pérenne pour des personnes sans-abri cumulant un ensemble de problématiques (troubles psychiques et addictions), sans condition de traitement et d'abstinence aux produits.
Le postulat de départ est que l'accès à un logement de droit commun est la condition préalable à l'engagement dans les soins et à un parcours d'insertion pour ce type de public. Les personnes sont accompagnées par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire qui leur est dédiée, et intègrent le programme à partir d'un choix aléatoire décidé par la recherche. Les résultats de l'expérience française feront l'objet d'une diffusion à la fin de l'année 2014.

Les expériences menées au niveau international montrent des taux très encourageants de maintien dans les logements et de satisfaction des usagers. S'il ne s'adresse pas à des individus récemment sortis de prison, ce programme montre cependant qu'il est nécessaire de poursuivre les investigations sur l'accès à l'hébergement et aux soins des publics aux profils les plus complexes et précaires.

LA PRISE EN CHARGE DU PUBLIC FÉMININ

Les femmes représentent une minorité de la population placée sous écrou : au 1er avril 2014, elles étaient 2820 sur un total de 80 740 personnes (soit 3,5%).
La prévalence des comportements addictifs parmi ce public est extrêmement élevée. En effet, diverses études ont montré la surreprésentation en détention des femmes usagères de drogues.
Par rapport à l'ensemble de la population française, la consommation de stupéfiants touche trois fois plus d'hommes arrivant en prison et 2,7 fois plus de femmes. Or, dans la population générale, la proportion de femmes usagères de drogues est deux fois plus faible que celle des hommes[11].
Quelques éléments peuvent expliquer ce constat[12] : les détenues sont majoritairement issues de milieux très défavorisés, beaucoup ont subi des violences physiques et sexuelles dans l'enfance et/ou dans leur vie conjugale. Un grand nombre de ces femmes présentent des troubles de santé mentale (dépressions, stress post-traumatique, tendances à l'automutilation, …).
On note également une surreprésentation des femmes incarcérées pour trafic de stupéfiants et crimes de sang (souvent intrafamiliaux). Les femmes sont ainsi plus nombreuses que les hommes à prendre et à se voir proposer des psychotropes en détention.
Les pratiques à risques sont extrêmement répandues parmi ce public, notamment le partage de matériel d'injection[13].
La faible proportion de femmes incarcérées engendre des difficultés particulières dans leur prise en charge en détention mais aussi dans la préparation à la sortie. En effet, il existe peu d'établissements pénitentiaires aptes à accueillir des femmes : environ 63 dont 9 sont des établissements spécialement prévus pour elles (les autres comportent des quartiers spécifiques). La plupart de ces établissements se situent dans la moitié nord de la France, entrainant ainsi en général un éloignement géographique des détenues de leur région d'origine et posant de ce fait de considérables problèmes de maintien des liens avec les proches. La séparation d'avec les enfants est une problématique extrêmement importante, dans la mesure où beaucoup d'entre eux doivent être placés du fait de l'incarcération de leur mère.
L'isolement dans lequel se trouvent les femmes détenues s'explique aussi par la nature des crimes et délits commis (lorsqu'il s'agit d'infanticides ou de crimes intrafamiliaux). De fait, très peu de détenues continuent d'avoir des contacts avec leur conjoint pendant la détention, contrairement aux hommes qui reçoivent plus facilement le soutien moral et matériel de leurs proches.
Cette situation d'isolement rend plus compliquée l'organisation de permissions de sortir et impacte considérablement les possibilités de réinsertion après l'incarcération. Le problème de la sectorisation géographique des différents partenaires associatifs et institutionnels est de ce fait prégnant.
De plus, si la réinsertion passe essentiellement par le travail et la formation personnelle, il faut rappeler que les femmes ne bénéficient pas de mesures de réinsertion spécifiques. Leur prise en charge se fait donc dans une logique universaliste, ce qui n'est pas sans difficultés[14]. La réintégration sociale après la détention est en outre freinée par la stigmatisation dont font l'objet les sortantes de prison (plus mal perçues par la société que les hommes), mais aussi par leur accès difficile au logement, à la protection sociale, aux réseaux de sociabilité.
La préparation à la sortie est plus compliquée à mettre en œuvre dans les maisons d'arrêt, dans lesquelles un

[11] Chiffres datant de 2008 in Brillet Emmanuel, « Les conduites addictives et leur prise en charge au miroir de l'expérience carcérale : un éclairage au féminin », Direction de l'administration pénitentiaire, *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n°26, octobre 2008.
[12] Les éléments d'analyse développés ci-dessous ont été recueilli sur le site de l'association « Parcours de femmes » (Lille) œuvrant pour l'accompagnement et l'aide à la réinsertion des femmes placées sous main de justice ; http://parcoursdefemmes.free.fr
[13] D'après une étude réalisée par l'EMCDDA, 2002.
[14] Colas-Bucco Delphine, « La réinsertion des femmes à la sortie de prison : un processus de re-construction », *Revue d'Étude Politique des Assistants Parlementaires*, n°3, 2008.

projet de sortie est difficilement envisageable (et ce d'autant plus lorsque les femmes se trouvent dans des établissements majoritairement masculins).
Les établissements pour peine proposent davantage d'activités pour favoriser la réinsertion des femmes.

Quelques pistes intéressantes :

• Dans les établissements pénitentiaires de la région Nord-Pas-de-Calais (maisons d'arrêt de Lille-Sequedin, Valencienne, centre de détention de Bapaume) intervient l'association « Parcours de femmes ». Cette association travaille en lien avec le SPIP et le DSP afin de proposer un accompagnement pendant la détention (visites, soutien moral et matériel, aide dans la préparation du projet de sortie) mais aussi à la sortie (accueil à l'association pour de l'écoute, de l'information, de l'aide d'urgence et dispositif d'accompagnement social par le logement).

LES MINEURS

Les mineurs représentent environ 1,1% de la population totale détenue (on en comptait 778 au 1er avril 2014 sur un total de 80 740 personnes écrouées). Tout comme leurs ainés incarcérés, les mineurs ne sont pas épargnés par les conduites à risques et par l'usage de substances. Leurs habitudes de consommation, leurs problématiques sont toutefois spécifiques et nécessitent donc une prise en charge adaptée. Mais avant de développer plus, il est nécessaire de rappeler quelques éléments.

Le régime de détention des mineurs est particulier et découle de fait de la spécificité de la justice qui leur est appliquée. Il est essentiellement axé sur l'éducation et sur la formation professionnelle ; des activités sportives et culturelles sont également proposées. Les mineurs incarcérés sont affectés soit dans le « quartier mineurs » d'une maison d'arrêt ou d'un établissement pour peine, soit dans un établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM). Ils font l'objet d'un suivi individuel et personnalisé par une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, de l'administration pénitentiaire, des unités sanitaires et de l'Éducation Nationale. Les éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse sont au centre du dispositif d'accompagnement des mineurs. Ils assurent le relai avec les professionnels de santé, les détenteurs de l'autorité parentale et les services de la PJJ extérieurs à l'établissement pénitentiaire qui prendront en charge le mineur à sa sortie de détention.
Le suivi du mineur perdure donc après la détention et permet de ce fait d'éviter les situations d'indigence qui se posent lors de la sortie des majeurs. D'autant que les dates de sortie de détention sont connues d'avance, que les mineurs retournent soit dans leurs familles soit dans des structures de placement spécifiques et que les problèmes d'affiliation à la sécurité sociale sont moins prégnants.

En matière de conduites addictives, les mineurs présentent des caractéristiques particulières. En raison de leur jeune âge, peu connaissent une réelle problématique de dépendance à un produit. Ils sont davantage concernés par l'usage abusif de certaines substances, principalement le tabac, l'alcool et le cannabis.

