



Addiction et milieu carcéral

Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et de l'extra-muros

RAPPORT D'ENQUETE

DECEMBRE 2012

Fédération Addiction

9 rue des Bluets

75011 - PARIS

Tel : 01 43 43 72 38

Fax : 01 43 66 28 38

www.federationaddiction.fr - e.tarleve@federationaddiction.fr

Une forte prévalence des conduites addictives en détention

Les études disponibles convergent vers le constat d'une forte prévalence des conduites addictives parmi la population incarcérée. On peut évaluer à un peu plus de la moitié la part des personnes poly-consommatrice en prison. La dernière estimation chiffrée datant de 2003¹ indique que 30% des entrants en prison ont une consommation excessive d'alcool, un tiers d'entre eux déclarent une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 derniers mois et un quart déclarent une consommation d'au moins 2 substances psychoactives.

Une pluralité d'acteurs dans la prise en charge des addictions

Depuis la réforme de 1994, la prise en charge de la santé des détenus relève du dispositif de droit commun: les détenus doivent pouvoir bénéficier des mêmes prestations que la population générale. Le suivi de la santé des détenus relève de la responsabilité des unités de consultation et de soins ambulatoires qui assurent notamment le repérage et la prise en charge des addictions, l'initialisation et le suivi des traitements de substitution. Cette prise en charge peut être assurée par le SMPR dans certains établissements ou par un CSAPA en interne quand ils existent. Depuis octobre 2012, les UCSA et les SMPR s'appellent « unités sanitaires » de niveau 1 lorsque les soins psychiatriques incluront des prises en charge ambulatoires.²

Il est prévu, comme à l'extérieur, qu'il soit pris en compte les aspects médicaux (RDR, VIH, hépatites...), psychologiques, psychiatriques, médicamenteux (TSO et autres), et sociaux, et ce aux différents temps de la détention afin de permettre l'accessibilité, l'accompagnement et la continuité des soins. Les services sanitaires (somatiques, psychiatriques, ELSA), la médecine de ville, les structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD) ont un rôle à jouer, et notamment les CSAPA désignés référents³ pour la préparation à la sortie.

Un cloisonnement et un morcellement des soins

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

¹ MOUQUET M.-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Études et Résultats, Drees

² CIRCULAIRE INTERMINISTRIELLE N°DGS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

³ CIRCULAIRE INTERMINISTRIELLE N°DGS/MC2/DSS/1A/DGCS/5C/2011/371 du 26 septembre 2011 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2011 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Des ruptures thérapeutiques fréquentes

Comme rappelé dans le plan d'actions stratégiques 2010-2014, Les situations sont très hétérogènes d'un établissement pénitentiaire à un autre et dans nombre de cas, est relevé le défaut d'organisation et de coordination des intervenants potentiels⁴.

De même, ce temps de préparation, notamment pour les prévenus ou lors de transferts qui ne peuvent être anticipés, ne peut pas toujours être maîtrisé et se limite alors à de la transmission d'informations. Se pose également la question de la continuité des soins sous contraintes et des secteurs d'accueil.

Les éléments faisant défaut portent notamment sur l'ouverture et la poursuite des droits sociaux ou le manque des structures d'accueil spécialisées pouvant recevoir les personnes sortant de détention. En effet, au moment de la libération, les conditions matérielles précaires, la diminution de l'employabilité, l'absence de garantie d'hébergement, la méconnaissance des détenus de leurs droits sont autant de facteurs récurrents et aggravants pour les personnes sortant de prison. S'ajoute à cela plusieurs paramètres qui conditionnent l'accompagnement à la sortie comme les conditions carcérales, la date de sortie souvent aléatoire, la position pénale, les conditions de permissions de sortie, les caractéristiques du lieu de sortie (urbain / rural), les capacités de suivi à l'extérieur etc.

On peut donc supposer qu'il existe autant de modes d'organisation que d'établissement pénitentiaire. La pluralité des acteurs, la diversité des modalités de suivi des détenus et d'organisation des soins en détention fait de la coordination des différents intervenants santé (UCSA, CSAPA, SMPR), un enjeu majeur pour assurer la continuité des soins. Or ce principe ne semble pas acquis dans un nombre important d'établissements.

LE PROJET DE LA FEDERATION ADDICTION EN PARTENARIAT AVEC L'APSEP ET L'APAC

Les objectifs

La Fédération Addiction en partenariat avec l'APSEP et l'APAC propose de mener une réflexion nationale « avec et pour » l'ensemble des acteurs concernés (médico-sociaux, sanitaires et judiciaires) afin de contribuer à une meilleure articulation entre les différents acteurs impliqués dans l'accompagnement et la prise en charge des addictions des détenus.

Pour cela, il s'agit de :

- Identifier et mettre en débat les différentes pratiques concernant les modalités d'organisation de soins des détenus.
- Dégager des principes éthiques et d'interventions qui font sens pour l'ensemble des acteurs

Objectifs opérationnels

- Réaliser un état des lieux de l'organisation des soins pour les personnes détenus avant / pendant / après l'incarcération (protocoles, types de conventions, CDO...) afin d'identifier les différents « cas de figure » et faire remonter les bonnes pratiques
- Dégager des préconisations concernant les modalités d'articulations entre les acteurs en tenant compte des trajectoires des détenus
- Elaborer une production utile à l'action contenant une synthèse de l'étude et ses préconisations et ainsi enrichir les pratiques professionnelles

⁴ Sources rapports d'inspection, enquête de la CNAMTS sur l'effectivité de droits des personnes détenues. Mars 2009

Le Pilotage du projet

Pour piloter le projet, un groupe composé de professionnels impliqués dans la prise en charge des détenus, travaillant en CSAPA intra et extra-muros, UCSA et SMPR est constitué. Les critères de recrutement pour ce groupe sont la représentativité au niveau des dispositifs, des territoires et des professions.

Le rôle de ce groupe projet est d'accompagner les phases opérationnelles et d'apporter son expertise tout au long du projet. Ce groupe est l'instance sur laquelle s'appuie la chargée de projet.

Le déroulement de l'action

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

Phase 1 : Identification de la problématique (novembre 2010 – novembre 2011)

- Recueillir et partager les données existantes via les textes réglementaires, les schémas régionaux, le corpus théorique, les différentes études existantes
- Définir les éléments à interroger et élaborer l'outil de recueil (questionnaire)

Phase 2 : Recueil, échanges de pratiques et analyse des données (décembre 2011- décembre 2012)

- Interroger les pratiques professionnelles concernant l'articulation des acteurs impliqués dans la prise en charge des addictions des détenus
- Recueil de données sur les modalités de coopérations et les outils de concertations (conventions, protocoles, fiches de liaison..) à l'entrée en détention, pendant l'incarcération et pour la préparation de la sortie, pour distinguer les rôles de chacun, pour repérer les éléments qui permettent d'éviter les ruptures dans le parcours de soins :
 - Via un questionnaire
 - Via la réalisation d'entretiens qualitatifs et réunions locales auprès d'un échantillon représentatif des acteurs (UCSA / SMPR / CSAPA en milieu pénitentiaire / CSAPA extérieur...)

Phase 3: partage des constats et mise en débat des préconisations (janvier 2013 – septembre 2013)

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

Phase 4 : Modélisation et production (septembre 2013 – décembre 2013)

Phase 5: Diffusion et accompagnement au changement (janvier 2014 – décembre 2014)

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

L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

Les objectifs

L'enquête par questionnaire s'inscrit dans la deuxième phase du projet. Elle a pour objectif de recueillir des premiers éléments sur :

- L'organisation des soins pour les personnes détenus à l'entrée en détention, pendant l'incarcération et pour la préparation de la sortie
- Les modalités de coopérations et les outils de concertations entre les différents acteurs de l'intra et de l'extra-muros

Cette enquête a pour but d'apporter des éclairages sur la diversité des pratiques professionnelles, elle n'est pas une étude exhaustive. Ainsi, elle n'a pas vocation à constituer un état des lieux quantitatif de l'offre de soins ou de la prévalence des addictions dans les établissements pénitentiaires.

Le questionnaire a été élaboré par le groupe projet et soumis à la Direction Générale de la Santé.

Méthode

1. Les modalités de remplissage

Le choix retenu a été que sur un même établissement, chaque dispositif, service ou structure de l'intra et de l'extra-muros intervenant dans l'établissement (UCSA, SMPR, CSAPA interne⁵, externe, CAARUD, ELSA etc.) renseigne chacun un questionnaire. En effet, nous avons fait l'hypothèse que les différents services, dispositifs ou structures intervenants sur un même établissement n'avaient pas les mêmes pratiques, ni les mêmes représentations de l'organisation de la prise en charge des addictions. Par ailleurs, le même questionnaire a été diffusé aux différents acteurs, malgré que tous les intervenants ciblés ne soient pas concernés par l'ensemble des questions posées.

Le questionnaire pouvait être rempli directement en ligne ou retourné par courrier ou fax à la Fédération Addiction.

2. La diffusion et l'analyse

Le questionnaire a été diffusé en décembre 2011 par mail en intra-muros aux UCSA via l'APSEP et aux SMPR. En extra-muros la Fédération Addiction a relayé l'enquête par mail et courrier à ses adhérents et contacts concernés. Plusieurs relances ont été effectuées par les différents circuits de diffusion jusqu'en février 2012.

Les résultats des questionnaires ont été présentés et commentés lors du groupe projet de mars 2012.

3. Les retours

Compte tenu de ces différentes modalités de diffusion si la proportion d'établissements représentés peut être calculée, un taux de retour ne peut être précisé. Cependant, au regard des objectifs fixés, nous observons une mobilisation satisfaisante des professionnels dans cette enquête (cf résultats) permettant de dégager des tendances sur les pratiques et les représentations des professionnels.

