

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, 2003**

Ivana OBRADOVIC

ADDICTIONS EN MILIEU CARCERAL

**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, 2003**

Ivana OBRADOVIC (OFDT)

Comité de pilotage

MILDT : Sylvie STANKOFF, Catherine PATRIS
DGS : Hélène MORFINI, Martine CLEMENT
DHOS : Yves FEUILLERAT
DAP : Béatrice BOSSARD

REMERCIEMENTS	4
SYNTHESE	5
INTRODUCTION	9
I – DESCRIPTION DE L’ENQUETE ET DE L’ECHANTILLON	13
OBJECTIFS ET METHODE D’ENQUETE	13
L’enquête et la méthode utilisée	13
L’échantillonnage	14
VALIDITE DES RESULTATS ET CONTEXTE DE COLLECTE DES DONNEES	14
Les répondants	14
La surpopulation carcérale, toile de fond de l’enquête	15
II – L’ELABORATION DES « PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS » EN MARCHE	17
L’état général d’avancement dans la démarche d’élaboration des protocoles de prise en charge	17
La réunion de lancement	19
La désignation du responsable de projet « addictions »	20
La réalisation d’un état des lieux	22
La signature d’un protocole	31
III – BILAN, PERSPECTIVES ET APPRECIATION GENERALE DE LA DEMARCHE	37
Le repérage des addictions à l’entrée en prison	37
L’offre de prise en charge en matière de toxicomanie, de dépendance à l’alcool et au tabac	38
L’intérêt perçu de la démarche des protocoles de prise en charge	40
La question des formations interdisciplinaires à la prise en charge des addictions chez les détenus	41
Les propositions des acteurs sanitaires en termes d’accompagnement	42
CONCLUSION	45
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET DES ENCADRES	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49
REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES	50
ANNEXES	51
Annexe 1 : Liste des sigles	52
Annexe 2 : Glossaire	53
Annexe 3 : Note interministérielle du 9 août 2001 + annexes	55
Annexe 4 : Grille mini-grade	76
Annexe 5 : Questionnaire envoyé aux DDASS	87
Annexe 6 : Panorama de l’état d’avancement dans la mise en oeuvre des protocoles de prise en charge	96

REMERCIEMENTS

A tous les membres du comité de pilotage interministériel, pour leur disponibilité et leur persévérance dans le suivi de ce dossier.

Aux médecins-inspecteurs qui ont accepté de se prêter au jeu du pré-test de questionnaire : Dr. Anne Decoppet (DDASS du Var), Dr. Colette Moyse (DDASS de Paris), Dr. Jean-Pierre Nicolas (DDASS de Mayenne), Dr. Claude Robin (DDASS de Côte d'Or).

Aux DDASS qui ont retourné le questionnaire.

Aux médecins-inspecteurs du Calvados et de Seine-et-Marne et aux représentants des maisons d'arrêt de Bourg-en-Bresse (01), de Caen (14), de Brest (29), de Châlons (51), de Béthune (62), de Melun (77), de Meaux (77) et d'Albi (81) qui se sont déplacés à Paris le 9 décembre 2003 pour participer à la réunion de discussion des premiers résultats du questionnaire.

A Ruth Gozlan, de la MILDT, pour sa relecture et ses suggestions.

A François Bès et François Carlier, de l'Observatoire international des prisons, pour leur relecture attentive et leurs commentaires.

A Julie-Emilie Adès, Cristina Diaz-Gomez, Nadine Landreau, Stéphane Legleye, Frédérique Million, Valérie Mougnot, Carine Mutatayi, Guillaume Prunier, de l'OFDT, pour leur aide technique, leur relecture ou leurs remarques.

SYNTHESE

- Objectifs de l'enquête

L'objet de cette enquête par questionnaire a été de faire le bilan de l'application de la note interministérielle du 9 août 2001¹ (cf. annexe 3) qui a redéfini les orientations relatives à la prise en charge des personnes incarcérées ayant des problèmes d'addiction autour de 5 axes principaux :

- repérer systématiquement toutes les situations d'abus et/ou de dépendance, quel que soit le produit psychoactif, en particulier grâce à l'utilisation d'un outil de diagnostic uniforme (mini-grade – cf. annexe 4) pour lequel une formation nationale et des formations locales ont été organisées en 2002 ;
- proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue ;
- développer la prévention notamment celle des risques associés à la consommation de produits ;
- favoriser les aménagements de peine ;
- préparer la sortie.

Concrètement, cette note invitait les services pénitentiaires et sanitaires à définir les besoins de soins au sein de leur établissement (sur la base d'un cahier des charges joint à la note – cf. annexe 3) et à passer un « protocole de prise en charge des détenus présentant un problème d'abus ou de dépendance » au sein de chaque structure pénitentiaire (modèle en annexe 3). Ce protocole était supposé contribuer à une meilleure organisation des modalités d'intervention et de collaboration locales, en associant l'ensemble des acteurs concernés autour d'un projet clairement établi et d'un responsable de projet « addictions » nommément désigné.

Les données présentées sont issues de l'exploitation d'un questionnaire conçu par l'OFDT en avril-mai 2003, en lien avec la MILDT, la DGS, la DHOS et la DAP (cf. annexe 5), afin de mesurer l'état d'avancement des protocoles locaux. Le questionnaire a été adressé à l'ensemble des DDASS (métropole et départements d'outre-mer) par la MILDT à la mi-juillet 2003. Aux termes de la note en effet, les DDASS étaient supposées garantir le lancement de la démarche des protocoles. Il s'agit donc ici d'une évaluation, partielle, du fonctionnement (et des éventuels dysfonctionnements) d'un dispositif administratif, deux ans après l'entrée en vigueur d'une note interministérielle invitant les intervenants sanitaires et sociaux oeuvrant en milieu carcéral à définir les besoins et les priorités de prise en charge au sein de leur établissement. Autrement dit, c'est l'état d'avancement dans la formalisation des protocoles, garants d'un accès aux soins identique à celui de la population générale – conformément au principe posé dans la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale² – qui a été placé au cœur du questionnement. Le champ de l'enquête a été élargi, puisqu'un certain nombre d'items visant à recueillir des informations sur l'offre de prise en charge sanitaire disponible dans les établissements ont été introduits en fin de questionnaire. L'étude a ainsi permis de collecter des données inédites sur, par exemple, la prise en charge de l'alcoolodépendance en milieu carcéral.

Lancée dans le cadre du suivi des mesures inscrites dans le *plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001)* – dont l'une des innovations était de prendre en compte l'ensemble des produits psychoactifs (drogues illicites, alcool, tabac, médicaments psychotropes) –, l'enquête a livré ses premiers résultats au moment de la préparation du nouveau plan interministériel de la MILDT, rendu public le 29 juillet 2004, qui a ainsi rédigé une partie de ses axes d'intervention en référence aux observations les plus saillantes³.

Deux ans après la note donc (à la fin de l'été 2003), 92 Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), sur 100 contactées en métropole et dans les DOM, ont fourni une réponse exploitable au questionnaire. Les centres de semi-liberté (CSL) autonomes où la prise en charge sanitaire relève du droit commun – par opposition aux CSL rattachés à un centre pénitentiaire ou à une maison d'arrêt – ont d'emblée été écartés, car ils ne relèvent pas du milieu fermé, ce qui porte l'échantillon de l'enquête à 157 établissements pénitentiaires (soit 93% de taux de réponse), qui se décomposent comme suit :

- 108 maisons d'arrêt,
- 23 centres de détention,
- 22 centres pénitentiaires,
- 4 maisons centrales.

¹ 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.

² 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 (NOR : SPSX9300136L).

³ MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008)*, juillet 2004.

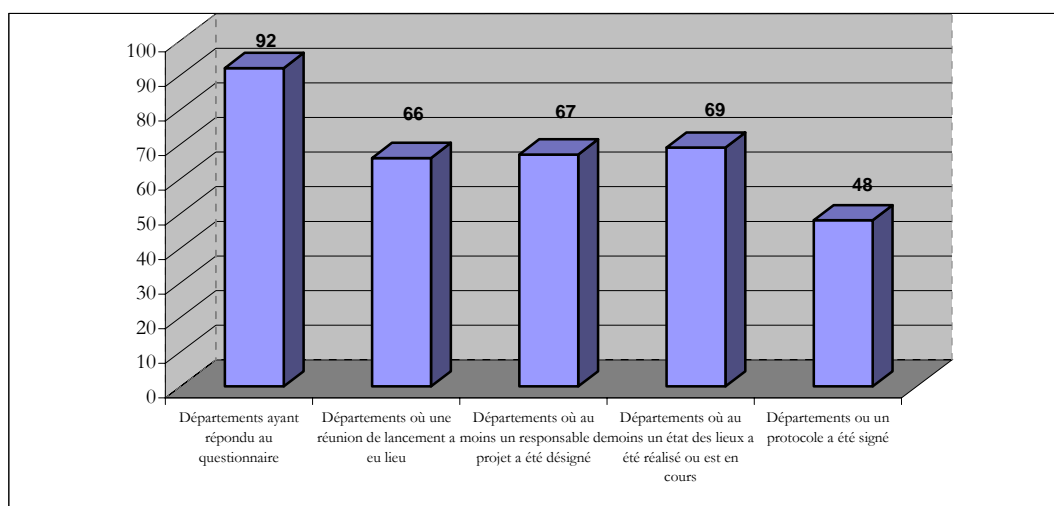
- Etat d'avancement dans l'élaboration de l'état des lieux et dans la signature des protocoles

L'enquête s'est attachée à mesurer l'état d'avancement dans la formalisation de protocoles de prise en charge, dans chaque département et chacun des établissements de son ressort, selon le cheminement suivant : organisation d'une réunion de lancement, désignation d'un responsable de projet « addictions », réalisation d'un état des lieux, signature d'un protocole.

Le chantier des protocoles locaux de prise en charge a été largement amorcé deux ans après la note, puisqu'à la fin de l'été 2003, 66 DDASS sur 92 ayant répondu (72% environ) avaient organisé une réunion de lancement du dispositif. Dans un nombre sensiblement égal de départements, un responsable de projet « addictions » avait été désigné dans au moins un établissement pénitentiaire du ressort territorial dudit département, pour impulser l'élaboration d'un état des lieux et piloter la démarche jusqu'à la signature du protocole. Dans un certain nombre de départements toutefois, l'état des lieux a été initié ou déjà formalisé en l'absence de responsable de projet (Cf. tableau panoramique de l'état d'avancement dans la mise en œuvre des protocoles de prise en charge, p. 96-98).

Deux ans après le lancement de la note interministérielle, la moitié des départements (48) disposaient d'un protocole pour au moins un des établissements implantés sur leur ressort. Ainsi, à la fin de l'été 2003, près de deux tiers des établissements avaient signé un protocole (36 établissements) ou étaient en voie d'y parvenir (pour 30 établissements). Ces protocoles réunissaient en moyenne, parmi les signataires, 5 à 6 services sanitaires et sociaux, internes à l'établissement ou tiers extérieurs (associations, CHRS, etc.).

Figure 1: Etat d'avancement dans l'élaboration des protocoles de prise en charge, par département, deux ans après la note interministérielle du 9 août 2001



En raisonnant par établissement, on note que 108 établissements (sur 157, dans l'échantillon observé) ont désigné un responsable de projet « addictions en milieu carcéral » pour mener à bien l'élaboration de leur protocole (soit près de 70% des établissements).

Il s'agit :

- d'un médecin ou d'un praticien hospitalier dans 42% des cas ;
- d'un psychiatre dans 30% des établissements ;
- d'un psychologue dans près de 11% des cas ;
- d'un infirmier ou d'autres types de professionnels pour environ 17% des cas.

Dans la majorité des cas, le responsable de projet relève de l'UCSA ou d'un centre hospitalier. Pour un tiers, le service de rattachement est un service de psychiatrie. Dans un cas sur dix, c'est un CSST. Il peut également s'agir, parfois, du SPIP, de la direction d'établissement ou d'une association.

Grâce à ces relais locaux, la démarche d'état des lieux a été engagée sur le ressort de 69 départements, recensant 109 structures pénitentiaires : un état des lieux était en cours dans 23 établissements (15% de l'échantillon), tandis qu'il était déjà réalisé dans 86 autres (55%).

Les problèmes pointés dans les états des lieux, achevés ou en cours, sont :

- pour plus de la moitié, un problème de coordination entre services,
- une insuffisance des effectifs médicaux et para-médicaux (40%) ;
- pour près d'un établissement sur cinq, un problème d'acceptation de la substitution en milieu carcéral.

Le stade de prise en charge identifié comme le plus problématique est, par ordre décroissant :

- dans la majorité des établissements, la sortie de prison,
- l'offre de soins en matière de tabac et d'alcool, pointée, dans les deux cas, dans un tiers des établissements,
- dans 20% des établissements, les problèmes liés à la prise en charge dans le cadre d'aménagements de peine ou lors du repérage à l'entrée.

- L'offre de prise en charge disponible dans les établissements.

Loin d'atteindre l'objectif d'un repérage systématique des situations de toxicodépendance, seulement 60% des établissements (70 structures) utilisent des outils spécifiques de repérage au cours de la visite médicale d'entrée (dont la grille mini-grade). Dans plus de 8 établissements sur 10, l'UCSA est le service responsable du repérage à l'entrée.

S'agissant de l'offre de prise en charge proprement dite, elle semble relativement satisfaisante en ce qui concerne les consultations spécialisées toxicomanie et alcool qui sont disponibles, respectivement, dans près de 9 établissements sur 10 et dans 8 structures sur 10.

Concernant la prise en charge de l'alcoolodépendance, il s'avère que les progrès réalisés dans les dernières années en termes d'offre de soins se soient considérablement développés (102 établissements seraient dotés d'une consultation spécialisée en 2003, contre 2 établissements seulement en 1997), sans pour autant couvrir l'intégralité des besoins. Ainsi, dans un certain nombre d'établissements, le recours à des partenaires extérieurs spécialisés dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool reste encore limité, ce qui est d'autant plus regrettable que l'on sait que les personnes dépendantes à l'alcool tendent à occulter leur pathologie et formulent rarement une demande de soins de leur propre chef.

Quant à l'offre de soins liée aux problèmes de tabagisme, elle est de fait restreinte à des publics particuliers (femmes enceintes, par exemple). L'accès au sevrage tabagique pour les détenus indigents a cours dans certains établissements : dans la plupart des cas toutefois, le coût des patches, considéré comme réhibitoire, est à la charge des détenus *via* la cantine. De fait donc, les substituts nicotiques demeurent inaccessibles aux détenus indigents.

Dans un établissement sur quatre environ, on trouve des cellules non-fumeurs.

Tableau 1 : Bilan de l'offre de soins par établissement.

Pour 157 établissements	Service responsable du repérage à l'entrée				Utilisation d'outils de repérage (dont mini-grade)	Consultation spécialisée alcool	Consultation spécialisée toxicomanie	Accessibilité des substituts nicotiques	Cellules non-fumeurs
	UCSA	SMPR	CSST	SPIP					
Nombre d'établissements concernés	93	19	5	5	70	102	114	67	26
Sur 157 établissements (en %)	83,8	17,0	4,5	4,5	58,3	77,9	85,7	59,3	24,3

Il apparaît donc que la couverture des besoins est partielle, en termes :

- de traitements de substitution aux opiacés,
- d'accessibilité des substituts nicotiques, pour des raisons financières, en particulier pour les détenus indigents,
- de mise en place de cellules non-fumeurs dans l'ensemble des établissements,
- de prise en charge au titre d'une alcoolodépendance, malgré des progrès incontestables,
- d'hébergement de sortants de prison ayant des conduites addictives (la sortie de prison est l'une des étapes jugées les plus délicates dans le parcours du détenu toxicomane, d'après les états des lieux par établissement).

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre opérationnelle des protocoles locaux, en termes de coordination des services notamment, ont été régulièrement pointées par les DDASS. De même, l'insuffisance des moyens, en personnel mais également en financements, ne permet pas, par exemple, d'assurer l'intervention des centres spécialisés extérieurs dans les établissements en proportion des besoins : l'implantation de centres spécialisés aux toxicomanes dans 16 établissements pénitentiaires sur 186 est considérée comme insuffisante. De même, les consultations extérieures en alcoologie restent peu mobilisées pour intervenir dans la prise en charge des détenus.

Les difficultés observées proviennent aussi en partie des pratiques professionnelles elles-mêmes, quand elles ont insuffisamment évolué : le repérage systématique à l'entrée n'a cours que dans deux tiers des établissements, la substitution reste encore inégalement acceptée par les personnels intervenant en milieu pénitentiaire, l'adhésion à la politique de réduction des risques est parfois faible, la préparation à la sortie ne semble pas toujours privilégiée.