En effet, à l'entrée en détention, sept mineurs sur dix déclarent fumer du tabac, et pour 5% d'entre eux, cette consommation dépasse 20 cigarettes quotidiennement[15]. Cette prévalence du tabagisme quotidien est ainsi près de trois fois plus élevée que dans la population générale. Cette consommation est d'autant plus problématique que les mineurs ont en théorie l'interdiction totale de fumer, et qu'ils n'acceptent pas toujours la contrainte des substituts nicotiniques. L'abus d'alcool est également très répandu puisqu'il concernerait près d'un mineur sur cinq[16]. Cette consommation s'associe très souvent à une prise de psychotropes et s'effectue le plus souvent dans un objectif d'alcoolisation intense et rapide. Elle n'est souvent pour autant pas directement reconnue comme problématique par le jeune. L'usage régulier de cannabis est extrêmement fréquent et concerne environ 24% des mineurs[17]. Si cette consommation est volontiers reconnue, elle est aussi de surcroit fortement banalisée. En revanche, une faible proportion de mineurs (2%) déclarent l'usage de drogues « dures » (opiacés, cocaïne, crack) lors de l'entrée en détention[18]. Les probabilités de contamination par des maladies virales liées aux modes d'administration de ces substances sont donc plus limitées. En matière de santé mentale, rappelons que 12,1% des mineurs se voient prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie à l'issue de l'examen médical d'entrée[19].

L'enjeu principal de la prise en charge sanitaire des mineurs est de leur faire saisir l'utilité et la nécessité d'un accompagnement thérapeutique pendant et après la détention. La construction d'un lien de confiance entre le professionnel et le jeune est de ce fait la condition préalable à tout engagement dans un projet de soins. Ce travail n'est donc pas sans difficultés. S'ajoutent à cela les contraintes intrinsèques à la détention : durées d'incarcération relativement courtes pouvant empêcher l'établissement d'une alliance thérapeutique, divers obstacles administratifs pouvant retarder les soins (ex : nécessité du consentement médical de l'autorité parentale).

Un dispositif original : l'intervention d'une Consultation Jeunes Consommateurs en détention.

Deux professionnels rattachés à la Consultation Jeunes Consommateurs[20] (CJC) du CSAPA du Centre Port Bretagne (Tours) interviennent une fois par mois au sein du quartier mineurs de la maison d'arrêt de Tours. Ils y animent des ateliers de prévention sur les drogues et les conduites à risques et orientent si besoin les jeunes pour une consultation au sein de la maison d'arrêt. Des informations sont de plus données sur les dispositifs de soins (CSAPA, CJC, …) existant à proximité des villes d'origine des mineurs.

[15] Enquête DREES, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et résultats* n°386, mars 2005.
[16] *Ibid.*
[17] Guérin Geneviève, « La santé en prison », *Actualité et dossier en santé publique* n°44, Haut Conseil de la Santé Publique, La documentation française, septembre 2003.
[18] Enquête DREES, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et résultats* n°386, mars 2005.
[19] *Ibid.*.
[20] Pour plus d'informations, se référer au Guide Pratique(s portant sur les « Consultations Jeunes Consommateurs », Fédération Addiction, 2012.

pour illustrer

Un projet de soins commencé à l'extérieur est interrompu au moment de l'incarcération :

M. S., 24 ans, incarcéré depuis quelques jours, demande à être reçu rapidement par les intervenants du CSAPA. Il est sous traitement psychotrope depuis son arrivée, en continuité d'un traitement qu'il recevait dehors. Il explique aussitôt qu'il était suivi à l'extérieur par un CSAPA ambulatoire, avec qui il préparait un départ en CTR (identifié clairement) qui allait aboutir. Il attendait aussi des papiers de la Sécurité sociale (CMU-C), et était domicilié dans un centre d'accueil de la ville.
Il est condamné à une peine de 8 mois, avec un sursis de 3 mois susceptible de tomber. Il vit à la rue, rejeté par ses parents. Bien que suivi et en cours d'élaboration d'un projet, il a commis un larcin qui l'a conduit en prison ferme (Comparution Immédiate) à cause de son casier déjà épais.
Il n'a jamais bénéficié d'un aménagement de peine (c'est sa deuxième incarcération) et se dit prêt à accepter toute proposition afin de sauver son projet de soins et de partir au CTR. Il se montre impatient, un peu agité, revendicatif aussi, mais finit par accepter le fait qu'il ne sortira pas dans les jours qui viennent.

➔ Il s'agit de contacter dans un premier temps le CSAPA qui était en charge du suivi de M.S. à l'extérieur.
Les points suivants seront interrogés : nature du traitement mis en place avant l'incarcération, éventuelles difficultés rencontrées à l'extérieur, question des liens avec le milieu familial (avec orientation possible vers un psychologue), procédures administratives déjà engagées.
Les personnes référentes du CSAPA seront invitées, dans la mesure du possible, à rencontrer M. S. en détention afin d'échanger et de permettre une transition avec les professionnels du milieu carcéral. Cette rencontre sera l'occasion de définir et de repérer qui se chargera par la suite du projet de soins de M. S.
La question d'une éventuelle révocation de sursis devra être analysée par le SPIP (après accord du patient) afin d'avoir plus de visibilité sur la situation pénale du patient. Il est également important de s'informer des possibles interdictions et obligations auxquelles serait soumis M. S. (notamment interdiction de contact avec la famille), mais aussi des contraintes liées à la mise à l'épreuve qui influent sur l'élaboration du projet de soins.
Il faudra vérifier si le CTR est disposé à accueillir M. S. en aménagement de peine. Le SPIP pourra alors étudier la possibilité d'un hors débat ou d'une demande d'aménagement de peine classique.
On n'oubliera pas non plus de calculer les RPS (en tenant compte du statut du détenu : récidiviste ou primaire) et des permissions de sortir. Il faudra de plus vérifier le plus tôt possible si le dossier du patient fait l'objet ou non d'une expertise (ce qui freine les procédures).
➔ En fonction des informations transmises par le CSAPA, une orientation sera faite vers le professionnel compétent pour une réévaluation/initialisation du traitement ou un maintien du traitement prescrit à l'extérieur. Dans le cadre d'une problématique somatique, le patient sera mis en relation avec le DSS (afin d'effectuer notamment un dépistage du VIH/VHC s'il le demande).
Une mise en lien avec un psychologue est également à prévoir pour un travail sur la cellule familiale.
Un accompagnement de M. S. en permission de sortir par un travailleur social peut être envisagé afin de soutenir, d'étayer et de médiatiser la rencontre avec les parents.
Il s'agit également de vérifier l'état des droits sociaux (CMU-C, CNI, CPAM) afin d'anticiper au mieux la sortie.
➔ Préparation à la sortie :
Dans le cadre de la préparation à la sortie, il est nécessaire de prendre contact avec le CTR pour lequel M. S. avait postulé. Il faudra donc savoir si une prise en charge en aménagement de peine est possible ou s'il faut envisager une alternative (prise en charge relai avec un autre CTR ou intégration d'un CTR en fin de peine). Dans le cas où l'entrée en CTR ne s'effectuerait pas directement après la sortie de détention, il faudra autant que possible travailler avec les structures d'hébergement d'urgence (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, hôtel social…).
Puis, il est important de prévoir, dans la mesure du possible, une permission de sortir (ou visioconférence) afin de rencontrer l'équipe et de visiter la structure d'accueil. Une fois le centre trouvé, il s'agira de préparer le relai avec l'équipe médicale qui y travaille : fax du traitement, question des modalités pour se rendre au CTR, possible besoin d'accompagnement, question de la prise en charge des tickets repas et billets de trains, élaboration d'un bilan social avec le futur référent du CTR.

L'articulation avec les services extérieurs (comorbidités psychiatriques, hépatites)

M. F., 41 ans, est incarcéré pour encore 5 mois.
Il est suivi par le DSS qui vient de terminer les examens concernant son infection au VHC (il est ancien injecteur d'héroïne). Il serait susceptible de bénéficier d'un traitement par interféron et le projet est en réflexion au sein de l'équipe du DSS du fait de sa possibilité de sortie prochaine.
Sous méthadone depuis son arrivée, sous traitement psychotrope, il est suivi par le psychiatre et reçoit des neuroleptiques, du fait d'antécédents d'épisodes de décompensation (rapportés par le patient) dont il est difficile de situer le moment et la cause.
À l'extérieur, M. F. vit chez sa mère, elle-même handicapée et n'était qu'épisodiquement suivi par un CSAPA ou un CAARUD et uniquement par son médecin traitant (celui de sa mère). Il est calme et attend docilement ce que les équipes vont pouvoir lui proposer.

