

# LES DISPOSITIFS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN ET A LA SORTIE DE PRISON EN BASSE-NORMANDIE





## REALISATION

Pascale DESPRES, directrice de l'ORS de Basse-Normandie

Julie MOLETTE, chargée de mission du Comité régional de coordination de l'observation médico-sociale, sociale et sanitaire (CRCOM3S)

*Avec la collaboration de l'équipe de l'ORS de Basse-Normandie.*

*Et sous le pilotage du Conseil scientifique de l'ORS de Basse-Normandie :*

Dr Lydia GUITTET	Docteur en santé publique, Pôle santé des populations du Centre hospitalo-universitaire de Caen
Dr André FLACHS	Médecin généraliste retraité
Dr Maryvonne GOURNAY	Médecin inspecteur régional du travail retraité
Jean-Pierre KETTERER	Directeur de l'URCAM retraité
Dr Marie-Thérèse VALLA-LEQUEUX	Pédiatre - pédopsychiatre retraitée

*Ont également participé à la validation de cette étude :*

Julie LEROI de la Région Basse-Normandie

Valérie PONDAVEN de la Direction interrégionale des services pénitentiaires de Bretagne, Pays de la Loire et Basse-Normandie.

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les services pénitentiaires, de santé et de la Région qui ont facilité ou contribué à ce travail.



## LISTE DES SIGLES

ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie
AP	Administration pénitentiaire
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues
CAP	Commission d'application des peines
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie (ex-CHAA)
CD	Centre de détention
CH	Centre hospitalier
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMP	Centre médico-psychologique
CP	Centre pénitentiaire
CPU	Commission pluridisciplinaire unique
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre spécialisé de soins pour toxicomanes
DDASS	Direction/eur départemental(e) des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	Direction/eur régional(e) des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DISP	Direction/eur interrégional(e) des services pénitentiaires
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
JAP	Juge d'application des peines
LSD	Acide lysergique diéthylamide
MA	Maison d'arrêt
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MRIICE	Mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OIP	Observatoire international des prisons
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PPR	Programme de prévention des récidives
PRAPS	Programme d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité
PRS	Programme régional de santé
SMPR	Service médico-psychologique régional hospitalier
SPAD	Système portable d'analyse de données
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
TGI	Tribunal de grande instance
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires



## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>ELEMENTS DE CADRAGE</b>	<b>2</b>
QUELQUES DEFINITIONS	2
SANTE EN PRISON, LES ACTEURS PENITENTIAIRES ET SANITAIRES	3
ADDICTIONS EN MILIEU CARCERAL, LES CHIFFRES BAS-NORMANDS	7
<b>LES GRANDES ORIENTATIONS DES POLITIQUES PUBLIQUES</b>	<b>8</b>
LA LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS	8
ADDICTIONS EN PRISON, CINQ OBJECTIFS NATIONAUX	11
<b>METHODOLOGIE</b>	<b>13</b>
LE CHAMP DE L'ETUDE	13
LES OBJECTIFS	14
LA METHODE	15
<b>ETAT DES LIEUX DES DISPOSITIFS</b>	<b>16</b>
LE REPERAGE DES ADDICTIONS OU CONSOMMATIONS ABUSIVES	16
LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	22
LA PREVENTION ET L'EDUCATION POUR LA SANTE	33
LA PREPARATION DE LA SORTIE	36
<b>APPRECIATIONS ET ATTENTES DES ACTEURS MOBILISES</b>	<b>38</b>
DES OBSERVATIONS SPECIFIQUES	38
DES OBSERVATIONS ET DES ATTENTES PARTAGEES	41
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION</b>	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>45</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>47</b>



## INTRODUCTION

La Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) et la Région Basse-Normandie ont signé un protocole d'accord le 3 juillet 2007. La Région s'engage ainsi à soutenir les projets de prévention et d'éducation pour la santé autour des problématiques de suicide et de conduites addictives.

Dans ce cadre, un groupe de travail centré sur les questions de santé a été mis en place afin notamment de préciser les besoins en études complémentaires. Ainsi, en 2006, l'Observatoire régional de la santé (ORS) a conduit deux études :

- ♦ La santé des détenus âgés et/ou handicapés en Basse-Normandie (parue en 2007) ;
- ♦ La santé des entrants en prison en 2003<sup>1</sup>.

Cette dernière étude montre qu'en France, plus de 60% des entrants en prison présentent un problème lié à une consommation d'alcool et/ou de drogues nécessitant une prise en charge adaptée. Ils sont 31% à avoir une consommation excessive d'alcool, pourtant seuls 6% des nouveaux détenus se voient prescrire une consultation spécialisée à leur entrée en détention. De plus, 78% des détenus en France sont fumeurs.

Quant aux drogues illicites, un détenu sur trois déclare avoir consommé au moins un produit (cannabis, héroïne, morphine ou opium, cocaïne ou crack) de manière prolongée ou régulière au cours des 12 derniers mois.

Les constats posés au plan régional sont encore plus marqués.

Dans le cadre de sa convention annuelle avec la Région Basse-Normandie, l'ORS a donc été chargé de réaliser un état des lieux des dispositifs de prévention et de prise en charge des addictions en prison et lors de la préparation de la sortie.

Les addictions prises en compte dans le champ de cette étude sont celles aux produits psychoactifs dont la consommation, licite ou illicite, peut entraîner une dépendance, nécessiter une prise en charge en cas de sevrage, modifier le comportement et/ou avoir des conséquences graves sur la santé : alcool, tabac, drogues illicites, traitements de substitution, médicaments psychotropes.

Ce travail porte sur les 5 établissements pénitentiaires de la région Basse-Normandie<sup>2</sup>, à savoir :

- le centre pénitentiaire de Caen qui contient un quartier de maison d'arrêt et un centre de détention pour des longues peines ;
- la maison d'arrêt de Caen ;
- la maison d'arrêt de Coutances ;
- la maison d'arrêt de Cherbourg ;
- le centre de détention d'Argentan.

---

<sup>1</sup> Exploitation régionale d'une enquête pilotée au plan national par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES

<sup>2</sup> La maison d'arrêt d'Alençon, fermée le 9 janvier 2010, n'entre pas dans le champ de cette étude.

## QUELQUES DEFINITIONS

---

### **Personnes placées sous main de justice**

Un peu plus de 1 600 personnes sont incarcérées (ou détenues) dans l'un des cinq établissements pénitentiaires bas-normands. Elles ne forment qu'une partie de la population des personnes placées sous main de justice qui comprend également les personnes condamnées en milieu ouvert (travail d'intérêt général...) ou bénéficiant d'un aménagement de peine.

### **Prévenu**

Personne poursuivie pour une contravention ou un délit et qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

### **Condamné**

Personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive.

### **Entrant venant de l'état de liberté**

Personne prévenue ou condamnée arrivant dans un établissement pénitentiaire en provenance du milieu libre et pas d'un autre établissement pénitentiaire.

### **Maison d'arrêt**

Etablissement pénitentiaire qui reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

### **Centre de détention**

Etablissement pénitentiaire qui reçoit les condamnés considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures, d'où un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

### **Maison centrale**

Etablissement pénitentiaire qui reçoit les condamnés les plus difficiles, d'où un régime de détention essentiellement axé sur la sécurité.

### **Centre pénitentiaire**

Etablissement pénitentiaire qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt et centre de détention par exemple).

### **Aménagements de peine**

Six mesures d'aménagement de peine sont possibles :

1. Le fractionnement et la suspension de peine ;
2. La permission de sortir (la personne détenue peut s'absenter de l'établissement pénitentiaire pendant un temps qui s'impute sur la durée de la peine) ;
3. Le placement à l'extérieur sans surveillance (régime de détention aménagé) ;
4. La semi-liberté (pour une personne condamnée à une peine inférieure ou égale à 1 an) ;
5. Le placement sous surveillance électronique (réservé aux condamnés à des peines inférieures ou égales à 1 an ou dont le reliquat n'excède pas 1 an) ;
6. La libération conditionnelle (suspension de l'exécution de la peine privative de liberté assortie de mesures d'aide et de contrôle).

## LES SERVICES DE SANTE EN DETENTION

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues<sup>3</sup> vient préciser l'organisation souhaitée de ces services.

### *Les soins somatiques et la prévention*

Ces soins sont à la charge d'un établissement public de santé depuis la loi du 18 janvier 1994. Les prisons signent dès lors un protocole d'accord avec l'établissement public de santé le plus proche de chez elles. Une structure hospitalière (sans lits d'hospitalisation) est détachée en milieu carcéral et prend le nom d'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA). Le protocole définit :

- Les conditions de fonctionnement de l'UCSA : unité composée d'une équipe pluridisciplinaire, disposant d'équipements médicaux et non médicaux et localisée en détention ;
- Les obligations respectives de l'établissement de santé et de l'établissement pénitentiaire.

Dans le cadre de l'UCSA, l'établissement de santé assure des soins de médecine générale (soins médicaux et infirmiers), des soins dentaires, des consultations spécialisées et organise la réponse médicale aux urgences. Ces unités ont commencé à fonctionner en 1995 dans les maisons d'arrêt de Caen, Cherbourg, Coutances, Alençon, au centre pénitentiaire de Caen et à partir de 2001, au centre de détention d'Argentan.

L'UCSA est en charge de l'examen médical approfondi d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté. Cet examen doit avoir lieu dans les plus brefs délais, avec le consentement de la personne détenue. Il vise à *« déceler toute affection contagieuse ou évolutive, à mettre en œuvre toute mesure thérapeutique appropriée, notamment à l'égard des personnes présentant des conduites addictives et à assurer la continuité des soins pour les personnes déjà sous traitement. »*

L'UCSA est ainsi en charge *« de contrôler l'état vaccinal, de proposer une consultation spécialisée, si nécessaire, notamment en cas de troubles psychiatriques ou psychologiques, de conduites addictives ou de risques suicidaires. »*

Les produits pharmaceutiques sont fournis et dispensés sous la responsabilité du pharmacien assurant la gérance de la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé, y compris au titre de la psychiatrie. Le personnel infirmier de l'UCSA dispense les soins relevant de son rôle propre et administre les médicaments sur prescription médicale.

La préparation du suivi après la libération relève également de ce dispositif, tout comme les éventuelles hospitalisations nécessaires, l'établissement pénitentiaire étant en charge de l'extraction de la personne détenue. D'une manière générale : *« Lorsque les examens ou les soins requis ne peuvent être délivrés en milieu pénitentiaire, il appartient à l'établissement de santé signataire du protocole d'organiser la prise en charge sanitaire de la personne détenue, qu'il s'agisse de consultations, d'examens spécialisés ou d'hospitalisation. Selon les cas, il a un rôle d'accueil et/ou d'orientation. »*

---

<sup>3</sup> Publié en septembre 2004 et actualisé par la circulaire N° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

En matière de prévention, l'établissement de santé est chargé de coordonner les actions de dépistage et d'élaborer, en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la direction de l'établissement pénitentiaire et d'autres partenaires, un programme d'actions d'éducation pour la santé.

## ***La santé mentale***

La prise en charge de la santé mentale relève du service public hospitalier<sup>4</sup> : « *Toutes les personnes détenues doivent bénéficier dans les premiers jours de l'incarcération d'un entretien d'accueil avec un membre de l'équipe psychiatrique intervenant dans l'établissement pénitentiaire* », afin de permettre notamment le repérage précoce des troubles psychiques des entrants. En Basse-Normandie, elle repose :

- sur l'intervention, au sein de l'UCSA, de praticiens attachés à des structures hospitalières spécialisées : les Centres hospitaliers spécialisés de Caen, Picauville et Saint-Lô, le Centre psychothérapique de l'Orne à Alençon ;
- et sur le travail du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), implanté au Centre pénitentiaire de Caen.

L'organisation et le fonctionnement de ce dispositif reposent sur une organisation sectorielle spécifique, étroitement articulée avec les autres secteurs de psychiatrie.

### **Le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire**

Pour les établissements pourvus d'un Service médico-psychologique régional (SMPR), pivot de cette sectorisation<sup>5</sup> : Il est chargé de coordonner les prestations en santé mentale, de conseiller les équipes de psychiatrie générale et infanto-juvénile intervenant dans les établissements pénitentiaires.

*« Le SMPR constitue le lieu d'accueil pour des soins librement consentis, intensifs, en ambulatoire, à temps partiel mais aussi en hospitalisation pour les personnes détenues de l'ensemble des établissements pénitentiaires de son secteur. »*

Il est positionné dans des locaux spécifiques, si possible communiquant avec l'UCSA.

### **Les secteurs de psychiatrie générale**

Pour les établissements pénitentiaires dépourvus de SMPR ou d'antenne de SMPR (dans ce cas, les équipes du secteur interviennent dans les locaux des UCSA pour les consultations).

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile lorsque la population à prendre en charge le justifie.

D'une manière générale et particulièrement pour ce qui concerne la prise en charge des addictions, le guide préconise pour la mise en œuvre des prestations psychiatriques :

- une étroite collaboration des équipes compétentes avec celle de l'UCSA ;
- une articulation avec les partenaires sanitaires et sociaux extérieurs : centres spécialisés de soins aux toxicomanes(CSST), centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA)... ;
- un lien avec les personnels pénitentiaires des établissements et des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

---

<sup>4</sup> Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, instituant les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

<sup>5</sup> Chaque région pénitentiaire est couverte par au minimum un SMPR.

Le guide met ainsi en avant la nécessaire articulation entre les personnels des UCSA, ceux des SMPR ou ceux des équipes de psychiatrie intervenant en établissement pénitentiaire afin que puisse être assurée une prise en charge globale du patient.

A cette fin, plusieurs thèmes de travail sont identifiés : dossier médical commun ; prescription des médicaments ; étude en commun des cas difficiles ; mise en place du programme d'éducation à la santé ; participation aux réunions institutionnelles.

## LES SERVICES PENITENTIAIRES<sup>6</sup>

Attachée au Ministère de la Justice depuis 1911, l'administration pénitentiaire contribue à l'objectif général de sécurité publique en assumant deux missions :

1. surveiller les personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire ;
2. favoriser leur réinsertion sociale.

L'administration pénitentiaire prend en charge les personnes placées sous main de justice. Les mesures prononcées à leur égard interviennent avant ou après jugement et sont exécutées soit en milieu fermé, dans les prisons, soit en milieu ouvert (contrôle judiciaire, sursis avec mise à l'épreuve, travail d'intérêt général), avec ou sans enfermement préalable.

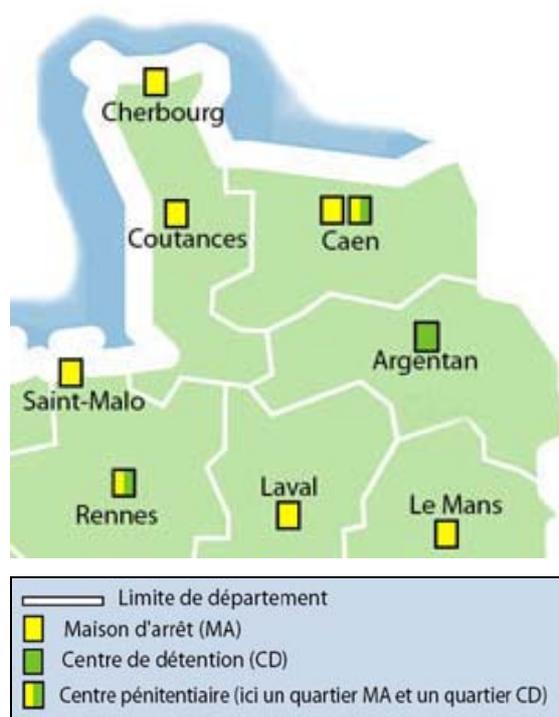
### *La Direction interrégionale des services pénitentiaires*

Basée à Rennes, la DISP contrôle et coordonne l'activité des établissements pénitentiaires bas-normands et des trois services pénitentiaires d'insertion et de probation placés sous son autorité.

### *Les établissements pénitentiaires*

Ils sont classés en 2 grandes catégories : les maisons d'arrêt et les établissements pour peine.

1. Les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas un an lors de leur condamnation définitive. La Basse-Normandie compte trois maisons d'arrêt à Caen, Coutances et Cherbourg-Octeville.
2. Les établissements pour peine regroupent les maisons centrales, les centres de détention, les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées, en fonction du type de population pénale accueillie.
  - Le seul centre de détention bas-normand est localisé en périphérie d'Argentan.
  - Les centres pénitentiaires, comme celui de Caen, sont des établissements mixtes, comprenant au moins deux quartiers différents.