Les résultats de cette enquête permettent ainsi de réaffirmer l'intérêt de poursuivre l'effort de communication, d'animation et de formation des administrations centrales pour continuer à mobiliser les équipes sur ces problématiques, en maintenant un discours public fort sur les points de progrès les plus cruciaux. Il paraît essentiel d'améliorer la coordination des services judiciaires, pénitentiaires, sanitaires, sociaux et des partenaires associatifs en vue d'une meilleure prise en charge des détenus en relançant le chantier de la mise en œuvre des protocoles dans les établissements.

En outre, il semble important de poursuivre l'incitation aux bonnes pratiques de substitution en milieu carcéral, en s'attachant à réduire les disparités observées dans les pratiques professionnelles. Le guide des bonnes pratiques en milieu pénitentiaire rédigé par la Commission consultative nationale des traitements de substitution devrait être un outil précieux allant dans ce sens. La lutte contre le trafic de substances psychoactives en détention, préoccupation soulignée dans les réponses au questionnaire, constitue un des volets de cette politique : l'un des manques ressentis est celui d'une stratégie concertée entre les services pénitentiaires et les services sanitaires, pour définir des orientations claires.

Dans le domaine de la prise en charge des dépendances en milieu carcéral, l'une des conditions de réussite paraît être de développer des instruments de suivi actualisés, destinés à offrir une meilleure connaissance des besoins des personnes incarcérées et du taux de couverture des besoins (enquêtes, rapport d'activité, études, etc.).

INTRODUCTION

Selon les données de la dernière enquête parue en 1999 sur la population carcérale (qui sera actualisée en 2005), environ 60 % des entrants en 1997 présentaient un problème lié à une consommation d'alcool ou/et de drogues illicites et nécessitaient une prise en charge adaptée⁴. Ces détenus ne font pas toujours état de leur problème d'abus ou de dépendance, et ne formulent donc pas de demande spécifique auprès des services sanitaires ou pénitentiaires, qui ne procèdent pas à des investigations systématiques dans ce domaine. En outre, des études plus récentes, conduites dans le cadre d'une mission santé-justice consacrée à la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral⁵, ont montré que les usagers de drogues incarcérés les plus en difficulté – en particulier les usagers de drogues par voie intraveineuse – doivent faire l'objet d'une attention particulière, car ils représentent la grande majorité des détenus infectés par le VIH et les hépatites. Cumulant les facteurs de risque au moment de l'incarcération, cette population tend à adopter en détention des comportements à risque, tant sur le plan des pratiques sexuelles qu'en matière de consommation de drogues. Pourtant, en dépit de la multiplicité des services sanitaires, socio-éducatifs et surveillants présents en milieu carcéral (UCSA, SMPR, secteurs de psychiatrie, CSST anciennement baptisés «antennes toxicomanie», SPIP, personnels de direction et de surveillance, partenaires sanitaires et sociaux extérieurs), la prise en charge des détenus présentant des problèmes d'addiction s'avérait souvent dispersée et ne permettait pas la mobilisation qui, manifestement, s'imposait⁶.

Partant de ce constat, les orientations relatives à la prise en charge des personnes détenues ayant des problèmes d'addiction ont été redéfinies dans le cadre de la note interministérielle du 9 août 2001⁷. Sur la base d'un **état des lieux partagé** (construit sur le modèle du cahier des charges joint à la note – cf. annexe 3), les services intervenant en prison (services judiciaires, pénitentiaires, sanitaires, sociaux, et partenaires associatifs), étaient invités à examiner les besoins au sein de leur établissement et à passer un « **protocole de prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive** » au sein de chaque structure (cf. annexe 3). Pour les aider dans ce sens, un responsable de projet « addictions » devait être nommé et désigné. Supposé établir explicitement le cadre d'organisation des soins en fonction des besoins repérés, en fixant clairement les rôles et les modalités d'intervention de chacun des services concernés, ledit protocole devait ainsi contribuer à garantir le principe d'équivalence des soins en milieu libre et en milieu carcéral posé dans la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale⁸. L'objectif primordial d'un repérage systématique des situations d'abus ou de dépendances reposait sur le postulat selon lequel la visite médicale obligatoire à l'entrée – qui prévoit une radio pulmonaire systématique et une proposition de dépistage du VIH et des hépatites B et C – constitue une étape-clé qui permet d'orienter le détenu vers une prise en charge adaptée à condition qu'il informe le médecin de sa toxicomanie.

Ainsi donc, en application des dispositions du Plan triennal de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances (1999-2001) arrêté le 16 juin 1999 par le Gouvernement, les administrations responsables ont défini dans cette circulaire les objectifs et les termes d'une nouvelle organisation des services. Si l'identification des rôles des différents acteurs intervenant en milieu pénitentiaire était l'un des axes majeurs de la réforme de 1994⁹, l'objectif d'une meilleure coordination entre eux a été placé au cœur du dispositif des protocoles et décliné selon cinq axes :

- repérer systématiquement toutes les situations d'abus et/ou de dépendance, quel que soit le produit psychoactif, en particulier grâce à l'utilisation d'un outil de diagnostic des consommations abusives de substances psychoactives (dit « mini-grade » – cf. annexe 4) élaboré afin d'aider les services sanitaires des établissements à repérer les consommations problématiques des entrants en détention selon des

⁴ Mouquet (M-C), Dumont (M.), Bonnevie (M-C), « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque », DREES, Etudes et résultats, n°4, janvier 1999.

⁵ Rapport de la Mission Santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, DAP/DGS, décembre 2000.

⁶ Parmi les critiques adressées au dispositif de lutte contre la toxicomanie par les rapports d'évaluation successifs, celle d'une déficience dans la prise en charge des usagers de drogue incarcérés revient de façon récurrente. On peut citer, à titre d'exemples, le rapport de la Cour des Comptes sur le dispositif de lutte contre la toxicomanie (1998), le rapport de la Commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises, présidé par Louis Mermaz (juin 2000), le rapport de la Commission d'enquête sénatoriale sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, présidé par Jean-Jacques Hyst (juin 2000), ou encore, le rapport de la mission d'évaluation de l'organisation des soins aux détenus (Inspection générale des services judiciaires et Inspection générale des affaires sociales, 2001).

⁷ 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.

⁸ 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 (NOR : SPSX9300136L).

⁹ Depuis la loi du 18 janvier 1994, l'organisation des soins en milieu pénitentiaire est confiée au service public hospitalier qui est chargé d'une mission globale de soins aux personnes détenues (soins somatiques et psychiatriques, prévention, éducation pour la santé et préparation du suivi après la sortie), en respectant le principe d'égalité des soins entre milieu carcéral et milieu libre.

critères uniformes, et pour lequel une formation nationale et des formations locales ont été organisées en 2002 ;

- proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue ;
- développer la prévention notamment celle des risques associés à la consommation de produits ;
- favoriser les aménagements de peine ;
- préparer la sortie.

Pour assurer l'accompagnement de cette mesure et l'effectivité du projet, les autorités concernées ont confié en 2003 à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) la responsabilité d'une enquête par questionnaire, visant à examiner l'effectivité de ces protocoles et l'état d'avancement dans la formalisation de ceux-ci, en métropole et dans les départements d'outre-mer. Il s'agissait d'une part, de vérifier si la démarche des protocoles avait été initiée et comprise localement, et d'autre part, d'examiner les modalités de travail et de coordination qui avaient été effectivement mises en œuvre dans le cadre des réflexions locales menées sur le protocole. Manifestement, ces protocoles ont fait l'objet d'appropriations différenciées selon les sites : instruments d'officialisation de partenariats existants ou aiguillons permettant d'impulser le débat dans des établissements marqués par une difficulté d'articulation entre services intervenants, ils ont permis de poser la problématique de l'organisation des soins et de faire émerger les points de dissension ou au contraire, de convergence.

L'exploitation du présent questionnaire s'inscrit dans un contexte politique renouvelé marqué par le lancement d'un plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, à cinq ans (2004-2008). En préparation entre la phase de lancement du questionnaire et celle de l'analyse des premiers résultats, le plan quinquennal de la MILDT rendu public le 29 juillet 2004 s'est appuyé sur les tendances générales observées dans les premières exploitations pour définir les contours de l'axe visant à améliorer la prise en charge des usagers de drogues incarcérés. L'accroissement net de la population pénale (67000 entrants en 2001, 81000 en 2003) rend d'autant plus impérieuse le maintien d'un axe d'intervention fort sur la prise en charge des usagers incarcérés. Les éléments de connaissance issus du présent questionnaire, qu'ils tiennent à l'offre de prise en charge sociosanitaire des addictions (drogues illicites, alcool, tabac) ou à l'état des partenariats liant les intervenants en prison, permettent de proposer des orientations de santé publique en milieu pénitentiaire, respectueuses de l'équilibre nécessaire entre prévention, soins et répression.

Cette restitution a également vocation à offrir aux acteurs locaux, répondants au questionnaire et personnels médico-sociaux oeuvrant en milieu carcéral, un aperçu global de l'organisation des soins aux détenus toxicomanes, afin d'évaluer leur action en référence à un cadre réglementaire et par rapport aux autres établissements et/ou départements. Ce faisant, elle participe d'une volonté d'accompagner les responsables locaux dans la mise en œuvre des orientations de la note du 9 août 2001 et à renforcer le bon fonctionnement du dispositif en identifiant des « conditions de réussite » et/ou des facteurs de blocage.

Encadré 1 : Les 5 grandes orientations de la note interministérielle du 9 août 2001.

Extrait du dossier de presse « *Prison : état des lieux et prise en charge des usagers de drogues* », MILDT – DAP (Ministère de la Justice), DGS et DHOS (Ministère de la Santé) 19 Décembre 2001.

1. « Repérer systématiquement, dès le début de l'incarcération, toutes les situations d'abus et/ou de dépendance, quel que soit le produit psychoactif (drogues illicites, alcool, tabac, et médicaments psychotropes) ».

2. « Proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne »

- Pour les personnes dépendantes aux opiacés, une prescription d'un traitement de substitution doit être envisagée dès l'entrée en détention, qu'il s'agisse de la poursuite d'un traitement initié à l'extérieur ou de la proposition d'un nouveau traitement.

- Pour les personnes dépendantes à l'alcool ou aux psychotropes détournés de leur usage, ainsi que pour les personnes dépendantes aux opiacés mais qui ne bénéficient pas d'un traitement de substitution, un traitement médicamenteux dans un but de sevrage doit être accessible.

- Des mesures d'accompagnement social et éducatif sont indispensables, quel que soit le traitement choisi.

- Une consultation spécialisée doit être proposée à tous les consommateurs problématiques d'alcool qui sont repérés. Ce processus continue tout au long de la détention : propositions régulières de soins, suivi médical, psychologique et social, activités en groupe.

- La personne détenue est incitée à s'engager dans la réalisation d'un projet individuel. Les centres spécialisés intégrés dans des réseaux extérieurs aux établissements pénitentiaires sont des interlocuteurs privilégiés.

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

Le rapport de la Mission Santé - Justice souligne que les mesures de prévention préconisées – notamment dans le cadre de la circulaire de décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection du VIH en milieu pénitentiaire – ne sont pas toujours effectives et peuvent largement être améliorées¹⁰.

Il fait un certain nombre de propositions visant à renforcer l'accès aux dépistages et à la vaccination contre le VHB, à améliorer l'accessibilité aux préservatifs, à renforcer l'utilisation efficace de l'eau de javel à des fins de décontamination et à développer l'accès aux traitements de substitution.

Ces mesures seront mises en œuvre progressivement. D'ores et déjà, la note du 9 août 2001 insiste sur une meilleure diffusion du protocole d'utilisation de l'eau de javel à des fins de décontamination et sur la mise en œuvre d'actions d'information et d'éducation à la santé.

4. « Favoriser les aménagements de peine »

Les aménagements de peine dynamisent les parcours individuels et permettent de préparer le retour à la liberté de la personne dans un cadre structuré. Le développement de ces mesures au profit des personnes dépendantes incarcérées constitue une orientation forte du plan triennal et de la circulaire du garde des Sceaux du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires apportées aux toxicomanes.

5. « Préparer la sortie »

Que la personne soit libérée avec ou sans suivi judiciaire, les relais nécessaires doivent être mis en place pour l'accompagnement sanitaire et social à la sortie (soins, hébergement, protection sociale) et pour la réinsertion sociale et professionnelle.

¹⁰ Circulaire DGS/DH/DAP n°739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire.

I – DESCRIPTION DE L'ENQUETE ET DE L'ECHANTILLON

OBJECTIFS ET METHODE D'ENQUETE

L'enquête et la méthode utilisée

Les données présentées ici sont issues de l'exploitation d'un questionnaire adressé à l'ensemble des DDASS de métropole et des départements d'outre-mer par la MILDT à la mi-juillet 2003. L'envoi de ce questionnaire était accompagné d'un courrier co-signé par le Président de la MILDT et le sous-directeur « santé et société » de la Direction générale de la santé, soulignant l'intérêt de l'enquête pour tirer un premier bilan de la mise en place de la note interministérielle du 9 août 2001 (cf. annexe 3) et contribuer à la réflexion sur le nouveau plan d'action de la MILDT, alors en préparation.

Conçu par l'OFDT, en lien avec la MILDT, la DGS, la DHOS et la DAP, le questionnaire a été organisé en cinq parties correspondant aux différentes étapes du processus de formalisation du protocole (cf. annexe 5) :

- la réunion de lancement,
- la désignation du responsable de projet,
- la constitution d'un état des lieux partagé,
- la signature d'un protocole,
- l'appréciation de la démarche générale (bilan et perspectives).

Cette structuration a permis de repérer le niveau d'aboutissement de la démarche dans chaque département.

Pour la plupart fermées, les questions ont toutefois été élargies par moments, de façon à permettre une expression moins contrainte pour tenter de cerner, par exemple, les raisons pour lesquelles, à chaque étape d'avancement dans la démarche, des obstacles ont pu survenir. De même, une estimation du nombre de personnes présentant des conduites addictives a été demandée mais cette rubrique a été marquée par un important taux de non-réponse (52% des départements). Les répondants ont également eu la possibilité de formuler des propositions en termes d'accompagnement sur trois points : pour favoriser l'appropriation de la démarche, pour renforcer l'aide méthodologique aux acteurs, pour améliorer la formation des personnels (cf. annexe 5, partie 5). Ces réponses « libres » ont été exploitées autant que possible, offrant parfois de précieux éléments de compréhension du climat de l'établissement, de l'état d'esprit des répondants ou de la façon dont est vécu, localement, le pilotage du dispositif.

Le questionnaire auto-administré a été retenu pour permettre aux médecins-inspecteurs de DDASS répondants de disposer du temps nécessaire à la collecte de l'information requise, et de consulter les établissements pénitentiaires et les services sanitaires et sociaux, le cas échéant. Par ailleurs, le coût de ce mode de passation, par rapport au face-à-face ou à l'enquête par téléphone, s'avère notablement plus faible.

Compte tenu du caractère déclaratif des informations ainsi collectées, il convient de considérer les chiffres obtenus comme des données de cadrage, qui fournissent des ordres de grandeur avec une marge d'erreur raisonnable.

A la phase de collecte des questionnaires a succédé une seconde étape de recueil d'informations qualitatives, auprès d'un groupe restreint d'une quinzaine de représentants, issus de 3 DDASS et de 15 établissements « pilotes » (répartis sur 7 départements) parvenus à un stade avancé de formalisation du protocole, deux ans après la note interministérielle. Une réunion de discussion a ainsi été organisée dans les locaux de l'OFDT le 9 décembre 2003, en présence de la MILDT, de la DGS, de la DHOS et de la DAP, avec 11 responsables de projet « addictions » (9 en maison d'arrêt, un en CD et un en CP) et 3 médecins-inspecteurs de la DDASS. Ces établissements et/ou départements ont été choisis selon trois types de critères :

- un **bon degré d'avancement dans la démarche** (état des lieux réalisé, protocole signé, malgré des problèmes de coordination parfois explicitement pointés),
- une bonne **représentativité géographique** (6 directions régionales de l'administration pénitentiaire présentes, sur 9 en métropole : Lyon, Rennes, Dijon, Lille, Paris, Toulouse),
- la **nature et la taille des établissements** (10 maisons d'arrêt, 2 centres pénitentiaires, 2 centres de détention représentés dans le groupe de discussion, au sein d'un échantillon de 114 maisons d'arrêt, 22 centres pénitentiaires et 25 centres de détention).

L'objectif de cette journée était :

- de recueillir le sentiment des acteurs de terrain sur la démarche des protocoles en général, leurs difficultés et leurs attentes ;
- d'utiliser l'expérience de ces départements et établissements « en pointe » sur le chantier des protocoles comme point d'appui pour faire émerger les conditions de réussite de la démarche et les freins, et dégager en la matière des « bonnes pratiques ».