Pour certaines questions, on comptabilise un grand nombre de non-réponses. En effet, certains répondants n'ont pas renseigné les questions qui ne les concernaient pas. Par exemple, les questions relatives à l'entrée en détention sont peu renseignées par les professionnels des CSAPA qui n'interviennent pas ou peu à ce moment du parcours de soin.

⁵ Les CSAPA dits « interne » sont les anciennes antennes toxicomanie situées dans 20 établissements pénitentiaires

LES RESULTATS

Identification

Profil des répondants	Nb. cit.	%
UCSA	47	30,5
SMPR	6	3,9
CSAPA interne	7	4,6
CSAPA externe	87	56,5
CAARUD	5	3,3
Cabinet libéral d'addictologie	1	0,6
ELSA	1	0,6
TOTAL	154	100

Répartition par région pénitentiaire	Nb. cit.	%
Lille	15	71
Paris	7	43
Est - Strasbourg	13	54
Rennes	12	55
Centre-est Dijon	8	38
Lyon	13	59
Bordeaux	12	55
Toulouse	13	72
Marseille	6	38
Mission Outre-Mer	3	27
Non réponse	7	
TOTAL	109	

Capacité d'accueil des établissements	Nb. cit.	%
-200	41	37,6
200 à 400	23	21,2
400 à 600	19	17,4
600 à 800	13	11,9
800 à 1000	4	3,7
+ de 1000	2	1,8
Non réponse	7	6,4
TOTAL	109	100

Type d'établissement pénitentiaire	Etablissement cité	%	Etablissement totaux ⁶	%
Maison d'arrêt	64	58,7	106	60,4
Centres pénitentiaire	30	27,6	37	81,1
Centre de détention	11	10,1	24	44
Centre de semi-liberté	1	0,9	12	9,1
maison centrale	1	0,9	6	16,7
Etablissement pénitentiaire pour mineurs	1	0,9	6	16,7
Non réponse	1	0,9		
TOTAL	109	100	191	57,1

- Au total, 154 questionnaires ont été retournés représentant 109 établissements pénitentiaires sur 191, soit 57%. Près de 3/4 des centres pénitentiaires et de 2/3 des maisons d'arrêt sont représentés avec une répartition par région pénitentiaire allant de 27% (mission Outre Mer) à 71% (Lille).
- 40% des questionnaires ont été retournés par des intervenants de l'intra-muros et 60% de l'extra-muros. 27% des UCSA ont répondu au questionnaire et 23% des SMPR. Concernant les CSAPA, la Fédération Addiction n'ayant pas connaissance du nombre de CSAPA intervenant en milieu pénitentiaire, il n'est pas possible de préciser un taux de représentativité.
- Dans 33 établissements pénitentiaires, ont été recueillis de 2 à 6 questionnaires de dispositif différents (par exemple UCSA et CSAPA extérieur ou UCSA, SMPR et CSAPA extérieur etc.).

⁶ Source DAP au 1^{er} janvier 2012

LES MODALITES DE COORDINATION DES SOINS DES ADDICTIONS EN DETENTION

Extrait du cadre réglementaire (instruction du 10 novembre 2010)

- La fonction de pilotage qui associe différents types de professionnels doit être assurée par **un acteur identifié** au sein de l'établissement pénitentiaire. Compte-tenu du rôle du personnel de l'UCSA à chacun des stades de prise en charge de la personne détenue, il est proposé que ce soit une personne exerçant à l'UCSA (médecin, infirmier, etc.) qui assure cette fonction. Cependant cette fonction peut être confiée par convention à une personne du service assurant les soins psychiatriques dans l'établissement pénitentiaire ou du service médico-psychologique régionale quand il existe.
- Un **Protocole organisationnel local** est élaboré sous la responsabilité de la personne désignée et présenté dans le comité de coordination de l'établissement pénitentiaire. Ce protocole fera l'objet d'une validation de la part du directeur de l'agence régionale de santé.
- Un **rapport annuel** exposera l'activité réalisée dans le cadre de cette organisation, notamment sur la base d'indicateurs. Ces indicateurs permettront également le suivi et l'évaluation de l'application de la circulaire par le directeur général de la santé et le directeur générale de l'offre de soins

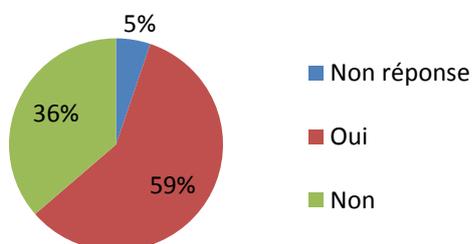
Indicateurs de suivi et de la réalisation :

- Existence d'un bilan addictologique systématique pour chaque entrant (mention dans dossier médical)
- Existence d'un protocole local
- Nomination de la personne coordinatrice (mention dans le protocole)
- Nomination du CSAPA référent (mention dans le protocole)
- Réalisation d'au moins deux réunions d'informations, de coordination et de suivi de la mise en œuvre du protocole où toutes les structures parties prenantes seront représentées.

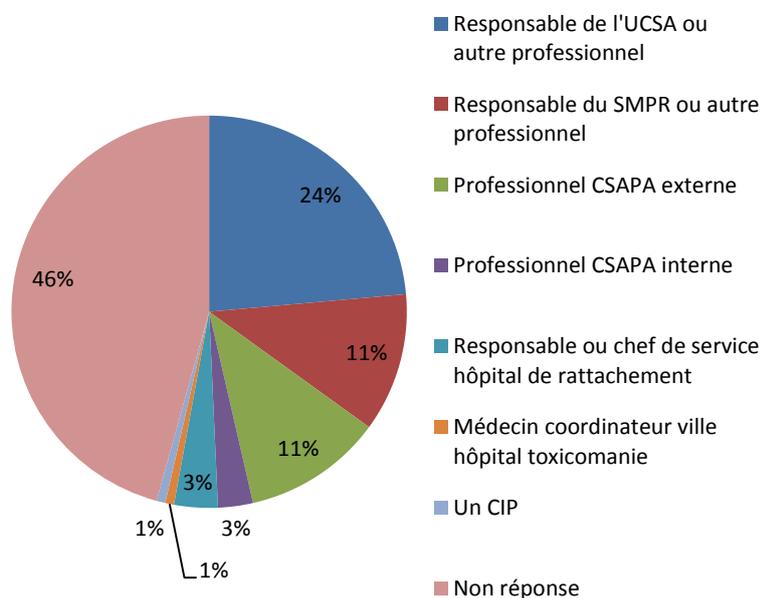
Constat : Une coordination des soins des addictions pas toujours définie ou clairement visible...

1. Existence d'un professionnel désigné pour la coordination des soins des addictions

Un professionnel a-t-il été désigné pour assurer la coordination de la prise en charge des addictions?



Si oui, quel professionnel ?

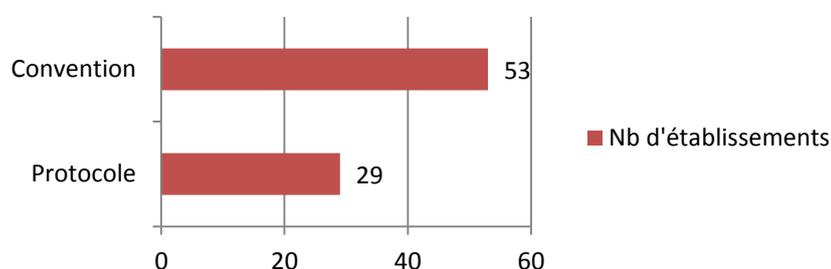


- La coordination des soins des addictions ne serait pas effective dans un certain nombre d'établissements pénitentiaires. Ainsi, pour plus d'un tiers des répondants, il n'existe pas de professionnels désigné pour assurer la coordination des soins des addictions. Par ailleurs, dans les établissements où cette fonction semble avoir été attribuée, quelques indicateurs laissent supposer qu'elle ne soit pas toujours visible. En effet, les réponses au sein d'un même établissement pénitentiaire sont parfois différentes entre l'UCSA, le SMPR et le CSAPA, l'un (ou les uns) répondant positivement, l'autre (ou les autres) répondant négativement et ce, dans 16 établissements sur 33.
- Pour 38% des répondants, le professionnel désigné pour la coordination des soins des addictions est un professionnel de santé de l'intra-muros (24% UCSA, 11% SMPR et 3% CSAPA interne), comme préconisé dans l'instruction du 17 novembre 2010. 15% des répondants mentionnent un professionnel de l'extra-muros, une personne évoque le SPIP. Il faut noter que près de la moitié des personnels ne répondent pas à la question se qui confirme l'hypothèse d'une visibilité limitée de cette fonction.
- La création des CSAPA référents, instituant un nouveau niveau de coordination, celui de la préparation à la sortie, a pu créer, au moment de la passation de l'enquête, de la confusion dans les réponses.

Au regard de ces résultats, on peut présumer que les professionnels de santé intervenant en prison, qu'ils soient de l'intra ou de l'extra-muros ont des représentations différentes de cette responsabilité de coordination et qu'il apparaît opportun d'en préciser sa définition.

2. Existence d'un protocole et/ou d'une convention avec les dispositifs de l'extérieur

Le lien avec l'extérieur fait-il l'objet d'une convention et/ou d'un protocole ?

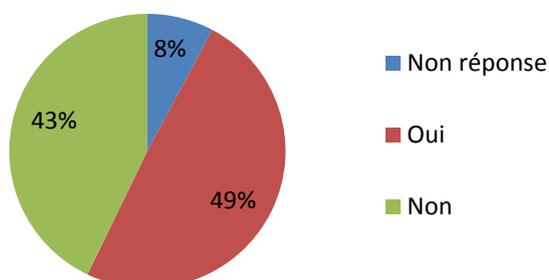


- Dans presque la totalité des établissements ayant répondu (102 sur 107), il existe un lien avec les dispositifs extérieurs concernant les addictions. Il concerne majoritairement la préparation à la sortie (90%) mais est opérant également au moment de la prise en charge en détention (84%) et du repérage à l'entrée en détention (40%).
- Ce lien est formalisé par une convention dans la moitié des établissements et fait l'objet d'un protocole dans 27% des établissements. Cependant, un certain nombre de professionnels (14) précisent qu'un protocole ou une convention est en cours de formalisation.
- Si quelques professionnels n'estiment pas nécessaire de formaliser le lien du fait notamment d'une habitude de travail en commun, l'absence de protocole semble constituer au regard des réponses aux questions ouvertes, un frein important à la mise en œuvre de collaborations.