Source : [www.annuaires.justice.gouv.fr](http://www.annuaires.justice.gouv.fr)

<sup>6</sup> Source : Ministère de la Justice ([www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr))

## ***Les SPIP***

Les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) interviennent tout particulièrement pour favoriser la réinsertion sociale.

Créés en 1999 et implantés dans chaque département, ils ont remplacé en les fusionnant les comités de probation et d'assistance aux libérés (CPAL) et les services socio-éducatifs (SSE) des établissements pénitentiaires.

Les missions des SPIP sont définies par le Code de procédure pénale et visent notamment à :

- favoriser la réinsertion des personnes majeures placées sous main de justice ;
- veiller au respect des obligations imposées par le magistrat aux personnes condamnées ;
- maintenir les liens familiaux et sociaux de la personne détenue ;
- aider les sortants de prison après avoir préparé leur retour à la vie libre.

En milieu fermé, les SPIP facilitent l'accès des personnes incarcérées aux dispositifs sociaux, de soin, de formation ou de travail. Ils apportent l'aide utile au maintien des liens familiaux. Ils portent également une attention particulière aux problèmes d'indigence, d'illettrisme et de toxicomanie.

## ***Le rôle des personnels pénitentiaires dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues***

<b>Le directeur de l'établissement pénitentiaire</b>	Il est l'interlocuteur naturel du directeur de l'établissement de santé et du médecin responsable de l'équipe sanitaire pour toutes les questions d'organisation générale ou les difficultés ponctuelles.  Il est notamment chargé de s'assurer du signalement de toute arrivée d'une personne détenue au responsable de l'équipe médicale (via le service du greffe), ainsi que de la communication quotidienne de la liste des personnes placées à l'isolement ou au quartier disciplinaire.
<b>Le personnel de surveillance</b>	D'une manière générale, il assure la sécurité des membres de l'équipe soignante et favorise le déroulement de leurs activités : <ul style="list-style-type: none"><li>• organisation et contrôle des mouvements des personnes détenues ;</li><li>• accompagnement du personnel infirmier lors de la distribution des médicaments en détention ;</li><li>• transmission au personnel soignant des demandes de consultations des personnes détenues ;</li><li>• communication à l'équipe soignante des observations sur l'état de santé des personnes détenues ne formulant pas spontanément une demande de soins.</li></ul>
<b>Le service pénitentiaire d'insertion et de probation</b>	Dans le cadre de ses missions générales (prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement, aide au maintien des liens familiaux ; préparation de la réinsertion sociale, le SPIP travaille en collaboration avec les équipes sanitaires. Il est notamment en charge d'organiser la continuité des soins pour les personnes détenues pour lesquelles un transfert ou une libération est prévu et qui justifient d'un suivi médical.

Le guide ajoute : « L'ensemble des services intervenant dans l'établissement pénitentiaire et notamment les moniteurs de sport, les enseignants et les formateurs, ainsi que les aumôniers, sont également appelés à collaborer avec les équipes soignantes. »

## **ADDICTIONS EN MILIEU CARCERAL, LES CHIFFRES BAS-NORMANDS**

---

Une enquête nationale pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) menée en 2003 montrait pour la Basse-Normandie, les résultats suivants<sup>7</sup> :

- 99,6% des entrants dans les maisons d'arrêt bas-normandes sont des hommes (95,5% pour la France).
- La population des entrants venant de l'état de liberté est jeune. L'âge moyen est de 30 ans. Plus de huit entrants majeurs sur dix ont moins de 44 ans.
- Comparés à l'ensemble des entrants venant de l'état de liberté en France, les nouveaux détenus en Basse-Normandie présentent une situation de précarité plus importante<sup>8</sup>.
- Les nouveaux détenus bas-normands présentent un taux de tentative de suicide près de deux fois plus élevé que celui de l'ensemble des entrants français (10% contre 5,9%).
- **Concernant les consommations de drogues :**
  - Plus de huit nouveaux détenus sur dix déclarent fumer du tabac quotidiennement ;
  - Plus de la moitié des entrants en prison a déclaré une consommation excessive d'alcool<sup>9</sup> (58,2%).
  - Plus d'un tiers des nouveaux détenus déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 derniers mois précédents l'incarcération. Il s'agit le plus souvent de consommation de cannabis. Ce taux est à relier à la fréquence des incarcérations motivées par des infractions à la législation sur les stupéfiants ;
  - A leur incarcération, 6,2% des détenus déclarent prendre comme traitement de substitution du Subutex®.
  - Près de deux entrants sur dix disent avoir un traitement en cours par médicaments psychotropes. Il s'agit, dans la plupart des cas, d'anxiolytiques ou d'hypnotiques.
  - Les nouveaux détenus bas-normands sont significativement plus nombreux que l'ensemble des nouveaux détenus français à cumuler la consommation de trois voire quatre produits.

---

<sup>7</sup> Tous les résultats dans « La santé des personnes entrées dans les prisons de Basse-Normandie en 2003 », ORS, septembre 2006, document téléchargeable sur : [www.orsbn.org](http://www.orsbn.org)

<sup>8</sup> Critères : Logement et part de bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU)

<sup>9</sup> Au moins 5 verres par jour pour les hommes et 3 verres par jour pour les femmes.

# LES GRANDES ORIENTATIONS DES POLITIQUES PUBLIQUES

## LA LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

### DES PLANS NATIONAUX

Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 fixe des priorités dans les domaines de l'organisation des soins, du développement de la prévention, du renforcement de la formation des professionnels en addictologie et de la coordination en matière de recherche.

En application de ce plan, la circulaire DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 vient préciser l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins pour les personnes ayant une conduite addictive. La circulaire DGS/MC/2008/79 du 28 février 2008 identifie les missions obligatoires et facultatives des Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

#### Synthèse des dispositifs en addictologie prévus au plan national :

Le volet médico-social	
Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	Cadre juridique unique pour les CSST <sup>10</sup> et les CCAA <sup>11</sup> . Dispositif financé par l'assurance maladie.
Missions obligatoires :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil / Information</li> <li>• Evaluation médicale, psychologique et sociale</li> <li>• Orientation</li> </ul>
Missions obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge</li> <li>• Réduction des risques</li> </ul>
Missions facultatives :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations de proximité et repérage précoce</li> <li>• Activités de prévention, formation et recherche</li> <li>• Prise en charge des addictions sans substances</li> <li>• Intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison</li> </ul>
Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues <sup>12</sup>	
Le volet hospitalier	
Filière hospitalière de soins en addictologie <sup>13</sup>	
Missions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisation</li> <li>• Activité de consultations</li> <li>• Liaison (équipe spécialisée en addictologie)</li> <li>• Participation à la formation et à la recherche</li> </ul>
Organisation en 3 niveaux :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Structures de proximité</li> <li>2. Structures de recours</li> <li>3. Structures de recours régional</li> </ol>
La ville	
Médecins généralistes, pharmaciens Centres de santé	Services de santé au travail Travailleurs sociaux...

Réseaux de santé (organisation territoriale)

<sup>10</sup> Centre spécialisé de soins pour toxicomanes

<sup>11</sup> Centre de cure ambulatoire en alcoologie

<sup>12</sup> CAARUD : Dispositif d'appui à la mise en œuvre de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue visant à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie.

<sup>13</sup> Circulaire DHOS/O2/2008/299 du 26/09/2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

Dans le prolongement du précédent plan<sup>14</sup>, **le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011** fixe les priorités de la politique interministérielle à conduire dans ce domaine, en ciblant les usages de produits illicites et l'abus d'alcool.

Trois orientations fortes y sont présentées :

1. Prévenir les premières consommations et les usages de produits illicites ainsi que les abus d'alcool, en particulier chez les jeunes ;
2. Conduire une action visant à limiter l'offre des produits ;
3. Diversifier la prise en charge sanitaire des usagers de drogues et d'alcool **en ciblant les populations les plus exposées et les plus vulnérables.**

Plus précisément, deux fiches (1-11 et 3-6) du plan reprennent des propositions d'action afin d'une part, de prévenir la récurrence de l'usage et du trafic de drogues chez les publics sous main de justice et d'autre part, d'améliorer la prise en charge et la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés. Les propositions sont précisées ci-après :

Objectif	Propositions
<p><b>Prévenir la récurrence de l'usage et du trafic de drogues chez les publics sous main de justice</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérimenter des groupes de parole auprès des personnes placées sous main de justice en complément de la prise en charge par entretiens individuels. L'objectif est de susciter une réflexion des condamnés sur leur passage à l'acte et permettre, dans un second temps, l'émergence d'une demande de soins ;</li> <li>• Développer, au sein d'une approche globale des risques, des actions de prévention spécifiques en direction des publics sous main de justice mineurs et majeurs, via des équipes pluri-professionnelles, associant des acteurs locaux des secteurs répressifs, sanitaires, sociaux, éducatifs...</li> </ul>
<p><b>Améliorer la prise en charge et la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confier, par modification réglementaire, le pilotage de la prise en charge des addictions aux unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dans le cadre d'une coordination avec les autres services concernés, notamment psychiatriques ;</li> <li>• Mettre en place une stratégie d'actions coordonnées de prévention et de prise en charge des addictions en prison (en lien avec la note interministérielle du 9 août 2001) prévoyant en particulier : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la création de nouvelles consultations d'addictologie orientées alcoolologie,</li> <li>▪ la formation des professionnels de santé aux addictions et aux maladies infectieuses,</li> <li>▪ la réalisation et la diffusion d'un guide de bonnes pratiques professionnelles, notamment concernant les traitements de substitution aux opiacés,</li> <li>▪ une information des détenus sur le VIH et les hépatites ;</li> </ul> </li> <li>• Evaluer l'offre de dépistage et de soins concernant le VIH, le VHC<sup>15</sup>, et les traitements de substitution aux opiacés en milieu pénitentiaire ;</li> <li>• Rédiger un référentiel multiprofessionnel de préparation à la réinsertion des personnes incarcérées présentant une addiction ;</li> <li>• Créer des programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prisons au sein de structures sociales et médicosociales existantes (avec hébergement), en lien avec l'hôpital de rattachement de la prison.</li> </ul>

<sup>14</sup> Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 (MILDT)

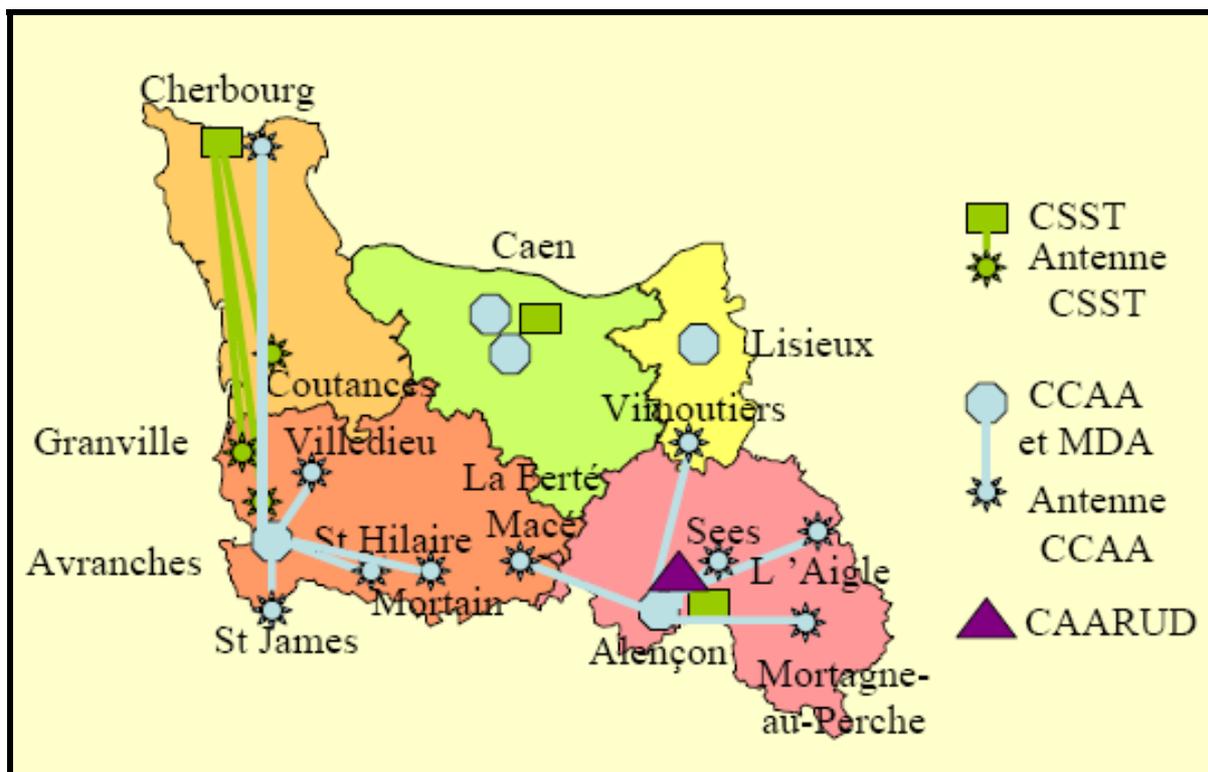
<sup>15</sup> VIH : Virus de l'immunodéficience humaine ; VHC : virus de l'hépatite C

## UNE DECLINAISON DEPARTEMENTALE ET REGIONALE

S'appuyant sur ces plans nationaux et sur d'autres travaux, des plans ou programmes départementaux ont été élaborés (plan triennal de lutte contre les conduites addictives du Calvados, Programme de prévention, de soins et de lutte contre les conduites addictives de la Manche).

Au plan régional, le **Schéma médico-social d'addictologie 2009-2013** dresse un bilan de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire, détermine les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et définit des critères d'évaluation des actions menées dans le cadre du schéma<sup>16</sup>.

L'offre médico-sociale spécialisée en addictologie en Basse-Normandie, ainsi identifiée est représentée sur la carte ci-après.



Source : Schéma régional médico-social d'addictologie 2009-2013  
DRASS Basse-Normandie

Le schéma formule des préconisations autour de 3 axes majeurs :

1. Le renforcement du dispositif existant de prise en charge des usagers ;
2. La cohérence en matière de prévention des conduites addictives. Il s'agit ici de faciliter la connaissance des acteurs de la prévention ainsi que de leurs missions et de coordonner leurs actions **notamment en milieu pénitentiaire** ;
3. Le développement de l'offre de formation et de recherche sur les addictions.

<sup>16</sup> Circulaire N°GDS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

## ADDICTIONS EN PRISON, CINQ OBJECTIFS NATIONAUX

---

La [note Interministérielle du 9 août 2001](#) relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, fixe cinq objectifs en matière de prévention et de prise en charge :

### 1. Repérer systématiquement les situations d'abus et/ou de dépendance, quel que soit le produit psycho actif, dès le début de l'incarcération :

- Lors de la visite médicale d'entrée obligatoire réalisée par l'UCSA ;
- Lors d'un transfert en établissement pour peine (transmission des informations).

Le diagnostic incombe donc aux services de santé. Les Conseillers d'insertion et de probation du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) qui connaissent les motifs d'incarcération et la situation sociale et familiale de la personne détenue, doivent favoriser l'orientation vers les services sanitaires (information sur les possibilités de prise en charge, signalement auprès des services concernés après accord de l'intéressé, incitations régulières en cas de refus). Les personnels de surveillance ou autres intervenants sont tenus de signaler les problèmes de consommation abusive ou de dépendance observés.

### 2. Proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue

La note souligne l'importance de proposer plusieurs modalités de prise en charge :

- Possibilité de poursuivre un traitement de substitution initié à l'extérieur ;
- Mise en place d'un traitement médicamenteux dans un but de sevrage pour les personnes dépendantes aux opiacés sans traitement de substitution et aux personnes alcoolo-dépendantes, un protocole prévoyant un accompagnement social et éducatif ;
- Proposition systématique de consultations spécialisées d'addictologie pour toute personne repérée ;
- Accès aux traitements d'aide à l'arrêt du tabac.

Elle prévoit également la mise en place d'un suivi sur le long terme :

- Consultations spécialisées régulières pour un suivi médico-psycho-social et une réévaluation des modalités de prise en charge si nécessaire ;
- Activités en groupe (ex : groupes de parole) pouvant faire appel à des associations ;
- Articulation avec les services extérieurs spécialisés : Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

### 3. Développer la prévention, notamment celle des risques associés à la consommation de produits

En l'occurrence, il s'agit ici de prévenir les risques de transmission du VIH et des hépatites virales par la mise à disposition de préservatifs, de documents d'information, mais aussi via l'information dispensée par des personnels sanitaires et de permettre l'accès aux programmes d'éducation pour la santé.