Ce riche complément d'information a été confronté aux résultats du questionnaire, pour interpréter ou éclairer certaines réponses.

L'échantillonnage

L'échantillon d'établissements ciblé par l'enquête a compris 181 établissements pénitentiaires situés en métropole et dans les départements d'outre-mer – sur 188 recensés par l'administration pénitentiaire en 2003. Sept structures relevant des territoires d'outre-mer ont été exclues de l'enquête: trois centres pénitentiaires (un en Nouvelle-Calédonie, un à Saint-Pierre-et-Miquelon, un en Polynésie française) et quatre maisons d'arrêt (deux en Polynésie française, une à Mayotte et une à Wallis-et-Futuna).

VALIDITE DES RESULTATS ET CONTEXTE DE COLLECTE DES DONNEES

Les répondants

Sur 100 départements sollicités, 94 ont répondu au questionnaire – dont un (le Gers) ne compte aucun établissement sur son ressort territorial, et un autre (la Haute-Corse) a renvoyé un questionnaire inexploitable. L'échantillon exploitable est donc porté à **92 départements**, couvrant **157 établissements pénitentiaires**, ce qui représente un taux de réponse de près de 93% (sur 168 établissements pénitentiaires enquêtés, hors territoires d'outre-mer et collectivités territoriales, et hors centres de semi-liberté).

Compte tenu de l'objet de la consultation (les modalités d'organisation de la prise en charge des détenus ayant un problème de dépendance aux substances psychoactives en milieu fermé), les 13 centres autonomes de semi-liberté (CSL) où les soins aux détenus relèvent du droit commun ont d'emblée été exclus de l'enquête – en sachant qu'il reste dans l'échantillon 12 CSL « non isolables » car rattachés à un centre pénitentiaire (pour 5 d'entre eux), ou à une maison d'arrêt (dans 7 cas).

Au sein de cet échantillon exploitable de 157 établissements, on dénombre 108 maisons d'arrêt (69%), 27 établissements pour peine (17% de l'échantillon, répartis entre 24 centres de détention et 4 maisons centrales), 22 centres pénitentiaires (14%). Ces catégories ne sont pas exclusives les unes des autres : les centres pénitentiaires, par exemple, sont des établissements mixtes qui comprennent au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) qui bénéficient d'un service médical commun. Le taux de réponse moyen, tous types d'établissements répondants confondus, avoisine les 93% (157/168).

Tableau 2 : Taux de réponse au questionnaire, par type d'établissement

Au 1^{er} septembre 2003 (source : Ministère de la Justice, DAP)	Nombre total d'établissements (métropole, DOM, TOM, coll.territoriales)	Nombre d'établissements ciblés par l'enquête (métropole, DOM)	Nombre d'établissements répondants (métropole, DOM)	Taux de retour
Maisons d'arrêt	118	114	108	95%
Centres de détention	24 (+ 26 quartiers centre de détention)	24 (+ 23 quartiers centre de détention)	23	96%
Centres pénitentiaires	28	25	22	88%
Maisons centrales	5 (+ 8 quartiers maison centrale)	5 (+ 7 quartiers maison centrale)	4	80%
Centres de semi-liberté	13 (+ 12 quartiers de semi-liberté)	-	-	-
Total établissements	188	168	157	93%

Au sein des DDASS répondantes, ce sont en majorité les médecins-inspecteurs de santé publique qui ont renseigné le questionnaire. Autrement dit, les données collectées ici n'intègrent ni le point de vue des personnels sanitaires et sociaux intervenant en milieu pénitentiaire, ni celui des détenus.

Du fait de l'objet du questionnaire (l'évaluation du dispositif administratif des protocoles) et du public appelé à le remplir (les DDASS), le champ du questionnaire a été limité aux modalités d'investissement de la démarche des protocoles et aux pratiques d'organisation des soins développées par les soignants en milieu carcéral, en tant qu'elles sont connues des DDASS. On peut donc postuler qu'une partie des informations qui ont été recueillies peut ne pas être à jour, ou parfois même, soumise à une probabilité d'erreur. L'exploitation du questionnaire a permis en effet de constater que les soignants intervenant en milieu pénitentiaire n'ont pas été systématiquement associés par les DDASS au remplissage du questionnaire, d'où d'une part, une marge d'imprécision quant aux réponses données et d'autre part, un taux important de non-réponse à certaines questions – notamment celles portant sur l'offre de soins (partie 5 du questionnaire, cf. annexe 5).

S'agissant des informations qualitatives recueillies lors de la réunion de discussion des premiers résultats du questionnaire, rappelons qu'elles émanent d'un échantillon non représentatif de personnes, invitées à commenter les grandes tendances repérées après une première exploitation, sommaire, du questionnaire. Cet échantillon a été constitué à partir des données déclarées par les DDASS dans le questionnaire, de façon à sélectionner quelques établissements et/ou départements parmi les plus avancés dans la démarche des protocoles, en tentant de maintenir une certaine diversité géographique (pour le détail des critères de sélection, voir plus haut : « l'enquête et la méthode utilisée »). Ce prolongement qualitatif de l'enquête a permis d'explicitier les difficultés rencontrées par les établissements et les DDASS pour mettre au point l'état des lieux par établissement et/ou le protocole, et de réfléchir collectivement aux conditions de réussite et aux freins de l'ensemble de la démarche.

La surpopulation carcérale, toile de fond de l'enquête

Le premier constat, bien connu, est celui d'une surdensité carcérale en hausse continue, particulièrement en maison d'arrêt (135% dans notre échantillon, calculés sur les seules maisons d'arrêt, c'est-à-dire à l'exclusion des quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires)¹¹. A la date de l'enquête, le nombre de places de détention disponibles dans les établissements pénitentiaires de l'échantillon s'élevait à 45 080 selon l'administration pénitentiaire, pour 53 953 détenus effectivement présents, soit un taux d'occupation moyen de 120%. Cet accroissement de la population détenue, endigué entre 1997 et 2001, a repris à la hausse depuis trois ans, ce qui se manifeste notamment par un taux de prévenus parmi la population incarcérée en nette croissance (33,7% en 2001, 37,6% en 2003)¹².

Le taux d'occupation observé dans l'échantillon se trouve légèrement en deçà de la moyenne nationale, établie au 1^{er} juillet 2003 à 125%. Plus précisément, les 39 837 *cellules* comptabilisées au 1^{er} juillet 2003, date de lancement du questionnaire, correspondaient officiellement à 47 987 *places*, représentant la « capacité d'hébergement théorique »¹³. La « capacité opérationnelle utile », quant à elle, correspond au nombre de places dont dispose effectivement l'administration pénitentiaire une fois déduites les places destinées à l'accueil des entrants et celles des SMPR, mais aussi celles momentanément inutilisables en raison de travaux. Ce sont les chiffres de cette capacité opérationnelle qui sont pris en compte pour le calcul de la densité de la population détenue, c'est-à-dire le taux de surpopulation. Au 1^{er} juillet 2003, la capacité opérationnelle utile était estimée à 48 603 places, pour 60 963 détenus.

Un département sur cinq, parmi les répondants, n'ayant pas mentionné les capacités théorique et réelle des établissements de son ressort, les chiffres ont été ajoutés à l'aide des statistiques de l'administration pénitentiaire à la date de l'enquête. En cas d'erreur manifeste ou de confusion entre la notion d'effectif « théorique » et celle d'effectif « réel », ils ont été corrigés¹⁴.

Quand les établissements ont signalé un nombre de places différent de celui avancé par les statistiques officielles, celui-ci a été aligné sur les données publiées. La capacité théorique étant calquée sur des normes fixées par voie de circulaire, on a supposé que les chiffres publiés par l'administration étaient plus fiables, au regard des critères de décompte en vigueur.

En revanche, les chiffres de l'occupation réelle n'ont été revus que lorsqu'ils différaient de plus de 10% des statistiques communiquées à l'administration pénitentiaire au 1^{er} juillet 2003 – c'est-à-dire dans un nombre limité de cas de figure. Ce seuil arbitraire de 10% a été défini, compte tenu du fait que le nombre de détenus peut, dans certains établissements, évoluer de façon quasi-quotidienne.

¹¹ Le nombre total de places opérationnelles est passé de 36 615 au 1^{er} janvier 1990 à 48 603 au 1^{er} juillet 2003 (source : administration pénitentiaire). Le parc pénitentiaire s'est donc enrichi de 11 988 places, soit une croissance de près d'un tiers en moins d'une quinzaine d'années. Malgré cette extension du parc immobilier, le taux d'occupation de 1990 est similaire à celui enregistré en 2003, avoisinant les 125%.

¹² Source : administration pénitentiaire, Ministère de la Justice.

¹³ Depuis la modification du mode de calcul de la capacité d'accueil des établissements pénitentiaires introduite par la circulaire du 17 mars 1988 – qui définit le nombre de places disponibles non pas en fonction du nombre de cellules mais de leur superficie –, la capacité d'accueil se calcule par référence à la surface au plancher, selon le barème suivant : une cellule de superficie inférieure à 11 mètres carrés correspond à une place de détention, une cellule de 11 à 14 mètres carrés correspond à deux places de détention, etc. Plus de 85% des cellules des prisons françaises ont une surface inférieure à 11 mètres carrés et ne peuvent donc être occupées, selon les propres normes de l'administration pénitentiaire, que par un seul détenu.

¹⁴ L'ensemble de ces chiffres peut être retrouvé dans le rapport 2003 de l'Observatoire international des prisons (OIP, *les conditions de détention en France, rapport 2003*, la Découverte).

Cette sous-déclaration de la surpopulation carcérale par les DDASS peut être interprétée de plusieurs façons. On peut noter tout d'abord que les 6 départements qui n'ont pas répondu au questionnaire se caractérisent par une suroccupation carcérale de 4 points supérieure à la moyenne de l'échantillon (124% environ, pour 11 établissements), ce qui s'explique par le fait que ce lot comprend 8 maisons d'arrêt, tendanciellement plus exposées aux problèmes d'engorgement carcéral – du fait notamment de la présence de prévenus en attente de jugement, soumis à des durées moyennes de détention provisoire de près de 4 mois¹⁵.

Le taux moyen d'occupation carcérale (125% au plan national, 120% dans notre échantillon) masque à l'évidence des situations hétérogènes : 53 établissements ont une densité comprise entre 150 et 200% et 25 une densité supérieure à 200%¹⁶. L'évolution la plus remarquable concernant la surpopulation touche les établissements pour peines (centres de détention et maisons centrales) où, jusqu'à une période récente, s'appliquait un *numerus clausus* de fait. La surpopulation semblait toucher au premier chef les maisons d'arrêt – comme en témoignent les constats alarmants des commissions d'enquête parlementaires. Or au 1^{er} juillet 2003, dans l'ensemble des établissements pénitentiaires y compris dans certains établissements pour peines, on enregistrait un taux d'occupation dépassant les 100% (la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré par exemple, qui dispose de 480 places pour 483 détenus), au point de ne plus pouvoir faire respecter l'article D95 du Code de procédure pénale qui prévoit l'isolement de nuit. Ce phénomène était auparavant limité aux Maisons d'arrêt.

Notre enquête ne s'est pas attardée sur ce phénomène de surpopulation mais il constitue immanquablement la toile de fond d'une réflexion, même sommaire, sur la prise en charge des addictions en milieu carcéral.

¹⁵ Source : Administration pénitentiaire, chiffres 2002 pour la France métropolitaine et l'Outre-mer.

¹⁶ Source : Observatoire international des prisons, *les conditions de détention en France, rapport 2003*, la Découverte.

II – L'ÉLABORATION DES « PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS » EN MARCHÉ

Pour rappel, les étapes d'avancement dans la démarche des protocoles définies dans la note interministérielle se déclinaient comme suit :

- Organisation d'une première réunion d'information à l'initiative de la DDASS, dite « réunion de lancement », permettant de présenter le cahier des charges devant servir de base à l'élaboration d'un protocole et censée susciter la mise en place d'une réunion des personnes ressources au sein de chaque établissement,
- Désignation d'un responsable de projet « addictions » pour animer le « groupe projet » chargé d'établir un diagnostic de la situation locale,
- Définition d'un état des lieux permettant d'identifier les besoins non couverts et de déterminer les pistes d'amélioration,
- Signature d'un protocole définissant les modalités d'intervention de chacun des acteurs sanitaires, sociaux et pénitentiaires en fonction des spécificités de l'établissement (en déterminant en particulier la procédure de repérage et le service qui en est responsable).

Le questionnaire a été structuré autour de ces différentes phases ; l'analyse des résultats a été ordonnée selon la même logique.

L'état général d'avancement dans la démarche d'élaboration des protocoles de prise en charge

Un premier aperçu de l'engagement des établissements pénitentiaires dans l'élaboration des protocoles locaux de prise en charge permet de constater que le chantier a été largement amorcé deux ans après la diffusion de la note interministérielle, puisque 73% des établissements ont été associés à une réunion de lancement du protocole à l'initiative de la DDASS.

Plus avant dans la démarche, 69% des établissements ont désigné un responsable de projet « addictions en milieu carcéral » pour mener à bien l'élaboration de leur protocole (108 établissements sur 157 concernés).

Grâce à ces relais locaux, la démarche d'état des lieux a été engagée sur le ressort de 69 départements (sur les 99 départements de métropole et d'outre-mer concernés) : un état des lieux est en cours dans 23 établissements (15%) ; il a été réalisé dans 86 établissements (55%).

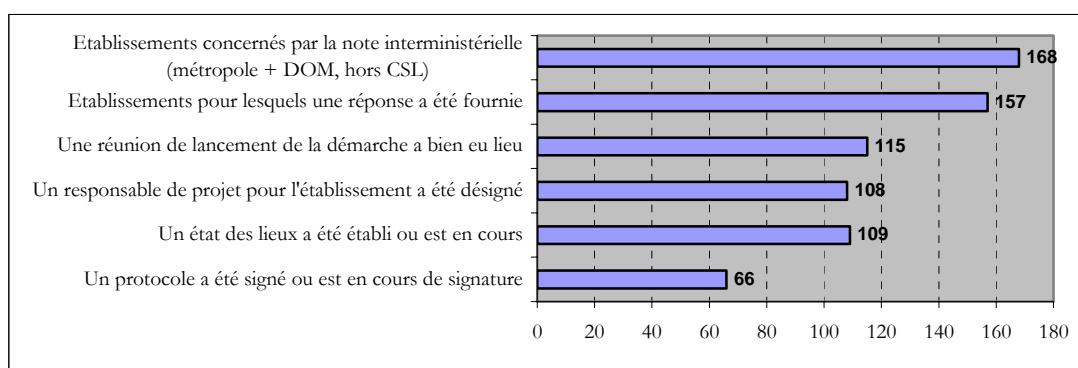
Enfin, un protocole a été dûment signé dans 36 établissements (23% des établissements concernés), distribués sur 24 départements.

Du point de vue de l'avancement dans la démarche, deux paliers apparaissent donc clairement : le premier distingue les établissements engagés dans le processus par le biais d'une réunion de lancement, et/ou de la désignation d'un responsable de projet « addictions », et/ou la réalisation d'un état des lieux des dépendances. Le second se situe au niveau de la signature du protocole proprement dit.

On peut ainsi observer trois catégories d'établissements :

- ceux qui n'ont encore initié aucune des phases de l'élaboration d'un protocole (24 établissements sur 157 au moins, parmi ceux pour lesquels une réponse a été fournie) ;
- ceux qui s'y sont impliqués pour atteindre différents niveaux d'avancement, sans pour autant parvenir, à la fin de l'été 2003, à engager la phase de formalisation d'un protocole (67 établissements sur 157) ;
- enfin, ceux qui ont ouvert la réflexion sur le contenu du protocole (66 établissements sur 157), au point même, pour 36 d'entre eux (55% de cet échantillon restreint), d'aboutir à sa signature (cf. tableau panoramique, annexe 6).

Figure 2 : Etat d'avancement dans la formalisation des protocoles de prise en charge des conduites addictives



Nota Bene: On entend par « établissements concernés » les établissements répartis sur le territoire des départements de métropole et d'outre-mer (hors TOM) ciblés par la note interministérielle et donc, par l'enquête (dont 5% n'ont pas répondu). Ainsi, les centres de semi-liberté n'étaient pas concernés. Les « établissements effectivement enquêtés » sont ceux pour lesquels une réponse a été obtenue.

Si l'on se réfère aux différentes étapes du processus, on peut décrire les mécanismes à l'œuvre, qui produisent les effets de « déperdition » observés.