Dans cette situation, trois aspects complémentaires sont à prendre en compte : la continuité d'un suivi psychiatrique, un suivi nécessaire pour un traitement de l'hépatite C et le maintien du traitement à la méthadone.

➔ Suivi de l'hépatite :
Une articulation indispensable avec un service de soins est à prévoir. Toutefois, comme M. F. est sous méthadone, l'orientation vers un CSAPA dispensateur, structures souvent équipées de médecins addictologues et d'hépatologues, paraît pertinente. Un contact avec le médecin traitant pour organiser avec lui cette orientation peut être judicieux.
Un rendez-vous à très court terme de la sortie avec le service hépatologie de l'hôpital situé à proximité de la résidence de M. F. est à prévoir. S'il s'agit du même médecin que celui de la prison, l'identification claire de ce médecin est nécessaire pour rassurer le patient.
À noter que le traitement par interféron est long, coûteux et extrêmement fatiguant. Il nécessite que l'environnement de la personne soit adapté (besoin d'un hébergement principalement). Il faudra donc bien étudier les modalités d'initiation du traitement avec le patient.

➔ Continuité du suivi psychiatrique :
Le temps de la prison est pour certaines personnes le moment du diagnostic posé de troubles psychiatriques nécessitant un accompagnement. Cette lecture diagnostique est confrontée à une difficulté bien spécifique au milieu carcéral : les symptômes sont parfois amplifiés par les murs ou sont au contraire stabilisés durant la détention et « flambent » à la sortie.
À partir des seuls dires de M. F., il est difficile d'identifier des antécédents psychiatriques et leur prise en charge éventuelle.

Il s'agit de coordonner l'orientation post-carcérale avec le SMPR (s'il y en a un) ou le dispositif de soins psychiatriques de l'établissement pour que les dimensions addictologique et d'accompagnement psychiatrique à l'extérieur soient correctement prises en compte : mise en relation avec le secteur de psychiatrie habituel (s'il est connu) ou l'équipe mobile de psychiatrie (si elle existe).
Toutefois, comme on l'a déjà évoqué, peu de dispositifs sont en capacité de répondre de façon combinée aux besoins spécifiques du patient.
Les détenus présentant des comorbidités psychiatriques ont un profil qui pose problème.
Il faudra donc nécessairement échafauder un montage ambulatoire où chaque service concerné devra prendre sa place.
Dans le cas de M. F., l'orientation vers un CSAPA semble être une solution relativement pertinente car permettant de combiner les prises en charge addictologique et somatique tout en portant une attention particulière sur les comorbidités psychiatriques.
Si la situation psychiatrique est bien stabilisée, les ACT peuvent être une réponse pendant les mois de traitement de l'hépatite, après la sortie.

La recherche d'hébergement

M. N. a 48 ans et est écroué depuis 3 ans pour une durée de 6 ans fermes pour sa première incarcération. Se présentant comme alcoolique à l'extérieur, et ce depuis de nombreuses années, il est en rupture avec sa famille. Il avait un emploi depuis longtemps, aura un suivi socio-judiciaire à la sortie et a une obligation de soins déjà prononcée. Il reçoit un léger traitement pour dormir et antidépresseur. Il travaille en détention, paie ses parties civiles et envoie de l'argent à sa famille.
Il reçoit la visite d'une visiteuse de prison mais n'a que très peu de parloirs avec sa sœur.
Elle ne pourra l'accueillir chez elle à la sortie parce qu'elle a deux enfants adolescents encore à charge.
M. N. veut cependant préparer sa sortie et dans la mesure du possible bénéficier d'un aménagement de peine. Il exprime l'envie d'être accompagné sur le plan thérapeutique au-delà de l'obligation de suivi.
Il se sait sevré, mais ne sait pas quelle sera sa réaction face à l'alcool, en milieu extérieur. C'est ce discours qu'il tient, serein, au médecin lorsqu'il le voit pour le renouvellement d'ordonnance.

➔ Constats
- Ce n'est pas une sortie d'urgence, le projet de sortie est donc supposément réfléchi. Le temps n'est de ce fait pas un obstacle.
- M. N souhaiterait un aménagement de peine : au vu de sa situation, il peut bénéficier d'un placement sous surveillance électronique (PSE) ou d'une semi-liberté (mais dans les faits, des disparités dans l'attribution de PSE existent, selon les Juges de l'application des peines).
- M. N souhaite être accompagné sur le plan thérapeutique, en plus de l'injonction de soins (suivi obligatoire).
- M. N effectue une demande de logement.

➔ Solutions proposées
Nécessité de prioriser l'action sur l'alcool ou sur l'emploi ? sur le soin ou le social ?
- Si suivi en ambulatoire : le suivi psychologique, médical et socio-éducatif peut se faire au sein d'un centre spécialisé (CSAPA), des services publics (CSAPA hospitaliers, centres médico-psychologiques…) ou de cabinets privés. Ce suivi peut éventuellement être complété par des groupes d'entraide.
Une difficulté posée par le suivi par un CSAPA est que celui-ci ne peut se prononcer sur la rythmicité des rendez-vous à venir (alors que le juge le demande).
La problématique du logement doit être travaillée

parallèlement avec le SPIP. Le projet de M. N. est réfléchi et devrait donc permettre d'anticiper dans une certaine mesure les demandes d'hébergement. Ainsi, on peut envisager d'orienter M. N. vers un centre d'hébergement de transition, un CHRS ou encore un appartement au bail glissant.

• Si suivi en non ambulatoire :

Quatre solutions peuvent être envisagées :

• Suivi et intégration d'un centre thérapeutique résidentiel collectif (CTR) : *a priori* M. N. peut sembler un peu âgé pour ce genre de structure, mais certaines accueillent ce type de profil.
Le suivi opéré pendant l'incarcération doit permettre de déterminer la capacité de M. N. à vivre en collectivité et à accepter les règles de ces structures.

• Suivi et intégration d'un appartement thérapeutique (AT) : cette option questionne la capacité de M. N. à vivre seul en appartement et à gérer son quotidien. Le cadre et le règlement doivent être acceptés.

• Suivi et intégration dans une communauté thérapeutique (CT) : là encore, il aura fallu travailler la capacité à vivre en groupe, à vouloir prendre des responsabilités au sein de celui-ci et à accepter un séjour d'une durée minimale d'une année.

• Suivi et intégration d'un CSAPA avec hébergement.
Dans le cas de M. N., l'orientation vers un CTR ou une CT apparaît complexe, mais néanmoins pas impossible.
Cependant, accueillir une personne en fin de semaine en AT reste compliqué car elle reste seule le week-end. Certaines personnes n'ont également pas forcément envie de rentrer directement en AT dès le samedi. Il faut donc pouvoir anticiper et échanger avec la personne sur ses attentes.

Articulation avec le CSAPA référent

M. L. a été incarcéré pendant 2 ans et 8 mois dans un centre de détention. Il n'a pas fait de demande de prise en charge de son addiction durant son incarcération. Il est orienté, en fin de peine, par la CIP qui s'inquiète de son projet de sortie, à savoir de son retour dans un milieu familial et social qui lui sont nocifs. Elle se soucie également de son usage problématique d'alcool à l'extérieur et de sa prise en charge à la sortie. Il est rencontré par le CSAPA à peine deux mois avant sa sortie ; lors du premier rendez-vous, il dit ne pas se reconnaître dans une problématique d'alcool car il n'a pas consommé pendant le temps de son incarcération.
Il est convaincu que la question de sa dépendance est réglée. Il ne souhaite, par conséquent pas de nouveau rendez-vous avec le CSAPA.
Les choses se gâtent quand M. L. obtient sa première permission. En effet, à peine sorti du centre de détention, il achète une bouteille de whisky et s'alcoolise massivement pendant le trajet. La permission est calamiteuse : il rentre encore alcoolisé et passe par le quartier disciplinaire. L'équipe du CSAPA est informée de cette situation et l'éducatrice le reçoit en entretien. Cet entretien lui permet de prendre conscience de sa fragilité par rapport à l'alcool. Il demande un suivi régulier et est vu tous les jours jusqu'à sa sortie pourtant proche. Dans l'impossibilité de monter un projet de sortie en aussi peu de temps, il lui est indiqué les adresses d'urgence à la sortie et un rendez-vous est pris en détention avec le CSAPA référent de son secteur.