### 4. Favoriser les aménagements de peine afin d'organiser un retour à la liberté dans un cadre socio-médical structuré

Les aménagements possibles sont : les régimes de semi-liberté, les placements à l'extérieur (individuel ou collectif), les placements sous surveillance électronique et les libérations conditionnelles. Dans le cadre des orientations définies par le Juge

d'application des peines (JAP), un travailleur social du SPIP examine systématiquement et régulièrement, avec l'intéressé, les possibilités d'aménagement.

## 5. Préparer la sortie des détenus dépendants ou ayant une consommation abusive

Ce cinquième objectif s'attache à l'accompagnement sanitaire et à la réinsertion sociale et professionnelle. Sur le plan sanitaire, il prévoit d'adresser la personne, pour son suivi médical et psychiatrique, à une structure spécialisée en addictologie ou en psychiatrie, ou à un médecin généraliste (de préférence appartenant à un réseau) et d'assurer la continuité de prescription d'un éventuel traitement de substitution (ordonnance fournie à la sortie).

En annexe de cette note, est proposé un modèle de protocole pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites, structuré autour de ces cinq axes (cf. annexe n°1).

Ce document confirme les rôles respectifs des différents services de santé (UCSA, SMPR ou équipes de psychiatrie, CSST, CCAA) et pénitentiaires et note que la multiplicité des services concernés nécessite une coordination forte. Cette fonction de coordination entre dans le cadre d'un projet animé par un responsable de projet **choisi parmi les personnels sanitaires** intervenant dans l'établissement pénitentiaire.

Concernant le développement de la prévention, le guide revient sur la nécessité, en complément des actions de réduction des risques et des programmes d'éducation pour la santé, de **mener des actions de lutte contre l'offre de substances psychoactives**.

Le repérage de la dépendance tabagique doit être réalisé par les services sanitaires dès le début de l'incarcération (test de Fagerström<sup>17</sup> à disposition du personnel de santé).

Doivent être présentées aux personnes détenues : la réglementation concernant la consommation de substances psychoactives au sein de l'établissement ainsi que les possibilités de prise en charge (substituts nicotiniques). Le guide précise sur ce point que :

- « *Les consultations de tabacologie en milieu pénitentiaire devront être favorisées.* »
- « *Les personnes détenues sont en droit de demander à être affectées dans des cellules non-fumeurs.* »

---

<sup>17</sup> Ensemble de six questions, validé par la communauté scientifique internationale, qui permet d'évaluer le degré de dépendance physique au tabac.

## LE CHAMP DE L'ETUDE

Cette étude porte sur cinq établissements pénitentiaires : trois maisons d'arrêt, un centre de détention et un centre pénitentiaire (cf. définitions page 2).

### LES MAISONS D'ARRET<sup>18</sup>

#### COUTANCES

La maison d'arrêt de Coutances a été édiée entre 1821 et 1828. Les détenus sont hébergés en dortoirs (de 2 à 12 personnes).

L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel de Caen et des tribunaux de grande instance (TGI) de Coutances et d'Avranches. Il est rattaché au SPIP de la Manche situé à Coutances.

Il a une capacité théorique d'accueil de 48 places dont un quartier maison d'arrêt pour hommes majeurs de 40 places. Ce quartier accueillait 61 hommes en septembre 2009.

Selon les statistiques de l'établissement au 1<sup>er</sup> septembre 2009 : environ 30% des personnes sont en détention pour conduite en état alcoolique (CEA) et 30% pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS).

L'âge moyen des détenus est de 33 ans et la durée moyenne de séjour de 4 mois.

#### CHERBOURG

La maison d'arrêt de Cherbourg a été ouverte en 1862. Les détenus sont hébergés en dortoirs.

L'établissement est situé dans le ressort de la cour d'appel de Caen et du tribunal de grande instance (TGI) de Cherbourg. Il est rattaché à l'antenne de Cherbourg du SPIP de la Manche.

De petite taille, elle est située en centre ville et accueille uniquement des détenus hommes (quartier détention hommes majeurs et quartier semi-liberté hommes).

En septembre 2009, 60 personnes étaient détenues à la Maison d'arrêt de Cherbourg (sans compter les régimes de semi-liberté et les surveillances par bracelet électronique) pour une capacité de détention de 38 places. La durée moyenne de séjour est de 4 mois environ.

#### CAEN

L'établissement est situé en centre ville dans le quartier de "La Maladrerie", à 1km du centre pénitentiaire. La maison d'arrêt de Caen a été construite entre 1899 et 1904. En forme de croix renversée, elle est constituée de 3 galeries, la tête de la croix étant occupée par les bureaux donnant sur la cour d'honneur. Dans cette cour, un bâtiment a été construit pendant la seconde guerre mondiale. Il accueille actuellement le "quartier femmes" et le "quartier de semi-liberté". L'établissement est du ressort de la cour d'appel et du tribunal de grande instance (TGI) de Caen et il est rattaché au SPIP du Calvados. L'établissement a une capacité d'accueil théorique totale de 316 places réparties en 4 quartiers : détention hommes majeurs, détention mineurs, détention femmes, semi-liberté.

En septembre 2009, l'établissement accueillait environ 450 détenus. Compte-tenu de la surpopulation, les cellules prévues pour être individuelles sont souvent occupées par plusieurs détenus. La durée moyenne de détention est d'environ 5 mois avec une rotation des effectifs très importante : 1 200 personnes entrent et sortent chaque année. 25% des peines sont inférieures à 3 mois.

<sup>18</sup> Sources : direction de l'établissement/Ministère de la Justice/SPIP

## LE CENTRE PENITENTIAIRE DE CAEN

L'établissement, officiellement mis en service en 1907, se situe sur l'emplacement d'une ancienne léproserie fondée en 1160. Plusieurs fois bombardé durant la seconde guerre mondiale, l'établissement a été en partie reconstruit dans les années 50. Il est devenu centre de détention pour longues peines en 1975.

Il est du ressort de la cour d'appel de Caen et du tribunal de grande instance (TGI) de Caen et il est rattaché au SPIP du Calvados.

L'établissement dispose d'une capacité d'accueil de 429 places pour hommes majeurs, correspondant au nombre de personnes accueillies.

Un grand nombre de personnes sont détenues pour de très longues peines (dont 40 perpétuités) et/ou pour des infractions à caractère sexuel (près de 80% des personnes détenues dans l'établissement, selon la direction).

## LE CENTRE DE DETENTION D'ARGENTAN

Le centre de détention d'Argentan a été construit à la fin des années 80 et livré au Ministère de la Justice en 1991. Il est situé dans le département de l'Orne, à environ 4 km au sud de la ville d'Argentan.

L'établissement est du ressort de la cour d'appel de Caen et du tribunal de grande instance (TGI) d'Argentan et il est rattaché au SPIP de l'Orne.

Il dispose de 640 places (taux d'occupation de 100%), pour hommes majeurs exclusivement.

L'âge moyen des détenus se situe entre 30 et 40 ans.

Trois motifs de détentions prédominent : les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS), les affaires de mœurs et les vols.

La plupart des cellules sont individuelles, 30 peuvent accueillir 2 personnes et sont attribuées à des détenus volontaires.

## LES OBJECTIFS

---

Les objectifs poursuivis dans le cadre de cette étude sont de 2 ordres :

- ➔ Réaliser un état des lieux des dispositifs existants pour prendre en charge ou prévenir les addictions et les consommations abusives à l'entrée en prison, lors de la détention et au moment de la sortie. Il s'agit ici de décrire les pratiques, les partenariats engagés, les moyens mobilisés.
- ➔ Faire émerger les éventuelles difficultés de mise en œuvre, les attentes et besoins exprimés par les professionnels et les structures mobilisés.

## LA METHODE

---

Deux étapes ont été définies :

### ANALYSE DOCUMENTAIRE

En complément de l'examen des références bibliographiques citées en fin de document, ont été analysés les documents produits en région par les services sanitaires et pénitentiaires, ainsi que par les autorités administratives :

- Rapports d'activité des Unités de consultations et de soins ambulatoires et du Service médico-psychologique régional
- Conventions existantes
- Descriptif des actions financées dans le cadre de l'appel d'offre du Groupement régional de santé publique (2006 - 2009)
- Rapports d'activité des associations mettant en place des actions de prévention des addictions en milieu carcéral (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), Croix d'or)
- Rapports d'inspection de la Mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE) (Parties communicables).  
A noter que les inspections ont été réalisées sur différentes périodes des années 2007 et 2008.
- Schéma médico-social addictologie publié en mars 2009 par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

### ENQUETE PAR ENTRETIENS

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès des professionnels concernés :

- Directeur des 5 établissements pénitentiaires
- Médecin responsable des 5 Unités de consultations et de soins ambulatoires
- Praticien hospitalier responsable du Service médico-psychologique régional basé à Caen
- Directeur des 3 Services pénitentiaires d'insertion et de probation

Au total 14 entretiens en face à face ont été conduits entre septembre et novembre 2009. Ils ont été synthétisés par écrit puis soumis à la validation des personnes interrogées.

Ont ensuite été contactés les partenaires mobilisés (associations et services sanitaires ou médico-sociaux), identifiés lors des entretiens précédemment cités. Des entretiens, le plus souvent téléphoniques, ont été conduits afin de compléter les informations recueillies antérieurement.

Des représentants du groupe santé ont été associés au conseil scientifique de l'ORS chargé de valider les outils méthodologiques et le rapport final de cette étude.

## ETAT DES LIEUX DES DISPOSITIFS

Sur la base de l'analyse des documents collectés et des entretiens réalisés, les dispositifs identifiés ont été regroupés en quatre catégories :

### REPERAGE DES ADDICTIONS OU CONSOMMATIONS ABUSIVES

A noter que l'enquête nationale publiée en 2004 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) consacrée à la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites et illicites ou ayant une consommation abusive, montrait que, dans la grande majorité des cas (84%), l'UCSA est le service responsable du repérage à l'entrée.

### PRISE EN CHARGE DES CONDUITES REPEREES

Sont identifiées dans ce chapitre les actions d'aide au sevrage, les dispositifs d'accompagnement des traitements de substitution, l'existence de consultations ou prises en charge spécialisées.

### EDUCATION POUR LA SANTE

Sont ici prises en compte les actions visant à créer avec les personnes et/ou les groupes, les conditions du développement de leurs capacités vis-à-vis de la santé, à valoriser leur autonomie et leur responsabilité<sup>19</sup> ;

### PREPARATION DE LA SORTIE

Une attention est portée aux dispositifs visant à préparer la sortie des personnes ayant un problème d'addiction ou de consommation abusive.

## LE REPERAGE DES ADDICTIONS OU CONSOMMATIONS ABUSIVES

Le repérage peut être fait avant l'incarcération lorsque le motif de l'infraction est lié à une consommation abusive d'alcool (ex : conduite en état alcoolique) ou d'une autre substance.

En référence au modèle de protocole pour l'amélioration de la prise en charge proposé par la note interministérielle du 9 août 2001, les dispositifs de repérage en détention sont présentés ci-après autour des trois questions suivantes :

- Quel est le rôle de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires ?
- Quels sont les autres acteurs mobilisés ?
- Comment s'organisent la coordination et la circulation des informations entre ces acteurs ?

Le plan d'analyse distingue la situation des Maisons d'arrêt qui reçoivent des détenus venant de l'état de liberté de celle des établissements pour peine qui accueillent des détenus en provenance d'un autre établissement pénitentiaire.

---

<sup>19</sup> Glossaire de l'éducation et de la promotion de la santé, CORES Basse-Normandie, 2002

## LES MAISONS D'ARRET

### Rôle de l'UCSA

Cherbourg	Coutances	Caen
<p>La liste des entrants est fournie au personnel de l'UCSA par le greffe de l'établissement sans mention du motif d'incarcération. Une consultation à l'arrivée est organisée pour chaque détenu entrant. Elle est l'occasion pour le médecin généraliste d'aborder les problèmes d'addiction (produits licites et illicites), d'hygiène et d'alimentation<sup>20</sup>. Le repérage des addictions fait l'objet d'une inscription sur la fiche « évaluation des risques » du dossier médical. Dès ce repérage, un traitement de substitution ou un sevrage peut être initié après recherche des antécédents de prise en charge (appel éventuel au médecin traitant) et éventuellement, en complément, une recherche de substances dans les urines afin d'éviter des prescriptions qui pourraient alimenter un trafic au sein de l'établissement.</p> <p>En 2008, 175 consultations d'entrants ont été réalisées (cf. Rapport d'activité UCSA).</p>	<p>L'UCSA, rénovée en 2006, est située dans le quartier de détention (accès sécurisé). Le greffe remet chaque jour au personnel de l'UCSA, la liste des entrants (le motif d'incarcération est parfois mentionné). Le repérage des personnes ayant un problème de dépendance aux substances psychoactives se fait lors de l'examen d'entrée par l'équipe de l'UCSA. Chaque arrivant est vu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pour un entretien d'accueil par une infirmière<sup>21</sup> : un questionnaire sur les dépendances est systématiquement complété.</li> <li>2. puis par un médecin qui aborde la question de la consommation des principaux produits. Il insiste sur l'alcool et le tabac et discute des éléments de contexte et des motifs de consommation<sup>20</sup>.</li> </ol> <p>Après évaluation, la prise en charge se fait par l'équipe de l'UCSA ou par l'équipe psychiatrique si nécessaire.</p> <p>Un document d'information présentant les différentes prises en charge accessibles via l'UCSA est remis à chaque arrivant.</p>	<p>La liste des entrants du jour est communiquée quotidiennement à l'UCSA (le motif d'incarcération est parfois mentionné) : 1 045 entrants en 2008 pour une population carcérale moyenne de 472 détenus.</p> <p>Le jour de leur arrivée ou au plus tard le lendemain, les personnes détenues bénéficient d'un entretien avec une infirmière de l'UCSA. Ce dernier permet un recueil d'informations concernant : l'état civil, la situation familiale, la date d'incarcération, la durée de la peine, la situation professionnelle, le niveau scolaire, les antécédents médicaux et chirurgicaux, la <b>recherche d'addictions</b>, l'évaluation de l'autonomie. L'infirmière rédige ensuite une courte synthèse. Elle évalue au cours de cet entretien le risque suicidaire et programme le cas échéant une rencontre rapide avec le SMPR. L'infirmière prévoit la consultation médicale organisée dans les 48 heures.</p> <p>Aucun outil standardisé de dépistage des addictions n'est utilisé, même si la question est abordée systématiquement. Après évaluation, la prise en charge se fait par l'équipe de l'UCSA ou par celle du SMPR.</p> <p>Les détenus mineurs bénéficient d'un entretien infirmier tous les 15 jours a minima.</p>

<sup>20</sup> Pas d'utilisation de la grille mini-grade (outil de repérage proposé par la note interministérielle du 9 août 2001), grille jugée trop complexe.

<sup>21</sup> Les plans de formation 2006 et 2007 ont pris en charge des formations sur les conduites addictives à destination des infirmières de l'UCSA.

## Autres acteurs mobilisés

Cherbourg	Coutances	Caen
<p>Un entretien individuel pour tous les arrivants est organisé par le personnel pénitentiaire pour chaque détenu. Une fiche signalétique individuelle mentionnant les éventuelles dépendances déclarées est alors remplie, y compris pour le tabac. Les détenus peuvent demander à être en cellule non fumeur ou seul mais le système de dortoirs de l'établissement limite les possibilités de réponse à ces demandes.</p> <p>Au cours de la détention, les personnels de surveillance alertent les services de santé sur des attitudes pouvant laisser penser que le détenu présente une addiction.</p> <p>Les Conseillers d'insertion et de probation du SPIP organisent également un entretien « arrivant » pour chaque détenu entrant.</p>	<p>Une audience par un gradé de la Maison d'arrêt est organisée pour chaque arrivant.</p> <p>A cette occasion, est complété un cahier électronique de liaison abordant la question des addictions. Le statut de fumeur du détenu est noté ainsi que son souhait éventuel de ne pas partager une cellule avec des fumeurs (une cellule est réservée à cet effet).</p> <p>Par la suite, les personnels de surveillance ont un rôle d'alerte sur des attitudes évocatrices d'un problème d'addiction (particulièrement pour la consommation de médicament).</p> <p>NB : Le programme de formation continu proposé par la direction des services pénitentiaires comprend des formations sur le thème des addictions ouvertes aux personnels de détention et des SPIP.</p>	<p>Pour chaque arrivant, une notice individuelle remplie par un magistrat précise si une consommation de produit est connue. Avec parfois la mention d'une demande de consultation médicale en urgence.</p> <p>Ensuite, les arrivants rencontrent un officier pénitentiaire qui leur présente la vie de l'établissement (consignes de sécurité). Si au cours de cette rencontre, l'officier repère un comportement pouvant être lié à une addiction, il le signale à l'UCSA ou au SMPR.</p> <p>Les arrivants rencontrent également un travailleur social du SPIP qui peut également signaler un problème d'addiction à l'UCSA ou au SMPR et proposer une orientation vers un professionnel de l'ANPAA (convention annuelle entre le SPIP et l'ANPAA).</p> <p>Une rencontre avec un infirmier du SMPR est systématiquement proposée aux entrants (délai habituel : 10 jours). Cet entretien aborde la question des conduites addictives<sup>22</sup>. Une réunion de synthèse hebdomadaire permet de décider d'un éventuel suivi et de ses modalités. En cas d'addiction compliquée, les personnes sont orientées vers une infirmière spécialisée en addictologie du CSST.</p> <p>Concernant les mineurs, ils sont vus par le médecin pédopsychiatre ou la psychologue pour l'entretien d'entrée, puis de manière hebdomadaire par le médecin pédopsychiatre.</p> <p>Le personnel de surveillance est souvent à même de signaler une addiction ou un trafic en détention.</p> <p>Les visiteurs de prison<sup>23</sup>, les aumôniers jouent également un rôle en matière de repérage.</p> <p>Les formateurs sont également très actifs dans ce domaine, la prise en charge d'une addiction étant parfois un préalable incontournable avant de pouvoir démarrer l'apprentissage d'un métier.</p>

<sup>22</sup> Pas d'utilisation d'une grille particulière pour le recueil de ces informations.