Avant d'évoquer de façon plus détaillée les différents stades d'élaboration du protocole, un rappel du cadre réglementaire présidant à l'organisation des soins en milieu carcéral permet de cartographier les acteurs en présence, utile pour situer les enjeux qui se profilent derrière la construction partagée d'un protocole de prise en charge.

Encadré 2 : Rappel du cadre réglementant l'organisation des soins en milieu carcéral.

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a fait évoluer la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Son objectif principal était d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont bénéficie la population générale. Pour faciliter l'application de la loi, deux mesures complémentaires ont été prises :

- le transfert de l'organisation et de la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier : à ce jour, tous les établissements pénitentiaires sont dotés d'une Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) rattachée à l'hôpital de proximité ;
- l'affiliation des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de la sécurité sociale, et la possibilité qui leur est donnée, depuis janvier 2000, de bénéficier de la couverture médicale universelle.

La prise en charge des détenus présentant une dépendance aux drogues ou à l'alcool relève conjointement de l'UCSA (placée sous l'autorité d'un praticien hospitalier) et des secteurs de psychiatrie (Service médico-psychologique régional hospitalier, dit SMPR, ou secteur de psychiatrie¹⁷).

Dans 16 établissements pénitentiaires sont implantés des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) (ex-« antennes toxicomanie » créées par la circulaire DGS du 3 novembre 1987, puis dotées du statut de « CSST intervenant en milieu pénitentiaire » par le décret du 29 juin 1992), qui dépendent du SMPR. Dans les autres établissements, la prise en charge des personnes détenues ayant un problème de dépendance est assurée par les CSST et CCAA extérieurs habilités à intervenir en milieu carcéral. A la date de lancement de la note interministérielle, des Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) étaient implantés dans 3 établissements pénitentiaires, pour renforcer l'action des services de psychiatrie. La présente enquête fait état d'une nette progression dans ce domaine (cf. *III, L'offre de prise en charge en matière de toxicomanie, de dépendance à l'alcool et au tabac*).

L'entretien avec l'équipe médicale de l'UCSA lors de la visite médicale d'entrée permet une évaluation de l'état de santé et des besoins de la personne détenue, s'agissant notamment de problèmes liés à l'usage de drogues ou à l'alcool. C'est à cette occasion qu'est prise la décision du sevrage, de la poursuite ou de l'initialisation d'un traitement, de substitution aux opiacés notamment, ou encore de l'orientation vers un spécialiste ou un service de psychiatrie.

¹⁷ Depuis 1976 en effet, il existe des secteurs de psychiatrie qui couvrent l'ensemble de la population carcérale. Les médecins responsables des 26 Services médico-psychologiques régionaux hospitaliers (SMPR) créés par l'arrêté du 14 décembre 1986 ont, outre la charge du fonctionnement direct de leur propre service, celle d'assumer un rôle de conseil et de coordination auprès de tous les services de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire.

Par ailleurs, 5 établissements (Nice, Marseille, Lille, Fresnes, Lyon) bénéficient depuis 1997 d'une Unité pour sortants (UPS) dont l'objectif est de responsabiliser les personnes fortement désocialisées, en cours de détention ou en fin d'exécution de peine, en les aidant à préparer leur sortie (par la mise à jour des droits sociaux, l'accès à un hébergement, le développement d'un projet professionnel, l'accès à des informations d'éducation à la santé, etc.).

Depuis 1993, des conventions départementales d'objectifs (CDO) ont été signées entre le préfet et le procureur de la République pour renforcer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes dépendantes sous main de justice. Généralisé à l'ensemble des départements dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001), ce dispositif s'est notamment attaché à améliorer la prise en charge des usagers incarcérés sur le plan sanitaire et social, la préparation de leur sortie et leur suivi après la libération. Dans ce cadre, CSST, CCAA et CHRS sont venus renforcer le dispositif sanitaire interne. En 2002, 96 départements disposaient d'une CDO, dont une partie prévoyait une action en milieu pénitentiaire¹⁸.

La réunion de lancement

Suivant les préconisations de la note interministérielle du 9 août 2001, une première réunion d'information devait être initiée, organisée et animée par la DDASS avec l'ensemble des acteurs internes et externes intervenant dans le ou les établissement(s) pénitentiaire(s) du département.

Cette réunion d'information devait rassembler :

- le médecin psychiatre responsable du SMPR ou le médecin du secteur psychiatrique qui associe le responsable du centre de soins spécialisés aux toxicomanes et le coordinateur UPS s'il y a lieu,
- le médecin responsable de l'UCSA,
- le responsable de la pharmacie,
- le chef d'établissement pénitentiaire,
- le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation,
- le(s) responsable(s) du(es) centre(s) de soins spécialisés extérieur(s),
- le directeur départemental de la PJJ lorsque des établissements du département accueillent des mineurs,
- tout autre partenaire intérieur ou extérieur concerné.

La note précisait en outre que le procureur de la République, les juges de l'application des peines, les juges des libertés et de la détention, les juges d'instruction et, le cas échéant, les juges des enfants étaient conviés à y participer.

Cette réunion devait être l'occasion pour la DDASS de :

1°/ présenter le cahier des charges qui sert de base à l'élaboration d'un protocole pour 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 (cf annexe 3);

2°/ susciter la mise en place, au niveau de chaque établissement pénitentiaire, d'une réunion des personnes ressources ayant pour objet de :

- constituer un groupe de projet chargé d'élaborer et d'appliquer le protocole,
- désigner collectivement un responsable de projet.

Au moment de l'enquête, 66 départements (couvrant 115 établissements sur les 157 concernés et effectivement enquêtés) ont signalé qu'une réunion de lancement du protocole avait eu lieu à l'initiative de la DDASS.

Ces réunions se sont tenues entre octobre 2001 et juin 2003. Les deux tiers ont eu lieu dans le courant de l'année 2002.

Quand la réunion de lancement n'a pas eu lieu, plusieurs raisons sont invoquées. La plus fréquemment invoquée est celle d'un manque de disponibilité de la DDASS. Les répondants au questionnaire ont également mentionné le manque de disponibilité des autres partenaires.

Parmi les réponses possibles, le champ « autres / préciser » a beaucoup été utilisé par les répondants, notamment pour signaler leurs réserves quant aux chances d'une coopération entre les différents services (« réserves du médecin-chef de l'UCSA sur la possibilité de partager le secret médical » ou signalement de relations difficiles entre UCSA et SMPR en appelant à un « développement de liaisons normalisées »). La vacance des postes-clés contribuant à stimuler la coordination entre services intervenants (médecins-inspecteurs ou de chefs de projet MILDT) ou même assurer directement la prise en charge (infirmiers/ères, psychologues), a été très nettement pointée comme ne facilitant pas l'avancement dans la démarche (départ de la psychologue UCSA ayant reçu la formation mini-grade dans l'Allier, départ du référent prisons de la DDASS de Gironde, absence d'infirmière et de médecin inspecteur dans l'Indre, pas de médecin inspecteur en Haute-Saône et en Haute-Savoie, absence de chef de projet drogues et dépendances en Guyane). Un département (la Corrèze) a même indiqué que la prise en charge psychiatrique était « très insuffisante » par « pénurie médicale » (signalée en caractères majuscules et ponctuée d'un point d'exclamation), sans amélioration envisageable en vue, compte tenu du manque d'effectifs persistant.

¹⁸ Pour des données plus précises sur ce point, voir le bilan chiffré 2002 des conventions départementales d'objectifs produit par la MILDT.

La désignation du responsable de projet « addictions »

Dans l'esprit de la note interministérielle du 9 août 2001, le responsable de projet désigné nominativement devait être choisi prioritairement parmi les intervenants en psychiatrie (personnels du SMPR, du secteur de psychiatrie) ou, par délégation, parmi les membres de l'UCSA en raison de :

- son implication personnelle,
- sa particulière motivation,
- ses aptitudes relationnelles,
- sa reconnaissance sur le plan local,
- sa connaissance de la prise en charge des questions de dépendance,
- ses capacités à intégrer ce projet sanitaire dans le champ global de l'insertion.

Son rôle consiste à :

- animer le groupe de projet qui établit un diagnostic de la situation locale (voir annexe 3, annexe 2 à la note interministérielle), sur les plans sanitaire, social et pénitentiaire, portant sur les besoins des détenus, les réponses apportées et les pistes d'amélioration possibles ;
- élaborer, avec le groupe projet, le protocole de prise en charge au sein de l'établissement, dans le respect des objectifs fixés par le cahier des charges (voir annexe 2, annexes 1 et 3 à la note interministérielle) ;
- assurer le bon fonctionnement du dispositif, en garantissant l'ouverture des services sur l'extérieur et leur collaboration harmonieuse dans le respect des missions et des obligations professionnelles des intervenants sanitaires, sociaux ou pénitentiaires ;
- veiller à la bonne circulation des informations entre les différents acteurs ;
- s'assurer que chacun des partenaires apporte les éléments nécessaires à l'évaluation du dispositif ;
- favoriser l'accès des personnels aux formations déconcentrées multiprofessionnelles relatives aux dépendances et à la réduction des risques.

Etablissements où un responsable de projet « addictions » a été désigné

Près de 70% des établissements pénitentiaires ont désigné un responsable de projet (108 des 157 établissements concernés). Cela correspond à **67 départements** parmi les répondants qui ont déclaré disposer d'au moins un responsable de projet (quel que soit le nombre d'établissements pénitentiaires présents sur leur ressort).

Il s'agit :

- dans 42% des cas d'un médecin ou praticien hospitalier de l'UCSA ;
- d'un psychiatre dans 30% des cas ;
- d'un psychologue dans près de 11% des cas ;
- d'un infirmier ou d'autres types de professionnels pour environ 17% des cas.

Fait non prévu dans la note, certains responsables de projet sont communs à plusieurs établissements (un responsable référent pour 2 ou 3 établissements dans quelques cas isolés, voire 4 établissements dans un cas unique : celui de la Charente-maritime) ; dans ce cas, ils ont fait l'objet d'un double compte, de façon à offrir un tableau représentatif des établissements par type de profil du responsable de projet.

A l'inverse, 7 établissements bénéficient d'un pilotage bicéphale au titre des protocoles, c'est-à-dire que la responsabilité de projet est assumée en binôme, le plus souvent en maison d'arrêt, entre un psychiatre ou un psychologue et un médecin (vacataire ou non).

La désignation de ces responsables de projet a eu lieu en moyenne dans les six premiers mois de l'année 2002.

Tableau 3 : Fonction du responsable de projet « addictions » désigné	Médecin / praticien hospitalier	Psychiatre	Psychologue	Autres	Infirmier ou IDE psychiatrique
113 responsables de projet pour 108 établissements	48	34	12	10	9
Part au sein de l'échantillon des responsables identifiés (sur 113 responsables)	42%	30%	11%	9%	8%

Service de rattachement des responsables de projet désignés

Le **service de rattachement des responsables de projet** est,

- dans la moitié des établissements, un service hospitalier (**UCSA ou Centre hospitalier** du type CHG, CHS, CHU, etc.) ;
- dans plus d'un tiers des cas, il s'agit d'un **service de psychiatrie** (SMPR, CMP, EPSM, centre psychothérapeutique, etc.) ;
- dans près d'un cas sur dix, c'est un **CSST** ;
- dans les autres cas, il peut s'agir du **SPIP**, de **l'administration pénitentiaire** ou d'une **association**, conjointement avec les personnels sanitaires.

Tableau 4 : Service de rattachement du responsable de projet « addictions »	UCSA / CH (service hospitalier)	Service de psychiatrie (SMPR, CMP, EPSM, centre psychothérapeutique)	CSST	SPIP ou administration pénitentiaire	Association
Sur 113 responsables (4 ont une double affectation)	58	43	10	5	1
Part au sein de l'échantillon des responsables identifiés (sur 117 affectations)	50%	37%	8%	4%	1%

Dans quatre cas, le responsable de projet bénéficie d'une double affectation (SMPR et CSST dans les Alpes-maritimes, Paris et les Deux-Sèvres, UCSA et CSST dans le Rhône).

On peut également observer que dans les cas de pilotage bicéphale (cf. *supra*), les services de rattachement des responsables de projet tendent à coupler une UCSA ou un centre hospitalier avec un SMPR ou un SPIP.

Déterminants du choix du responsable de projet « addictions »

S'agissant des déterminants du choix des responsables de projet, le questionnaire proposait 6 questions fermées. L'une d'elles (« autres ») permettait de soulever des questions ou des problèmes que le questionnaire n'aurait pas anticipés.

La quasi-totalité des répondants a pointé plusieurs facteurs déterminant le choix des responsables de projet. La raison la plus fréquemment invoquée a été la reconnaissance du responsable de projet au niveau local. Dans près d'un cas sur cinq, le responsable de projet s'était porté volontaire pour occuper ce poste.

Parmi les raisons « autres » citées par les répondants pour justifier le choix du responsable de projet, on trouve des références à la spécialité du responsable choisi (en particulier s'agissant des psychiatres), à ses qualités relationnelles et à sa connaissance des dispositifs. Les médecins inspecteurs répondants semblent avoir perçu la note interministérielle comme un texte « insistant sur la place du psychiatre », dans un contexte où précisément, la carence de personnels psychiatriques est durement ressentie (des mentions récurrentes aux vacances de postes ou aux manques d'effectifs en psychiatrie ont été relevées dans les questionnaires).

Tableau 5 : Réponse à la question : « A quel titre le responsable de projet a-t-il été choisi ? »	Nombre de réponses	En %
Pour la reconnaissance dont il bénéficie au niveau local	72	30,5
Parce qu'il s'est porté volontaire	44	18,6
Pour sa qualité de responsable de service	43	18,2
Parce qu'il a été désigné	39	16,5
Pour sa disponibilité	21	8,9
Autre raison	17	7,2
Total des réponses (pour 108 établissements répartis sur 67 départements et 113 responsables)	236	100,0

Raisons de la non-désignation d'un responsable de projet « addictions »

Selon les données déclarées par les DDASS, 39 établissements (répartis sur 27 départements) n'ont pas désigné de responsable de projet à la date de l'enquête et 10 n'ont pas répondu.

Les raisons avancées pour justifier la non-désignation d'un tel responsable ont été majoritairement classées dans la colonne « autres » (18 réponses sur les 34 collectées). Elles tiennent à trois types de circonstances :

- **le manque d'effectifs** (« manque de médecins inspecteurs » ; « manque de personnel infirmier (UCSA) et de personnel éducatif (SPIP), et pas de psychiatre au SMPR ! » ; « ni psychiatre ni médecin coordonnateur au niveau de l'UCSA » ; « le chef de projet qui aurait pu être retenu a quitté l'UCSA »),
- **les difficultés de répartition du travail**, liées au manque d'effectifs observé (« surcharge de travail » ; « difficulté d'avoir un personnel motivé » ; « peu de motivation pour le versant toxicomanie »),
- **l'absence de disponibilité de la DDASS ou des partenaires**, citée dans la quasi-totalité des réponses « autres ».

En outre, 9 DDASS ont signalé l' « absence d'une personne suffisamment reconnue » (selon les termes du questionnaire) pour assurer la coordination entre les services intervenant en milieu pénitentiaire.

Tableau 6 : Réponses à la question : « Pour quelles raisons le responsable de projet n'a-t-il pu être désigné ? » (par ordre d'importance)

	Nombre de réponses	En %
Autres	18	52,9
Absence d'une personne suffisamment reconnue	9	26,5
Dissension au sein des équipes	5	14,7
Les addictions ne sont pas une orientation prioritaire du département	2	5,9
Absence de volontaire	0	0
Total des réponses (pour 27 départements et 39 établissements)	34	100,0

En tout état de cause, **l'impulsion donnée par le responsable de projet à l'avancement dans la démarche est indéniable**. Toutes les fois qu'un protocole a été signé ou est en cours d'élaboration, il s'avère qu'un responsable de projet « addictions » a été préalablement nommé (sauf dans 3 départements : la Lozère, l'Yonne et la Guyane – cf. tableau panoramique, annexe 6). De même, quand un responsable de projet a été nommé (ce qui est le cas dans 108 établissements), dans 94% des cas (101 établissements), un état des lieux ou un protocole a été défini ou est en cours. Autrement dit, seuls 7 établissements dotés d'un responsable n'en ont pas pour autant avancé dans la démarche de protocolisation. A l'inverse, dans 6 départements seulement, l'état des lieux ou le protocole (mais en aucun cas, les deux) a été amorcé en l'absence de responsable de projet.