→ Propositions de démarches à effectuer

• Le CSAPA référent joue un rôle primordial dans la préparation à la sortie de M. L.Il s'agit de créer le lien avec les différents partenaires susceptibles de lui venir en aide (CSAPA, externe, médecin, CMP...) par téléphone, par courrier, éventuellement par rencontre à la maison d'arrêt (car on sait que la rencontre physique est bien plus efficace en termes de suites données que le seul rendez-vous papier).
Le CSAPA référent a vocation à organiser, y compris physiquement, cette sortie.

• Prendre contact, après accord préalable de M. L., avec les proches, la famille afin de leur expliquer la nécessité de permettre une démarche de soins à la sortie.

• Transmettre à M. L. un document comprenant les adresses qui lui seront utiles à la sortie.
Ce document est également un bon outil pour mobiliser les dispositifs extérieurs à la nécessité d'une réponse rapide lorsque la demande émane d'une personne sortant de prison.

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. 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. Évaluer 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 existant 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 A LA CONTINUITE DU SOIN ET DU SUIVI MEDICO-SOCIAL

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

Fiche réflexe de préparation à la sortie

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Renseignée par :
le :
Corrigée par :
le :
CSAPA référent :
Date prévue de sortie
(sans RPS) :
(avec RPS) :

SITUATION ADMINISTRATIVE
(oui - non - en cours)
CNI ou papier d'identité
CMU
CMU-C
AME
Si non ou en cours : attestation de non-suspension
Adresse administrative
Compte postal ou bancaire

Droits (ouverts - ouvrables - aucun droit
RSA
AAH
ATA
ARE
Autres

SITUATION MEDICALE
(oui - non)
Ordonnance à faire
Traitement relai (48h)
Noms du Médecin traitant/ pharmacie
Rendez-vous d'examens prévus
Avec qui ? (CSAPA - médecin généraliste - autre)
Liens avec les dispositifs de soinsÒ à l'extérieur
Lettre de liaison
Sérologie, vaccins (hépatite B, etc)
Autres

SITUATION SOCIALE
(oui - non)
Dossier SIAO
Date du dossier SIAO
Emploi / formation
Situation familiale
Hébergement
(familial - autonome)
Prévoir un hébergement social (oui - non)
Moyen de locomotion

Obligations de justice précédentes et en cours :

Suivi SPIP en cours :

Interdictions particulières :

Projet :

RÉCAPITULATIF DES DIFFÉRENTES PROCÉDURES D'OUVERTURE DES DROITS SOCIAUX

1. La demande d'un extrait d'acte de naissance est une démarche simple, cependant, elle peut s'avérer complexe pour les personnes françaises nées de parents non français ou pour les personnes étrangères. Par ailleurs, pour obtenir un extrait d'acte de naissance, il faut justifier d'une adresse, donc pour une personne sans domicile fixe, avoir préalablement fait valoir un droit à l'élection de domicile auprès d'une structure agréée par la Préfecture, afin de pouvoir recevoir son courrier.
La durée de validité d'un extrait d'acte de naissance est de trois mois à compter de sa date d'émission.

2. La procédure d'obtention d'une Carte Nationale d'Identité (CNI) est gratuite ; cependant, les passeports nécessitent l'achat d'un timbre fiscal (86 euros ou 42 euros si mineurs). Lorsque les personnes sortent de détention, elles n'ont aucune ressource.
Si elles sortent avec un pécule, celui-ci est souvent utilisé pour répondre aux besoins vitaux.
Les associations caritatives sont les seules structures acceptant de débloquer une aide financière sur « simple » orientation et évaluation d'une assistante de service social, afin de permettre l'achat d'un timbre fiscal et de faire des photos d'identité conformes. Cette démarche est simple mais selon les périodes de l'année, les délais d'attente peuvent être plus longs, car les associations sont parfois fermées.

3. En règle générale, le temps d'attente moyen d'obtention d'une CNI est d'un mois, celui d'un renouvellement de Titre de Séjour de trois mois (pour un premier titre de séjour, ce délais varie de 4 à 6 mois). Par ailleurs, si la personne a été amenée antérieurement à refaire sa CNI plusieurs fois suite à des pertes ou vols, la Préfecture ordonne une enquête de police, ce qui rallonge d'autant plus le délai d'obtention du document.

4. La validation des droits de base auprès de l'Assurance Maladie (Caisse Primaire d'Assurance Maladie - CPAM ou Mutualité Sociale Agricole – MSA) se fait suite au dépôt du billet de sortie, d'un justificatif de domicile et d'un justificatif d'identité. L'obtention de l'attestation de droits peut être prolongée dans le cas où la personne était incarcérée dans un autre département et dépendait donc d'une autre CPAM (délais de transfert de caisse).

5. L'ouverture d'un compte bancaire se fait sur présentation d'un justificatif d'identité (CNI, Passeport, Titre de Séjour), d'un justificatif de domicile et d'un dépôt minimum de liquidité (variable d'un établissement à un autre). Cependant, nombreux sont les établissements bancaires qui, de par leur propre règlement, demandent d'autres justificatifs (bulletins de salaire…).
De plus, lorsque la personne a connu par le passé des incidents bancaires et qu'elle est fichée par la Banque de France, elle doit lui présenter plusieurs écrits de banques ayant refusé de lui ouvrir un compte bancaire. La Banque de France doit ensuite désigner un établissement qui sera dans l'obligation de le faire.

6. L'inscription au Pôle Emploi se fait sur présentation d'un justificatif d'identité (CNI, Passeport, Titre de Séjour), d'un justificatif de domicile, d'une attestation de prise en charge par l'Assurance Maladie, d'un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (RIB ou RIP), du billet de sortie. Elle nécessite une prise de rendez-vous par téléphone, suivi d'un entretien au Pôle Emploi, dans un délai de deux à trois semaines selon les périodes de l'année. Par ailleurs, si la personne dépendait d'une autre région, alors un délai de transfert de dossier est à ajouter.

7. Pour obtenir une déclaration fiscale, il faut déposer au Centre de Finances Publiques, les justificatifs de revenus ou d'absence de revenus de l'année N-1, un justificatif d'identité (CNI, Passeport, Titre de Séjour), un justificatif de domicile et le billet de sortie. L'administration fiscale ne délivre pas immédiatement de justificatif. La personne peut cependant demander à ce que l'agent tamponne un double de la déclaration afin de prouver que la déclaration a été déposée, dans l'attente de recevoir l'avis d'imposition sur les revenus de l'année N-1.

8. Pour faire une demande de Revenu de Solidarité Active (RSA) auprès d'un organisme de prestations familiales (CAF ou MSA), il faut présenter un justificatif d'identité (CNI, Passeport, Titre de Séjour), un justificatif de domicile, une attestation de prise en charge par l'Assurance Maladie, un RIB ou RIP, le billet de sortie, l'inscription au Pôle Emploi et le justificatif de prise en charge ou non par ce dernier. Il y a donc impérative nécessité de commencer la démarche par un contact avec Pôle Emploi. Le délai de réponse de l'organisme de prestations familiales peut varier d'un à trois mois. En effet les délais se rallongent si l'organisme est saturé de demandes, ou si la personne bénéficiait déjà du RSA avant son incarcération dans un autre département.