<sup>23</sup> Le plus souvent membres d'associations nationales, ils bénéficient d'un agrément de la Direction interrégionale des services pénitentiaires

## *Coordination et circulation de l'information*

Cherbourg	Coutances	Caen
<p>Toutes les 2 semaines, se tient une Commission pluridisciplinaire unique (CPU) réunissant les services pénitentiaires, le SPIP, l'UCSA (présence non systématique), les services de la formation professionnelle pour les détenus. Cette réunion est l'occasion d'un échange d'informations sur les nouveaux arrivants.</p> <p>Une fois par mois est organisée une réunion de synthèse entre les équipes infirmières de l'UCSA et du CMP, le psychologue, le médecin psychiatre et les Conseillers d'insertion et de probation du SPIP. Ces réunions permettent de présenter les dossiers des entrants du mois (problème de comportement, « adaptation » à la vie carcérale, observance des traitements) et de choisir ou d'adapter la prise en charge.</p> <p>Le dossier médical (non informatisé) est commun aux soignants de l'UCSA et de la psychiatrie.</p>	<p>Les dossiers sont communs aux soignants de l'UCSA et de la psychiatrie et comportent plusieurs fiches : évaluation des risques (notamment toxicomaniaques), données médico-administratives, suivi médical, suivi infirmier, dossiers psychiatre, psychologue et infirmière psychiatrique, prescriptions médicales. Ces dossiers sont conservés au sein de l'UCSA et accessibles à tout médecin appelé en urgence.</p> <p>Chaque vendredi se tient une Commission pluridisciplinaire unique (CPU) avec le SPIP, l'UCSA et l'intervenant de la formation professionnelle. Le cas de tous les arrivants ou sortants qui ont besoin d'un suivi particulier y est évoqué.</p>	<p>Le dossier est créé lors de l'entretien entrant avec l'infirmière et le médecin puis alimenté au fur et à mesure des prises en charge. Le dossier est pour partie commun pour l'UCSA et le SMPR et stocké à l'UCSA. Ce dossier contient une fiche synthétisant les prises en charge réalisées par le SMPR (un dossier complet détaillant les prises en charge en santé mentale est également constitué au SMPR).</p> <p>Une Commission pluridisciplinaire unique (CPU) est réunie chaque semaine pour faire le point sur la situation de quelques détenus. L'UCSA est très régulièrement présente.</p>

## LES ETABLISSEMENTS POUR PEINE

### *Rôle de l'UCSA*

Centre pénitentiaire de Caen	Centre de détention d'Argentan
<p>Le nom des entrants est communiqué les jours précédents ou au plus tard le jour de l'entrée (motif d'incarcération non indiqué). Le greffe transmet le dossier médical du détenu sous pli fermé. La procédure est identique à celle mise en œuvre au sein de la Maison d'arrêt, chaque détenu entrant (105 en 2008) bénéficie :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• d'une consultation systématique avec une infirmière le jour de son arrivée : le recueil d'information à partir d'un <b>guide d'entretien</b> (pas de grille de repérage), dont le double est intégré au dossier médical (état civil, situation familiale, point sur le parcours d'incarcération, situation professionnelle, niveau scolaire, antécédents médicaux, <b>recherche d'addictions</b>, évaluation de l'autonomie... ainsi que le comportement durant l'entretien. L'infirmière rédige ensuite une courte synthèse. Elle évalue au cours de cet entretien le risque suicidaire et programme le cas échéant une rencontre avec le SMPR.</li><li>• d'une consultation systématique avec le médecin de l'UCSA dans les 48 heures.</li></ul> <p>Après évaluation, la prise en charge est réalisée par l'UCSA ou le SMPR.</p>	<p>Les entrants arrivent le mardi à raison de 10 à 15 nouveaux détenus. Les dossiers médicaux sont en principe transmis à l'UCSA, par le greffe, sous pli fermé. Le jour de l'arrivée d'un nouveau détenu, l'UCSA prend contact avec la Maison d'arrêt d'où provient ce dernier (à condition d'être informée en amont).</p> <p>Une « fiche santé entrant » (mentionnant les conduites addictives repérées et un éventuel traitement de substitution) est complétée par une infirmière de l'UCSA. Ce document est une synthèse de l'état de santé général du détenu, permettant d'anticiper des situations particulières (à risque).</p> <p>Ensuite, une consultation médicale est organisée (examen du détenu) et, si nécessaire, un rendez-vous avec un psychiatre est prévu. Ce rendez-vous est systématique si le détenu présente une addiction repérée.</p> <p>Entre la consultation de médecine générale et celle du psychiatre, des psychotropes peuvent être prescrits par le médecin généraliste, dans le cadre d'un protocole de prescription. Lors de ces différentes rencontres, le détenu reçoit régulièrement une information sur les règles de fonctionnement de l'UCSA (notamment les horaires).</p>

### *Autres acteurs mobilisés*

Centre pénitentiaire de Caen	Centre de détention d'Argentan
<p>Le SMPR est le plus souvent informé des entrées par l'UCSA.</p> <p>Le flux de détenus étant moins important, tous sont vus par les médecins du SMPR. Ils bénéficient donc tous d'un examen de dépistage psychiatrique complet abordant les questions d'addiction (délai : un mois). Le dossier est ensuite analysé en réunion de synthèse hebdomadaire au cours de laquelle se décide le suivi ainsi que ses modalités.</p> <p>Lors de l'accueil des détenus, des entretiens avec la direction, les officiers et les Conseillers d'insertion et de probation du SPIP sont également organisés. Cela permet le repérage des addictions éventuelles.</p>	<p>Le démarrage d'une addiction en détention n'est pas si rare. Certains détenus débutent une consommation d'héroïne ou directement de Subutex® pendant leur incarcération. Ces consommations sont liées à l'existence d'un trafic qui concerne également les médicaments psychotropes. Lorsque les personnels de surveillance détectent un changement de comportement, ils en informent l'UCSA.</p>

### *Coordination et circulation de l'information*

Centre pénitentiaire de Caen	Centre de détention d'Argentan
<p>Le repérage se fait essentiellement via le dossier transmis par la Maison d'arrêt d'où provient la personne détenue ou lors des entretiens infirmier et médical de l'UCSA du Centre pénitentiaire (délai du rendez-vous avec le SMPR long).</p> <p>Le dossier n'est pas commun entre l'UCSA et le SMPR (les deux services sont réunis au sein d'un même bâtiment).</p>	<p>Le dossier des personnes condamnées comporte les expertises médicales menées (90% des dossiers), qui mentionnent les conduites addictives connues pour ce qui concerne l'alcool et les drogues illicites.</p> <p>A noter que les personnels de l'UCSA ne participent pas aux Commissions pluridisciplinaires uniques.</p>

## LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES

---

Après le repérage des addictions, sont ici abordés, pour chaque établissement pénitentiaire de la région :

- ▶ La question des **traitements de substitution** pour les personnes dépendantes aux opiacés. En effet, la Haute autorité de santé (HAS)<sup>24</sup> note que d'une manière générale, « *les personnes dépendantes des opiacés expriment des demandes qui appellent des stratégies de prise en charge médicale, psychologique et sociale parmi lesquelles les médicaments de substitution aux opiacés, méthadone et buprénorphine haut dosage (BHD), ont une place prépondérante* ».

La HAS précise que pour les personnes en détention, « *la continuité des soins dans le respect de la déontologie et de la législation est une priorité sanitaire* », le fait d'interrompre un traitement de substitution des opiacés devant résulter d'un souhait de la personne. Elle ajoute qu'« *en milieu pénitentiaire, la dispensation de traitements de substitution des opiacés est le principal outil de réduction des risques d'infection virale* ».

- ▶ L'aide au **sevrage** par la prescription d'un traitement médicamenteux pour les personnes dépendantes aux opiacés qui ne bénéficient pas d'un traitement de substitution, pour les personnes alcoolo-dépendantes ou pour les fumeurs.
- ▶ L'existence ou non de **consultations spécialisées**, d'**activités de groupes** ou autres types de prise en charge destinées aux personnes détenues ayant un problème de dépendance à une substance psycho-active ou une consommation abusive.

L'objectif est ici de mieux cerner les dispositifs en place (nature, public, modalités de mise en œuvre) mais également les services qui les portent, qu'ils relèvent du secteur sanitaire, médico-social ou du monde associatif.

## LES MAISONS D'ARRET

### *Cherbourg*

#### Traitements de substitution

Dès la consultation médicale d'entrée, un traitement de substitution peut être prescrit par le médecin de l'UCSA. Conformément aux recommandations de la HAS, une recherche de substances dans les urines est systématiquement réalisée.

Afin de limiter le trafic et de permettre le suivi nécessaire (tension artérielle à surveiller), ce traitement est dispensé au sein des locaux de l'UCSA. Du fait de sa forme liquide, la méthadone est très largement privilégiée.

Le nombre de détenus sous traitement de substitution reste très faible : au moment de l'inspection menée par la Mission région et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE) en avril 2007, 3 détenus étaient concernés.

---

<sup>24</sup> Conférence de consensus - Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution, 23 et 24 juin 2004

## Aide au sevrage

Pour les détenus fumeurs, une aide au sevrage est possible pour les personnes qui le souhaitent. L'UCSA propose des patchs (substitut nicotinique) ainsi que des entretiens avec le médecin généraliste.

Pour les détenus ayant un problème d'alcool-dépendance, le traitement initial mis en place par l'UCSA consiste le plus souvent à associer une prescription de benzodiazépine, de vitamines B1 et B6 en cas de carence et de vitamine C. Le nombre de détenus concernés n'est pas mentionné dans le rapport d'activité de l'UCSA (absence de système d'information). A noter, l'existence d'un protocole de soins infirmiers concernant la prise en charge d'un pré-délirium.

Il existe également dans le cadre des prises en charge UCSA, un protocole sur les aspects psychiatriques des troubles liés au sevrage aux opiacés.

A noter que certains détenus ont également un mésusage de traitements psychoactifs (anxiolytiques, neuroleptiques). Ces traitements sont très demandés, la détention ayant un caractère particulièrement anxiogène.

Au moment de l'inspection menée par MRIICE (avril 2007), 5 personnes détenues étaient sous traitement antidépresseur.

## Consultations spécialisées - Activités de groupe - Autres formes de prise en charge

Deux structures dépendant du Centre hospitalier spécialisé (CHS) *Bon Sauveur* de Picauville sont mobilisées :

**Le Centre médico-psychologique** organise les interventions :

- d'un médecin psychiatre à raison d'une vacation hebdomadaire ;
- d'un psychologue, deux matinées par mois ;
- d'une équipe d'infirmières du secteur psychiatrique, deux matinées par semaine sur rendez-vous.

Sur orientation de l'UCSA, des consultations individuelles peuvent être proposées aux détenus. Pour l'année 2008 : 224 consultations psychiatriques et 68 consultations psychologiques ont été dénombrées.

Le délai maximal pour obtenir une consultation avec un psychiatre est de 15 jours, 7 jours pour un psychologue. Ces délais sont jugés satisfaisants par la mission d'inspection et de contrôle.

**Le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Presqu'île de Cherbourg** fait intervenir une infirmière spécialisée en addictologie, à raison de 2 heures par semaine en collaboration et à la demande de l'UCSA.

Cette intervention est centrée sur les « toxicomanies illégales », dans le cadre des missions générales du CSAPA et ne fait pas l'objet d'une convention spécifique. Elle vise à évaluer la consommation, travailler avec la personne détenue sur sa consommation et mettre en place des liens avec des relais extérieurs afin de préparer la sortie.

Cependant, ce temps d'intervention est jugé trop limité pour répondre à toutes les demandes, le champ d'intervention demandant de plus à être élargi à l'ensemble des addictions et en particulier l'alcool.

## Coutances

### Traitements de substitution

Le nombre de détenus sous traitement de substitution est très faible (4 lors de l'inspection MRIICE de mai 2007). La méthadone est prise devant l'infirmière de l'UCSA. Ces traitements nominatifs ne sont renouvelés par l'UCSA ou le service psychiatrique qu'au vu d'une ordonnance extérieure et de la preuve d'un suivi.

Des tests urinaires peuvent être pratiqués pour éviter de prescrire un traitement de substitution dont l'usage pourrait être détourné.

### Sevrage

Il n'existe pas de consultation spécifique en tabacologie<sup>25</sup>, mais la psychologue de l'UCSA évalue le degré de dépendance et des patchs ou des pastilles de substitution peuvent être prescrits si nécessaire (peu de demandes). En détention, le tabac, autorisé en cellule fumeur, est interdit dans les espaces collectifs (personnels de surveillance inclus).

L'UCSA a mis en place trois protocoles que les infirmières peuvent mettre en œuvre lorsque le médecin n'est pas présent : « sevrage aux opiacés », « substitution nicotinique », « syndrome de manque alcoolique ».

### Consultations spécialisées - Activités de groupe - Autres formes de prise en charge

**Le Centre hospitalier de Coutances** met à disposition du temps de psychologue :

La psychologue du CH de Coutances (service de médecine interne) dispose d'un cabinet de consultation au sein de l'UCSA. Elle consacre 4H30 à la prise en charge des addictions. Ses interventions se font sous la forme d'entretiens individuels sur rendez-vous, le mardi matin (2H) et vendredi matin (2H30). Elle développe également sur son temps d'intervention des actions de prévention et d'éducation pour la santé (cf. infra).

Les personnes ayant un problème d'addiction lui sont adressées par l'UCSA<sup>26</sup>. 322 consultations ont été dénombrées par l'UCSA en 2007 (dernière année disponible). Cette activité est en forte augmentation (+59% entre 2006 et 2007).

Les objectifs de ces entretiens sont de 4 ordres : Ecoute / Aide à la mise en mots des émotions / Aide à la compréhension et à la prise de recul / Information et conseils individuels en matière de prévention.

**Le Centre hospitalier spécialisé Bon Sauveur de Saint-Lô** est mobilisé de 2 manières :

#### 1. Intervention des professionnels du CMP Lathénie de Ferjol de Coutances :

Un psychiatre intervient le jeudi matin, un psychologue, le mardi après-midi. Ces interventions ne sont pas spécifiquement orientées sur les problèmes d'addictions.

Le délai maximal pour obtenir une consultation avec un psychiatre est de 6 jours et de 15 jours avec un psychologue (cf. rapport d'inspection MRIICE).

---

<sup>25</sup> Une infirmière de médecine interne est actuellement en formation spécialisée (DU). Elle devrait intervenir également en détention en 2010.

<sup>26</sup> Deux psychologues, l'un du CH de Coutances, l'autre du CHS Bon Sauveur de Saint-Lô, interviennent en détention dans cette Maison d'arrêt. Les détenus sont orientés vers l'un ou l'autre en fonction de la nature du problème repéré par l'UCSA : addiction ou problème de mœurs.

## 2. Mise à disposition du temps d'un infirmier addictologue du Centre alcoologique médico-psychologique EPIDAURE de Coutances :

Ce professionnel propose des consultations individuelles sur rendez-vous, le mardi après-midi (3H30). Les personnes ayant un problème d'addiction lui sont adressées le plus souvent par l'UCSA (parfois par les infirmiers psychiatriques ou les psychologues qui interviennent en détention).

Ces consultations visent à permettre un temps évaluatif (situer le détenu dans son contexte social et familial) ; un soutien individualisé au cours de l'incarcération ; une incitation à poursuivre la prise en charge spécialisée en milieu ouvert<sup>27</sup>.