Les contacts avec le terrain ont permis de recueillir quelques réactions très positives à l'égard de la création de ce poste-clé par la note interministérielle, véritable « maillon » de la démarche : *« le responsable de projet est un outil pionnier, dans un contexte où le besoin d'animateurs locaux pour insuffler une dynamique de projet est capital »* (médecin-inspecteur, DDASS de Calvados). Un ancien responsable de projet a même soulevé la question de l'opportunité de *« structurer un réseau des responsables de projet pour développer les pratiques qui marchent »*, car au-delà de sa fonction d'impulsion, le responsable de projet représente, une fois le protocole signé, la *« mémoire du protocole »* (responsable de projet de la maison d'arrêt de Châlons, département de la Marne) : il rappelle les orientations adoptées de façon concertée et veille à sa bonne exécution.

La réalisation d'un état des lieux

Bilan par établissement

La constitution d'un état des lieux partagé localement entre intervenants sanitaires et sociaux est intervenue dans les formes dans 86 établissements. Selon les termes de la note du 9 août 2001, l'état des lieux devait permettre à chaque site d'identifier les besoins non couverts et de définir les pistes d'amélioration qui serviront de base à l'élaboration du projet local. Un outil de travail était proposé en annexe à la note. L'état des lieux devait être transmis aux DDASS et aux DRSP dans un délai de trois mois à compter de la constitution du groupe projet coordonné par le responsable de projet « addictions ».

A la date de l'enquête, 109 établissements avaient engagé la démarche d'état des lieux. Autrement dit, 86 établissements avaient finalisé un état des lieux de la prise en charge des addictions et 23 structures déclaraient y travailler. Dans 69 départements donc, un état des lieux au moins était lancé à la fin de l'été 2003.

A l'inverse, 34 établissements (sur 45 dépourvus d'état des lieux) ont répondu à la question de savoir pour quelles raisons l'état des lieux n'avait pu être formalisé (taux de réponse de plus de 75%).

Raisons de l'absence d'état des lieux

La plupart des DDASS ayant répondu au questionnaire ont coché plusieurs des réponses possibles.

- **L'absence d'un référent local (responsable de projet « addictions ») apparaît comme un facteur de frein dans la démarche des protocoles.** Plus de 8 établissements sur 10 ont incriminé l'absence de responsable de projet nommément désigné. Le manque de pilotage de la démarche, par un référent, apparaît donc clairement comme un facteur défavorisant.
- **La difficulté à réunir les services concernés** est le deuxième motif invoqué pour justifier le blocage de l'état des lieux, avant le manque de motivation – qui semble tout de même toucher un établissement sur cinq, parmi les répondants concernés, ce qui paraît considérable.
- **L'absence de données de suivi** (sanitaires en particulier, et marginalement, sociales ou judiciaires) est également citée parmi les freins possibles. Le manque de savoir-faire et de méthode intervient comme élément de contexte dans un nombre manifestement limité de cas.

Enfin, la rubrique « autres » a été saisie pour exprimer, une fois encore, différents motifs de mécontentement énoncés dans des termes lapidaires mais récurrents : « *insuffisance du suivi* », « *manque de moyens en personnel* », « *surcharge de travail* », « *absence de financement* »... Ces éléments sont cependant plus des indicateurs de climat que des facteurs explicatifs en tant que tels, en l'état des ressources à un moment donné. Ces éléments qualitatifs seront plus longuement exploités plus bas.

Lorsque l'état des lieux a été amorcé, il l'a été selon des modalités différenciées :

- dans le prolongement de la réunion de lancement et/ou de la désignation d'un responsable de projet « addictions » (ou non),
- à la suite de la désignation d'un responsable de projet : quelques établissements seulement ont abordé la réflexion sur l'état des lieux en l'absence de responsable de projet,
- par établissement, ou par département ;

Services impliqués dans l'état des lieux

Six services, en moyenne, ont participé à la constitution de l'état des lieux.

Sur les 109 établissements ayant engagé l'état des lieux, 61 ont associé six services ou plus (56%).

D'autres semblent avoir constitué l'état des lieux en relative autarcie, isolément (pour 4 d'entre eux – ce qui annule l'intérêt partenarial de la démarche) ou avec un seul autre service (dans 6 cas). Dans une dizaine de cas donc, on peut supposer que la démarche d'état des lieux n'a pas favorisé le rapprochement des services escompté et qu'elle n'a en rien modifié les relations de coordination comme le souhaitait la note interministérielle. Cette situation touche pour l'essentiel des maisons d'arrêt, petites ou moyennes.

En revanche, l'état des lieux a probablement cimenté les équilibres partenariaux existants dans une majorité de cas, où plus de 3 services (en particulier l'UCSA, le SPIP et la direction d'établissement) ont été partie prenante.

Tableau 7 : Nombre de services impliqués dans la réalisation de l'état des lieux (sur 107 établissements parmi les 109 engagés dans un état des lieux, et 2 non-réponses)

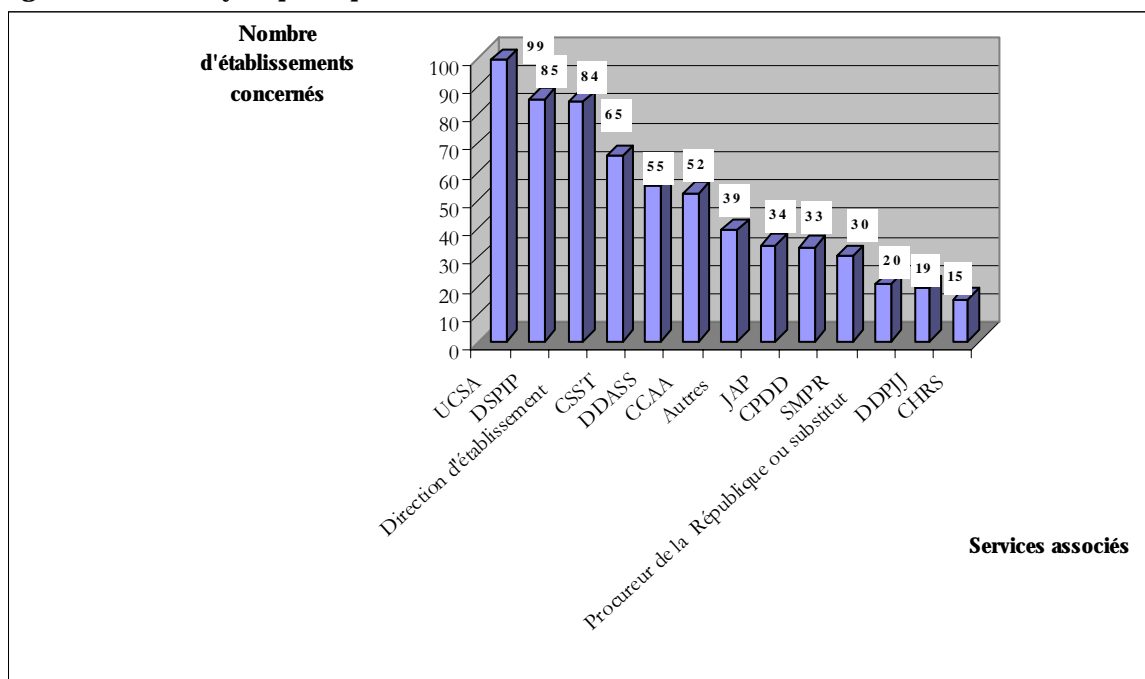
Etat des lieux partagé entre...	Nombre d'établissements
Un seul service...	4
2 services	6
3 services	16
4 services	5
5 services	15
6 services	17
7 services	13
8 services	7
9 services	9
10 services	8
11 services	6
12 services	0
13 services	1

Plusieurs traits descriptifs se dégagent de l'observation globale des services associés à l'état des lieux :

1. Dans la quasi-totalité des cas, **PUCSA** a été associée (99 items), ainsi que le **SPIP** (85 items) et **la direction de l'établissement** (84 items). Le **CSST** a été convié à la réunion d'état des lieux dans 65 établissements.
2. **Dans la moitié des cas seulement (pour 55 établissements), la DDASS a contribué à l'état des lieux.**
3. Les **CCAA** ont été invités à se joindre à l'état des lieux dans 52 établissements.
4. Enfin, dans un tiers des cas, le **SMPR (ou l'antenne du SMPR), et/ou le chef de projet MILDT, et/ou le JAP** ont été associés à l'état des lieux.
5. Enfin, une vingtaine d'établissements ont invité pour l'état des lieux le **Procureur de la République ou son substitut** et/ou le **DDPJJ**, et/ou le **CHRS**.
6. La rubrique « autres » a souvent été employée pour signaler la contribution de **partenaires extérieurs divers** : centres hospitaliers (généralistes et spécialisés), CPAM, CODES, pharmaciens, ou plus rarement, missions locales, DRASS, réseaux ville hôpital toxicomanie, associations spécialisées, etc.

En outre, on peut noter que **la présence de la direction d'établissement dans l'état des lieux n'est pas systématique**, ce qui soulève la question de savoir si dans ce cas, la direction a délégué sa compétence à un autre service ou s'est tout simplement désinvestie de l'état des lieux.

Figure 3 : Services ayant participé à l'état des lieux (réalisé ou en cours)



Nota bene: l'item « SMPR » comprend les 26 SMPR et les antennes de SMPR par établissement. Il faut comprendre ici que 33 établissements bénéficient de l'intervention d'un SMPR ou d'une de ses antennes.

Difficultés d'élaboration de l'état des lieux

Disposant de la possibilité de faire valoir plusieurs réponses, les DDASS répondantes ont souvent signalé divers freins à l'élaboration de l'état des lieux.

Près d'un établissement sur cinq (26 établissements parmi les 109 engagés dans l'état des lieux) a reconnu la difficulté de construire un état des lieux véritablement partagé :

- le premier barrage de fait réside dans la difficulté de réunir l'ensemble des services concernés, signalée pour la quasi-totalité des établissements (24 sur 26).
- L'absence de données de suivi sanitaire (pour 21 établissements sur 26), social (pour 20 établissements sur 26), ou judiciaire (pour la moitié des établissements – 13 sur 26) a également été interprétée comme faisant obstacle à l'élaboration collective d'un état des lieux.
- Enfin, dans 17 cas sur 26, le manque de savoir-faire ou de méthode a été pointé comme un élément ne facilitant pas l'analyse conjointe entre différents services.

Il faut noter également que la rubrique « autres », une nouvelle fois abondamment utilisée, a permis aux répondants de manifester leurs inquiétudes quant à la surcharge de travail et au **manque de disponibilité des partenaires**, lié en particulier à l'insuffisance des effectifs. Cette carence de fonctionnement est vécue comme « *limitant les possibilités de réflexion interdisciplinaire* ».

Le second facteur expliquant les difficultés de coordination est celui des **réticences à partager le secret médical**, notamment avec les structures d'insertion ou le juge d'application des peines.

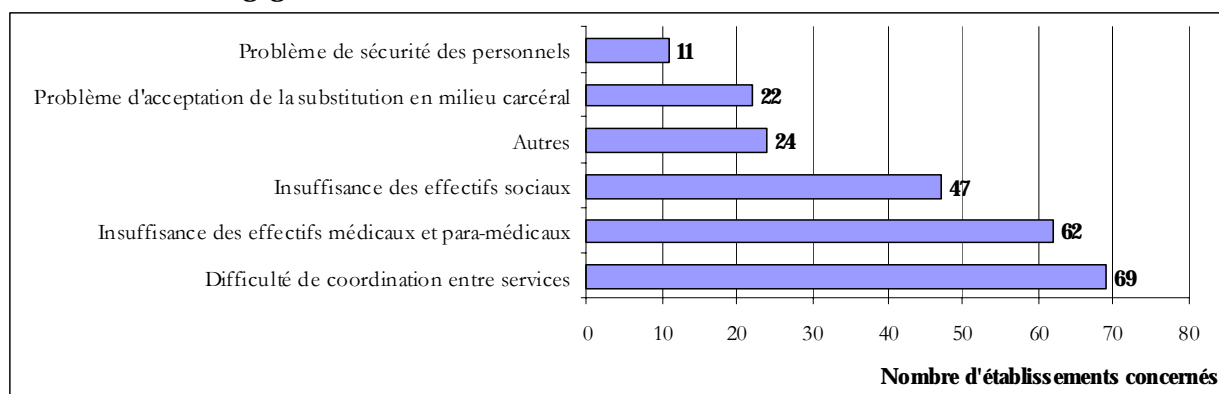
La rubrique « autres » a aussi permis aux acteurs d'alerter sur la **difficulté de collecter des données épidémiologiques fiables sur les détenus** (notamment les prévenus), faute d'un outil informatique permettant l'exploitation et le partage des informations recueillies. Une DDASS a suggéré la mise en place d'un logiciel commun entre UCSA, SMPR et CSST.

Problèmes pointés lors de l'élaboration de l'état des lieux

Les problèmes pointés dans les états des lieux achevés ou en cours sont :

- une **difficulté générale de coordination des services** pour plus de moitié : les difficultés de coopération semblent avoir partie liée avec la gestion du secret médical, motif le plus fréquent de conflits entre l'administration pénitentiaire et le personnel médical ;
- **l'insuffisance des effectifs** vient en deuxième position, en particulier médicaux et para-médicaux (56%) mais aussi sociaux (43%).
- un **problème d'acceptation de la substitution en milieu carcéral** pour un établissement sur cinq.

Figure 4 : Problèmes dans la prise en charge des conduites addictives (plusieurs réponses possibles - sur 109 établissements engagés dans la démarche d'état des lieux)



Parmi les informations qualitatives livrées par le questionnaire, on relève des **références récurrentes aux sous-effectifs**, désignés comme étant à l'origine « de l'ensemble » des problèmes pointés dans l'état des lieux. Le **rapport des différents services au secret professionnel** est également cité comme un facteur compliquant les relations de coordination.

En outre, **l'absence de relais de prise en charge extérieurs** semble vécue comme un obstacle supplémentaire à l'efficacité des interventions sanitaires. L'« *insuffisance des liens avec les structures extérieures* » est donc avancée comme un élément de fragilisation de la qualité de l'offre de soins aux détenus, de même que la « *disparition des consultations spécialisées* » dans certains établissements.

Enfin, **les difficultés pratiques d'un repérage systématique des addictions** sont soulignées dans plusieurs départements : « *manque de temps pour utiliser la grille mini-grade* », « *outil mini-grade compliqué et lourd* », les jugements peu optimistes sur la probabilité de parvenir à uniformiser les critères et les techniques de repérage dans l'ensemble des établissements pénitentiaires ne sont pas rares. Cet aspect sera développé plus loin.

L'information la plus saillante sur cette question concerne **l'accès aux traitements de substitution**, encore diversement garanti selon les établissements, aussi bien du point de vue de la poursuite de traitements initiés à l'extérieur que des initialisations : 22 établissements au moins (sans préjuger du sens des non-réponses), sur 109 ayant fourni une réponse, déclarent un problème d'acceptation de la substitution, ce qui constitue une information d'autant

plus intéressante que l'enquête conjointe de la DGS et de la DHOS sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire menée en février 2004 donne une nette diminution du nombre de services médicaux ne pratiquant pas la substitution : 34 en 1999, 19 en 2001 et 7 en 2004 seulement, dont 3 maisons centrales en métropole et 4 petites maisons d'arrêt situées dans les départements d'outre-mer – qui n'ont pas été intégrés dans le champ de la présente enquête. Pourtant, la note interministérielle du 9 août 2001 incitait les médecins à poursuivre les traitements engagés avant l'incarcération et à en proposer un toutes les fois où « *la dépendance répond aux indications des traitements* ».