Les règles et législation pour le relai à la sortie de la maison d'arrêt pour les patients sous TSO

Docteur Pierre Villeger, *Pôle d'Addictologie en Limousin du CH Esquirol, maison d'arrêt de Limoges*

Cadre réglementaire de la prescription

	Méthadone	Subutex®
Prescripteur initial	Médecin de CSAPA ou d'établissement de santé Sauf urgence, relais possibles	Tout médecin
Liste	Stupéfiant	Liste I (mais règle de prescription et délivrance de stupéfiants)
Durée de prescription	14 jours maximum	28 jours maximum
Ordonnance	Sécurisée	Sécurisée

1. SI LA PRESCRIPTION EST FAITE AU CENTRE MÉTHADONE ET DISPENSATION EN OFFICINE

- Date de la prescription (règle des 7 jours)
- Nom, prénom, âge, sexe du patient
- Nom de la spécialité : chlorhydrate de méthadone
- Dosage en toutes lettres
- Nombre d'unités thérapeutiques par prise
- Durée totale de la prescription
- Voie d'administration et nombre de prises par jour
- Préciser le fractionnement de dispensation
- Préciser le nom de la pharmacie
- Signature

cf exemple d'ordonnance ci-contre

Il faut préciser :

- que la pharmacie est choisie par le patient (sinon préciser « pharmacie non désignée » sur l'ordonnance)
- qu'un contact préalable est pris avec le pharmacien (travail en réseau) pour :

-obtenir son accord
-donner des informations
-fournir des explications

- que le pharmacien peut appeler l'unité sanitaire en cas de problème ou de question.
- Si le patient est à 100%
- S'il s'agit d'un complément d'ordonnance en faisant le lien avec la précision précédente.

identification prescripteur **date**
adresse
numéro RPPS

nom, prénom, âge du patient

nom de la spécialité et dosage en toutes lettres
ex : *Buprénorphine haut dosage à douze milligrammes par jour, soit un comprimé à huit milligrammes et deux comprimés à deux milligrammes.*

recommandations
ex : *À prendre en une seule prise le matin*

durée et modalité de dispensation
ex : *Dispensation pour la période du mardi 20 mai 2014 au lundi 16 juin 2014. Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours*

nom de la pharmacie et adresse
ex : *Par la pharmacie La Croix Verte, rue de la Santé 87000 Limoges*

signature prescripteur **tampon**

2. CADRE RÉGLEMENTAIRE ET RELAI POUR MÉTHADONE

Cf schéma ci-dessous

Pour un relai vers un autre centre spécialisé :

- Après accord et information du patient
- Contacter le confrère qui doit assurer la prescription pour l'informer et obtenir son accord
- Faire courrier précisant :

l'identité du patient,
la nature du produit de substitution,
la posologie journalière et la quantité à délivrer,
la périodicité de venue au centre et la date d'arrivée,
la durée du séjour,
le nom du prescripteur référent,
le nom du confrère qui a accepté de prendre le relai.

- Fournir un minimum d'éléments cliniques sur le patient.

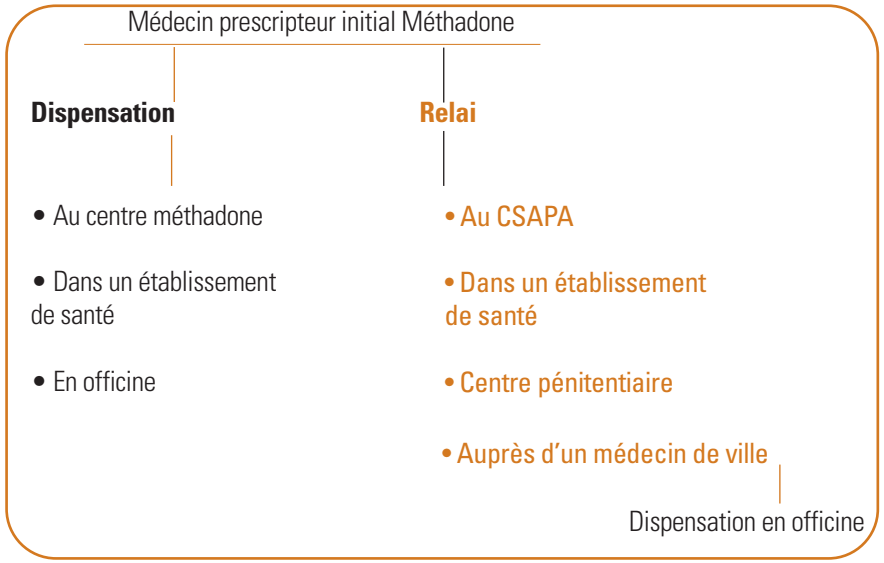
Si relai vers un médecin de ville :

- Faire une prescription initiale qui doit intégrer :

les données de la prescription normale
le nom, le prénom, le sexe, l'âge et l'adresse du patient,
le nom, le prénom, l'adresse du médecin-relai,
le nom et l'adresse de la pharmacie dispensatrice.

- Le médecin et la pharmacie désignés par le patient doivent préalablement être contactés pour :

obtenir leur accord de principe,
fournir les précisions sur la situation du patient.



Si relai par un médecin généraliste et dispensation par une officine de ville :

- Prescription en relai par le médecin de ville s'il dispose d'une ordonnance initiale
- Délivrance par le pharmacien d'officine si le patient présente :

l'ordonnance initiale,
l'ordonnance établie par le médecin-relai

- En cas de changement de médecin ou de pharmacien, refaire une ordonnance initiale dans un centre spécialisé ou par un praticien hospitalier (hors services d'urgence)

Exmple d'ordonnance
À renouveler lors du changement de pharmacie ou de médecin prescripteur

identification prescripteur **date**
adresse
numéro RPPS

Ordonnance initiale de relais de traitement par chlorhydrate de méthadone pour
nom, prénom, âge et adresse du patient

nom de la spécialité et dosage en toutes lettres
ex : *Sirop de Chlorhydrate de méthadone à quatre-vingt-cinq milligrammes par jour. Soit deux flacons à quarante milligrammes et un flacon à cinq milligrammes chaque jour.*

Identification médecin relais
ex : *Prescription relais par le Docteur ZIG 80 rue Brasserie 87000 Limoges*

nom de la pharmacie et adresse
ex : *Dispensation hebdomadaire par la pharmacie La Croix Verte, rue de la Santé 87000 Limoges*

signature prescripteur **tampon**

3. la préparation à la sortie

4 Les modalités de coordination des soins en addictologie en détention

Ce que prévoient les textes 48
Préconisations 49
• Une coopération de proximité avec la justice
• Les instances de coordination et d'évaluation

ce que prévoient les textes

Instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention (extraits) :

➔ La fonction de pilotage qui associe différents types de professionnels doit être assurée par un acteur identifié au sein de l'établissement pénitentiaire. Compte-tenu du rôle du personnel de l'UCSA à chacun des stades de prise en charge de la personne détenue, il est proposé que ce soit une personne exerçant à l'UCSA (médecin, infirmier, etc.) qui assure cette fonction. Cependant cette fonction peut être confiée par convention à une personne du service assurant les soins psychiatriques dans l'établissement pénitentiaire ou du SMPR quand il existe.
➔ Un protocole organisationnel local est élaboré sous la responsabilité de la personne désignée et présenté dans le comité de coordination de l'établissement pénitentiaire. Ce protocole fera l'objet d'une validation de la part du directeur de l'Agence régionale de santé.
➔ Un rapport annuel exposera l'activité réalisée dans le cadre de cette organisation, notamment sur la base d'indicateurs. Ces indicateurs permettront également le suivi et l'évaluation de l'application de la circulaire par le directeur général de la santé et le directeur général de l'offre de soins
➔ Indicateurs de suivi et de la réalisation :
• existence d'un bilan addictologique systématique pour chaque entrant (mention dans dossier médical) ;
• existence d'un protocole local ;
• nomination de la personne coordinatrice (mention dans le protocole) ;
• nomination du CSAPA référent (mention dans le protocole) ;
• réalisation d'au moins deux réunions d'information, de coordination et de suivi de la mise en œuvre du protocole où toutes les structures parties prenantes seront représentées.

Circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire placées sous main de justice (extraits) :

➔ La qualité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues repose sur une dynamique partenariale entre les acteurs concernés du monde de la santé et de la justice.
➔ Ce partenariat, indispensable pour un bon fonctionnement, doit pouvoir s'instaurer en dépassant les clivages issus de cultures et d'approches différentes et dans le respect des domaines de compétences et des cadres professionnels de chacun.
➔ Le guide méthodologique décline des outils à mettre en œuvre pouvant soutenir ce partenariat : outils de communication au travers de diverses commissions, de contractualisation sur des sujets comme la prise en charge des addictions.
➔ Le protocole, document destiné à encadrer le fonctionnement des unités sanitaires au sein des établissements pénitentiaires, constitue le cadre formel de ce partenariat définissant les responsabilités des acteurs.