En moyenne, les détenus bénéficient d'un peu plus de 2 entretiens. Ces interventions existent depuis plusieurs années et leur nombre est en augmentation. En 2001, environ 20 détenus en avaient bénéficié contre 209 en 2008, avec comme conséquence directe la diminution du temps de consultation, fixé aujourd'hui à 30 minutes au minimum<sup>28</sup>. Malgré l'augmentation du temps d'intervention de cet infirmier (de 2H tous les 15 jours à 3H30 chaque semaine), il n'est actuellement pas possible de répondre à toutes les demandes.

Depuis septembre 2008, des **réunions de synthèse mensuelles**<sup>29</sup> entre les différents intervenants des services sanitaires et médico-sociaux sont organisées par l'UCSA. Ces temps d'échanges permettent de repérer les détenus ayant éventuellement plusieurs types de prise en charge afin d'améliorer la complémentarité des interventions, de supprimer les redondances au profit d'autres détenus. Ils facilitent aussi une dynamique collective.

### L'association « alcooliques anonymes »

L'association organise des réunions collectives (information / groupes de parole / information sur les relais après la sortie), 2 fois par mois (mercredi). Ces réunions font l'objet d'une forte demande.

Cette action a été mise en place depuis quelques mois seulement, à la demande d'un Juge d'application des peines (JAP). Les intervenants bénéficient d'un agrément de visiteurs de prison.

**A noter :** une convention avec le Centre d'addictologie de la Baie à Pontorson permet au juge d'application des peines de proposer des alternatives à la détention, comprenant une période d'hospitalisation (soins) puis un suivi en milieu ouvert. Un projet avec le Centre hospitalier de Saint-Lô est également à l'étude. Ce type d'aménagement de peine peut être sollicité pour des peines inférieures à 1 an.

---

<sup>27</sup> Un rendez-vous avec l'infirmier addictologue ou les intervenants du Sud Manche est proposé à chaque détenu lors de sa sortie. On constate un important taux d'absentéisme (70 détenus pour 2009 ne se sont pas rendus à ce rendez-vous).

<sup>28</sup> Un système d'information sur lequel doivent être saisis tous les comptes-rendus de consultation a été récemment mis en place. Le temps de saisie vient en déduction du temps disponible pour les consultations.

<sup>29</sup> Ces réunions correspondent à une demande forte exprimée lors de l'inspection menée en 2007 : « *La prise en charge des détenus présentant une ou des addictions doit être rationalisée, dans un souci d'efficience et de meilleure utilisation de ressources spécialisées limitées.* »

### Traitements de substitution

Dans ce domaine, l'UCSA comme le SMPR peuvent être prescripteurs mais la délivrance des médicaments est l'apanage de l'UCSA : sur place pour la méthadone, en cellule pour tous les autres traitements. Afin de contrôler la pertinence des prescriptions, une recherche de substances dans les urines est ponctuellement réalisée.

La situation des détenus sous traitement de substitution est souvent abordée lors du « staff addictologie » qui réunit régulièrement les intervenants de l'UCSA, du SMPR, de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), du Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) (cf. page 29). L'objectif est alors de coordonner ces traitements entre les différents prescripteurs.

Ce staff permet d'examiner 6 à 7 dossiers par séance. Le SPIP participe épisodiquement. Les dossiers examinés sont prioritairement ceux des détenus en préparation à la sortie ou pour lesquels la prise en charge s'avère complexe.

En matière de prescription de traitement de substitution, les pratiques restent hétérogènes : s'il existe un traitement avant l'incarcération, il est poursuivi. Dans les autres cas, le délai entre les réunions du staff (tous les 15 jours voire toutes les 3 semaines) ne permettant pas la définition d'une démarche concertée, le choix de la prise en charge revient au médecin du patient. Deux protocoles existent concernant le traitement de substitution par la buprénorphine (Subutex®) et celui par la méthadone.

Pour l'année 2008, on dénombre en moyenne 42 patients par mois traités par Subutex® (+11 par rapport à 2007), 12 par méthadone (contre seulement 6 en 2007)

Une infirmière du CSAPA est présente une fois par semaine. Elle rencontre les détenus préalablement suivis au CSAPA et dispense des conseils pour le suivi des traitements de substitution.

### Sevrage

Pour les détenus fumeurs qui le souhaitent, peuvent être proposés gratuitement : patch, gomme et inhalateur.

Les détenus peuvent également demander auprès de l'UCSA une consultation avec un tabacologue (intervention sur demande, environ une fois par mois). Il n'existe pas de réelle coordination de cette action (accès inégal).

Un protocole est en place afin de formaliser le sevrage alcoolique par une infirmière de l'UCSA (initiation et adaptation du traitement). Le sevrage peut donc être initié dès la première consultation infirmière, sans attendre la rencontre avec un médecin.

Ensuite, une consultation spécialisée peut être proposée avec un médecin addictologue ou un psychologue de l'ANPAA. Un temps de secrétariat est prévu pour organiser ces interventions.

## Consultations spécialisées - Activités de groupe - Autres formes de prise en charge

### Le Service médico-psychologique régional (SMPR)<sup>30</sup>

Le SMPR est en charge des soins psychiatriques et psychologiques destinés à la population carcérale des établissements de Caen (Maison d'arrêt et Centre pénitentiaire). Il est également chargé du suivi postpénal, réalisé dans le cadre des aménagements de peine avec injonction de soins. Il coordonne les soins spécialisés sur l'ensemble de la Basse-Normandie avec les psychiatres et psychologues qui interviennent au sein des UCSA (Argentan, Cherbourg et Coutances).

Concernant les addictions, il n'y a pas de répartition affichée des prises en charge entre le SMPR et l'UCSA, même si de fait, l'UCSA s'occupe plus souvent des détenus ayant un problème d'alcool et/ou dont la prise en charge ne nécessite pas un traitement par psychotropes et le SMPR des toxicomanes. Les rôles sont répartis « de manière tacite ».

### Le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)<sup>30</sup>

Le CSAPA intervient à la Maison d'arrêt dans le cadre de ses missions générales<sup>31</sup>. Une infirmière intervient en détention. Elle propose des consultations spécialisées ciblées sur les toxicomanies aux opiacés, le mardi matin, essentiellement à la Maison d'arrêt mais aussi au Centre pénitentiaire. Ces consultations ont lieu dans les locaux du SMPR.

Les personnes suivies par le CSAPA avant leur détention, repérées par l'équipe de l'UCSA, peuvent ainsi poursuivre le suivi initié. L'UCSA, le SMPR et l'ANPAA peuvent également orienter des personnes vers cette consultation spécialisée mais sa capacité reste limitée dans un contexte de forte demande. Par conséquent, seules les personnes volontaires sont prises en charge.

Ces interventions permettent de positionner le CSAPA comme une structure ressource disponible après la sortie.

### L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie du Calvados (ANPAA 14)

L'association met en place depuis plusieurs années des actions à la fois individuelles et collectives ainsi que des actions spécifiques à destination des femmes et des mineurs incarcérés à la Maison d'arrêt de Caen.

Les actions développées par l'ANPAA 14 au sein de la Maison d'arrêt de Caen mobilisent essentiellement du temps médical (0,50 ETP) et de psychologue (1,00 ETP).

Prise en charge individuelle
<p><b>Entretien duel</b></p> <p>Depuis 2000, à la demande de l'UCSA, l'ANPAA propose des consultations médicales d'addictologie (2 vacations par semaine), dans le cadre d'une convention DRASS/CHU/ANPAA et d'un financement sur le budget hospitalier jusqu'en 2007.</p> <p>Ces consultations ont lieu à la Maison d'arrêt et au Centre pénitentiaire de Caen.</p>

<sup>30</sup> Structures rattachées au Centre hospitalier spécialisé de Caen

<sup>31</sup> Sans financement spécifique

## Actions collectives

### Les parcours pédagogiques

Ces actions sont destinées aux personnes majeures (essentiellement les hommes) incarcérées pour conduite sous l'empire de l'alcool, violences assorties d'alcoolisation ou de polytoxicomanie. Le repérage des publics prioritaires est réalisé par l'UCSA, le SMPR, le SPIP ou le greffe (en particulier lorsque le délit est lié à l'alcool), et de plus en plus via les personnels de surveillance ou des codétenus.

Plusieurs parcours sont proposés aux personnes détenues avec un objectif sous-jacent de prévention des récidives :

**Les parcours « Alcool »** visent à travailler sur le déni par rapport aux délits liés à l'alcoolisation. Deux groupes distincts ont été mis en place :

- « Addiction-alcool » pour les auteurs de délits liés à l'alcoolisation : 73 détenus ont intégré ce parcours en 2008.
- « Alcool-violence » plus particulièrement destiné aux personnes ayant eu des comportements violents sous produit et principalement l'alcool : 42 détenus en 2008.

**Les parcours « Prévention de la récidive en matière d'addiction »** visent à travailler sur le déni. Ces parcours sont animés avec le SMPR : 41 détenus concernés en 2008.

Tous ces parcours débutent par une rencontre individuelle avec l'animateur-psychologue qui vise à évaluer le stade de motivation de la personne (cf. annexe 2). Si cette dernière souhaite s'engager dans un parcours, lui sont proposées, en fonction des places disponibles, des séances de groupe<sup>32</sup> hebdomadaires d'une heure environ.

En fin de parcours, une rencontre avec l'animateur est fixée afin d'évaluer le stade de motivation et de préparer la sortie. Le bilan produit par l'ANPAA pour 2008 montre que :

- Après l'entretien préalable d'évaluation de la motivation pour participer à une action de groupe, environ 40% des personnes n'ont pas adhéré à cette démarche<sup>33</sup>. Dans ce cas, des suivis individuels par des médecins ou des psychologues de l'ANPAA sont proposés ;
- 94% des personnes présentes à la première séance du parcours sont présentes jusqu'à leur sortie. Le taux d'absentéisme moyen s'élève à environ 10% ;
- Une progression des connaissances minimales autour de l'alcool et des autres produits est obtenue assez rapidement pour une très large majorité des personnes ;
- Pour ce qui est de l'évolution de la prise de conscience, l'ANPAA note que « *les personnes qui participent aux parcours ont, au départ, une motivation externe* ». Le suivi d'un tel parcours est en effet bien souvent une condition nécessaire et préalable à la possibilité d'une demande de remise de peine ou de permission de sortie<sup>34</sup>. Dans ces conditions, cette dimension reste difficile à évaluer ;
- 80% des personnes motivées par ces parcours présentent 2 points communs « *être multirécidivistes et incarcérées pour des actes de violences sous l'empire de l'alcool* ». La présence de personnes poly-consommatrices est également une spécificité par rapport aux parcours proposés en milieu ouvert. De ce fait, le contenu des séances a dû être adapté, l'accent étant mis sur la préparation de la sortie.

<sup>32</sup> Maximum 10 détenus par groupe, limite imposée par les surveillants chefs pour des raisons de sécurité.

<sup>33</sup> Raisons liées au détenu ou inhérentes à la détention

<sup>34</sup> Sur demande, une attestation de présence à ces différentes séances peut être adressée au conseiller d'insertion et de probation.

## Actions spécifiques

### Actions destinées aux femmes

L'ANPAA organise un espace de réflexion pour les femmes détenues à la Maison d'arrêt. Toutes ces femmes (66 en 2008) ont été rencontrées par un psychologue de l'ANPAA afin d'évaluer les besoins de prise en charge :

- 8 femmes ont participé à un groupe (modalités de rencontres et déroulement du parcours identiques à ceux des hommes) ;
- 49 ont eu un suivi individuel.

### Actions destinées aux mineurs

(en lien avec la Protection judiciaire de la jeunesse)

Dans le cadre d'une convention avec la PJJ, l'ANPAA intervient à deux niveaux :

- Auprès des professionnels de la PJJ : des temps de rencontre sont organisés afin d'aborder des situations cliniques (définition d'une orientation possible) et d'échanger sur les difficultés rencontrées dans leur pratique.
- Auprès des jeunes (milieu ouvert et milieu fermé), avec l'objectif d'impliquer l'environnement familial dans cette démarche.

A la Maison d'arrêt, un psychologue de l'ANPAA rencontre systématiquement tous les mineurs incarcérés, en présence de l'éducateur référent. 15 jeunes ont été rencontrés en 2008.

Certains de ces jeunes ont une obligation de soins. Cet entretien permet d'évaluer le stade de motivation au changement, la nécessité d'un suivi et d'en déterminer éventuellement les modalités (le plus souvent un suivi individuel). A la fin de l'entretien, les objectifs sont contractualisés entre le jeune, le professionnel de l'ANPAA et l'éducateur. Un entretien dans la même configuration est organisé à la fin du suivi et permet d'envisager la suite de la démarche.

### L'association « Croix d'or »

Une seule personne issue de l'association intervient à la Maison d'arrêt.

### Le staff addictologie

Les parcours pédagogiques et le développement des actions pluri partenariales ont permis de fédérer les acteurs de l'addictologie œuvrant au sein de la Maison d'arrêt de Caen.

Cette dynamique se concrétise en 2005 par la création d'un staff addictologie centré sur les personnes détenues et se réunissant au minimum tous les 15 jours (ANPAA 14, CSST, SMPR, UCSA et éventuellement SPIP, association « Croix d'or »). Ce staff permet, pour chaque individu, la mise en cohérence des différents suivis et leur remise en question régulière. Les suivis redondants deviennent exceptionnels.

Il permet également d'établir un lien avec des structures extérieures qui pourront dans certains cas se faire le relais des prises en charge initiées en détention. La question de la substitution en détention reste un thème central ; complexe, elle est régulièrement évoquée dans le cadre de ce staff, des divergences persistent concernant les stratégies de prise en charge.

## LES ETABLISSEMENTS POUR PEINE

### *Centre pénitentiaire de Caen*

#### Traitements de substitution

Il existe au sein du SMPR un classeur spécifique (feuille hebdomadaire) dédié au suivi des détenus sous traitement de substitution (Subutex® ou Méthadone). Le CSAPA peut être sollicité comme expert.

Le cas des détenus confiés au SMPR pour les addictions est traité dans le cadre du staff hebdomadaire organisé à la maison d'arrêt.

Le rapport d'activité de l'UCSA montre une diminution du nombre de patients sous Subutex® en 2008 (peu d'arrivants et des sortants sous Subutex®, traitements arrivant à leur terme) : 15 patients en 2008, contre 23 en 2007 et 2006. Aucun patient sous Méthadone n'est recensé en 2008, comme en 2007.

A noter : l'UCSA et le SMPR distribuent les traitements somatiques et psychiatriques : l'UCSA pour la majorité des patients, le SMPR pour les patients suivis sur le plan psychiatrique.

#### Sevrage

Comme à la Maison d'arrêt, un protocole est en place afin de formaliser le sevrage alcoolique par une infirmière de l'UCSA (initiation et adaptation du traitement). Le sevrage peut donc être initié dès la première consultation infirmière, sans attendre la rencontre avec un médecin.

Pour les détenus fumeurs qui le souhaitent, peuvent être proposés, comme à la Maison d'arrêt gratuitement : patch, gomme et inhaleur.

#### Consultations spécialisées - Activités de groupe - Autres formes de prise en charge

Comme à la Maison d'arrêt, deux structures qui dépendent du Centre hospitalier spécialisé de Caen sont mobilisées :

##### **Le Service médico-psychologique régional**

Ce service est en charge des soins psychiatriques et psychologiques destinés à la population carcérale des deux établissements de Caen (Maison d'arrêt et Centre pénitentiaire). Concernant les addictions, la répartition des prises en charge entre le SMPR et l'UCSA se fait selon les mêmes modalités qu'à la Maison d'arrêt.

##### **Le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie**

Le CSAPA intervient au Centre pénitentiaire dans le cadre de ses missions mais de manière moins importante qu'à la Maison d'arrêt. Les personnes sont orientées par l'UCSA, le SMPR et/ou l'ANPAA vers une consultation spécialisée ciblée sur les toxicomanies aux opiacés.

Ces interventions permettent de positionner le CSAPA comme structure ressource disponible après la sortie.

### *L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie du Calvados*

L'association intervient au Centre pénitentiaire, particulièrement depuis un à deux ans grâce à la signature d'une convention ad hoc. Les actions mises en place mobilisent du temps médical (0,20 ETP) et de psychologue (0,29 ETP).

Depuis 2000, à la demande de l'UCSA, l'ANPAA propose des consultations médicales d'addictologie (2 vacations par semaine), dans le cadre d'une convention DRASS/CHU/ANPAA et d'un financement sur le budget hospitalier jusqu'en 2007. Ces consultations sont accessibles à la Maison d'arrêt et au Centre pénitentiaire de Caen.