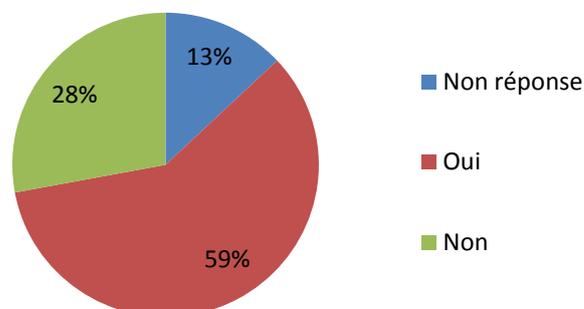
En effet, la formalisation des coopérations entre acteurs est support, d'échanges, de débats, d'ajustement, d'évaluation des pratiques, d'une meilleure connaissance et de désignation de champs de compétence de chacun.

3. Existence d'instances de concertation

Dans l'établissement, existe-t-il des instances de concertations entre les différents acteurs pour la coordination des soins des addictions?



Existe-t-il des instances de concertations ou des espaces d'échanges concernant les patients suivis pour un problème addictif?



- Pour 43% des professionnels, il n'existe pas d'instance de concertation entre les différents acteurs pour la coordination des soins des addictions, et ce, particulièrement dans les petits établissements de moins de 200 détenus (51%). Là encore, les réponses différentes entre l'UCSA, le SMPR et le CSAPA au sein d'un même établissement pénitentiaire (16 sites) interrogent la visibilité de ces instances pour l'ensemble des acteurs.
- Quand elles existent, la fréquence des instances de concertation est variable allant de réunions hebdomadaires à annuelle, le rythme mensuel étant le plus cité (45%).
- Les acteurs participants à ces instances sont eux aussi variables : dans certains établissements, elles regroupent des acteurs de la santé de l'intra et de l'extra-muros (52% des répondants), dans d'autres, des acteurs de la justice et /ou de l'administration pénitentiaire sont conviés (32%), dans d'autres encore, elles ne réunissent que les acteurs de la santé de l'intra-muros (17%).
- Les espaces d'échanges cliniques pour les patients ayant une problématique addictive semblent institués plus fréquemment que les instances de coordination puisqu'ils existent pour près de 60% des professionnels. Mais là aussi, sur un même établissement, les réponses divergent entre les différents intervenants (8 sites). Quelques professionnels regrettent cependant que les médecins prescripteurs ne participent pas aux échanges qui se font uniquement avec le personnel infirmier (cité 4 fois).

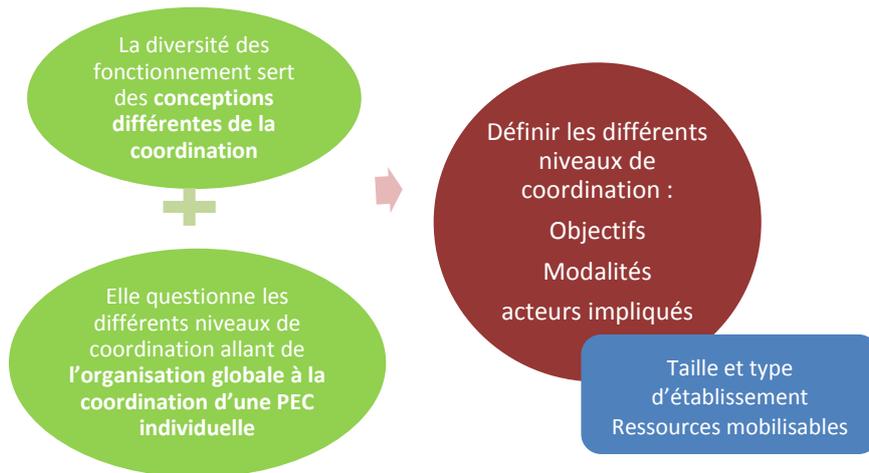
Au regard de la diversité des modalités de concertations, on peut faire l'hypothèse de l'existence de différents types d'instances répondant à des objectifs différents, qu'il va s'agir de définir et formaliser.

Pistes à travailler

Quand elle existe, la coordination de la prise en charge des addictions en milieu carcéral prend des formes diverses et semble répondre à des logiques propre à chaque établissement et acteur.

Si un certain nombre d'éléments « structurels » sont à prendre en compte comme le type et la taille de l'établissement pénitentiaire, le type, le nombre et la taille du ou des dispositif(s) de santé intervenant en détention, les addictions doivent faire dans tous les cas, l'objet d'une attention particulière au regard de la prévalence en détention.

Pour garantir l'accès et la continuité des soins, la mise en œuvre d'une coordination spécifique des soins des addictions paraît incontournable mais nécessite d'en définir les objectifs, le contenu et les modalités.



	justice et pénit	sanitaire intra-muros	médico-social	textes et cadre	
Officiel et général	commission surveillance des prison TGI, JAP, DIRSP	réunion addicto ARS, Hop,	partenaires ext, FA	Loi	N1
Institutionnel, organisationnel, et local	dir antenne SPIP, JAP de l'établissement	cadres UCSA, SMPR, DSP	dir CSAPA de prox	protocoles	N2
Suivi individualisé et clinique	CPIP	inf, cadre, psy, AS	intervenants de prox., educs	synthèses, réunion d'équipes	N3

L'ENTREE EN DETENTION

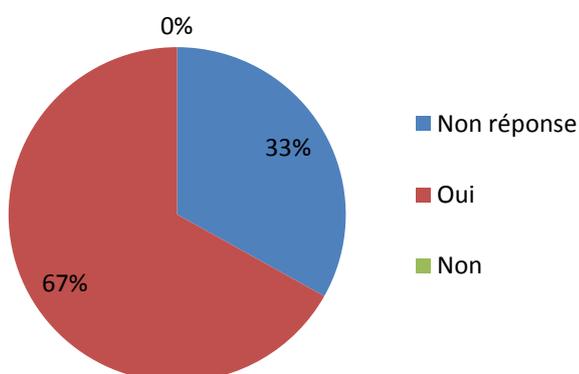
Extrait du cadre réglementaire (instruction du 10 novembre 2010)

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

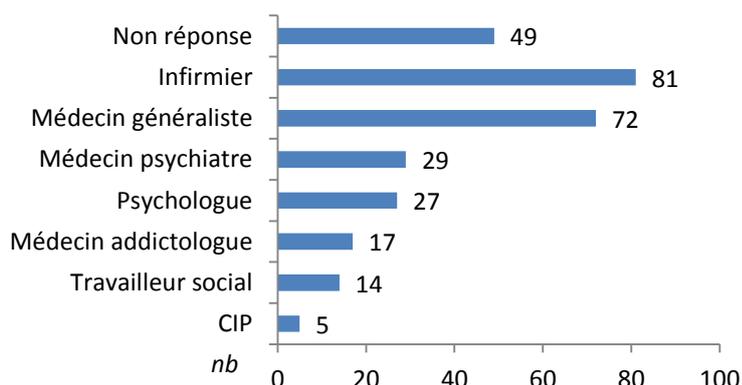
Constat : Si les conduites addictives semblent intégrées dans le bilan de santé effectué à l'arrivée, les objectifs et les modalités du repérage varient.

1. Existence d'un repérage « addiction » lors de la visite médicale d'entrée

Lors de la visite médicale d'entrée, un repérage addiction est-il effectué?



Quel(s) professionnel(s) effectue(nt) ce repérage?

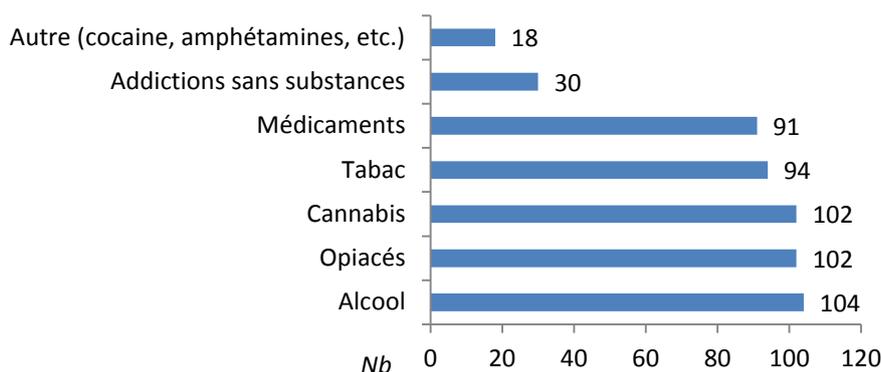


- Pour tous les professionnels ayant renseigné cette question, un repérage addiction est effectué lors de la visite médicale d'entrée en détention. Les professionnels n'ayant pas répondu à cette question sont les CSAPA et les autres structures de l'extérieur dont ce n'est à priori pas la mission.
- Il est effectué le plus souvent par un infirmier de l'UCSA (cité par 77% des répondants) ou par un médecin généraliste (cité par 69% des répondants), d'autres professionnels sont également cités : médecin psychiatre, médecin addictologue, psychologue, travailleurs social et CIP.

Si le repérage est systématique ce qui est un point positif, il est effectué par une diversité de professionnels, ce qui pose deux questions : celle du contenu du repérage et des critères d'orientation (existence d'un usage ou repérage d'un niveau d'usage) potentiellement variable selon le professionnel qui en a la charge et celle de la transmission des informations de ce qui a été repéré.