Circulaire interministérielle du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) et au partage d'informations opérationnelles entre les professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse :

➔ Le partage d'informations est organisé dans le cadre de procédures et d'outils formalisés au sein des commissions telles que la CPU, la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire, lorsque l'établissement accueille des personnes mineures, ou la commission santé.
➔ La consultation de la CPU est obligatoire pour l'examen des parcours d'exécution de peine (PEP) des personnes condamnées et facultative pour toute autre situation la justifiant.
➔ Elle a pour objectif une connaissance partagée de la situation globale d'une personne détenue tout au long de son parcours de détention. Dans les établissements accueillant des personnes mineures, cet objectif est dévolu à la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire à laquelle participe le service de la PJJ dans la mesure où l'accompagnement éducatif concerne également l'accès aux soins.
➔ Les professionnels de santé - représentants des équipes soignantes de l'UCSA ou du SMPR désigné par l'établissement de santé de rattachement - sont invités à y participer en fonction de l'ordre du jour et apportent des éléments permettant une prise en charge plus adaptée des patients détenus grâce à une meilleure articulation entre les professionnels, dans le respect du secret médical.
➔ Suivant le principe du partage d'informations au sein de ces instances, ils peuvent également être destinataires d'informations de la part des autres professionnels présents et qui seront utiles à la prise en charge thérapeutique de leurs patients dans les conditions prévues par le tableau joint à la présente.

préconisations

UNE COOPERATION DE PROXIMITE AVEC LA JUSTICE

Projet thérapeutique et projet de sortie sont à distinguer l'un de l'autre. Le projet thérapeutique n'est pas en soi le moyen de faciliter la sortie mais permet que le projet de sortie soit accompagné d'une continuité des soins dans des conditions favorables. L'articulation entre ces deux projets est donc nécessaire.
Des temps d'échanges entre les professionnels du soin et les professionnels de la justice sont préconisés afin que les personnes détenues puissent bénéficier d'un projet de sortie / d'aménagement de peine qui prenne en compte le projet thérapeutique. Ces temps d'échanges existent le plus souvent de manière informelle mais doivent être formalisés s'ils permettent une meilleure coopération. Cette formalisation est support d'échanges, de débats, d'ajustements, d'évaluation des pratiques, d'une meilleure connaissance des champs de compétences de chacun.

LES INSTANCES DE COORDINATION ET D'ÉVALUATION

NIVEAU NATIONAL

Le comité interministériel santé-justice
Rôle
• Examine toute question relative à la prévention, à l'organisation des soins, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale, à la protection des PPSMJ* ; aux conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire dans les établissements pénitentiaires.
• Veille à la mise en œuvre des orientations, à la concertation et à l'évaluation du dispositif de soins et de prévention.
Membres
Directeurs d'administration centrale du ministère de la justice (DAP, DPJJ, DACG) et du ministère chargé de la santé (DGS, DGOS, DGCS, DSS)

NIVEAU RÉGIONAL

La commission régionale santé-justice
Au moins une fois par an.
Rôle
• Examine toute question relative à la protection sociale, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des PPSMJ (mineurs et majeurs), à la prise en charge en amont et en aval de l'incarcération en lien avec les procédures judiciaires, à la protection et à l'amélioration de la santé des mineurs sous protection judiciaire.
• Veille à la mise en œuvre des orientations fixées par le comité interministériel/ niveau national, s'assure de la coordination et de la bonne information des services et des partenaires compétents.
Membres
Directeur général de l'ARS (président), Préfet de région, chef de cours d'appel, procureurs généraux, directeur interrégional des services pénitentiaires, directeur interrégional de la PJJ.
Selon l'ordre du jour : toute personne ou structure qualifiée par sa compétence ou en raison de ses fonctions.

Réseau régional des professionnels en santé mentale
Coordination (inter)régionale entre SMPR et DSP
Rôle
• Coopération avec les secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire et infanto-juvénile et articulation avec les UHSA (sur l'évaluation de situations cliniques, l'élaboration de cadres thérapeutiques sur des populations particulières, la continuité des soins, l'échange de pratiques professionnelles…).
• Élaboration d'un projet d'organisation régionale des soins,
• Rôle d'interface avec les autorités de tutelle.
• Mise en place de formations au niveau régional, formation initiale et formation continue.
Membres
SMPR et DSP d'une même région.

NIVEAU LOCAL POUR CHAQUE ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

Le conseil d'évaluation
Rôle
• Chargé d'évaluer les conditions de fonctionnement de l'établissement pénitentiaire et de proposer toutes mesures de nature à les améliorer.
• Communique au Ministère de la Justice les observations, critiques qu'il juge nécessaires.
Membres
Représentant de l'ARS, présidé par le préfet du département.
Sont informés et si besoin entendus : directeurs des établissements sanitaires, représentants des unités sanitaires.

… / …

* Personne placée sous main de justice

Le comité de coordination

Au moins une fois par an.

Rôle

• Organe de concertation établi entre le ou les établissements de santé concernés et l'établissement pénitentiaire. La concertation porte sur les conditions d'application du protocole de prévention et de prise en charge sanitaire au sein de l'établissement.

• Est convoqué pour la présentation du rapport annuel d'activité par l'établissement de santé.

Membres : représentant de l'ARS, signataires du protocole, chef de service de rattachement et médecin responsable de l'unité sanitaire, chef de service du SMPR ou du dispositif en charge des soins psychiatriques, directeur du SPIP, directeur territorial de la PJJ.

Sont informés et si besoin entendus : directeurs des établissements sanitaires, responsables des équipes chargées des prises en charge somatiques et psychiatriques.

➔ **Préconisations**

Au regard de la prévalence des addictions en milieu carcéral, il peut être pertinent de favoriser l'implication des directeurs des CSAPA référents, dans une fonction d'appui.

Ceux-ci pourraient se charger de transmettre les informations émanant de l'ensemble des acteurs de la prise en charge des addictions, en lien avec le Dispositif de Soins Somatiques.

La commission pluridisciplinaire unique (CPU)

Au moins une fois par semaine.

Rôle

• Examen du parcours d'exécution de la peine, des nouveaux arrivants en détention et des sortants, affectation des détenus en cellules.

L'objectif est une connaissance partagée de la situation globale du détenu tout au long de son parcours de détention.

Membres

Chef d'établissement, directeur du SPIP, responsable du secteur de détention, représentant du service social, du service de la formation professionnelle, du service d'enseignement.

En fonction de l'ordre du jour : psychologue en charge du parcours d'exécution de la peine, un membre de la PJJ, représentant des équipes soignantes (DSS et/ou DSP).

➔ **Préconisations**

Plus que la participation des soignants à la CPU, il s'agit de promouvoir des instances de concertation tournées autour du projet de soins et de sortie, dans lesquelles sont échangées des informations utiles à la prise en charge, dans le respect déontologique du secret médical et avec l'accord préalable de la personne détenue.

La commission santé

Une fois par an.

Rôle

• Élabore des procédures et des outils formalisés visant à la coordination et à l'information réciproque. Son activité doit permettre l'information des différents professionnels sur leurs compétences et leurs limites d'intervention.

• Elle doit favoriser la mobilisation des services sur la prévention du suicide et les autres actions de prévention et de promotion pour la santé.

Membres

Médecin coordonnateur, chef d'établissement, représentants des équipes soignantes (somatiques et psychiatriques), des services pénitentiaires, PJJ et Éducation nationale (si l'établissement accueille des mineurs).

La réunion de l'équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge des mineurs

Au moins une fois par semaine.

Rôle

Assure la coopération entre les différents professionnels et le suivi individuel des mineurs sous écrou.

Membres

Chef d'établissement, représentant du personnel de surveillance, représentant du secteur public de la PJJ, représentant de l'Éducation nationale.

En fonction de l'ordre du jour : représentant des services de santé, représentant du SPIP ou tout autre intervenant dans la prise en charge des mineurs détenus.

La commission de suivi des UHSA

Au moins une fois par an.