Les contacts avec le terrain noués au moment de l'exploitation du questionnaire (réunion du 9 décembre 2003) attestent que la mise en place de traitements de substitution pour les détenus dépendants aux opiacés ne va pas de soi. Comme le notait déjà le rapport 2001 des Inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires, « *les traitements de substitution se développent avec difficulté. C'est sans doute dans ce domaine que le principe d'équivalence des soins avec l'extérieur se pose avec le plus d'acuité* »¹⁹. Ainsi, la poursuite des traitements, et à plus forte raison, leur initialisation, se heurte à de nombreux obstacles. Plusieurs facteurs en témoignent :

- **Le refus de principe de certains médecins à l'égard de la substitution** continue d'être opposé aux éventuelles demandes de détenus. Les représentants du « terrain » invités pour commenter le résultat de l'enquête en décembre 2003 ont ainsi témoigné des divergences d'opinions parmi les services prescripteurs (UCSA, SMPR ou secteurs de psychiatrie générale) et de l'hétérogénéité des pratiques d'un établissement à l'autre : tandis que dans une maison d'arrêt de la région parisienne, la demande de traitements de substitution peut donner lieu à des « *marchandages* », le SMPR intervenant à la maison d'arrêt de Châlons (51) ne pratique « *jamais d'initialisations* » mais « *des poursuites de traitement uniquement* ». Enfin, le centre pénitentiaire de Longuenesse (62) semble opter pour « *le sevrage ou le sous-dosage* ». Ces trois politiques de substitution distinctes illustrent bien le fait que le traitement de la dépendance aux opiacés chez les personnes détenues reste très disparate, à la discrétion des médecins, des directeurs d'établissements pénitentiaires, des personnels de surveillance. L'enquête DGS/DHOS de février 2004 estime ainsi que neuf établissements de plus de 800 détenus – représentant une population pénale de 13 683 personnes détenues soit 24 % de la population – prescrivent à eux seuls 33,1 % des traitements de substitution (un seul d'entre eux assure 10,8 % des prescriptions).
- **L'hétérogénéité des pratiques en matière de substitution**, patente sur l'ensemble du territoire, est également contrastée suivant le type d'établissement : l'enquête effectuée pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution a ainsi fait apparaître que « *les maisons d'arrêt pour femmes ont la proportion de patients substitués la plus conséquente et les centrales, la moins importante* »²⁰. Dans cette enquête, il apparaît que les établissements où l'acceptation de la substitution s'avère délicate sont essentiellement de gros établissements (316 places en moyenne), répartis entre maisons d'arrêt (55%), centres de détention (25%), et centres pénitentiaires (10%). Trois des cinq maisons centrales implantées sur le territoire national n'ont pas donné de réponse ; les deux pour lesquelles une réponse a été obtenue ne déclarent pas de problème particulier, ce qui n'a pas permis de vérifier l'hypothèse avancée par la Commission nationale consultative des traitements de substitution.
- **Les difficultés inhérentes à la vie carcérale** produisent deux types de risques majeurs : celui d'un usage détourné (de Subutex® en particulier) et du trafic de substances, et celui d'un surdosage pour le détenu, du fait des difficultés d'une prise en charge globale accompagnant les traitements de substitution.

Les **cas de mésusage** sont « *bien connus* » en milieu carcéral comme l'ont souligné unanimement les représentants du terrain interrogés plus longuement. Les mesures de rétorsion sont, dans certains établissements, immédiates : « *même si les trafiquants ne sont pas toujours les substitués, les prescriptions sont renvoyées en cas de constatation de mésusage des produits de substitution* » (responsable de projet « addictions » d'un centre pénitentiaire de la région Nord-Pas-de-Calais). Dans d'autres cas, les stratégies sont plus affûtées : pour lutter contre le mésusage, les services médicaux intervenant à la maison d'arrêt de Béthune ont instauré « *la règle des 8 mg* », qui consiste à ne distribuer aux détenus que des piluliers de Subutex® de moins de 8 mg. Depuis cette date, il semble que le mésusage ait été notablement résorbé. La méthadone est considérée comme « *beaucoup plus facile à gérer, car moins contraignante* » (responsable de projet « addictions » de la maison d'arrêt de Béthune, praticien hospitalier responsable de l'UCSA). Cependant, la méthadone pose d'autres problèmes spécifiques, et notamment celui qui fait que, prise avec d'autres produits, elle comporte un risque mortel de surdosage.

¹⁹ Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), *L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation*, la Documentation française, 2001.

²⁰ Dr Laurent Michel et Olivier Maguet, *L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral*, Rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution, remis le 1er avril 2003.

La **dispensation du traitement** est un autre problème pratique posé par la substitution en milieu pénitentiaire. Dans la rubrique « autres problèmes (préciser) », la nature des réserves médicales opposées à la mise en œuvre d'une politique de substitution a été explicitée. Ainsi, le « *mode de distribution* » des traitements de substitution a été pointé comme « *ambigu* », voire « *contradictoire* ». Plusieurs DDASS ont évoqué le tiraillement des personnels entre la nécessité de « *surveiller* » les détenus et celle de « sanctionner » les abus ou les détournements de traitements (en particulier de Subutex®). En effet, l'usage détourné de Subutex® étant connu, l'approvisionnement des détenus sans moyens en effectifs suffisants pour pouvoir contrôler la prise du médicament par le détenu pose un problème de cohérence des interventions sanitaires en prison. Quand les moyens en personnel le permettent donc, la dispensation du traitement de substitution se fait en présence d'un personnel médical ou infirmier : le centre de détention de Bapaume (62) prévoit ainsi la présence d'un infirmier pendant la distribution du produit mais sans avoir les moyens de vérifier la prise. Dans ce cas précis, la prise d'un traitement de substitution prévoit un suivi psychiatrique et un suivi médical au moins hebdomadaire.

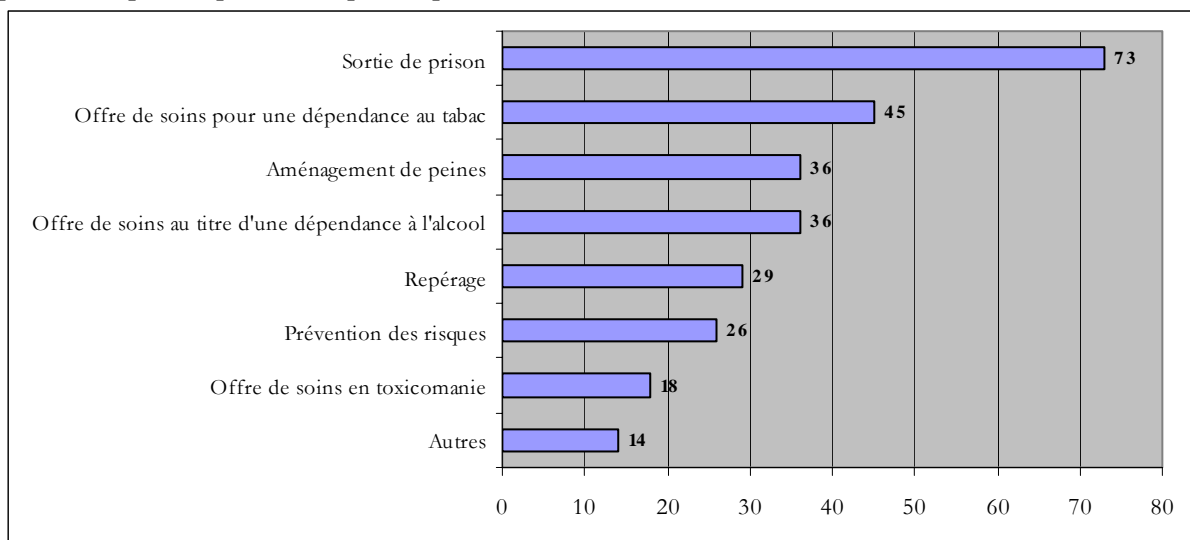
Ce constat d'une disparité forte des pratiques de substitution devra être confronté aux chiffres issus de l'enquête de février 2004 du ministère de la santé (sus-citée) s'agissant des interruptions de traitements²¹. En tout état de cause, l'objectif de « donner aux personnes détenues les mêmes possibilités de traitement qu'à l'extérieur » affiché dans la note du 9 août 2001 n'est donc pas encore pleinement atteint.

Stade où la prise en charge est la plus problématique

Le stade de prise en charge identifié comme problématique est :

- **dans deux tiers des établissements, la sortie de prison** et la garantie d'une continuité des soins à l'extérieur,
- **la prise en charge en matière de dépendance au *tabac* et à l'*alcool*** est pointée, à parts sensiblement égales, dans un tiers des cas, comme faisant problème ;
- sont cités ensuite, dans un établissement sur quatre, les **problèmes liés au repérage des conduites addictives** (en particulier à l'entrée en prison), et ceux qui tiennent à la prévention des risques (dans plus d'un établissement sur cinq) ;
- enfin, **l'offre de soins en toxicomanie** à proprement parler (s'agissant des héroïnomanes et des polyconsommateurs en particulier) est jugée relativement insatisfaisante pour répondre aux besoins observés en milieu carcéral.

Figure 5 : Réponses à la question : « A quel stade la prise en charge s'avère-t-elle particulièrement problématique ? » (plusieurs réponses possibles – sur 109 établissements)



²¹ H.Morfini, Y.Feuillerat, *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire* (février 2004) (à paraître).

Estimation du nombre de personnes en prison ayant des conduites addictives

Un item « estimatif » a été ajouté au questionnaire afin de **tenter d'actualiser le chiffre des personnes incarcérées présentant des conduites addictives.**

Les données issues de l'enquête sur la santé à l'entrée en prison remontent à l'année 1997 (enquête menée sur les mois de mai, juin, juillet)²² : elles jugeaient qu'un tiers des entrants cumulaient les consommations à risque (alcool, tabac, drogues illicites, psychotropes). Outre qu'elles sont relativement anciennes, ces données ont été collectées à un moment où l'on commençait à enregistrer une baisse du nombre de détenus – qui s'est certes poursuivie jusqu'en 2001 mais qui, depuis cette date, s'est inversée.

De surcroît, elles ont été recueillies dans les 135 maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires, et non dans la totalité des établissements (186 à l'époque de l'enquête). Enfin, dans l'esprit des orientations de la note interministérielle du 9 août 2001, il paraissait crucial de connaître précisément les besoins de santé pour y satisfaire au mieux.

Premier fait significatif, cette partie du questionnaire a souffert d'un **nombre élevé de non-réponses** : parmi les 92 départements répondants, 44 (48% seulement) ont fourni une estimation, même approximative – quant à l'existence même d'une estimation.

Autrement dit, **plus de la moitié des départements de l'échantillon, couvrant les deux tiers des établissements de l'échantillon (93 unités), s'est montrée incapable ou impuissante à renseigner ce champ**, ce qui est un indicateur intéressant en soi.

Cet aveu de perplexité semble d'abord indiquer que le repérage n'est pas systématique comme il était souhaité dans la note interministérielle du 9 août 2001. On peut aussi l'interpréter comme une circonspection relative à l'égard de la notion de « conduites addictives ».

L'hétérogénéité des réponses, tant du point de vue de la compréhension de la question, que des définitions ou des outils mobilisés pour y répondre, confirme cette hypothèse.

Seuls 9 départements (soit 10 établissements) ont détaillé l'estimation par produit. Les 35 autres (comportant 62 établissements) ont livré une estimation globale, que l'on suppose valoir pour l'ensemble des substances psychoactives tels qu'ils sont définis dans la note interministérielle : tous produits psychoactifs, illicites (opiacés, cocaïne, cannabis, amphétamines notamment) ou licites (alcool, tabac, psychotropes).

Quelques DDASS ont présenté des chiffres répondant à une définition restrictive des « conduites addictives ». Elles ont retenu des indicateurs spécifiques, tels que le nombre de personnes substituées ou le nombre de patients suivis en CSST, par un service d'alcoologie ou une consultation de tabacologie. En raison du caractère peu représentatif des données ainsi recueillies (lorsqu'elles le sont), qui concernent seulement une part restreinte de la population des toxicomanes aux opiacés, ces chiffres sont ici présentés et analysés (pour autant qu'ils le soient) séparément.

En outre, **parmi les DDASS répondantes, un tiers se sont appuyées sur des données issues de l'UCSA** ; une sur cinq a produit des chiffres empruntés au SMPR. Dans une dizaine de cas, c'est le CSST ou la direction d'établissement (qui avait procédé à ces calculs dans le cadre des bilans CDO) qui ont été sollicités pour une estimation.

Dans plusieurs cas, le caractère « approximatif », « peu fiable » ou « flou » des données a été souligné en commentaires libres.

Cette **appropriation fluctuante de la notion de « conduites addictives » et des outils utilisés pour évaluer l'ampleur des besoins de prise en charge** témoigne de l'intégration insuffisante de la grille mini-grade dans les pratiques professionnelles.

En l'absence d'un outil de repérage systématique qui soit mis en oeuvre dans chaque site de façon suffisamment fiable pour permettre des comparaisons entre établissements, le résultat de ces essais d'évaluation dispersés s'avère par trop aléatoire pour être interprété de façon objective.

Si toutefois, on retient le chiffre global cité par les DDASS (sans distinction de produit), établi selon les cas pour l'ensemble du département ou par établissement, on obtient le chiffre moyen de **34,7% de détenus qui seraient en proie à un problème d'addiction, tous produits confondus (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes)**. Dans une fourchette basse, ce chiffre atteint les 34,2% ; dans une fourchette haute, il avoisine les 35,1% de la population pénale de l'établissement.

Ce chiffre, soumis à d'importantes réserves méthodologiques, doit évidemment être considéré comme un ordre de grandeur. S'il s'avérait exact néanmoins, il pourrait laisser penser que la proportion de détenus déclarant une consommation à risque aurait augmenté entre 1997 et 2003.

²² MOUQUET M.-C., DUMONT M., BONNEVIE M.-C., *La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque*, DREES Etudes et Résultats, n°4, janvier 1999.

Afin de ne pas « perdre » le fruit de ces évaluations par établissement, qui ne peuvent faire l'objet d'une exploitation globale, un récapitulatif reprenant les réponses fournies par les 44 DDASS répondantes sur cette question a été reproduit ci-dessous.

Le premier tableau comprend les **estimations locales sur le champ des addictions en général** ; le second présente les **chiffres donnés en utilisant des indicateurs spécifiques**, différents de celui qui était entendu dans l'intitulé de la question. Ce cas concerne une dizaine d'établissements.

Tableau 8 : Réponses des départements ayant donné une estimation globale du nombre de détenus présentant des conduites addictives.

Départements ayant renseigné la question	Établissements	Estimation du nombre de personnes en prison ayant des conduites addictives				
		CHIFFRE	Population pénale	EN %	REMARQUES	SOURCE
Alpes Htes-Proven. 04	MA Villa Saint Charles	4 à 5	34	14-15	//	AP
Alpes-Maritimes 06	MA Nice	186	620	30	//	Equipe médicale et para-médicale
	MA Grasse	216	720	30	//	
Ardèche 07	MA Privas	36	72	50	//	Etat des lieux
Ariège 09	MA Foix	24 à 29	95	25-30	//	UCSA
Aude 11	MA Carcassonne	26	132	20	//	UCSA (fichiers médicaux)
Charente 16	MA Angoulême	10	171	6	//	Médecin psychiatre suivant les patients incarcérés et UCSA (2002)
Côtes d'Armor 22	MA Saint Briec	Au moins 78	156	Plus de 50	//	AP, SPIP et UCSA
Eure-et-Loire 28	CD Châteaudun	126	575	22	//	Relevé mensuel
	MA Chartres	40	121	33	//	Etat fourni par la convention santé-justice
Haute-Garonne 31	CD Muret	600	602	45	//	SMPR (dans le cadre de sa mission de dépistage précoce)
	MA Toulouse Seysses		720			
Gironde 33	MA Bordeaux-Gradignan	240	800	30	598 signalements de détenus ayant des conduites addictives en 2002 sur plus de 2000 personnes incarcérées à cette date (30%); 20% de ces personnes signalées n'avaient eu aucun contact avec les services spécialisés d'addictologie.	SMPR
Ile-et-Vilaine 35	CP femmes Rennes	133	252	53	//	Dossiers médicaux d'entrée
	qMA femmes Rennes	26	50	53	//	
Indre-et-Loire 37	MA Tours	75	216	35	//	Fiches mini-grade
Loire 42	MA Saint Etienne la Talaudière	215	430	50	//	A partir de l'examen médical d'admission réalisé à 100% par l'UCSA
Loiret 45	MA Orléans	39	258	15	//	UCSA (hors tabac)
Lozère 48	MA Mende	27	62	44	//	Commission de surveillance
Mame 51	MA Châlons	154	257	60	//	Pourcentage du nombre d'entrants dans les 2 MA du département. Pas de recueil fiable et systématique
	MA Reims	103	171	60	//	
Pas de Calais 62	MA Arras	182	189	11	//	Etat des lieux réalisé par les groupes-projets sur les toxicomanies en prison
	CD Bapaume		542		//	
	MA Béthune		288		//	
	CP Longuenesse		683		//	
Puy de Dôme 63	MA Riom	99	137	25	158 en 2002; 99 en 2003	Equipe de secteur de psychiatrie générale intervenant en milieu carcéral
	CD Riom		160			
	MA Clermont-Ferrand		97			