L'ANPAA propose plusieurs types de prises en charge :

- Entretiens individuels motivationnels,
- Travail en groupe pour faire évoluer le stade motivationnel de changement,
- Travail sur l'expérimentation (attitudes vis-à-vis des produits et dans la vie quotidienne en détention),
- Mises en situation à l'occasion des permissions de sortie,
- Préparation à la sortie en lien avec le réseau des partenaires.

Au total pour l'année 2008, 962 consultations spécialisées ont été programmées à la suite d'une consultation de médecine générale, contre 509 en 2007. Cette forte croissance (+89%) s'explique par l'augmentation du nombre de consultations d'addictologie réalisées par un médecin de l'ANPAA 14. Ces consultations représentent 62% de l'ensemble des consultations médicales spécialisées de 2008.

La demande est importante, les détenus étant fortement incités à faire prendre en charge leurs addictions par les professionnels pénitentiaires, les Conseillers d'insertion et de probation ou les personnels de santé mais aussi en raison des modalités d'obtention des permissions ou des aménagements de peine. L'existence d'un suivi médical est en effet perçue comme un plus.

### *L'Association « Alcooliques anonymes »*

Cette association néphaliste<sup>35</sup> est présente également au Centre pénitentiaire. Ses interventions sont totalement indépendantes de celles des acteurs cités précédemment.

## LE CENTRE DE DETENTION D'ARGENTAN

### Traitements de substitution

Les détenus du Centre de détention arrivent dans l'établissement après un parcours pénal. Si traitement de substitution il y a, il a nécessairement été mis en place avant leur arrivée. Dans ce cas, le traitement se poursuit dans le cadre d'un contrat visant à responsabiliser les personnes au respect de leur prescription. Si ce contrat n'est pas accepté par le détenu, un traitement de sevrage est mis en place.

Toutes les prescriptions sont contrôlées par la pharmacie de Centre hospitalier d'Argentan qui vérifie l'absence d'incompatibilités ou d'associations dangereuses (exemple : benzodiazépine + traitement de substitution).

Lors de la rencontre avec les professionnels de l'UCSA (novembre 2009), 7 détenus ont un traitement de substitution en cours. Les prises se déroulent dans les locaux de l'UCSA, le matin, entre 8H45 et 9H (ce qui pose des problèmes pour les détenus travaillant en atelier à partir de 7H30).

---

<sup>35</sup> Association de personnes généralement abstinentes, qui cherchent à aider les sujets exposés aux dangers de l'alcoolisation

## Sevrage

Le tabac et l'alcool ne sont pas identifiés comme des problèmes majeurs, les poly-toxicomanies étant perçues comme plus importantes.

En ce qui concerne l'alcool, le plus souvent, les détenus arrivent sevrés. Néanmoins, certains parviennent à s'en procurer en détention, l'alcool ne pouvant être canticiné<sup>36</sup>.

### Consultations spécialisées - Activités de groupe - Autres formes de prise en charge

Le repérage des personnes dépendantes aux substances psychoactives a lieu lors des consultations faites par les équipes sanitaires rattachées au **Centre hospitalier d'Argentan**. Il peut être ensuite proposé une prise en charge individuelle ou en groupe<sup>37</sup> :

Prises en charge individuelles	Prises en charge en groupe
Les détenus peuvent demander par écrit à rencontrer individuellement un(e) psychologue (parfois après une suggestion d'un autre soignant). Le délai d'attente est d'environ 15 jours (hors urgences évaluées par l'infirmière). Les demandes sont hiérarchisées par les infirmières qui sont quotidiennement au contact des détenus pour la distribution des médicaments.	Le psychologue peut proposer une orientation vers des groupes de parole. Animés par une psychologue, ils sont organisés tous les 15 jours pour au maximum 6 détenus. En 2008, la file active des groupes « dépendances » a été de 22 patients (contre 27 en 2007).
Les détenus peuvent également bénéficier de consultations de psychiatrie.	

Lors des réunions ou rencontres avec les Conseillers d'insertion et de probation du SPIP, deux partenaires spécialisés (Drog'Aide 61 et Alcool assistance) sont présentés aux personnes concernées<sup>38</sup>.

Les détenus qui le souhaitent écrivent à l'une de ces 2 associations pour bénéficier d'un rendez-vous. Les interventions ont lieu au sein du Centre de détention, soit au Point d'information, de diagnostic et d'orientation (Pido), soit dans les « quartiers sociaux ». Elles prennent la forme de réunions collectives ou de rencontres individuelles.

**L'association Drogue'aide 61** met en place des groupes de parole. Ces interventions sont gérées par le CH d'Argentan. Certains détenus se plaignent de listes d'attente trop longues.

**L'association « Alcool assistance Croix d'Or »** intervient (en individuel ou en groupes) auprès de personnes identifiées par le SPIP. Les interventions concernent tous les produits psycho-actifs et visent à : discuter de la dépendance, en prendre conscience et mesurer ses répercussions sur la santé, et mesurer le travail psychologique nécessaire pour faire perdurer le sevrage consécutif à l'incarcération. Il s'agit également d'écouter (confidentialité), de soutenir et de donner des adresses de structures ressources en vue de la préparation de la sortie.

Deux personnes de l'association interviennent 2 après-midi par mois<sup>39</sup>. Les intervenants ne maîtrisent pas les convocations et ne disposent pas d'éléments de suivi des individus après leur sortie.

<sup>36</sup> Produits que les détenus peuvent acheter en prison.

<sup>37</sup> L'objectif prioritaire de ces actions n'est pas nécessairement l'arrêt d'une consommation, mais plutôt de faire travailler le détenu sur la distinction entre besoin et désir, entre désir et demande, ce travail pouvant conduire à un arrêt.

<sup>38</sup> Pas de convention particulière avec ces 2 associations.

## LA PREVENTION ET L'EDUCATION POUR LA SANTE

---

Sont ici recensées les actions visant à réduire les risques sanitaires associés aux conduites addictives ou à promouvoir la santé des personnes détenues :

- Actions d'information ou de sensibilisation ;
- Actions de prévention ;
- Actions d'éducation pour la santé<sup>40</sup> .

Certaines ont fait l'objet d'un financement spécifique au travers de l'appel d'offre annuel de santé publique, piloté par le Groupement régional de santé publique.

### LES MAISONS D'ARRET

#### *Cherbourg*

Dans cette maison d'arrêt, l'UCSA privilégie un mode d'intervention individuel, au travers principalement des consultations réalisées par le médecin généraliste ou l'équipe infirmière lors de l'arrivée en détention, puis au fur et à mesure des entretiens.

Activité 2008 en termes de consultations :

Consultations du médecin généraliste	642
Entretiens infirmiers	315

Source : Rapport d'activité de l'UCSA

Un projet de programme de prévention et d'éducation à la santé est en cours d'élaboration (action SIDA notamment). Ce travail mobilise la direction de l'établissement et l'UCSA.

#### *Coutances*

L'éducation pour la santé est principalement assurée par la psychologue du service de médecine interne du CH de Coutances, qui travaille essentiellement sur la prévention des addictions, et par l'UCSA dans le cadre des consultations individuelles réalisées par les médecins et les infirmières.

L'élaboration concertée d'un programme de prévention et d'éducation pour la santé est en cours. Ce travail mobilise l'UCSA, la direction de l'établissement et le SPIP (groupe de travail réuni en septembre 2009).

Ce programme s'articule autour de 3 fiches action dont 2 directement liées à la problématique des conduites addictives :

- Formation aux gestes de premier secours (avec les pompiers)
- **Action de sensibilisation aux risques du tabac** à l'occasion de la journée mondiale sans tabac : distribution de sets de table avec un message d'information.

---

<sup>39</sup> Cette action bénéficie d'un cofinancement par l'appel d'offre de santé publique du Groupement régional de santé publique (5400 € avec un objectif de 145 détenus).

<sup>40</sup> Action visant à créer avec les personnes et/ou les groupes, les conditions du développement de leurs capacités vis-à-vis de la santé, à valoriser leur autonomie et leur responsabilité - Glossaire de l'éducation et de la promotion de la santé, CORES Basse-Normandie, 2002

- **Poursuite des ateliers bien-être** : ces ateliers s'appuient sur un outil développé en 2001 par le Comité régional d'éducation pour la santé de Haute-Normandie initialement à destination des 12-19 ans et nécessitant une formation préalable de 3 jours. Ils se composent de 8 séances de 2 heures, réparties sur 8 semaines pour un groupe de 10 à 12 personnes, et animées par plusieurs intervenants : psychologue du CH de Coutances, infirmière de l'UCSA et infirmière du CSAPA Presqu'île. Ces séances permettent un travail sur l'estime de soi et une valorisation du bien-être.

Elles poursuivent 4 objectifs :

- ➔ Informer et prévenir des risques somatiques, psychiques, sociaux et vitaux liés à la dépendance,
- ➔ apprendre ou réapprendre à prendre soin de soi, repérer des moments de bien-être et tenter de les renouveler,
- ➔ repérer ses ressources personnelles et celles de son environnement et apprendre à les utiliser,
- ➔ favoriser l'expression des détenus par la verbalisation et la création artistique.

Ces ateliers sont en place depuis 2006<sup>41</sup>. En principe deux modules de 8 séances sont organisés chaque année (pour environ 20 personnes).

## Caen

L'UCSA met en place ou organise des actions dans ce domaine :

<b>Actions individuelles d'éducation pour la santé</b>	Par l'équipe infirmière.
<b>Action « prévention de l'alcool » chez les mineurs</b>	Sept séances de 1H30 ont eu lieu et 10 mineurs ont bénéficié de cette action.
<b>Relaxation et estime de soi</b>	Des actions autour de la relaxation et du développement de l'estime de soi sont proposées. Elles mobilisent un sophrologue et une infirmière de l'UCSA pour aider le détenu à améliorer la perception qu'il a de son corps, des autres, à promouvoir sa santé et à mieux gérer le stress. Elles sont organisées par cycle de 4 séances. En 2008, 57 hommes et 17 femmes en ont bénéficié. Une évaluation menée par l'UCSA a montré un taux de satisfaction de 90%.
<b>Prévention du tabagisme</b>	Les infirmières de l'UCSA abordent cette question pendant l'entretien entrant afin d'initier une prise de conscience des risques liés au tabac (distribution de brochures d'information). Pour les femmes, un médecin tabacologue et les infirmières de l'UCSA organisent également une séance collective d'information. En 2008, elle a eu lieu au mois de décembre, 9 femmes étaient présentes. En 2009, ces séances ont été financées dans le cadre de l'appel d'offre de santé publique.

<sup>41</sup> Actions financées sur l'appel d'offre santé publique du GRSP pour un montant de 2 000 euros par an.

## LE ETABLISSEMENTS POUR PEINE

### *Centre pénitentiaire de Caen*

Les actions sont réalisées dans le cadre de la convention signée en 1999 entre le CHU, la direction régionale des services pénitentiaires de Rennes et le service d'insertion et de probation.

En 2008, plusieurs actions d'éducation à la santé ont été réalisées<sup>42</sup>, certaines plus spécifiquement en lien avec les conduites addictives :

<b>Estime de soi, relaxation, sophrologie</b>	Un sophrologue accompagné d'une infirmière de l'UCSA propose des cycles de 4 séances sur un mois pour aider le détenu à améliorer la perception qu'il a de son corps, des autres, à promouvoir sa santé et à mieux gérer le stress.  <u>Activité 2008</u> (en 6 cycles répartis de février à décembre) : 20 participants.
<b>Prévention du tabagisme</b>	Les infirmières de l'UCSA abordent cette question au cours de l'entretien entrant afin d'initier une prise de conscience des risques liés au tabac (distribution de brochures d'information).  NB : Les détenus peuvent fumer dans leur cellule et dehors. L'interdiction de fumer dans les espaces collectifs est respectée.

L'équipe infirmière assure également des actions individuelles d'éducation pour la santé.

### *Centre de détention d'Argentan*

Les consultations individuelles réalisées par l'équipe sanitaire peuvent être l'occasion d'aborder ces sujets.

Cependant, il n'existe pas de projet commun SPIP-UCSA-établissement visant à mettre en place des actions d'éducation pour la santé ou de prévention dans le domaine des addictions.

---

<sup>42</sup> Le rapport d'activité 2008 de l'UCSA mentionne des actions dans le domaine de l'hygiène bucco-dentaire, de l'hygiène alimentaire.

## LA PREPARATION DE LA SORTIE

Cette partie du rapport est consacrée à l'identification des acteurs et des organisations œuvrant pour favoriser la poursuite de l'accompagnement sanitaire après la sortie (suivi psychologique ou psychiatrique, continuité des traitements, réinsertion sociale).

### LES MAISONS D'ARRET

<i>Cherbourg</i>	<i>Coutances</i>	<i>Caen</i>
<p>Les personnes suivies par le CMP lors de leur détention sont incitées à poursuivre ce suivi à la sortie<sup>43</sup> : des informations pratiques (adresse, téléphone) concernant les différentes structures ressources (CSAPA, Centre d'addictologie) sont délivrées individuellement.</p> <p>D'une manière générale, les Conseillers d'insertion et de probation incitent fortement les personnes à poursuivre la prise en charge initiée en détention.</p> <p>Les points santé des missions locales peuvent orienter les jeunes (de moins de 25 ans) vers des soins qui n'auraient pas pu être mis en place pendant la détention.</p> <p>La MRIICE relève dans son rapport la remise, par le greffe de la maison d'arrêt, d'une enveloppe fermée préparée par l'UCSA et contenant : les examens pratiqués, le compte-rendu des prises en charge somatiques et de santé mentale (pour ces dernières un double est adressé au CMP), une ordonnance couvrant les 48 heures qui suivent la sortie.</p>	<p>Le médecin de l'UCSA voit systématiquement les détenus placés en semi-liberté<sup>44</sup> avant le début de leur activité professionnelle ; ils ont accès sur demande aux consultations de l'UCSA, au même titre que les autres détenus.</p> <p>Lors de la sortie définitive d'un détenu (date communiquée par le greffe à l'UCSA et au SPIP), une enveloppe lui est remise contenant des dépliants d'information, des préservatifs, ainsi qu'une éventuelle ordonnance pour le traitement des premières 48 heures.</p> <p>Le compte-rendu est envoyé au médecin traitant si le détenu en dispose et/ou au psychiatre et/ou au CMP assurant son suivi, et au détenu lui-même s'il dispose d'une adresse.</p> <p>Cette sortie est préparée avec le SPIP, notamment en cas d'obligation de suivi. La CPU hebdomadaire (chaque vendredi) permet d'examiner la situation de tous les sortants.</p>	<p>Pour préparer les sorties, les questions d'hébergement, d'emploi, de formation sont à traiter. Le SPIP est en charge du contrôle des obligations de soins.</p> <p>La détention éloigne temporairement les détenus de certaines tentations (moindre accessibilité des produits). Le Programme de prévention de la récidive (PPR)<sup>45</sup> mis en place par le SPIP permet de travailler en amont avec les détenus ayant un problème d'addiction sur les stratégies d'évitement qu'ils peuvent mettre en place après leur sortie.</p> <p>Informée parfois tardivement, l'UCSA n'est pas toujours en mesure de proposer une consultation médicale. Une enveloppe contenant le guide du sortant, deux préservatifs et la photocopie des résultats ou comptes-rendus médicaux est préparée par l'infirmière pour chaque sortie. Lorsqu'un traitement est en cours, le détenu sort avec une ordonnance pour les 48 prochaines heures.</p> <p>Si le détenu est pris en charge par le SMPR, il est informé des possibilités de suivi à proximité de son domicile. Le SMPR assure des suivis postpénaux.</p>

<sup>43</sup> Très peu de sorties se font avec une obligation de soins.

<sup>44</sup> Régime de détention spécifique permettant à une personne condamnée de rester sans surveillance continue hors d'un établissement le temps nécessaire pour accomplir certaines activités (travail, soins).

<sup>45</sup> Expérimentation menée sur Caen dans un objectif de préparation de la sortie : groupes de parole animés par le personnel d'insertion du SPIP. Sont abordées les questions liées à d'éventuelles addictions. Si besoin, les détenus sont orientés vers les services de santé (UCSA, SMPR).