2. Produits et comportements repérés

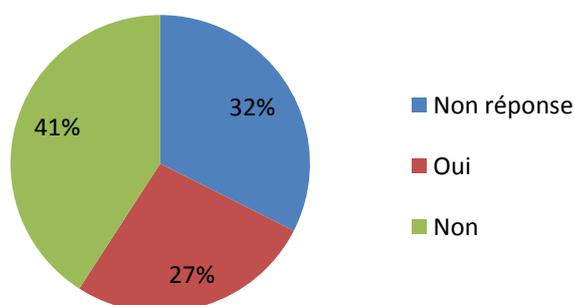
Si oui, pour quels produits ?



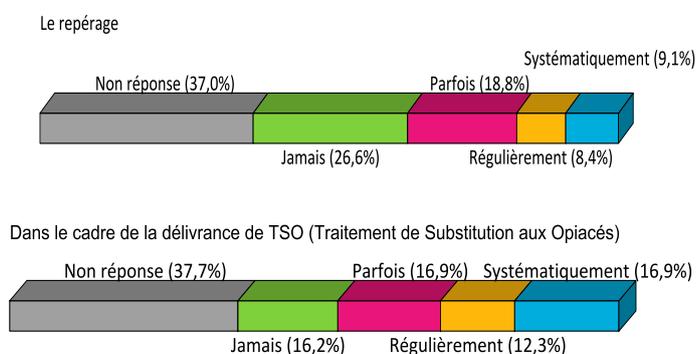
- Si les consommations d'alcool, d'opiacés et de cannabis semblent être repérés systématiquement, l'usage de tabac et de médicament le sont quasi-systématiquement (90% et 86%), les autres produits (cocaïne, amphétamines etc.) et les addictions sans produits sont quant à elles peu abordées. (17% et 28%).
- Le repérage systématique de la consommation d'alcool s'explique par le fait qu'elle est souvent un motif d'incarcération et dont le sevrage peut entraîner des complications somatiques importantes. Concernant l'usage d'opiacés, les détenus déclarent souvent eux-mêmes leur consommation pour l'initiation ou la poursuite du TSO.

3. Utilisation d'outils pour effectuer le repérage

Utilisez-vous des outils validés pour le repérage?



Utilisez-vous des tests urinaires ?

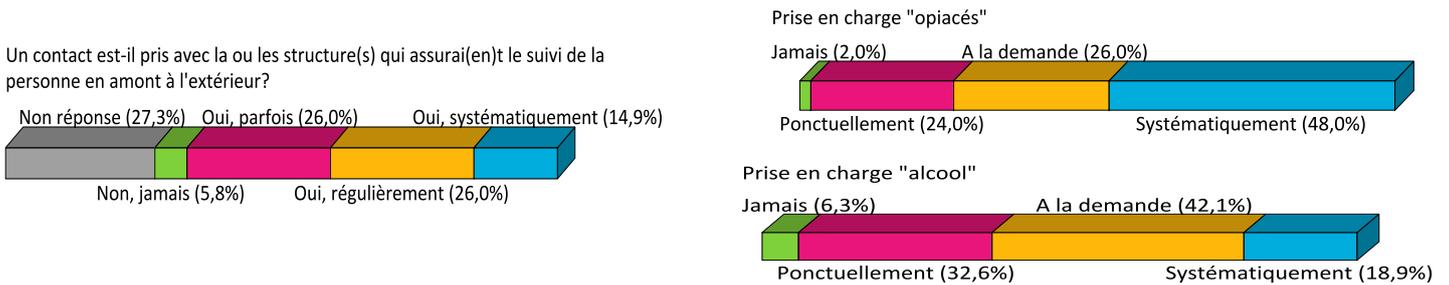


- 40% des professionnels confirment qu'un outil validé est utilisé pour effectuer le repérage. Cependant, parmi les professionnels des UCSA, cette proportion diminue et n'atteint que 32%. Par ailleurs, les outils sont peu cités : le DETA (10), la grille de la circulaire (6), le CAGE (4), l'ADOSPA (2), l'AUDIT (1), le mini-grade (2), grilles d'entretiens entrants validés en interne (9). Il a été également signifié le refus de l'administration pénitentiaire d'instaurer un questionnaire de repérage (cité deux fois). Cette utilisation relativement faible d'outils validés ne permet pas d'identifier les pratiques cliniques au moment du repérage à l'entrée en détention. On peut faire l'hypothèse que ces pratiques sont diverses et dépendent de chaque professionnel ou équipe.

Or, la mise à disposition d'un outil accompagnée d'une formation spécifique peut contribuer à l'amélioration de la prise en compte des conduites addictives chez les professionnels de santé non spécialisés.

- 36% des professionnels utilisent des tests urinaires au moment du repérage, cette part atteint 68% parmi les personnels des UCSA. Ils les utilisent régulièrement voir systématiquement pour 30% d'entre-eux.
- Dans le cadre de la délivrance de TSO, 46% des professionnels utilisent des tests urinaires, cette part atteint 85% parmi les personnels des UCSA. Ils les utilisent régulièrement voir systématiquement pour la moitié d'entre eux.
- Les tests urinaires sont effectués en laboratoire ou par bandelettes de manière égale. Ils sont majoritairement effectués en laboratoire par les professionnels de l'intra-muros (77%) et par bandelette par les professionnels de l'extra-muros (13 sur 17 répondants).

4. Contact avec l'extérieur au moment du repérage

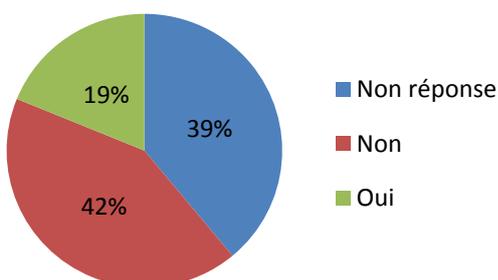


- Pour 56% des professionnels ayant répondu à cette question, un contact est pris régulièrement ou systématiquement au moment du repérage avec la ou les structure(s) qui assurai(en)t le suivi de la personne en amont à l'extérieur. Cette proportion atteint 64% chez les intervenants de l'intra-muros. Il est parfois pris pour 36% des répondants et jamais pris pour 8% (12% chez les professionnels de l'intra-muros).
- Pour la moitié des professionnels, le contact avec l'extérieur est pris systématiquement dans le cadre d'une prise en charge pour une consommation d'opiacés, à la demande du détenu pour 26% d'entre-eux, ponctuellement pour 24% et jamais pour 2%. Pour une problématique alcool le contact avec l'extérieur est pris moins systématiquement (19%) et plus à la demande du détenu (42%) ou ponctuellement (32,6%).

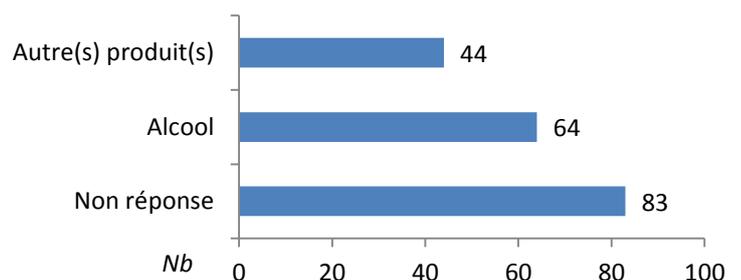
Au regard de ces résultats, on peut faire l'hypothèse que le lien avec la structure qui assurait le suivi en amont est davantage motivé par la continuité du traitement médical que par la continuité du projet global de soin.

5. Existence de protocoles cliniques à l'entrée en détention

Existe-t-il un protocole particulier pour les prescriptions de TSO pour les entrées en dehors des temps de présence du personnel de l'UCSA?



Un protocole de sevrage est-il prévu pour :

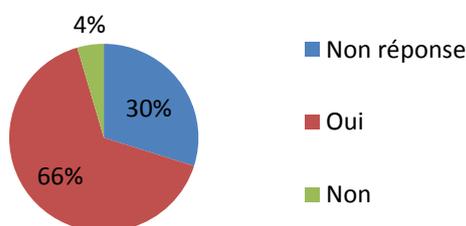


- La question de la continuité des soins se pose particulièrement lorsque les détenus arrivent en détention en dehors des temps de présence du personnel soignant, notamment le week-end. Si dans certains établissements un protocole a été mis en place pour assurer l'accueil et la prise en charge sanitaire, il n'existe pas pour 42% des répondants. Cette part augmente parmi, les professionnels des UCSA pour atteindre 64% (soit 30 personnels sur 47).
- A l'entrée en détention, un protocole de sevrage pour l'alcool existe pour 42% des professionnels, il est prévu pour d'autres produits pour 29% d'entre eux. Les principaux produits cités sont : opiacés (30), tabac (9), cannabis (7), TSO (4), Benzo (3).

Or un protocole devrait être systématique, mais il s'agit d'en définir les contours minimum et les moyens.

6. Existence d'une orientation spécialisée dans la prise en charge des addictions

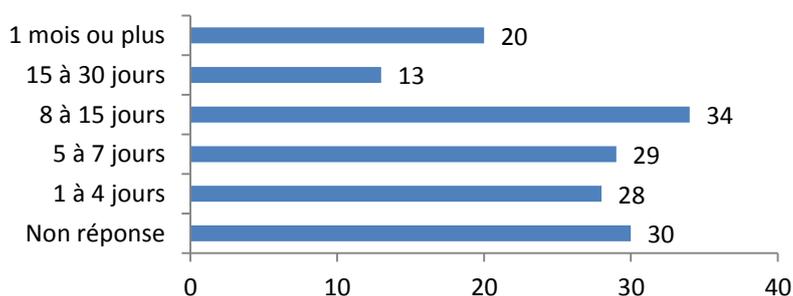
Lors du repérage, est-il proposé aux personnes détenues de rencontrer un professionnel spécialisé dans la prise en charge des addictions?