Départements ayant renseigné la question	Etablissements	Estimation du nombre de personnes en prison ayant des conduites addictives				
		CHIFFRE	Population pénale	EN %	REMARQUES	SOURCE
Pyrénées atlantiques 64	MA Pau	//	//	//	Il existe des files actives des CSST mais elles ne reflètent pas la consommation. De plus, la situation frontalière, notamment sur le CB, favorise le trafic: à la MA de Bayonne, il est noté un nombre important de dealers mais peu de consommateurs (hormis tabac et alcool)	//
	MA Bayonne	//	//	//		//
Hautes Pyrénées 65	CP Lannemezan	environ 60	150	environ 40	Ce chiffre correspond au repérage exercé par l'action développée dans le cadre de la CDO	AP (CDO)
Pyrénées Orientales 66	CP Perpignan	//	//	//	De façon objective on ne dispose que du nombre de détenus sous traitement de substitution, soit 55 en septembre 2003	//
Bas Rhin 67	MA Strasbourg	130 à 195	652	20 à 30	Pourcentage estimé sans tenir compte du tabagisme	Source empirique! Estimation par croisement approximatif (pb question anonymat mise en avant par le CSST) visites d'entrée, traitements de substitution suivi CSST, SMPR, UCSA
	CD Oemingen	37 à 55	185			
Haut Rhin 68	MA Colmar	90	158	57	//	UCSA
Savoie 73	MA Chambéry	18	75	25	Estimation approximative grâce à l'activité de l'UCSA et au dispositif mis en place (environ 25% des détenus, hors tabac)	//
Seine Maritime 76	MA Rouen	325	800	41	//	SMPR (CSST)
	MA Le Havre	67	233	30	//	SMPR (CSST)
Deux Sèvres 79	MA Niort	18	83	22	18 toxicomanes en 2002 pris en charge, soit 10% des entrées	CSST (rapport annuel)
Tam 81	MA Albi	34	115	30	//	Etat des lieux
	CD Saint Sulpice	9	98	8,8	//	Etat des lieux
Vaucluse 84	CP Le Pontet	40	582	7	//	File active UCSA
Vendée 85	MA La Roche sur Yon	34	85	40	//	Bilan CDO
	MA Fontenay le Comte	15	78	80	//	Indicateur : nombre de substitués. Bilan UCSA
Yonne 89	CD Joux-la-Ville	500	571	70	Toxicomanie classique:500; alcoolisme>5%. CD: variable car population carcérale a changé : d'après les équipes>10% (alcool + toxicomanie); la population incarcérée n'est pas bourguignonne. En MA, le problème d'alcoolisme est plus fréquent	Enquête spécifique + équipe CPAM - DDASS
	MA Auxerre		129			
Hauts de Seine 92	MA Nanterre	213	710	30	//	Enquête entrants 1997!
Val d'Oise 95	MA Osny	100	720	14	//	Médecin-chef de l'UCSA
Martinique 972	CP Ducos	200 à 268	669	30 à 40	//	AP
Guyane 973	CR Remire-Montjoly	400	648	62	//	Tests minigrade, rapport d'activité UCSA, projet SPIP
Reunion 974	MA Saint Denis	92	141	65	//	//
	CP du Port	463	713	65	//	//
	MA Saint-Pierre	118	182	65	//	//
35 départements	52 établissements	5606 à 5759	16387	34,2 à 35,1%		

Tableau 9 : Réponses des départements ayant détaillé l'estimation du nombre de détenus présentant des conduites addictives.

Départements ayant renseigné la question	Etablissements	Estimation du nombre de personnes en prison ayant des conduites addictives		
		Population pénale	Indicateur retenu	SOURCE
Cher 18	MA Bourges	157	Nombre de consommateurs abusifs ou dépendants, produit par produit : tabac:77% (121); alcool:36% (56); cannabis:27,5% (43); opiacés:15,5% (24); cocaïne:8,5% (13); amphétamines:4,4% (7); polyconsommateurs:59% (92)	Rapport d'évaluation des dépendances du chef de projet
Finistère 29	MA Brest	393	Nombre de consommateurs abusifs ou dépendants, produit par produit : tabac:84% (330); alcool:58% (228); pdts illicites:40% (157)	Etat des lieux
Gard 30	MA Nîmes	250	Nombre de consommateurs abusifs ou dépendants, produit par produit : 32% de la population a un problème de consommation d'alcool (80) et 19,1% sont alcoolodépendants (48). 34% déclarent avoir consommé du cannabis (85).	Echantillon CDPA
Indre 36	CP Châteauroux	360	Nombre de substitués (17,5% de la population pénale). Méthadone:18 en 2002 (5%), après un triplement en 2001. Subutex: 45 sur 63 (12,5%) en 2002. Non chiffré pour alcool et tabac	//
Loire Atlantique 44	CP Nantes	892	Nombre de personnes suivies par le CSST, le service alcoologie, et la consultation tabac. En 2001, au moins 124 détenus suivis par le service alcoologie (14%), 169 par le CSST (19%) et 32 par la consultation tabac (14%).	Quelques informations très floues: "de très nombreux fumeurs", "nombreux détenus ayant un problème d'alcool", "nombreux détenus pour ILS".
Morbihan 56	MA Vannes	121	Nombre de consommateurs abusifs ou dépendants, produit par produit : 96 pour l'alcool (22%); 74 pour les drogues illicites (17%)	Inspection annuelle - rapport d'activités UCSA
	CP Lorient-Plœmeur	294		
Somme 80	MA Amiens	600	File active des services de soins (SMPR et UCSA). File active SMPR : 991 personnes; 185 personnes éthyliques soit 18,8%; 215 consommateurs de substances illicites soit 20,6% / File active UCSA: 1014 personnes; 374 gros consommateurs de tabac soit 36,9%	UCSA SMPR
Tam et Garonne 82	MA Montauban	117	Nombre de consommateurs abusifs ou dépendants, produit par produit : Alcool 30%; opiacés 10-12%; cocaïne 10%; tabac:la majorité	UCSA
Haute-Vienne 87	MA Limoges	154	Nombre de personnes prises en charge par le CSST. En 2002: 32 patients pris en charge par le CSST (21%). De janvier à juin 2003: 27 (18%). Pas de données concernant les autres addictions	CSST Bobillot
9 départements	10 établissements			

Si l'on se penche sur les estimations données par produit, on peut observer une sous-évaluation par rapport aux chiffres avancés dans l'enquête de la DREES sur la santé des entrants de 1997. Celle-ci estimait que près du tiers des entrants (32 %) déclaraient une consommation prolongée et régulière de drogues au cours des douze mois précédant l'incarcération : 25,6 % consommant du cannabis, 14,4 % des opiacés (héroïne, morphine ou opium), 8,9 % de la cocaïne et du crack, 9,1 % des médicaments à des fins toxicomaniaques, 3,4 % des drogues chimiques (ecstasy, LSD, colle, solvants...), 14,6 % enfin étant polytoxicomanes (deux substances consommées hors alcool associé). En outre, 40 % des entrants n'avaient eu aucun contact avec le système de soins pendant l'année précédant leur incarcération.

La part moyenne de consommateurs abusifs ou dépendants serait, pour les drogues illicites et l'alcool, où respectivement, 6 et 7 DDASS ont fourni une estimation, de 22,5% dans le premier cas, et de 30,0% dans le second. L'enquête de 1997 donnait pour ces deux consommations à risques les chiffres de 32,0% et 33,3%. A l'évidence, cette comparaison aussi brève que sommaire ne peut être considérée comme concluante.

Elle souligne toutefois un fait intéressant : **la consommation d'alcool a bien été intégré dans le champ des consommations de substances psychoactives problématiques, méritant un repérage et un suivi, du point de vue des schémas de perception et d'évaluation des personnels socio-sanitaires.**

La signature d'un protocole

Les établissements signataires d'un protocole

A la fin de l'été 2003, 77% des établissements ne disposaient pas de protocole de prise en charge des détenus présentant un problème d'addiction. A l'inverse, près d'un quart des établissements pouvaient se prévaloir d'avoir dûment signé un protocole (soit 23%, équivalant à 36 structures pénitentiaires), tandis qu'un second quart (regroupant 30 établissements) étaient en cours de formalisation.

Autrement dit, **à la fin de l'été 2003, plus de la moitié des établissements pénitentiaires avaient formalisé un protocole ou étaient sur le point de le faire.**

Cela signifie que près de la moitié des établissements avaient défini à cette date les modalités d'intervention de chacun des acteurs en fonction des spécificités locales, en déterminant la procédure de repérage et en identifiant le service qui en est responsable dès la visite d'entrée.

Tableau 10 : Etablissements signataires (ou en cours) et non signataires du protocole.

Sur 130 établissements pour lesquels les DDASS ont fourni une réponse	Etablissements non signataires	Etablissements en cours de définition d'un protocole	Etablissements signataires d'un protocole
Nombre d'établissements concernés	91	30	36
En %	58,0	19,1	22,9

La majorité des protocoles signés émanent de maisons d'arrêt (64%). Elles sont largement sur-représentées également parmi les établissements en voie de signer un protocole.

Tableau 11 : Etablissements signataires ou en phase de signature du protocole à la fin de l'été 2003.

Protocole signé		Protocole défini mais non signé	
Ain (01)	Maison d'arrêt de Bourg en Bresse	Hautes-Alpes (05)	Maison d'arrêt de Gap
Aisne (02)	Centre pénitentiaire de Laon	Ardèche (07)	Maison d'arrêt de Privas
	Centre pénitentiaire Château-Thierry	Ariège (09)	Maison d'arrêt de Foix
Aube (10)	Maison d'arrêt de Troyes	Aude (11)	Maison d'arrêt de Carcassonne
Bouches-du-Rhône (13)	Centre pénitentiaire des Baumettes	Cher (18)	Maison d'arrêt de Bourges
Charente-maritime (17)	Maison centrale Saint Martin de Ré	Côtes d'Armor (22)	Maison d'arrêt de Saint Briec
Côte d'or (21)	Maison d'arrêt de Dijon	Drôme (26)	Maison d'arrêt de Valence
Dordogne (24)	Centre de détention de Neuvic	Finistère (29)	Maison d'arrêt de Brest
Doubs (25)	Maison d'arrêt de Besançon	Hérault (34)	Maison d'arrêt Villeneuve-lès-Maguelone
Landes (40)	Maison d'arrêt de Mont-de-Marsan	Ille-et-Vilaine (35)	Centre pénitentiaire de Rennes (femmes)
Haute-Loire (43)	Maison d'arrêt du Puy en Velay		Maison d'arrêt de Rennes (femmes)
Maine-et-Loire (49)	Maison d'arrêt d'Angers	Maison d'arrêt de Saint Malo	
Marne (51)	Maison d'arrêt de Châlons	Loir-et-Cher (41)	Maison d'arrêt de Blois
	Maison d'arrêt de Reims	Loire-Atlantique (44)	Centre pénitentiaire de Nantes
Mayenne (53)	Maison d'arrêt de Laval	Lozère (48)	Maison d'arrêt de Mende
Oise (60) (commun)	Maison d'arrêt de Beauvais	Nord (59)	Maison d'arrêt de Douai
	Maison d'arrêt de Compiègne	Pyrénées-atlantiques (64)	Maison d'arrêt de Bayonne
Orne (61)	Centre de détention de Liancourt	Rhône (69) (commun)	Maison d'arrêt de Lyon
	Maison d'arrêt d'Alençon	Rhône (69)	Maison d'arrêt de Montluc (femmes)
Pas-de-Calais (62)	Centre de détention d'Argentan	Savoie (73)	Maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône
	Maison d'arrêt d'Arras	Seine-maritime (76)	Maison d'arrêt de Chambéry
Hautes-Pyrénées (65)	Centre de détention de Bapaume	Deux-Sèvres (79)	Maison d'arrêt de Rouen
	Centre pénitentiaire de Longuenesse	Vaucluse (84)	Maison d'arrêt du Havre
Pyénées-orientales (66)	Maison d'arrêt de Tarbes	Yonne (89)	Maison d'arrêt de Niort
Pyénées-orientales (66)	Centre pénitentiaire de Perpignan	Territoire de Belfort (90)	Centre pénitentiaire le Pontet
Seine-et-Marne (77)	Maison d'arrêt de Melun	Essonne (91)	Centre de détention de Joux-la-Ville
	Centre de détention de Melun	Guyane (973)	Maison d'arrêt d'Auxerre
Tarn (81)	Maison d'arrêt de Meaux		Maison d'arrêt de Belfort
	Maison d'arrêt d'Albi		Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis
Tarn-et-Garonne (82)	Centre de détention de Saint-Sulpice		Centre pénitentiaire Rémire-Monjoly
	Maison d'arrêt de Montauban		30 établissements
Var (83)	Maison d'arrêt de Toulon		
Val-de-Marne (94)	Maison d'arrêt de Fresnes		
Réunion (974) (commun)	Maison d'arrêt de Saint-Denis		
	Centre pénitentiaire du Port		
	Maison d'arrêt de Saint-Pierre		
36 établissements			

Les services associés à l'élaboration du protocole

On dénombre en moyenne, entre 5 et 6 services parmi les signataires, avec un maximum de 9 participants dans l'Ariège (maison d'arrêt de Foix).

Parmi les 36 établissements signataires d'un protocole, 22 seulement ont précisé quels services avaient été associés à son élaboration. Un établissement a indiqué à la DDASS que le protocole avait été produit de façon autonome par un service seul (le CSST), sans concertation avec les autres instances intervenant dans la structure... ce qui traduit

probablement une incompréhension, soit de la démarche elle-même, soit de l'intitulé de la question : pour cette raison, cet établissement a été exclu de l'échantillon ici commenté, qui comprend une réponse exploitable pour 21 protocoles.

Parmi les protocoles qui étaient en cours de formalisation à l'été 2003, une réponse a été obtenue auprès de 11 établissements, ce qui permet de tirer quelques tendances générales sur un échantillon de 32 protocoles – dont certains sont partagés entre plusieurs établissements.

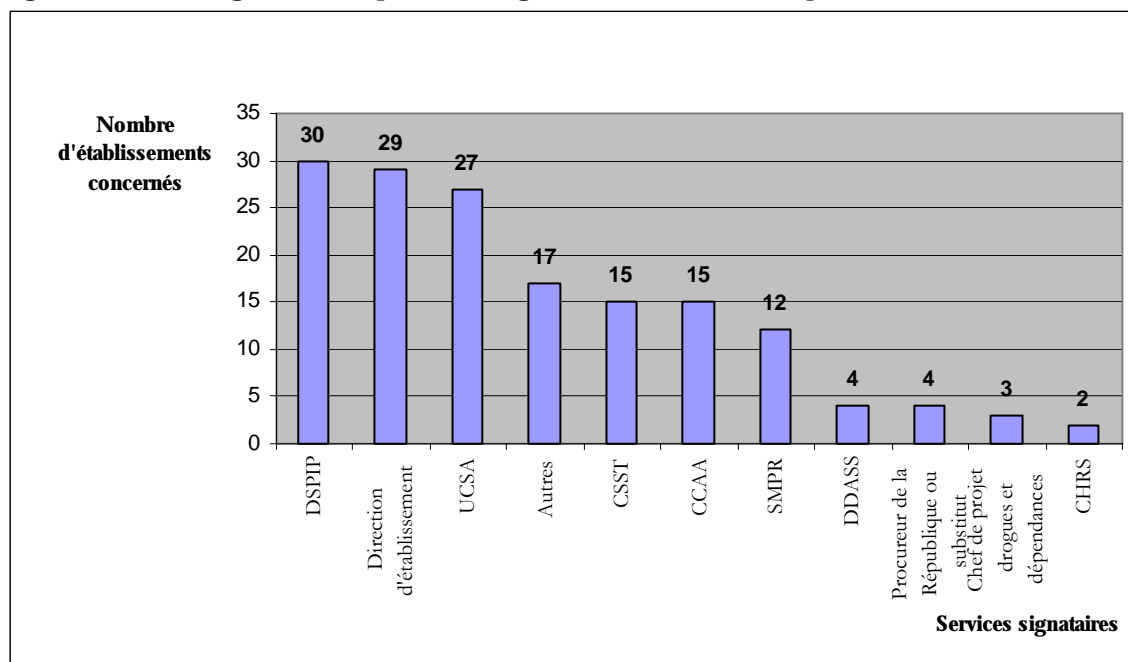
Le modèle majoritaire de protocole semble regrouper :

- les responsables des services sanitaires intervenant en milieu pénitentiaire (l'UCSA plus que le SMPR ou le secteur de psychiatrie)
- et les responsables des services pénitentiaires (chef d'établissement pénitentiaire, directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation).

Trois grands groupes d'acteurs se dégagent, parmi les services signataires des protocoles :

- un premier groupe rassemble les instances impliquées, dans la quasi-totalité des cas, dans la définition des modalités de coordination : **le SPIP, la direction d'établissement et l'UCSA**.
- Un **deuxième groupe, composé de CSST, de CCAA et de SMPR**, fait apparaître les services associés au protocole dans une majorité d'établissements.
- Enfin, un **troisième cercle, hétérogène**, rassemble les intervenants exceptionnellement introduits dans la réflexion sur l'articulation des soins (DDASS, Procureur de la République ou substitut, chef de projet MILDT, CHRS). L'exploitation de la rubrique « autres » a permis d'étoffer ce troisième groupe en y repérant d'autres types de partenaires extérieurs parfois associés au chantier des protocoles : il peut s'agir, dans plusieurs cas, du Préfet, d'un ou plusieurs centres hospitaliers locaux, mais aussi, plus ponctuellement, d'instances judiciaires autres que le Parquet (juge d'application des peines, protection judiciaire de la jeunesse), d'une mission locale, d'une pharmacie (hospitalière ou non), d'un centre d'éducation pour la santé (CODES), d'une association, de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) ou du secteur prévention / santé du Conseil général.