## LES ETABLISSEMENTS POUR PEINE

<i>Centre pénitentiaire de Caen</i>	<i>Centre de détention d'Argentan</i>
<p>Lors des préparations à la sortie ou des permissions, une expertise médicale est le plus souvent demandée. Celle-ci mentionne l'existence d'une éventuelle addiction. La prise en charge des addictions poursuit des objectifs de santé publique mais également des objectifs de prévention des récidives et les Juges d'application des peines sont attentifs aux éléments montrant que le détenu a bénéficié d'une prise en charge.</p> <p>Plusieurs actions sont organisées afin d'accompagner la sortie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention d'un sophrologue pour faciliter la transition avec l'extérieur : 21 séances d'une heure pour 4 participants de mai à décembre 2008.</li> <li>• Elaboration conjointe d'un guide du sortant en lien par le SPIP, l'UCSA, le SMPR et la Caisse primaire d'assurance maladie. L'objectif est ici d'aider les détenus sortants dans leurs démarches concernant le logement, les aides financières dont ils peuvent bénéficier, la protection sociale, l'accès aux différents acteurs de santé...</li> <li>• Constitution d'une pochette de sortie : depuis 2007, une consultation médicale est systématiquement proposée à tous les détenus sortants (date communiquée par le greffe à l'UCSA et au SPIP). En cas de refus, l'administration pénitentiaire est informée. Lors de cette consultation, le médecin rassemble les pièces médicales qui seront photocopiées, prépare un courrier pour le médecin traitant, élabore le cas échéant une ordonnance de sortie pour 8 jours. Lors de sa libération, l'ensemble des documents est remis sous enveloppe fermée au détenu par le greffe. Le traitement médical pour les 48 premières heures est également délivré.</li> <li>• Des réunions mensuelles entre les infirmières de l'UCSA et les Conseillers d'insertion et de probation du SPIP permettent une évaluation des besoins et des ressources des personnes.</li> </ul> <p>Compte tenu de la particularité de la population carcérale (80% de délinquants sexuels), s'il existe un suivi par le SMPR (vérifié systématiquement avec la secrétaire du SMPR), le médecin généraliste de l'UCSA prend contact avec le médecin responsable du SMPR. Le diagnostic et les traitements sont communiqués au médecin traitant.</p>	<p>La préparation de la sortie est organisée par l'équipe de l'UCSA sur la base d'une liste de sortants communiquée chaque mois.</p> <p>Une lettre type et une ordonnance sont remises au détenu (traitement pour 15 jours renouvelable 1 fois) ainsi que le traitement des premières 24 heures. Si nécessaire, le médecin contacte des structures ou établissements spécialisés pour le relais des prises en charge. Certaines sorties peuvent se réaliser rapidement et l'équipe estime ne pas être en mesure d'assurer au mieux la préparation à la sortie.</p> <p>Pour certains détenus, un projet de post cure peut être travaillé avec le SPIP afin que le sevrage obtenu en détention se poursuive à la sortie.</p> <p>Les détenus sortants reçoivent des informations orales sur les structures relais, lorsqu'une adresse de sortie est communiquée.</p> <p>Une Commission d'application des peines (CAP) se tient chaque semaine pour que le Juge d'application des peines (JAP) statue sur les demandes d'aménagement de peine. Le JAP peut demander des informations aux services de santé (le plus souvent la réponse reste orale uniquement). D'une manière générale, les rencontres avec le travailleur social référent se font soit à la demande du détenu, soit à la demande du travailleur social et a minima lors de la 1<sup>ère</sup> demande de permission. A noter qu'une permission exige a minima, une enquête d'hébergement réalisée par les services de police ou de gendarmerie, assortie, dans certains cas, d'une expertise psychiatrique réalisée par un médecin expert désigné par la cour d'appel (délai : 4 à 6 mois compte tenu de la démographie médicale du département).</p>

## APPRECIATIONS ET ATTENTES DES ACTEURS MOBILISES

Les éléments d'appréciation et les attentes exprimés par les acteurs rencontrés lors des entretiens qualitatifs sont pour une part liés aux spécificités de l'établissement pénitentiaire dans lequel ils exercent (taille, public accueilli, ressources disponibles sur le territoire), pour une autre à leur structure d'appartenance et donc d'une certaine manière à leur culture professionnelle. Cependant, certains constats sont largement partagés.

### DES OBSERVATIONS SPECIFIQUES

#### LA MAISON D'ARRET DE CHERBOURG

Pour cet établissement, il existe peu de conventions avec des partenaires extérieurs notamment associatifs. La nouvelle direction de l'établissement exprime le souhait d'un développement de ces partenariats qui permettent d'identifier les structures relais, mobilisables après la sortie.

L'important turn-over de la population accueillie et la faiblesse du programme d'éducation pour la santé de l'établissement liée notamment à un financement intermittent des actions (ex : actions autour du bien-être en 2006 et 2007 puis...), conduit à un faible impact en terme de public touché. Un projet de programme de prévention et d'éducation pour la santé est à l'étude par l'UCSA et la direction de la Maison d'arrêt.

#### LA MAISON D'ARRET DE COUTANCES

Les maisons d'arrêt accueillent des détenus sur des périodes relativement courtes<sup>46</sup>, les professionnels rencontrés soulignent donc l'importance d'un repérage rapide, dès l'entretien arrivant.

Dans cet établissement, les Commissions pluridisciplinaires uniques sont perçues comme une réelle plus-value en termes de partage d'informations. Régulières (hebdomadaires), elles permettent de faire le point sur chaque situation individuelle. La participation de l'UCSA est systématique. De plus, l'UCSA organise une réunion de synthèse à un rythme mensuel, depuis septembre 2008. La circulation de l'information n'apparaît pas problématique, les détenus dissimulant rarement leur comportement addictif.

Les services de santé sont néanmoins confrontés à d'importantes difficultés liées :

- au manque de temps des intervenants (en particulier pour le psychologue et l'infirmière du CSAPA Presqu'île) et parfois au manque de place ;
- au turn-over qui complique la continuité des prises en charges initiées en détention ;
- au manque de moyens pour mettre en place une consultation d'aide au sevrage tabagique ;
- à l'absence de dossier informatisé à l'UCSA qui exige des équipes un suivi manuel ;
- au besoin de formations y compris pour les personnels pénitentiaires ;
- aux différences de cultures professionnelles.

---

<sup>46</sup> A Coutances, 30% des détenus restent moins de 3 mois.

Les interventions de l'association « Alcooliques anonymes » se font de manière totalement indépendante et sont jugées complémentaires des autres interventions. Le souhait est exprimé de voir d'autres associations comme « Alcool assistance » par exemple, intervenir, chaque association ayant un discours et un positionnement propre.

D'une manière générale, l'impact des différentes interventions (prévention, soins) paraît difficilement évaluable.

## LA MAISON D'ARRÊT DE CAEN

Les rôles et attributions de chaque acteur (UCSA, SMPR, ANPAA, CSAPA, association) sont répartis de manière parfois tacite. La multiplicité des intervenants pose la question de la coordination des interventions et des modalités de circulation des informations.

Les parcours pédagogiques ont permis de fédérer les acteurs de l'addictologie œuvrant au sein de la Maison d'arrêt de Caen. Cette dynamique s'est concrétisée en 2005 par la création d'un staff addictologie centré sur les personnes détenues et se réunissant tous les 15 jours (ANPAA 14, CSST, SMPR, UCSA et éventuellement SPIP, association « Croix d'or »). La question de la substitution en détention reste un thème complexe régulièrement évoqué lors du staff.

Ce temps d'échanges permet, pour chaque individu, la mise en cohérence des différents suivis et leur réexamen régulier. Les suivis redondants deviennent exceptionnels, même si les actions restent encore cloisonnées par structure. Il permet également d'établir un lien avec des structures extérieures qui pourront, dans certains cas, se faire le relais des prises en charge initiées en détention.

Le développement de partenariats nouveaux, notamment avec des acteurs associatifs (narcotiques anonymes, alcooliques anonymes) est envisagé afin de présenter au mieux les possibilités de suivi et d'accompagnement après la libération.

Un projet d'unité de coordination est actuellement à l'étude.

Les flux de détenus de la Maison d'arrêt sont très importants et croissent avec l'augmentation des très courtes peines. Cela a pour conséquence directe la multiplication des entretiens à conduire pour les Conseillers d'insertion et de probation et pour les services de santé.

Le manque de place pour organiser les temps de prises en charge individuelles et en groupe a été mentionné à plusieurs reprises.

Des temps de rencontres sont organisés avec les personnels pénitentiaires, le SPIP, le JAP, le directeur des établissements pénitentiaires et les autorités (ARH / DRASS). Cela représente beaucoup de réunions avec des objectifs et des logiques pas toujours convergents. Il n'existe pas actuellement de consensus sur les informations partageables, dans le respect des déontologies professionnelles des acteurs sanitaires et pénitentiaires.

Un travail sur la préparation de la sortie est largement souhaité. Les Conseillers d'insertion et de probation du SPIP ont de moins en moins de temps à consacrer à chaque détenu sortant (flux). L'ANPAA 14 exprime le souhait d'un travail plus étroit avec le SPIP afin d'améliorer la préparation et le maintien de liens à la sortie des personnes. Le SPIP développe des actions d'accompagnement collectif mais l'articulation optimale avec les interventions notamment de l'ANPAA, reste encore à trouver.

## LE CENTRE PENITENTIAIRE DE CAEN

D'une manière générale, l'alcool mais surtout des drogues circulent au sein de l'établissement malgré les dispositifs en place. En effet, malgré les fouilles, les saisies, le contrôle des accès, les trafics, notamment de Subutex®, existent en détention dans cet établissement comme ailleurs.

Les interventions de l'ANPAA au Centre ont augmenté et le souhait de développer des actions de groupes comme à la Maison d'arrêt est exprimé. Il n'existe pas de staff de coordination du suivi en addictologie et de la préparation de la sortie. L'orientation vers les intervenants en addictologie reste à améliorer. Actuellement, les moyens d'action de l'ANPAA sont jugés limités alors que la demande s'exprime avec force (file active importante). Il est encore trop tôt cependant pour pouvoir mesurer effectivement leur impact (manque de recul).

En éducation pour la santé et prévention, les actions sont peu nombreuses, au point que les détenus interrogés lors de l'inspection de la MRIICE ont estimé que rien ne leur était proposé.

## LE CENTRE DE DETENTION D'ARGENTAN

Le repérage des détenus ayant un problème d'addiction est le plus souvent déjà fait lors de l'entrée en détention (passage dans une Maison d'arrêt).

La circulation des drogues dans l'établissement reste une préoccupation majeure pour les services de santé. Pour limiter l'impact des traitements délivrés par l'UCSA sur ce trafic, deux procédures sont en place : « distribution quotidienne des médicaments psychotropes » et « substitution sous observation ». Ces dispositifs, ainsi que ceux mis en place par l'établissement pénitentiaire, n'enrayent cependant pas l'entrée des autres drogues dans l'établissement.

Aucun programme d'action d'éducation pour la santé ou de prévention formalisé n'est en place.

La coordination est manifestement insuffisante entre les services de santé, du social et les personnels pénitentiaires (pas ou peu d'échanges systématisés d'information). Dans un climat tendu, les collaborations apparaissent aujourd'hui difficiles, ce qui constitue un frein au bon déroulement de la préparation de la sortie et à l'organisation de la continuité des prises en charge.

Le souhait d'élargir les partenariats actuels à d'autres intervenants complémentaires est exprimé (travail sur l'estime de soi au travers d'activités culturelles ou manuelles par exemple).

NB : Le SPIP travaille à la mise en place d'un « parcours alcool » dans le département de l'Orne, afin de proposer aux détenus sortants, en permission, en aménagement de peine et ayant un problème de consommation d'alcool, un circuit d'informations pédagogiques et citoyennes en milieu ouvert. Ce parcours pourrait même être proposé comme modalité de peine.

## DES OBSERVATIONS ET DES ATTENTES PARTAGEES

---

La période de détention peut être le déclencheur d'une prise en charge qui n'a pas pu se mettre en place auparavant (obligation de soins, suivi médical pendant la période de détention). Certaines personnes arrivent en détention avec une santé très dégradée. Et la détention permet parfois une relative amélioration de cet état (sevrage, suivi médical).

L'élaboration d'un programme de prévention et d'éducation pour la santé est perçue comme nécessaire mais exige du temps et une bonne collaboration entre les services de santé et les acteurs du monde pénitentiaire. Sa mise en œuvre doit s'inscrire dans le temps et non se réduire à des actions discontinues, rythmées par l'obtention de financements.

Des efforts importants autour du développement de la coordination (staff spécialisé, réunions entre les acteurs sanitaires et/ou pénitentiaires) ont été manifestement développés ces dernières années. Cependant, persistent encore des logiques professionnelles et des objectifs différents, non partagés entre les acteurs pénitentiaires et de santé publique.

La préparation de la sortie reste encore bien souvent à travailler. Les acteurs partagent généralement le constat d'une forte intrication des problématiques sanitaires et sociales. La recherche de continuité dans les prises en charge doit prendre en compte les questions du logement, de l'insertion sociale et professionnelle après la détention, en particulier pour les longues peines. La coopération forte entre le SPIP et les acteurs sanitaires est donc un impératif mais elle n'est pas toujours effective.



## DISCUSSION ET CONCLUSION

### *Discussion sur la méthode*

Cet état des lieux est basé sur un travail d'analyse documentaire et sur l'exploitation d'entretiens semi-directifs menés auprès des services de santé et des services pénitentiaires. Les appréciations, les attentes exprimées sont celles de professionnels qui interviennent auprès des détenus, la parole de ces derniers n'a pas été directement recherchée par voie d'enquête.

### *Principaux constats*

La situation en matière de repérage des détenus présentant une addiction ou une consommation abusive, et de prise en charge de ces conduites (du sevrage au maintien de l'abstinence) diffère entre les établissements pour peine et les Maisons d'arrêt.

- Les Maisons d'arrêt sont confrontées à une surpopulation chronique et à d'importants flux de population. La durée de séjour moyenne est courte (3 à 4 mois selon les établissements). Dans ce contexte, le repérage précoce des conduites addictives est un enjeu fort puisqu'il conditionne la mise en œuvre rapide d'une éventuelle prise en charge. Dans les 3 Maisons d'arrêt bas-normandes, les dispositifs ou modalités de prise en charge de ces conduites apparaissent hétérogènes. Au-delà des actions menées par les services de santé, ils font appel à des partenariats locaux, soit avec des structures spécialisées (CSAPA), soit avec des associations qui font intervenir des bénévoles.
- Dans les établissements pour peine, les détenus ayant ce type de conduites sont le plus souvent déjà repérés à leur arrivée du fait de leur passage en Maison d'arrêt. Les prises en charge s'inscrivent par construction dans la durée. Les intervenants autres que les services de santé rattachés au secteur hospitalier public sont rares.

D'une manière générale, l'existence d'un trafic en dépit des actions des personnels pénitentiaires, complique le travail de prévention et de prise en charge.

En outre, les ressources, notamment humaines, mobilisables pour mener des actions d'éducation pour la santé ou de soins dans ce domaine demeurent restreintes au regard des besoins perçus par les professionnels. Les actions sont dimensionnées en fonction des moyens disponibles et ne permettent pas de répondre à la totalité des besoins et des demandes (délai d'attente).

La distinction entre soins et éducation est sans doute un peu artificielle : les temps de soins somatiques, psychologiques et/ou psychiatriques peuvent être l'occasion de sensibiliser et d'informer les détenus. Cependant, l'élaboration concertée d'un programme de prévention et plus largement d'éducation pour la santé n'est pas systématique. Quand elle existe, elle est pourtant le signe que ces questions sont une préoccupation forte, à la fois pour les acteurs de santé et pour les acteurs pénitentiaires, au-delà d'objectifs propres à chaque corps professionnel.

### *Quelques pistes*

Dans un contexte de ressources rares, la coordination des différents intervenants est un enjeu majeur pour optimiser le temps de chacun.

Cette coordination joue un rôle important, à la fois au moment où est déterminée la prise en charge mais également tout au long du processus, de manière à ajuster si nécessaire les interventions initialement retenues.

Il ressort de cet état des lieux que les démarches d'évaluation des actions menées restent très largement à développer, les informations disponibles actuellement ne permettant pas d'appréhender l'impact de ces actions sur :

- la continuité des prises en charge initiées en détention et après la sortie : relais effectifs par des structures spécialisées ou des professionnels libéraux ;
- les récidives ;
- les bénéfices mesurables pour les détenus en termes de santé physique et mentale et d'insertion sociale.

En matière de formation des professionnels, il existe des sessions pluridisciplinaires regroupant des personnels pénitentiaires, sociaux et sanitaires, organisées par la DRASS de Basse-Normandie et la DISP sur le thème de la prévention des suicides (repérage de la crise suicidaire).

Cette formule, qui favorise le développement d'une culture partagée, la formalisation de concepts communs et les relations partenariales entre ces 3 groupes professionnels, pourrait être reprise pour d'autres thèmes de formations et notamment pour les addictions. De plus, elle permettrait de mieux cerner la place des associations (formation des bénévoles).