- Lors du repérage, pour 94% des professionnels ayant répondu à cette question, une orientation pour une prise en charge spécialisée est proposée. 5 intervenants des UCSA sur 47 et 2 personnels de CSAPA externe sur 43 répondent négativement.

7. Délai d'obtention d'un rendez-vous pour une prise en charge d'une problématique addictive

Hors urgence, quel est le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous pour la prise en charge d'un problème lié à une addiction?

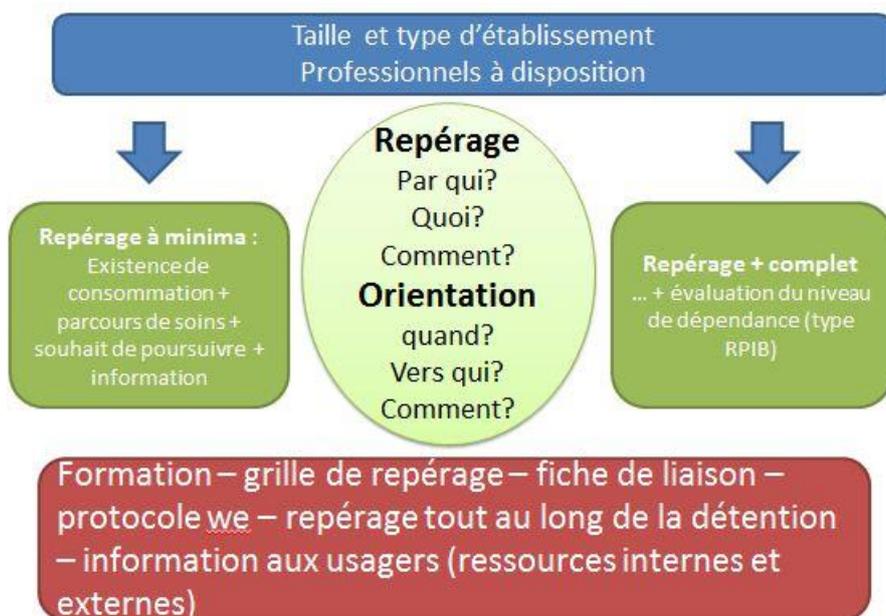


- Le délai pour l'obtention d'un rendez-vous pour la prise en charge d'une problématique liée à une addiction est variable. Les dispositifs de l'intra-muros citent majoritairement des délais entre 1 et 7 jours alors que les dispositifs de l'externe citent majoritairement des délais de 8 à 15 jours.

Ces délais restent globalement courts, ce qui est encourageant, même s'il semble exister une marge de progression sur certains établissements.

Pistes à travailler

Le repérage des conduites addictives est effectué lors de la visite médicale d'entrée qui est systématique pour tous les détenus et réalisée « dans les plus brefs délais ». Un repérage dès l'entrée en détention permet d'organiser la prise en charge au plus tôt et ainsi éviter les interruptions thérapeutiques. Pour les patients suivis à l'extérieur (par un CSAPA, un médecin généraliste ou un autre professionnel de santé), elles seront d'autant plus évitées si un contact rapide est pris entre les acteurs de l'intra-muros et de l'extra-muros. « La place donnée aux conduites addictives dans cet entretien dépendra de la sensibilisation de l'équipe, et donc souvent des options des responsables institutionnels, à ce type de problématique et des compétences acquises par la formation. »⁷ Par ailleurs, si la visite médicale d'entrée est un temps clé pour le repérage des conduites addictives, il n'est pas toujours propice pour le détenu, compte tenu d'un certain nombre d'éléments : « choc » du rituel de l'admission, conséquence de la garde à vue (fatigue, manque), peur de la stigmatisation et du risque de discriminations de la part des autres détenus (racket, violences, insultes ségrégations). Ce repérage doit donc être pensé tout au long de la détention.



⁷ L. Michel, Annales Médico Psychotropes 164, Addictions aux substances psychoactives illicites-polytoxicomanies, 2006

PENDANT LA DETENTION

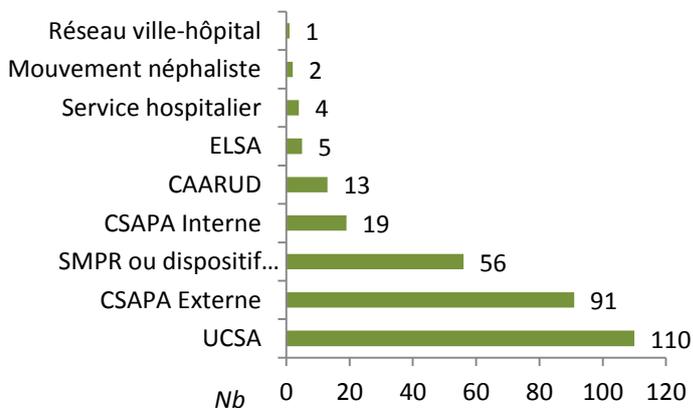
Extrait du cadre réglementaire (instruction du 10 novembre 2010)

- le diagnostic est posé par un professionnel spécialisé en addictologie
- Un projet de soins adapté est défini, si besoin spécialisé, accessible dans le cadre de la détention.
- Il intègre le suivi du sevrage, la prescription et le suivi de traitements de substitution, la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques, le suivi psychologique
- Cette prise en charge est assurée, selon les besoins du patient et les organisations locales de l'offre de prise en charge, par un médecin addictologue intervenant dans l'établissement, un professionnel d'une équipe de liaison du centre hospitalier de rattachement de l'UCSA, un professionnel d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie de proximité (CSAPA identifié comme référent pour la prison)
- Guide TSO (réactualisation en cours)

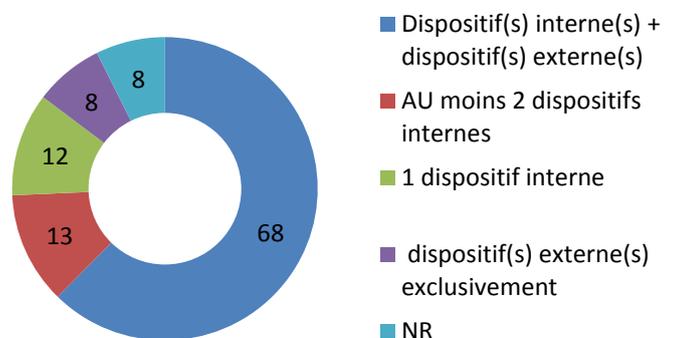
Constat : Il semble qu'une prise en charge médico-psycho-sociale spécialisée « addiction » ne soit pas assurée dans un certain nombre d'établissements pénitentiaires...

1. Acteurs impliqués dans la prise en charge des addictions

Qui intervient dans la prise en charge des addictions?



Acteurs impliqués dans la PEC des addictions (en nombre d'établissement)

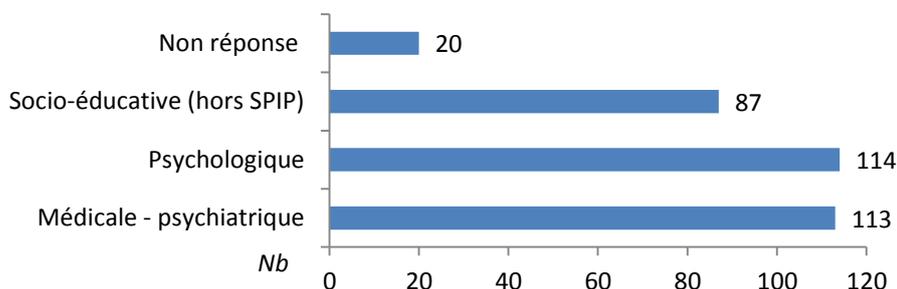


- Dans 23% des établissements pénitentiaires, la prise en charge des addictions est assurée uniquement par un ou plusieurs dispositifs intra-muros. On observe ici une marge de progression au regard des préconisations du plan stratégique qui prévoit la nomination d'un CSAPA (extérieur) de référence par établissement pénitentiaire pour contribuer à la prise en charge spécialisée si besoin, et à la préparation à la sortie.

L'identification des différents acteurs impliqués est probablement la clé (rôle des ARS ?)

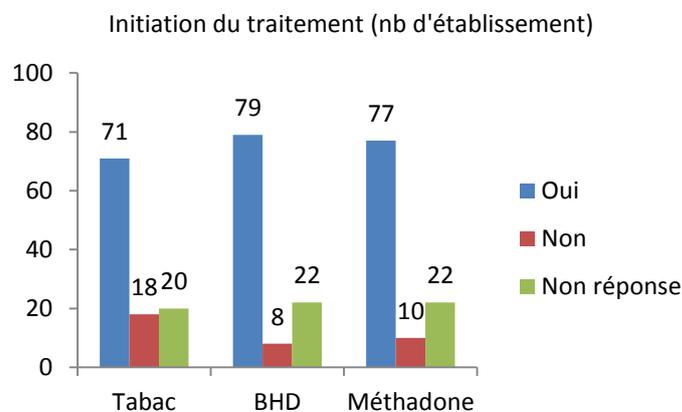
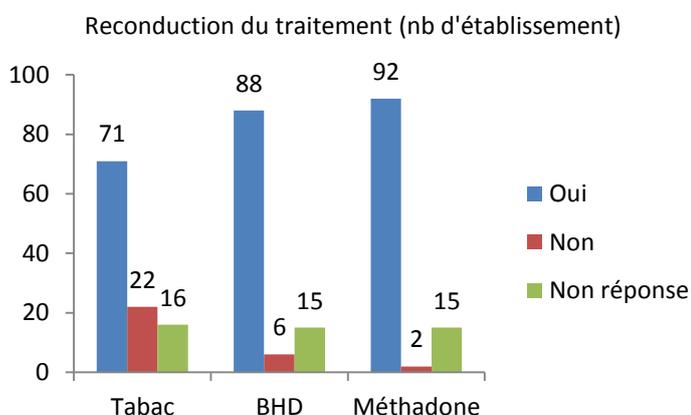
2. Types de prise en charge proposés en addictologie

Quelle type de prise en charge en addictologie est ou sont assuré(s) pendant la détention? Organisez-vous des actions collectives pendant la détention concernant les addictions?