Rôle

• Examine le fonctionnement de l'UHSA dans les interactions entre les services hospitaliers, les services pénitentiaires, les services de la PJJ, les missions dévolues au préfet.

Membres

Préfet du département (président), directeur général de l'ARS, directeur interrégional des SPIP, de la PJJ, directeur de l'établissement de santé siège de l'UHSA, chef de l'établissement pénitentiaire dont relèvent les personnels affectés à l'UHSA, directeur du SPIP du département d'implantation de l'UHSA, responsable médical de l'UHSA, représentants des établissements de santé concernés (sièges d'unités sanitaires), représentants des établissements pénitentiaires concernés.

La commission de suivi des UHSI

Au moins une fois par an.

Rôle

• Examine le fonctionnement de l'UHSI *via* la présentation du rapport annuel d'activité. Lieu privilégié d'échanges entre les différents partenaires Santé/Justice.

Membres

Directeur général de l'ARS (président), directeur interrégional des services pénitentiaires, de la PJJ, directeur de l'établissement de santé siège de l'UHSI, chef de l'établissement pénitentiaire dont relèvent les personnels pénitentiaires affectés à l'UHSI, directeur du SPIP du département d'implantation de l'UHSI, responsable médical de l'UHSI, représentants des établissements de santé concernés (sièges d'unités sanitaires), représentants des établissements pénitentiaires concernés.

Source : Guide relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de Justice, Ministère de la Justice, 2012.

conclusion

Détenus, patients, usagers, malades. Ces termes désignent les mêmes individus mais renvoient à différents lieux et reflètent la diversité des points de vue des acteurs impliqués. Les soins dont ils ont besoin et qui leur sont prodigués sont un élément clé de la prévention de la rechute, ils contribuent donc à une meilleure réinsertion.

L'enfermement représente un lieu et un temps à part pour la personne détenue. L'incarcération et la durée de la peine doivent pourtant se concevoir comme une étape entre un avant et un après. En matière de soin, le temps carcéral doit permettre de répondre aux besoins des patients aussi bien qu'en milieu ouvert, parfois mieux.

Cette articulation entre ce que nous appellerons le temps d'avant puis le temps d'après – qui nécessite encore notre attention – est indispensable pour la continuité des soins. Elle l'est également pour que le travail de chacun garde son sens lorsque le statut de la personne change.

Ce guide, destiné aux acteurs du soin exerçant dans et hors de la prison, devrait les aider à mieux cerner les compétences et les contraintes de chacun de manière à construire une collaboration aussi efficace que possible. Les vignettes cliniques ne peuvent évidemment illustrer la diversité des situations. Chacun les déclinera donc selon la réalité du terrain, adaptera ses procédures, tissera ses liens et construira des partenariats avec les acteurs locaux.

Nous avons ainsi voulu apporter quelques éclairages, proposer des pistes de réflexion, présenter des exemples de réussite et de pratiques afin de pousser chacun à sortir de son seul champ d'intervention et oser aller plus loin dans l'élaboration de cette collaboration.

Nous espérons que ce guide contribuera à remplir cet objectif et que chaque professionnel viendra l'enrichir de ses propres expériences.

Fadi Meroueh, *Vice-Président de l'APSEP,*
Patrick Veteau, *Administrateur de la Fédération Addiction, référent du groupe Santé/Justice*

annexe générale : une méthodologie participative au service de l'évolution d'un réseau

Pour mettre en œuvre cette réflexion sur la continuité des soins des personnes détenues, la Fédération Addiction a choisi une méthodologie participative permettant aux adhérents du réseau d'être à la fois acteurs et bénéficiaires de l'ensemble de la démarche et de ses apports. À partir des hypothèses de départ et des objectifs fixés, la parole et l'expérience des professionnels du milieu carcéral ont été recueillies selon différentes modalités et *via* l'organisation de journées régionales d'échanges.

Constitution du groupe projet

L'année 2010 a été consacrée à la constitution d'un groupe projet pluridisciplinaire et représentatif des professionnels du milieu carcéral. Les membres de la commission santé-justice de l'ANITEA-F3A, les adhérents du réseau ainsi que les professionnels travaillant en milieu carcéral ont été sollicités.
La composition du groupe projet est la suivante :

Laëtitia Augereau, Éducatrice spécialisée,
CSAPA APS Contact, Provins (77),
Île-de-France

Christine Bartoli-Petit, Chef de service éducatif,
CSAPA Arc-en-Ciel, Montpellier (34),
Languedoc-Roussillon

Françoise Boisot, Médecin chef,
SMPR Bois d'Arcy (78),
Île-de-France

Christelle Bonnaire, Psychologue
CSAPA Aurore, Gagny (93)
Île-de-France

Nathalie Chalmeau, Éducatrice spécialisée
SMPR Fresnes (94)
Île-de-France

Véronique Cousin, Psychologue (APAC)
CSAPA Maison d'arrêt, Lille (59)
Nord-Pas-de-Calais

Gwenaële Duval, Psychologue clinicienne
CSAPA Villeparisis, Melun (77)
Île-de-France

Patrick Fasseur, Psychiatre
Centre Hospitalier, La Rochelle (17)
Poitou-Charentes

Fatima Hadj-Slimane, Psychologue
CSAPA Nord 92, Centre Victor Segalen, Clichy (92)
Île-de-France

Fadi Meroueh, Médecin (APSEP)
US Villeneuve-lès-Maguelone (34)
Languedoc-Roussillon

Jeannie Noah-Alili, Directrice pénitentiaire d'insertion et de probation
DISP Oise, Beauvais (60)
Picardie

Cyril Poisson, Psychologue
CSAPA La Croisée, Épinal (88)
Lorraine

Giovanna Poppa, Chef de service
CSAPA La Santoline (SEDAP), Dijon (21)
Bourgogne

Philippe Rossard, Chef de service éducatif (APAC)
CSAPA Maison d'arrêt- Bordeaux (33)
Aquitaine

Jean-Jacques Santucci, Directeur
AMPTA, Marseille (13)
PACA

Patrick Veteau, Directeur
ATRE, Lille (59)
Nord-Pas-de-Calais

Marie-Stéphane Vittrant, Responsable formation
DISP- Paris (75)
Île-de-France

Benoît Vrignaud, Psychologue
ELSA Centre hospitalier psychiatrique, Amiens (80)
Picardie

Patrick Veteau, administrateur de la Fédération Addiction, est le référent de ce groupe.
Le groupe projet s'est réuni quatre fois par an de 2010 à 2013. En lien avec le conseil d'administration de la

Fédération Addiction et avec les chargées de projet (Emma Tarlevé puis Marine Gaubert à partir d'octobre 2013), le groupe a accompagné les différentes étapes du projet. Il a nourri les réflexions et débats en apportant son expérience et son expertise et a ainsi contribué à la rédaction de ce guide.

Méthodologie

Étape 1 Identification de la problématique (novembre 2010-novembre 2011)

Le groupe projet s'est réuni afin de recueillir et de partager les données existantes *via* les textes réglementaires, le corpus théorique et les différentes études réalisées sur le sujet. Un questionnaire de recueil de données a par la suite été élaboré et soumis à la Direction Générale de la Santé.

Étape 2 Recueil, échange de pratiques et analyse de données (décembre 2011-décembre 2012)

L'enquête par questionnaire a eu pour objectif de recueillir des premiers éléments sur l'organisation des soins en addictologie pour les personnes détenues tout au long de leur parcours de détention.
Les modalités de coopération et de concertation entre les différents acteurs du milieu carcéral ont également été interrogées. Le questionnaire a été envoyé à chacune des différentes structures des 191 établissements pénitentiaires de la métropole (unités sanitaires, CSAPA internes, externes, ELSA, CAARUD, etc).

L'hypothèse a été faite que les différents dispositifs/services n'avaient pas les mêmes pratiques ni les mêmes représentations de l'organisation de la prise en charge des addictions, y compris parfois dans un même établissement pénitentiaire.

Le questionnaire a été diffusé en décembre 2011 par mail aux unités sanitaires *via* l'APSEP ; la Fédération Addiction ayant relayé l'enquête par mail et courrier à ses adhérents et contacts concernés.