Enfin, la question de la prise en charge des addictions en détention est étroitement liée à celle de l'organisation du temps du détenu. En plus d'être par nature anxigène, l'incarcération modifie sensiblement le rapport au temps (horaires très cadrés, absence d'occupation sur certaines périodes).

Le développement de l'accès au travail, de la formation ou plus largement d'activités occupationnelles est à envisager comme une contribution aux actions de prévention et de prise en charge des addictions menées par les acteurs sanitaires, médico-sociaux et associatifs.

## BIBLIOGRAPHIE

3. Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique
4. Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, JO n°15 du 19 janvier 1994, p.960.
5. Circulaire DH/DGS/DSS/DAP n°45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique, JO n°29 du 3 février 1995, p.1 859.
6. Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.
7. Glossaire de l'éducation et de la promotion de la santé, CORES Basse-Normandie, 2002, p. 102.
8. Guide méthodologique relatif a la prise en charge sanitaire des personnes détenues, Ministère de la santé et de la protection sociale - Ministère de la justice, septembre 2004, 132 p.
9. « Addictions en milieu carcéral » - Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, OFDT, 2004, 99 p.
10. Circulaire N° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille - Ministère de la justice, 6 p.
11. ACCES - Journal d'information du PRAPS de Basse-Normandie - N°19, Mars 2006
12. L'administration pénitentiaire en France, Ministère de la Justice, Juillet 2007, 18 p.
13. Les chiffres-clés de la Justice, Ministère de la Justice et des Libertés, sous-direction de la Statistique et des Études, 2009, 41 p.
14. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008 - 2011
15. Circulaire N°GDS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

16. Schéma régional médico-social d'addictologie 2009 - 2013 - DRASS Basse-Normandie
17. Eléments diagnostics de la prise en charge des addictions en Ile-de-France, ORS Ile-de-France, Juin 2009 (document réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma régional d'addictologie)
18. « L'entretien motivationnel pour préparer le changement », Mémoire Diplôme Universitaire d'Alcoologie, Université de CAEN Basse-Normandie, Edith LEVAVASSEUR, année universitaire 2004-2005

## ANNEXES

1. Modèle de protocole pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites.
2. Les stades de la motivation au changement
3. La grille d'entretien

**Annexe 1 : Modèle de protocole pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues rencontrant un problème d'abus ou de dépendance à un produit licite ou illicite** (annexe à la note interministérielle du 09/08/2001)

Afin d'assurer la prise en charge sanitaire et sociale de personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites,

- le service médico-psychologique régional (ou le secteur de psychiatrie générale) de..... représenté par .....
- l'unité de consultations et de soins ambulatoires de ....., représenté par .....
- l'établissement pénitentiaire de ....., représenté par .....
- le service pénitentiaire d'insertion et de probation de....., représenté par .....

1- Désignent M....., (fonction) en qualité de responsable de projet, chargé d'améliorer la coordination des interventions des différents services concernés par la prise en charge des personnes dépendantes incarcérées .

2- Conviennent, pour garantir aux personnes incarcérées, un accès aux soins identique à celui de la population générale, du dispositif suivant :

**1. Sur la mise en place d'un repérage systématique des personnes détenues présentant un abus ou une dépendance à un produit licite ou illicite**

**\* Rôle de l'UCSA (ou autres) au début de l'incarcération**

- décrire l'organisation,
- préciser les outils,
- désigner les personnes responsables.

**\* Rôle des autres services**

- décrire le rôle des services de psychiatrie et des autres structures sanitaires,
- décrire le rôle du SPIP (qui participe à ce repérage en orientant les personnes pour lesquelles une consommation de produits est identifiée vers l'UCSA ou vers un autre service),
- décrire le rôle du personnel de surveillance (qui signale à l'UCSA vers un autre service les problèmes de dépendance observés).

**\* Modalités de coordination envisagée :**

- décrire les modalités d'échange des différentes informations, leurs formes (fiche de liaison ou autre) ...

**\* Modalités de transmission d'informations lors d'un transfert de la personne**

- décrire l'organisation mise en place lors d'un transfert dans un autre établissement pénitentiaire, pour assurer la transmission des informations médicales.

**2 . Sur l'organisation de la prise en charge**

**La prise en charge sanitaire**

**\* Traitement de substitution**

(La prescription d'un traitement de substitution dès l'incarcération est systématique lorsque ce traitement a été initié à l'extérieur sauf si le patient exprime le souhait de l'interrompre. Un traitement de substitution sera également proposé si la dépendance répond aux indications de celui-ci).

- Modalités d'intervention et de coordination envisagée (responsables et lieux de prescription, de délivrance et de dispensation, durée du traitement, évaluation...)
- désigner le service et les personnes responsables

### \* Sevrage

(Un traitement médicamenteux dans un but de sevrage est proposé aux personnes dépendantes aux opiacés qui ne bénéficient pas d'un traitement de substitution et aux personnes alcoolo-dépendantes. L'arrêt de la consommation chez les personnes fortement dépendantes doit entraîner une extrême vigilance afin d'éviter tout accident de sevrage.)

- désigner le service et les personnes responsables
- décrire les modalités d'intervention et de coordination

### \* Consultations spécialisées régulières

- décrire l'organisation, les modalités de mise en oeuvre et d'information (délais...proposition systématique d'une consultation spécialisée à toute personne repérée comme dépendante et ce, dans un délai court. En cas de refus de la personne concernée, une consultation doit lui être proposée ultérieurement et régulièrement au cours de l'incarcération. La personne détenue doit faire l'objet d'un suivi médico-psycho-social par le biais de consultations spécialisées régulières et adaptées)
- désigner le service et les personnes responsables

### \* Activités en groupe

- décrire les modalités de mise en oeuvre (description des activités, profil des participants...)
- désigner le service et les personnes responsables

### \* Autres prises en charge

- décrire les modalités de mise en oeuvre (description des activités, profil des participants...)
- désigner le service et les personnes responsables

## L'engagement dans un projet individuel

(La personne détenue repérée comme dépendante doit être incitée à mobiliser ses propres ressources en vue d'élaborer et de réaliser un projet individuel. Les différents partenaires contribuent à la réalisation de cet objectif. Le projet doit être cohérent et réaliste).

### \* Activités :

- décrire les activités à développer dans l'établissement pénitentiaire
- identifier les partenaires
- préciser le rôle de chaque service

### \* Partenariat

- modalités du partenariat SPIP / services sanitaires (forme, fréquence)
- modalités du partenariat SPIP / centres spécialisés (forme, fréquence)
- modalités du partenariat SPIP / partenaires extérieurs (forme, fréquence)

## 3 . Le renforcement de la prévention

### \* La réduction des risques sanitaires

(Un ensemble d'outils de prévention des risques sanguins et sexuels est mis en place par les services sanitaires et pénitentiaires auprès de l'ensemble des détenus)

- décrire les modalités de mise en oeuvre
- désigner le service et les personnes responsables

### \* Promotion de la santé

- identifier les actions,
- désigner les responsables, les partenaires.

#### **4. Le développement des projets d'aménagement de peine**

(Les services doivent se concerter afin qu'un cadre cohérent et adapté à la prise en charge soit proposé à la personnes condamnée dépendante ou ayant une consommation abusive. Afin d'élaborer avec les personnes détenues les projets les plus adaptés, ils veillent à mettre en place les partenariats les plus diversifiés).

- Décrire les modalités du partenariat SPIP/ centres spécialisés intervenants en détention
- Identifier les partenaires extérieurs
- Identifier le rôle de chaque service

#### **5. La préparation à la sortie**

##### **\* Accompagnement sanitaire**

- identification et organisation des relais nécessaires (structures spécialisées ou médecin), cf conventions de prestations dans le cadre des conventions d'objectifs justice/santé (CDO)
- désigner le service et les personnes responsables

##### **\* Continuité en cas de traitement de substitution**

- décrire les modalités de sorties pour les personnes dont la libération n'a pas pu être anticipée (supports d'information ....)
- décrire l'organisation (au minimum assurer une ordonnance de Subutex ou de méthadone lorsque la sortie est programmée et donner les informations concernant les centres de soins délivrant des traitements de substitution)
- décrire les modalités de mise en œuvre
- désigner le service et les personnes responsables

##### **\* Réinsertion sociale et professionnelle**

- décrire l'organisation et les partenariats (mise en place des relais pour permettre l'accompagnement social à la sortie : hébergement, soins, protection sociale, et pour favoriser les contacts de l'intéressé avec la famille et l'entourage) cf conventions de prestations dans le cadre des conventions d'objectifs justice/santé (CDO)
- désigner le service et les personnes responsables

Les signataires de ce protocole s'engagent à mettre en œuvre l'ensemble de ces actions à partir de la date de signature de la présente convention et dans un délai de .....

## Annexe 2 : Les stades motivationnels

Les travaux de James Prochaska et Carlo Di Clemente puis de Miller et Rollnick ont permis de décrire six stades motivationnels, organisés en cycle dynamique :

1. Le stade de pré-contemplation (ou de pré-intention, selon les traductions) :

La personne est dans le déni.

2. Le stade de contemplation (ou d'intention).

A ce stade, la personne prend plus ou moins conscience du problème, mais hésite face au changement.

3. Le stade de détermination (ou de préparation).

La personne a la volonté de changer un comportement devenu nuisible pour elle. Une action devient alors possible.

4. Le stade d'action.

Le changement est effectif (amélioration du comportement problématique).

5. Le stade de maintien d'action (ou consolidation).

Le changement commence à s'installer dans la durée. On parle de maintien après trois mois d'abstinence ou de changement de consommation.

6. Le stade de rechute.

Il correspond à un changement de décision par rapport à une décision de changement.

Ce processus de changement n'est pas linéaire : Il peut y avoir des retours à un stade antérieur, et les étapes sont de durées très variables. Il est représenté comme un cycle ou une spirale.

## Annexe 3 : Grille d'entretien

### INTRODUCTION

---

#### Présentation du champ et des objectifs de l'étude (pour tous) :

##### *Présentation de l'ORS et des commanditaires (Région et DRSP)*

##### *Champ de l'étude*

Les addictions considérées sont les addictions à des produits psycho actifs dont la consommation, licite ou illicite, peut entraîner une dépendance, nécessiter une prise en charge en cas de sevrage, modifier le comportement et/ou avoir des conséquences graves sur la santé :

- Alcool
- Tabac
- Drogues illicites
- Traitements de substitution
- Médicaments psychotropes

Cette étude porte sur les établissements pénitentiaires de la région Basse-Normandie. La maison d'arrêt d'Alençon devant être très prochainement fermée, elle n'entre pas dans le champ de ce travail.

##### *Objectifs :*

Faire un état des lieux des **dispositifs**<sup>47</sup> existant pour prendre en charge ou **prévenir**<sup>48</sup> les addictions ou les consommations abusives à l'entrée en prison, lors de la détention, au moment de la sortie :

1. Description des pratiques
2. Partenariats engagés
3. Mesures d'impacts

Faire émerger les éventuelles difficultés de mise en œuvre, les attentes et besoins exprimés par les professionnels concernés.

---

<sup>47</sup> Concept large : ne pas prendre en compte que les interventions faisant appel à des soignants.

<sup>48</sup> Définition de la prévention par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

1. la prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme.
2. la prévention secondaire vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées.
3. la prévention tertiaire tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes.

Etablissement ou organisme :

Nom et fonction de la personne rencontrée :

Principales caractéristiques de l'établissement (pour les directeurs d'établissement et responsable d'UCSA) :

## 1- L'arrivée en détention

Quels sont les dispositifs en place pour :

- **Repérer les détenus ayant un problème de consommation abusive ou de dépendance ?**  
Partenaires associés (appréciation sur le partenariat) / collaboration avec le SPIP  
Points positifs  
Manques relevés ou difficultés rencontrées ?
  
- **Prendre en charge les détenus ayant un problème de consommation abusive ou de dépendance ?**  
Modalités diversifiées ?  
Partenaires associés : Associations ? Services médico-sociaux spécialisés ?
  - appréciation sur le partenariat
  - existence de convention
  - collaboration avec le SPIPPoints positifs / Manques relevés ou difficultés rencontrées ?

## 2- La période de détention

Quels sont les dispositifs en place pour repérer les détenus débutant une consommation abusive ou une dépendance ?

Partenaires associés (appréciation sur le partenariat) / collaboration avec le SPIP  
Points positifs / Manques relevés ou difficultés rencontrées ?

*A votre connaissance, quelles sont les actions menées en matière de prévention ?*

Pour chacune, faire préciser :

- Public visé (qualitativement et quantitativement si possible) / Produits ?
- Promoteur(s) :
- Associations / Services médico-sociaux spécialisés
- Nature des actions menées
- Calendrier
- Impact attendu et si possible mesuré
- Appréciation générale

Pour les partenaires précités, comment se formalisent ces collaborations ?

Existence de convention ?

Formalisation des résultats attendus ?

Quels sont les autres partenaires que vous jugeriez nécessaire d'impliquer ?

Quelle appréciation portez-vous sur la coordination de ces différentes interventions ?

Quelle appréciation portez-vous sur l'impact de ces différentes interventions ?

Quelles sont vos attentes dans ce domaine ?

Coordination ?

Formation ?

### 3- La préparation de la sortie

Quels sont les dispositifs en place pour préparer la sortie des détenus ayant une consommation abusive ou une dépendance ?

Partenaires associés (appréciation sur le partenariat) / collaboration avec le SPIP

Points positifs

Manques relevés ou difficultés rencontrées ?

Pour les partenaires précités, comment se formalisent ces collaborations ?

Existence de convention ?

Formalisation des résultats attendus ?

Quels sont les autres partenaires que vous jugeriez nécessaire d'impliquer ?

Quelle appréciation portez-vous sur la coordination de ces différentes interventions ?

Quelle appréciation portez-vous sur l'impact de ces différentes interventions ?

Quelles sont vos attentes dans ce domaine ?

Coordination ?

Formation ?

REMERCIEMENTS

## **Copyrights**

Microsoft® Excel pour Windows

Microsoft® Word pour Windows

## **Réalisation**

Compatible PC

## **Observatoire régional de la santé**

3, place de l'Europe - 14 200 HEROUVILLE-SAINT-CLAIR





## Résumé

### Les dispositifs de prévention et de prise en charge des addictions en et à la sortie de prison en Basse-Normandie

La Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) et la Région Basse-Normandie ont signé un protocole d'accord le 3 juillet 2007. La Région s'engage ainsi à soutenir les projets de prévention et d'éducation pour la santé autour des problématiques de suicide et de conduites addictives.

En France, plus de 60% des entrants en prison présentent un problème lié à une consommation d'alcool et/ou de drogues nécessitant une prise en charge adaptée. Les travaux menés en Basse-Normandie posent des constats encore plus marqués.

Dans le cadre de sa convention annuelle avec la Région Basse-Normandie, l'ORS a donc été chargé de réaliser un état des lieux des dispositifs de prévention et de prise en charge des addictions en prison et lors de la préparation de la sortie : description des pratiques, des partenariats engagés, des moyens mobilisés. Il s'agit également de faire émerger les éventuelles difficultés de mise en œuvre, les attentes et besoins exprimés par les professionnels et les structures mobilisés.

Ce travail porte sur les 5 établissements pénitentiaires de la région Basse-Normandie, à savoir : le centre pénitentiaire de Caen, la maison d'arrêt de Caen, la maison d'arrêt de Coutances, la maison d'arrêt de Cherbourg et le centre de détention d'Argentan.

En complément d'un travail d'analyse documentaire, une série d'entretiens semi-directifs a été menée, notamment auprès des directeurs d'établissements pénitentiaires, des médecins responsables des Unités de consultations et de soins ambulatoires, du praticien hospitalier responsable du Service médico-psychologique régional basé à Caen et des directeurs des Services pénitentiaires d'insertion et de probation.

La situation en matière de repérage et de prise en charge des détenus présentant une addiction ou une consommation abusive (du sevrage au maintien de l'abstinence) diffère entre les établissements pour peine et les Maisons d'arrêt où la durée de séjour moyenne est courte (3 à 4 mois selon les établissements).

Les ressources, notamment humaines, mobilisables pour mener des actions d'éducation pour la santé ou de soins dans ce domaine demeurent restreintes au regard des besoins perçus par les professionnels.

Dans ce contexte, la coordination des différents intervenants est un enjeu majeur.

Les démarches d'évaluation des actions menées restent très largement à développer.

Enfin, la question de la prise en charge des addictions en détention est étroitement liée à celle de l'organisation du temps du détenu. Le développement de l'accès au travail, de la formation ou plus largement d'activités occupationnelles est à envisager comme une contribution aux actions de prévention et de prise en charge des addictions menées par les acteurs sanitaires, médico-sociaux et associatifs.

**Mots clés :** détenus, addiction, dépendance, prison