→ On peut estimer qu'une prise en charge globale (médico-psycho-sociale) est proposée dans près de la moitié des établissements pénitentiaires. Cependant, on peut faire l'hypothèse que certains professionnels ont répondu pour l'intervention de leur propre structure et non pour l'ensemble des interventions assurées dans l'établissement. Par exemple, dans quelques établissements où seuls les CSAPA de l'extérieur ont répondu, il n'existerait pas de prise en charge médicale. Or on peut supposer qu'elle est assurée par l'UCSA ou le SMPR quand il existe. Malgré ces marges d'erreurs, Il semble exister un déficit en matière de prise en charge socio-éducative. Cela correspond au constat décrit dans le plan stratégique qui prévoit le renforcement de ce type d'intervention par la dotation d'un mi-temps supplémentaire de travailleur social.

3. Focus sur les Traitements de substitution



→ Les différents plans visent à garantir l'accès aux traitements de substitution dans tous les établissements, adaptés aux besoins de la personne. Or, il persiste encore des inégalités dans l'accès mais aussi dans les modalités de dispensation. Si la question des traitements n'est pas le cœur de cette enquête elle a fait l'objet d'études récentes dans Prevacar⁸ et Pri2de⁹ qui donnent des informations plus complètes sur le sujet.

→ Cependant l'enquête nous révèle que :

- 8 établissements ne reconduisent qu'un seul TSO : méthadone (6) ; BHD (2)

⁸ Direction Générale de la Santé, Enquête Prevacar, volet offre de soins, VIH, Hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral, 2011

⁹ Pri2de, L. Michel, M. Jauffret-Roustide, J. Blanche et al., Limited access to HIV prevention in french prison (ANRS-PRI2DE) : implication for public health and drug policy. BMC Public Health, 2011, vol. 11, n°400

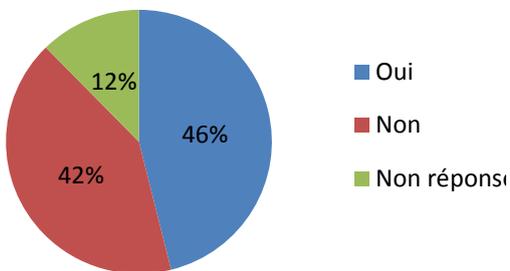
- 16 établissements initient un seul TSO : Méthadone (9) ; BHD (7)
- 1 établissement n'initie aucun TSO

Il ne semble pas se dégager de tendances concernant les établissements où l'accès aux TSO n'est pas conforme aux préconisations des textes, ni en terme de taille, ni en terme de type d'établissement. La révision du guide de bonnes pratiques sur les TSO en milieu carcéral devra participer à l'amélioration du respect des dispositions réglementaires.

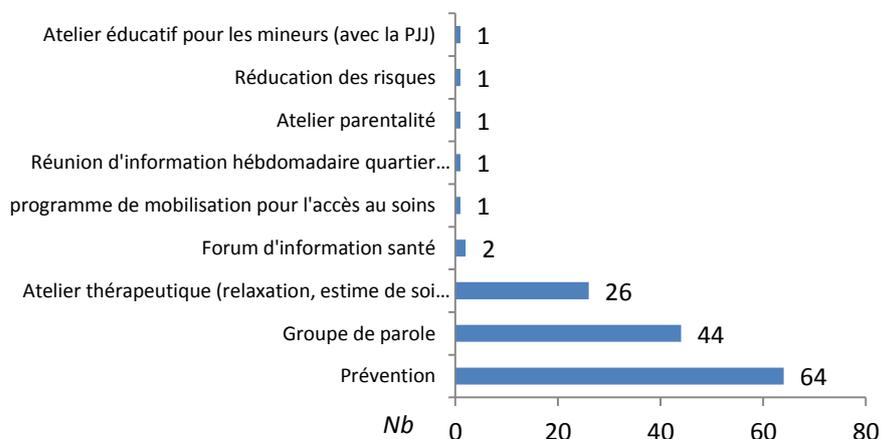
Cette enquête n'aborde pas les questions de réduction des risques qui doivent faire l'objet d'une réflexion en soi afin de contribuer à une meilleure prise en compte des réalités du milieu carcéral dans un principe d'équivalence de l'accès aux soins avec le milieu ouvert.

4. Action collectives

Organisez-vous ou co-organisez-vous des actions collectives pendant la détention concernant les addictions?

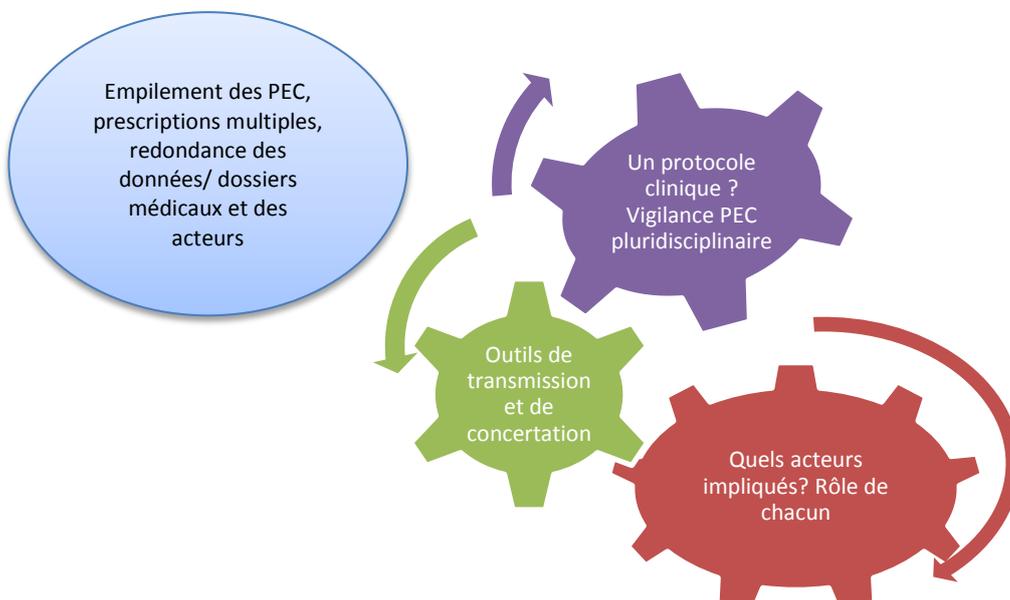


Si oui, quel(s) type(s) d'action collective est/sont proposé(s)?



→ Près de la moitié des structures organisent ou co-organisent des actions collectives qui sont majoritairement des actions de prévention, des groupes de paroles et des ateliers thérapeutiques. Ce sont majoritairement les professionnels de l'intra-muros qui organisent ces actions collectives (67% vs 32%).

Pistes à travailler



LA PREPARATION A LA SORTIE

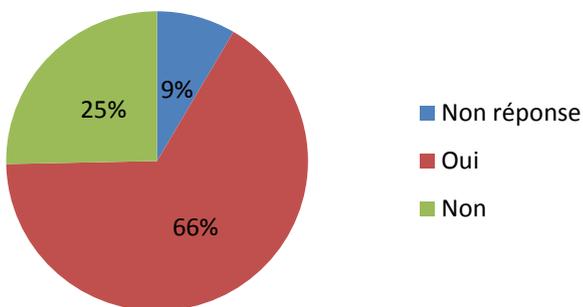
Extrait du cadre réglementaire (instruction du 10 novembre 2010)

- Le professionnel de CSAPA de référence de la prison ou le professionnel référent de la prise en charge, assure la fonction de mise en relation avec un partenaire extérieur pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de sa libération.
- Les contacts doivent être les plus précoces possibles et se concevoir en tant que de besoin en articulation avec les conseillers d'insertion du service pénitentiaire d'insertion et de probation pour garantir les conditions de la continuité effective des soins à la sortie.
- Parmi d'autres modalités de contact, la permission de sortie et l'appel téléphonique doivent être privilégiés.
- Pour les personnes condamnées, il est vérifié lors de la visite médicale effectuée dans le mois précédant la sortie (article 53 de la loi du 25 novembre 2009) que les contacts sont établis.

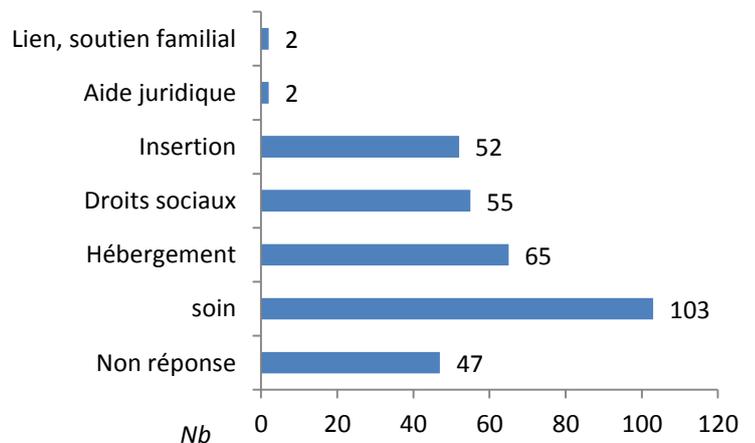
Constat : Les contraintes liées au milieu carcéral et les freins d'ordre organisationnel semblent impacter la préparation à la sortie...

1. Existence d'un dispositif de préparation à la sortie

Existe-t-il un dispositif de préparation à la sortie ?