Les résultats ont été présentés et commentés lors de la réunion du groupe projet en mars 2012.

Au total, 154 questionnaires ont été retournés, représentant 109 établissements pénitentiaires sur 191 (soit un taux de représentation de 57%). 40% des questionnaires ont été retournés par des intervenants de l'*intra-muros*, et 60% du milieu ouvert.

Parallèlement, une journée régionale en Franche-Comté (à Besançon, le 20 janvier 2011) ainsi qu'une journée en région Centre (Orléans) ont été organisées afin d'échanger autour du thème de l'articulation des soins entre les dispositifs sanitaires de l'*intra* et de l'*extra-muros*.

Étape 3 Partage des constats, échanges de pratiques, débats en régions - rédaction du guide (mars 2012- avril 2014)

Les résultats de l'enquête ont ensuite été partagés lors de 6 journées régionales, organisées chacune en lien avec les Unions régionales de la Fédération Addiction. Ces journées ont réuni entre 30 et 110 participants :

- Journée régionale Nord-Pas-de-Calais (Lille) le 26 septembre 2012.
- Journée régionale Languedoc-Roussillon (Montpellier) le 8 octobre 2012.
- Participation à la journée organisée par le Dispositif d'Appui Rhône-Alpes Addictions (D.A.R.A.A) le 5 décembre 2012 à Lyon.
- Journée régionale Rhône-Alpes à Lyon le 5 juin 2013.
- Journée régionale Provence-Alpes-Côte d'Azur à Marseille le 18 novembre 2013.
- Journée régionale Ile-de-France organisée à Paris le 27 novembre 2013.

Par ailleurs, la réflexion sur la continuité des soins des personnes détenues a été alimentée par les contributions de l'Union régionale Aquitaine et du GRRITA qui ont mené un projet complémentaire et de proximité sur le territoire régional avec le soutien de l'ARS Aquitaine. Plusieurs journées ont été organisées en région Aquitaine afin d'élaborer des protocoles et outils pour améliorer la coopération entre acteurs du milieu carcéral :

- Journée dans le Lot à Agen le 26 avril 2013.
- Journée en Gironde à Bordeaux le 15 mai 2013.
- Journée dans les Pyrénées-Atlantiques à Bayonne le 22 mai 2013.
- Journée dans les Landes à Mont-de-Marsan le 27 juin 2013.
- Journée de restitution et de synthèse à Bordeaux le 10 décembre 2013.

Ces protocoles ont été repris dans le guide.
De plus, l'articulation entre les professionnels de santé de la prison et du milieu ouvert a fait l'objet de trois ateliers thématiques lors des Journées Nationales de la Fédération Addiction de Toulouse (*Addiction et précarité*, 7-8 juin 2012), de Besançon (*Aller vers. Prévention, soins, réduction des risques : les nouvelles alliances*,13-14 juin 2013). et de Nantes (*La rencontre, de la guerre à la drogue à la régulation des addictions : travailler et agir ensemble*, 12-13 juin 2014).
Ces journées riches en échanges ont permis aux professionnels de santé de l'*intra* et de l'*extra-muros* de réfléchir aux pistes d'amélioration de la continuité des soins des personnes détenues. Les apports de ces journées sont utilisés et repris dans le guide.

glossaire

ACT Appartement de Coordination Thérapeutique

AME Aide médicale d'Etat

ANITEA Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie

APAC Association des Professionnels des Addictions en milieu Carcéral

APSEP Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison

ARE Allocation de Retour à l'Emploi

ARS Agence Régionale de Santé

ATA Allocation Temporaire d'Attente

CAARUD Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CAF Caisse d'Allocations Familiales

CAUT Centre d'Accueil d'Urgence et de Transition

CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CIP Conseiller pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CMU/CMU-C Couverture Maladie Universelle/ Couverture Maladie Universelle-Complémentaire

CNI Carte Nationale d'Identité

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPU Commission Pluridisciplinaire Unique

CSAPA Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CT Communauté Thérapeutique

CTR Centre Thérapeutique Résidentiel

DSP Dispositif de Soins Psychiatriques

DSS Dispositif de Soins Somatiques

ELSA Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie

F3A Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie

GRRITA Groupe Régional de Recherche et de Réflexion des Intervenants en Toxicomanie et en Addictologie d'Aquitaine.

MILDECA Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Conduites Addictives

PJJ Protection Judiciaire de la Jeunesse

RPS Réduction de Peine Supplémentaire

RSA Revenu de Solidarité Active

SIAO Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SMPR Service Médico-Psychiatrique Régional

SPIP Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

TSO Traitement de Substitution aux Opiacés

UCSA Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UHSA Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

bibliographie

BRILLET Emmanuel, « Les conduites addictives et leur prise en charge au miroir de l'expérience carcérale : un éclairage au féminin », Direction de l'administration pénitentiaire, *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n°26, octobre 2008.

COLAS-BUCCO Delphine, « La réinsertion des femmes à la sortie de prison : un processus de re-construction », *Revue d'Étude Politique des Assistants Parlementaires,* n°3, 2008.

DE BEAUREPAIRE Christiane, « À propos de la prévention de la dangerosité psychiatrique chez les sortants de prison : intérêt d'une consultation extra-pénitentiaire », *Perspectives Psy,* vol.44, mars 2005 p223.

DELILE Jean-Michel, « Addictions, délinquance et violence », Colloque Santé/Justice, 2èmes Journées Internationales de la recherche en milieu pénitentiaire, ENAP-EHESP, Agen, 2012.

Enquête DREES, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », Études et résultats n°386, mars 2005.

FALISSARD Bruno, **ROUILLON** Frédéric et al, « Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison », Enquête CEMKA-EVAL, BMC Psychiatry, 2006.

GUERIN Geneviève, « La santé en prison », *Actualité et dossier en santé publique* n°44, Haut Conseil de la Santé Publique, La documentation française, septembre 2003.

Guide « Pratiques professionnelles autour des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA », Fédération Addiction, 2010.

Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral, Ministère des affaires sociales et de la santé/MILDECA, 2011.

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, Ministère de la Justice, 2012.

Guide Pratique(s portant sur les « Consultations Jeunes Consommateurs », Fédération Addiction, 2012.

Guide Pratique(s sur les soins résidentiels collectifs, Fédération Addiction, 2013.

INSERM, « Réduction des risques chez les usagers de drogues. Expertise collective », Instituts thématiques, 2010.

MICHEL Laurent, « Toxicomanies et comorbidités psychiatriques : état des lieux en prison », *Le Flyer HS* n°2, vol 2, septembre 2004.

MICHEL Laurent, « Addictions aux substances psychoactives illicites-polytoxicomanies », Annales Médico Psychologiques 164, 2006.

MOUQUET Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003, Études et Résultats », *Drees* n°386, mars 2005, pp5-6.

OBRADOVIC Ivana, «Mesures d'accueil des sortants de prison, synthèse du *focus group* », Note 2014-6 à l'attention de la MILDECA et de la DGS OFDT, 24 avril 2014 ; http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiou4.pdf

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice, 2010.

ROSSARD et al, « 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 ; avril-mai-juin 2012.

Rapport de la Cour des comptes, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale », décembre 2011.

Rapport d'enquête « Addictions et milieu carcéral. Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et de l'extra-muros », Fédération Addiction, décembre 2012.

Site de l'association « Parcours de femmes » (Lille) œuvrant pour l'accompagnement et l'aide à la réinsertion des femmes placées sous main de justice ; http://parcoursdefemmes.free.fr

fédération addiction
prévenir - réduire les risques - soigner

9 rue des Bluets 75011 Paris
contact 01 43 43 72 38
Liste des unions régionales
sur **www.federationaddiction.fr**

APSEP

CHU de Nantes - Immeuble Deubroucq
5 allée de l'Île Gloriette
44093 Nantes Cedex
www.sante-prison.net

Rédaction : Marine Gaubert, Emma Tarlevé

Conception graphique Carole Peclers
Impression La Petite Presse, Le Havre, Seine-Maritime, Haute-Normandie
achevé d'imprimer octobre 2014

fédération addiction
prévenir - réduire les risques - soigner
APSEP

Pratique(s