Ce dispositif concerne :

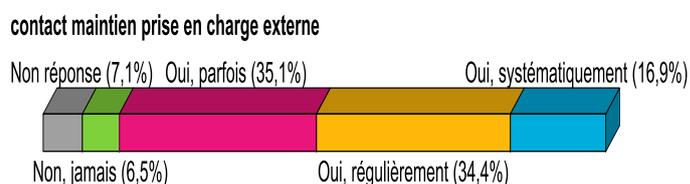


- Pour un quart des professionnels, il n'existe pas de dispositif de préparation à la sortie. Ces professionnels interviennent autant dans les UCSA que les CSAPA et les réponses ne semblent pas être conditionnées par la taille ou le type d'établissement. Cependant, dans près de la moitié des établissements où plusieurs structures ont répondu, les réponses ne sont pas identiques (15 établissements sur 33). Il semble donc qu'au sein d'un même établissement, les différents intervenants n'aient pas la même représentation de ce que contient la préparation à la sortie.

Lorsqu'un dispositif de préparation à la sortie existe, pour tous il concerne le soin, pour près de deux tiers l'hébergement, Pour environ la moitié les droits sociaux et l'insertion. Il s'agit ici, de travailler à une définition commune à minima.

2. Contact avec l'extérieur au moment de la préparation à la sortie

Avant la sortie, un contact avec la structure relais de l'extérieur est-il établi pour favoriser la mise en place et le maintien de la prise en charge à l'extérieur ?



Si non, pour quelle(s) raison(s)?

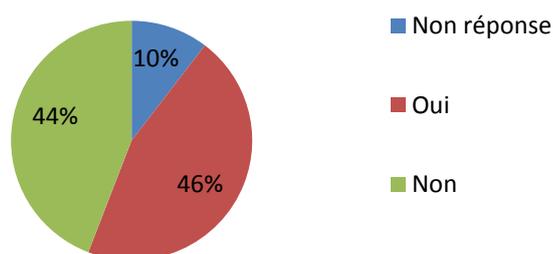


- Au moment de la sortie, un contact avec la structure relais de l'extérieur n'est pas pris systématiquement ou régulièrement pour près de la moitié des professionnels. Les raisons semblent être majoritairement d'ordre organisationnel. Si certains professionnels évoquent le manque de moyens humains et de temps et la saturation des dispositifs d'accueil à l'extérieur, les difficultés résident principalement dans le manque d'articulation et de communication entre les intervenants.

Ce qui confirme la nécessité de contribuer à une meilleure interconnaissance des acteurs et de réfléchir sur des modalités et des outils favorisant une meilleure coopération.

3. Organisation de rencontre entre le détenu et la structure relai de l'extérieur

Organisez-vous ou co-organisez-vous des rencontres entre le détenu et la structure de PEC de l'extérieur au moment de la préparation à la sortie?

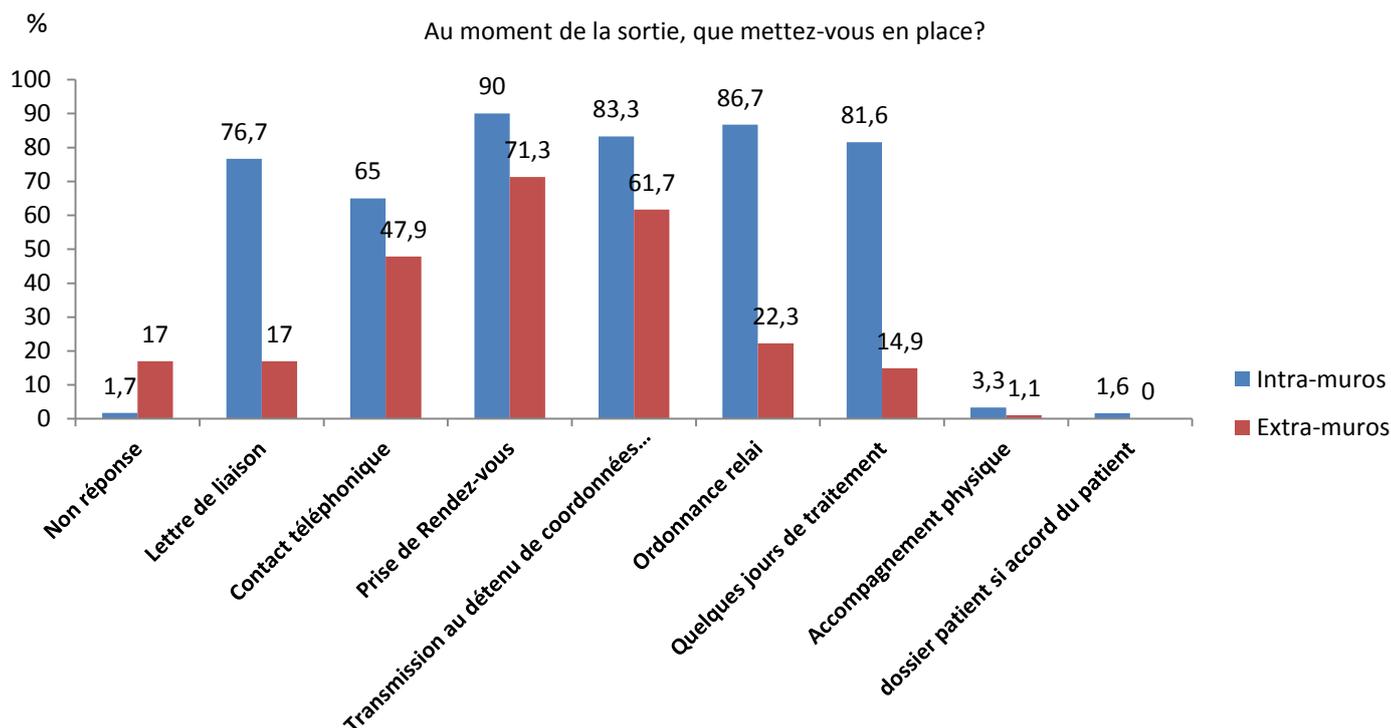


Si non pour quelle(s) raison(s)?



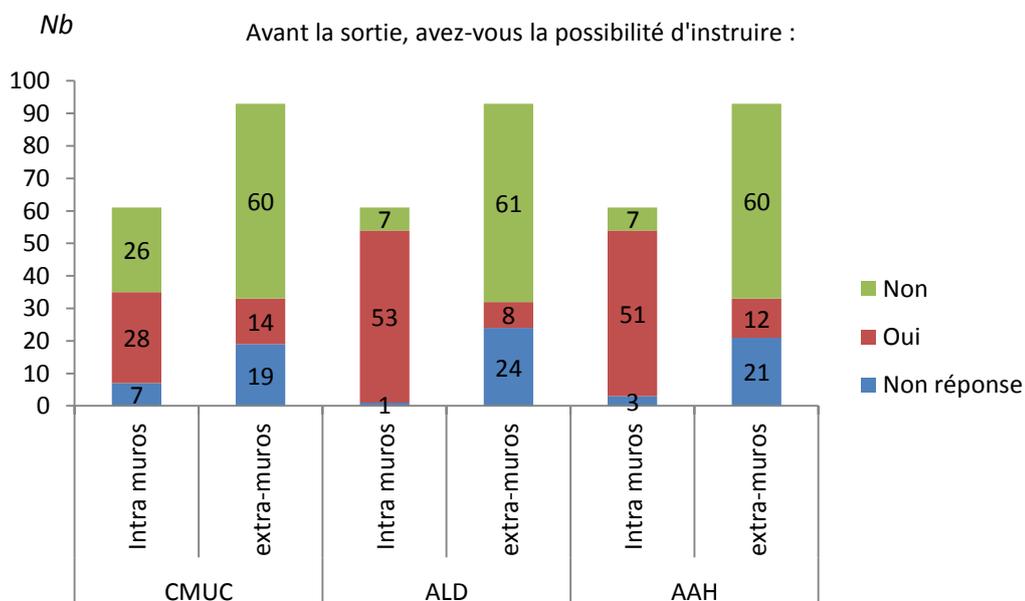
- 44% des professionnels n'organisent pas de rencontre entre le détenu et la structure de prise en charge de l'extérieur au moment de la préparation à la sortie (49% pour les professionnels de l'intra-muros, 41% pour l'extra-muros). Les raisons invoquées sont là aussi majoritairement d'ordre organisationnel mais aussi matériel : manque de communication, manque de confidentialité, problème d'accès au téléphone et internet.
- Quand des rencontres sont organisées, elles ont lieu majoritairement lors de permissions du détenu pour 80% des professionnels, dans les locaux de l'UCSA ou du SMPR pour 45%, en parloir pour 31%.

4. Les actions mises en place lors de la préparation à la sortie



→ Les actions mises en place au moment de la sortie les plus citées sont la prise de rendez-vous et la transmission de coordonnées d'une structure à l'extérieur. Par ailleurs, plus de 80% des professionnels de l'intra-muros disent prescrire une ordonnance relai et donner quelques jours de traitement. Cette question n'informe cependant pas précisément sur la fréquence de ces actions.

5. Instruction des dossiers CMUC / ALD / AHH



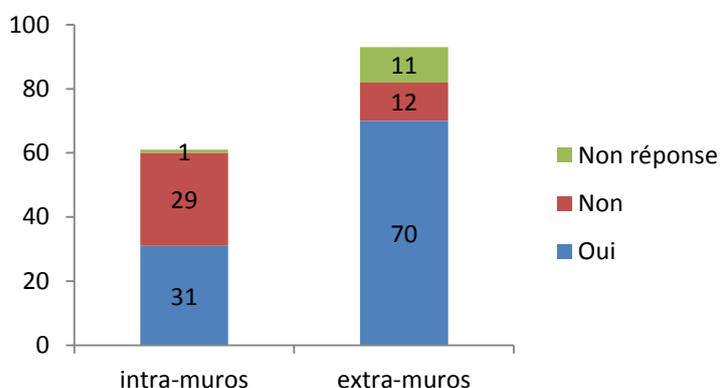
→ Pour plus de 80% des professionnels de l'intra-muros, il est possible d'instruire les dossiers d'ALD et d'AHH. Les professionnels de l'extra-muros ayant cette possibilité sont peu nombreux. Concernant la CMUC, il est possible d'instruire les dossiers pour seulement près de la moitié des professionnels de l'intra-muros et 15% de l'extra-muros.

→ L'ouverture et la poursuite des droits sociaux est une difficulté évoquée par de nombreux professionnels dans les questions ouvertes qui peut avoir pour conséquence des ruptures de traitement au moment de la sortie. Si le détenu possède tous les documents nécessaires, les droits sociaux élémentaires peuvent être ouverts en deux mois. Cependant, si tous les documents ne sont pas réunis où que le détenu se trouve dans une situation très complexe (aucun document, sans hébergement, né hors du territoire national, dépendant d'autres départements ou régions : assurance maladie, CAF, Pôle emploi etc., fiché à la banque de France), l'ouverture des droits peut prendre de 4 à 11 mois.

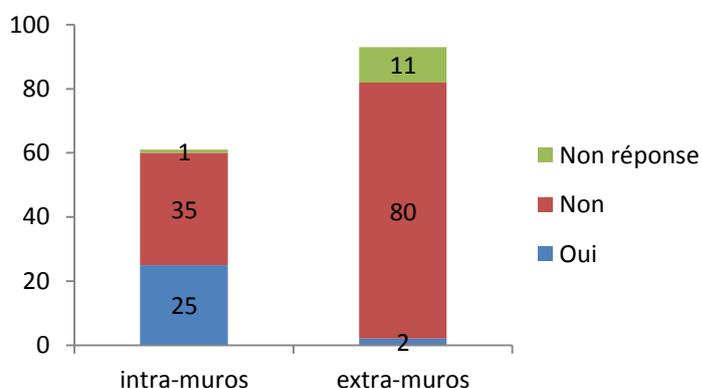
La réorientation des missions des SPIP et les fonctionnements hétérogènes des CPAM nécessitent de formaliser des procédures entre les différents acteurs concernés (CPAM, CAF, pôle emploi, conseil général, SPIP, JAP, PJJ, CSAPA, dispositifs de soins somatiques et psychiatriques en milieu carcéral etc.) comme rappelé dans le plan stratégique.

4. Connaissances des futurs sortants ou transférés

Avez-vous systématiquement connaissance de la liste des futurs sortants condamnés de l'établissement ?



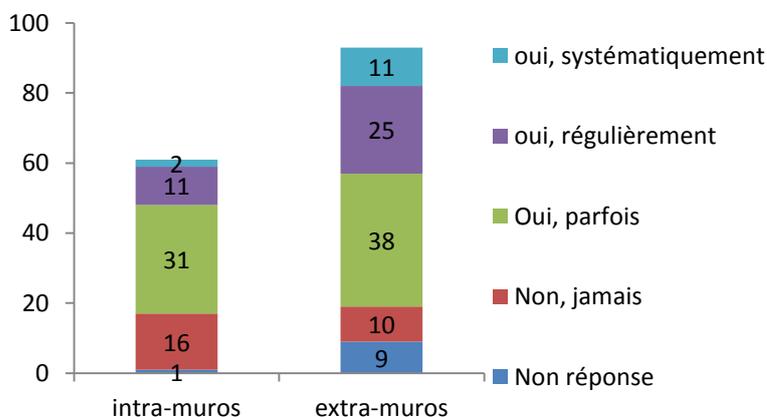
Avez-vous systématiquement connaissance de la liste des futurs transférés de l'établissement ?



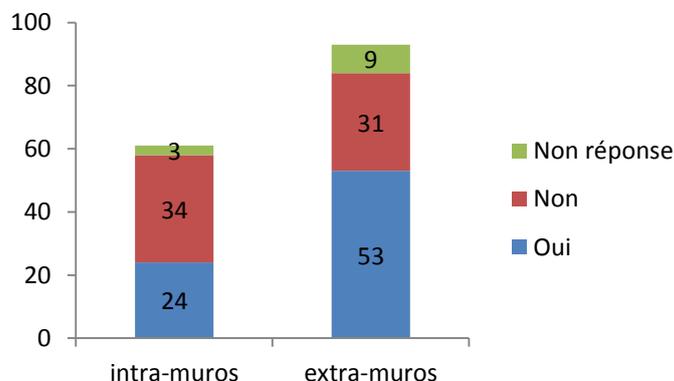
- La connaissance de la liste des sortants et des transférés par les professionnels de santé contribue à une meilleure organisation de la sortie de la personne détenue et facilite le relai entre les intervenants de l'intra-muros et de l'extra-muros. 66% des professionnels ont connaissance de la liste des personnes condamnés qui vont être libérées, et ce, entre 15 jours et 30 jours avant pour la majorité des répondants. Ce qui n'est pas le cas pour les sorties des prévenus ou des personnes transférées, qui, quand elles sont connues le sont très majoritairement que quelques jours avant. La question se pose notamment en maison d'arrêt où les sorties ne sont pas programmées ce qui peut occasionner des ruptures dans le parcours de soins entre le dedans et le dehors.
- Par ailleurs, même si dans certains établissements les personnels de santé ont connaissance une semaine avant de la liste des sortants, les professionnels témoignent de l'impossibilité d'effectuer la visite médicale de sortie pour l'ensemble des détenus. Une réflexion est à mener sur les pratiques professionnelles à mettre en œuvre pour permettre aux personnes ayant une problématique addictive de bénéficier d'une visite médicale malgré les contraintes liées au milieu carcéral.
- La transmission des informations/ du dossier médical est également évoqué comme un frein à la continuité de la prise en charge.

5. Connaissance des démarches sociales mises en place par le SPIP et obligation de soins JAP

Avant la sortie, avez-vous connaissance des démarches sociales mises en place par le SPIP ?



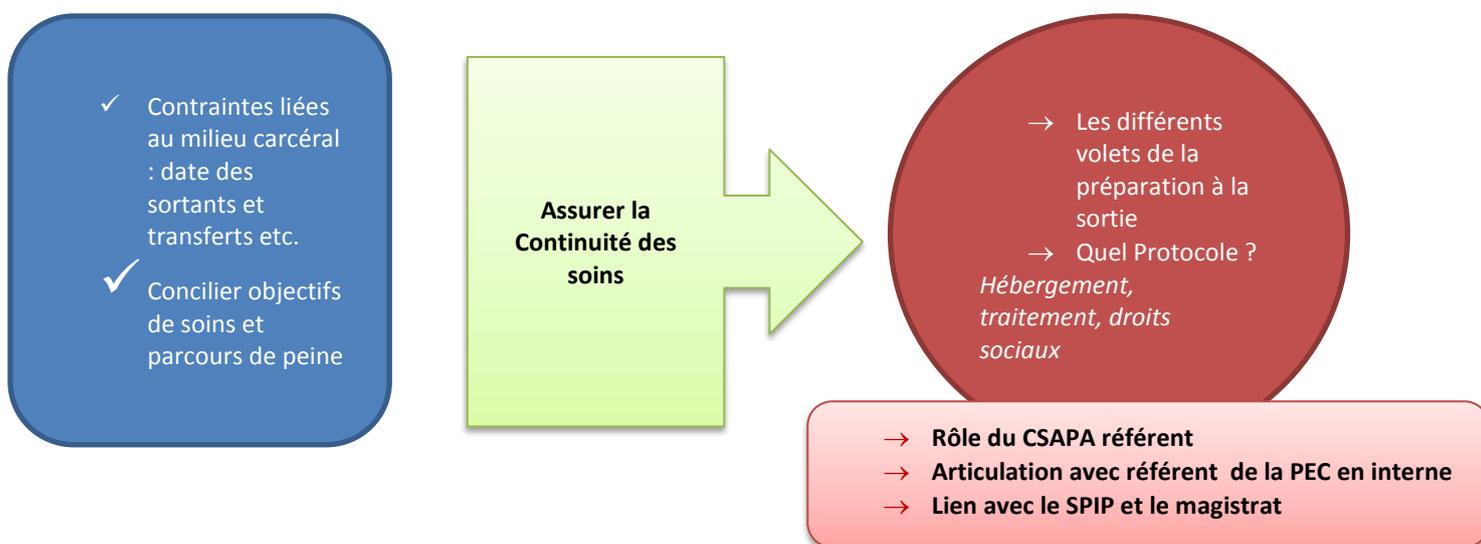
Avant la sortie, avez-vous connaissances des mesures de soins pénalement ordonnés mises en place par le juge d'application des peines ?



→ La prise en compte du parcours judiciaire dans la préparation du projet de soins à la sortie n'est pas systématique puisque la majorité des professionnels n'ont pas ou que parfois connaissance des démarches sociales mises en place par le SPIP. Par ailleurs, les mesures de soins obligés ne sont connues que par la moitié des intervenants (57% pour les professionnels de l'extra-muros). Plusieurs répondants témoignent pourtant de l'importance de travailler en lien avec le SPIP au moment de la préparation à la sortie.

Pistes à travailler

La préparation à la sortie conditionne la poursuite des soins mais aussi l'adhésion de l'utilisateur à son projet et son inscription dans la continuité. Elle se travaille dès l'entrée (transmission coordonnées de structures extérieures lors de du premier rendez-vous médical au cas où la sortie ou le transfert s'effectue avant même le deuxième rendez-vous) et tout au long de la détention. Cela implique mise en relation avec un ou plusieurs partenaire(s) extérieur(s) pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de sa libération.



Poursuite du projet

Si le principe de continuité des soins est admis par les professionnels de santé, sa mise en œuvre reste compliquée pour beaucoup de professionnels. Il existe cependant des expériences, des pratiques et des outils contribuant à l'amélioration des articulations entre les différents acteurs impliqués déclinables sur l'ensemble du territoire. Ces pistes concrètes de modalités d'intervention feront l'objet d'une production écrite en décembre 2013.