Figure 6 : Services signataires du protocole (signé ou en cours) – sur 32 protocoles.



Dans de nombreux cas, les protocoles ont été complétés par la signature de **conventions de prestation avec les partenaires extérieurs** (CSST, CCAA, et plus exceptionnellement, CHRS, etc.). Dans l'esprit de la note interministérielle en effet, les partenariats noués dans le cadre des conventions départementales d'objectifs à travers les conventions de prestation devaient constituer une base de travail pour la nouvelle organisation souhaitée.

Le tableau ci-après permet de visualiser, par département et par établissement, l'ensemble des services investis dans la démarche des protocoles.

Tableau 12 : Services signataires du protocole (sur 32 protocoles répartis entre 36 établissements – dont certains regroupent plusieurs établissements).

Département	Etablissement	Protocole signé	Protocole défini mais non signé	Services signataires du protocole											Autres	
				Direction d'établissement	DSP/PP	SNMPR ou antenne	UCSA	CSST	DDASS	CPDD	Procureur de la République ou	CCAA	CHRS	Autres* (cf colonne de droite)		Nombre de signataires
Ain 01	MA Bourg-en-Bresse	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	6	–
Ariège 09	MA de Foix	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	9	Mission locale jeunes
Aube 10	MA de Troyes	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	6	Préfet + associations
Bouches-du-Rhône 13	CP des Baumettes	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	8	Pharmacienne-chef
Cher 18	MA de Bourges	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	5	–
Côte d'Or 21	MA de Dijon	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	7	SAAT Chalons, EHAL, CODES51, CDAG, CAST de Reims
Côtes d'Armor 22	MA de Saint Brieuc	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	5	–
Doubs 25	MA de Besançon	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	–
Drôme 26	MA de Valence	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	CHG Valence et CHS Montélerger
Hérault 34	MA de Villeneuve-lès-Maguelone	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	–
Landes 40	MA de Mont-de-Marsan	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	Service de psychiatrie
Loir et cher 41	MA de Blois	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	4	–
Haute Loire 43	MA du Puy en Velay	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	–
Loire Atlantique 44	CP de Nantes	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5	–
Maine-et-Loire 49	MA d'Angers	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	2	8	Jap + DDPJJ
Mame 51	MA de Châlons	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	7	CDAG, EHAL, CODES
	MA de Reims	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	7	–
Mayenne 53	MA de Laval	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	Préfet; directeur de l'ARH
Nord 59	MA de Douai	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	7	CH de Douai; secteur prévention santé du Conseil Général
Orne 61	MA d'Alençon	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	Centre psychothérapeutique de l'Orne
	CD d'Argentan	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	
Hautes Pyrénées 65	MA de Tarbes	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	7	–
Pyrénées Orientales 66	CP de Perpignan	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	–
Rhône 69	MA de Lyon et Montluc	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	–
	MA de Villefranche-sur-Saône	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	Psychiatrie + pharmacie
Seine-et-Mame 77	MA de Melun et CD de Melun	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	5	–
Tam 81	MA d'Albi	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	6	Directeur du CHS (médecin psychiatre du CHS intervenant à l'UCSA)
	Cd de Saint-Sulpice	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Directeur du CH, responsable de l'UCSA
Tam et Garonne 82	MA de Montauban	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	–
Var 83	MA de Toulon	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	–
Essonne 91	MA de Fleury-Mérogis	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	5	Pharmacie hospitalière
Reunion 974	MA de Saint-Denis, CP du Port et MA de Saint Pierre	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	–
TOTAL	32	21	11	29	30	12	27	15	4	3	4	15	2	17		

Sur la base de cet échantillon restreint de protocoles, trois types d'observations s'imposent :

- le **relatif effacement des SMPR** pose question, dans la mesure où, comme l'UCSA et le secteur de psychiatrie, le SMPR était supposé être l'un des acteurs centraux dans la démarche,
- Les données recueillies semblent témoigner d'un **travail en réseau relativement satisfaisant avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation**, dans les cas où le protocole a pu être signé ou est en voie de formalisation.
- La **diversité des partenariats avec des structures extérieures** est un autre point à souligner, qui s'inscrit dans les évolutions souhaitées.

Raisons de l'absence de protocole

Quatre types de raisons sont invoqués pour justifier l'absence de protocole :

- **L'indisponibilité des acteurs**, liée à la pénurie d'effectifs (en psychiatrie en particulier, et dans les SPIP), aux mutations et aux vacances prolongées de postes. Un centre de détention, en Aquitaine, a indiqué qu'aucun psychiatre n'était intervenu dans l'établissement depuis plus d'un an ! Un nombre important de DDASS a évoqué une réorganisation des équipes, récente ou en cours. En outre, l'absence d'une personne référente est également souvent citée comme un facteur de frein à la démarche.
- **L'absence de structures administratives de concertation** (réunions de concertation ou groupes de travail) et le défaut de motivation, dans un contexte où *« les phénomènes de trafic rendent illusoire toute prise en charge et démotivent complètement les équipes médicales et para-médicales »*.
- **Des difficultés relationnelles persistantes entre services** (*« méfiance entre les équipes », « mauvaise volonté des UCSA », « absence de volonté de certains acteurs d'agir de façon plus coordonnée »*), avec des points de cristallisation récurrents – à l'image de la substitution qui suscite encore des *« résistances de sources diverses (administration pénitentiaire, médicale et/ou para-médicale) »*, ou des réserves plus localisées (*« hostilité du milieu judiciaire à la substitution »*).
- **La relative incompréhension de l'intérêt du protocole**, davantage perçu *« comme un travail administratif que comme une aide sur le terrain »* et, en tout état de cause, un chantier qui n'est *« pas une priorité »*. Un département a signalé que la démarche tout entière était vécue comme *« trop lourde et contraignante, alors que nombre de postes sont non pourvus et/ou non remplacés, le tout sur fond de surpopulation carcérale »*. Dans un cas, le médecin inspecteur ayant rempli le questionnaire a même indiqué que les personnels *« ne considèrent pas le problème de la toxicomanie comme prioritaire »*.

On peut identifier un cinquième facteur, à travers les réactions recueillies, tenant à une **mauvaise interprétation du sens de la démarche**. Ainsi par exemple, un département a fait valoir que les acteurs voyaient le protocole comme un *« doublon »* du travail de coordination engagé dans le cadre des CDO. Une autre DDASS a attiré l'attention sur l'*« égarement du chef de projet dans les processus administratifs »*. Enfin, *« l'absence de demande de la part des détenus »* a été pointée comme élément de blocage du processus de formalisation du protocole, alors que la note interministérielle rappelait, précisément, que les détenus dépendants pouvant éprouver des difficultés à prendre conscience de leur état et à faire appel à un service médical, ils devaient faire l'objet d'une attention particulière de la part des services socio-sanitaires.

III – BILAN, PERSPECTIVES ET APPRECIATION GENERALE DE LA DEMARCHE

La cinquième et dernière partie du questionnaire a été centrée sur le bilan et les perspectives des actions impulsées dans le cadre de la note interministérielle. Le but de cette partie était de pouvoir cartographier l'offre de soins et de caractériser les carences du dispositif de prise en charge.

Quelques questions sur l'appréciation générale de la démarche ont été incluses et une place a été réservée aux commentaires libres (dans la rubrique « propositions en termes d'accompagnement »).

Le repérage des addictions à l'entrée en prison

Dans la majorité des cas (plus de 8 établissements sur 10), l'UCSA est le service responsable du repérage à l'entrée. Dans près de deux établissements sur dix toutefois, le SMPR assume ce rôle. Exceptionnellement enfin (respectivement dans 5 établissements), le CSST ou le SPIP (unilatéralement ou conjointement) sont chargés du repérage.

Le taux élevé de non-réponse sur cette question (près de 30%) témoigne d'une **relative sous-information des DDASS (organismes répondants au questionnaire) quant à l'organisation des soins à l'entrée**, dans les établissements de leur ressort.

En recoupant ces éléments avec les données relatives à l'état des lieux (cf. p.22 et suivantes), on note que la plupart des départements où la réponse à cette question fait défaut n'ont pas encore abordé l'étape d'état des lieux, ou s'y sont livrés sans la présence de la DDASS, ce qui explique la sous-information de ces dernières, dont souffre le questionnaire. Dans 5 cas cependant, la DDASS est supposée avoir participé à l'état des lieux et semble malgré tout ignorer quel service procède au repérage.

Tableau 13 :

Service responsable du repérage à l'entrée	UCSA	SPIP	CSST	SMPR
Nombre d'établissements concernés	93	5	5	19
Base : nombre d'établissements pour lesquels une réponse a été obtenue	111	112	112	112
Proportion d'établissements concernés	83,8	4,5	4,5	17,0
<i>Nombre de non-réponses</i>	<i>46</i>	<i>45</i>	<i>45</i>	<i>45</i>
<i>Taux indicatif de non-réponse sur la question (en %)</i>	<i>29,3</i>	<i>28,7</i>	<i>28,7</i>	<i>28,7</i>

Près de 60% des établissements (soit 70 structures) utilisent des outils spécifiques de repérage (dont la grille mini-grade).

Sur cette question encore, près d'une DDASS répondante sur quatre n'a pas su répondre.

Tableau 14 : Utilisation d'outils de repérage (dont mini-grade)

Nombre d'établissements ayant répondu positivement	70
Nombre d'établissements pour lesquels une réponse a été obtenue	120
Proportion d'établissements concernés	58,3
<i>Nombre de non-réponses</i>	<i>37</i>
<i>Taux indicatif de non-réponse sur la question (en %)</i>	<i>23,6</i>

Sur la question du repérage encore, les contacts de terrain ont permis d'étoffer le matériau critique brut livré par le questionnaire. Ainsi, les responsables de projet « addictions » de plusieurs établissements ont souligné que la grille mini-grade était un « *bon outil* », « *bien fait* », « *discriminant* », « *rapide* », mais que son utilisation n'était pas réaliste, pour plusieurs raisons.

La première tient au manque de temps et de moyens en personnel. La deuxième, plus structurelle, est liée à son caractère « *aride* » qui « *court-circuite la relation* » (responsable de projet de la maison d'arrêt de Béthune). Par conséquent, les outils de « *repérage classique* » à l'entrée lui sont souvent préférés (entretien infirmier à l'entrée à la maison d'arrêt de Béthune, test CAGE-DETA²³ à la maison d'arrêt de Brest), avec parfois, un degré d'investigation

²³ Le questionnaire DETA permet en quatre questions simples de dépister une consommation d'alcool à problèmes : 1) Avez-vous déjà ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées ? – 2) Votre **Entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? – 3) Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **Trop** ? – 4) Avez-vous déjà eu besoin d'**Alcool** dès le matin pour vous sentir en forme ? On considère que la probabilité d'une consommation excessive ou d'une alcoolo-dépendance est très élevée à partir de 2 items positifs. Le DETA est la version française du CAGE (Cut down, Annoyed by criticism, Guilty about drinking, Eye-opener drinks).

poussé : ainsi, dans le Calvados, deux entretiens sont systématiquement organisés à l'entrée en prison. Le premier, pratiqué par un infirmier de l'UCSA, effectue une recherche sur la toxicodépendance de l'entrant (drogues illicites et alcool) ; le second, pris en charge par le psychologue du SMPR, s'intéresse aux antécédents du détenu. Un troisième argument, évoqué par le responsable de projet de la maison d'arrêt de Meaux, faisait valoir l'aspect « *décevant* » de la grille qui, testée au départ avec un « *intérêt positif* » parce qu'elle semblait « *a priori efficace, et même pré-thérapeutique* » a fini par être abandonnée. La « *déperdition au niveau de la qualité des entretiens d'accueil* » a été jugée dommageable au point de « *bloquer l'entretien* ». La conclusion tirée par le responsable de cet essai d'introduction était que « *la grille mini-grade [était] un bon outil épidémiologique mais il est difficile de faire de l'épidémiologie à l'entrée en prison...* ». La question d'une adaptation de cet outil a donc été posée, en distinguant sa mise en œuvre de celle du bilan d'entrée.

L'offre de prise en charge en matière de toxicomanie, de dépendance à l'alcool et au tabac

S'agissant de l'offre de prise en charge proprement dite, elle semble relativement bien répartie en ce qui concerne les consultations spécialisées toxicomanie et alcool qui sont disponibles, respectivement, dans près de 9 établissements sur 10 et dans 8 structures sur 10.

Les soins aux personnes toxicomanes

Les services concernés par la question de l'offre de soins et de prise en charge aux toxicomanes ne sont pas peu nombreux : UCSA, SMPR, CSST dans 16 établissements, SPIP, deux ou trois associations en moyenne intervenant de l'extérieur (cf. rappel sur l'organisation des soins en encadré p. 18-19). Mais l'enjeu véritable d'une prise en charge satisfaisante repose sur la coordination entre ces services, visée par les protocoles, et cette synergie semble loin d'être acquise, si l'on en juge par la part de 63% d'établissements (69 structures sur 109 ayant répondu) qui ont placé la coordination parmi les problèmes principaux pointés dans l'état des lieux (cf. *supra*).

De même, la question de la poursuite des prises en charge et des traitements en détention, et en particulier le problème de l'accès aux produits de substitution, ont été largement évoqués, parmi les préoccupations mises en exergue dans l'état des lieux (cf. *supra*).

Les consultations spécialisées en toxicomanie couvrent donc près de 86% des établissements ; néanmoins, l'offre de soins aux toxicomanes souffre de plusieurs handicaps : une articulation insuffisante des services intervenants et de persistantes difficultés pour généraliser l'accès à la substitution.

La prise en charge de l'alcoolodépendance en détention

Toutefois, **dans le cas de l'alcool, l'offre de soins est jugée encore insuffisante dans un certain nombre de sites pénitentiaires, même si elle s'est considérablement accrue**, dans le sillage de la note interministérielle du 9 août 2001. Rappelons ici qu'en 1997, l'intervention des consultations spécialisées pour alcoolodépendants ne concernait que deux établissements en France. Par conséquent, si avant le lancement de cette circulaire, le dispositif de prise en charge de l'abus et des dépendances à l'alcool était, de l'avis général, indigent, le chiffre de 102 établissements dotés d'une consultation spécialisée alcool recueilli dans cette enquête représente un progrès remarquable.

Le constat d'une couverture des besoins jugée encore insuffisante prend tout son sens à l'évocation de la proportion de détenus présentant un problème de consommation d'alcool : dans certains établissements, il s'agit d'un détenu sur deux, et près d'un quart d'alcoolodépendants (cf. tableau 9 reprenant les estimations, par établissement, du nombre de détenus présentant des conduites addictives, par produit).

De surcroît, s'agissant d'une dépendance qui, contrairement à d'autres (opiacés, cocaïne, cannabis), provoque souvent le « déni » des patients, il convient, selon les personnels consultés lors de la réunion du 9 décembre 2003, de mettre en avant **une démarche de soins plus volontariste**, sans attendre que les détenus en fassent la demande. En effet, la « demande de soins » en matière de dépendance à l'alcool est notoirement faible (« *sauf en cas de sollicitation par le JAP* »), mais cette absence de demande ne signifie pas que le problème n'existe pas. Un praticien hospitalier de SMPR entendu a ainsi estimé qu'il fallait « *doubler le chiffre donné spontanément par les détenus* ». En outre, quand une prise en charge est proposée aux personnes souffrant de pathologies liées à la consommation d'alcool, celle-ci est refusée « *dans 20 à 30% des cas* », selon ce même interlocuteur : « *c'est la responsabilité des pouvoirs publics de transformer les essais multiples en demande de soins* » (responsable de projet du centre pénitentiaire de Longuenesse, Pas-de-Calais).

Un médecin-inspecteur (DDASS du Calvados) a ainsi résumé la situation dans ces termes : si « *le déni institutionnel est levé sur l'alcool, la prise en charge reste tout de même insuffisante* », car dans le domaine de la prise en charge de l'alcoolodépendance, il convient de « *proposer une offre de soins qui révèle la demande* ».

Le recours à des partenaires extérieurs spécialisés dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool semble en effet encore circonscrit. La maison d'arrêt de Brest abrite des réunions de groupe « *avec toutes les personnes dépistées* » (responsable de projet « addictions »): les associations « vie libre » et « alcooliques anonymes » animent ces sessions de parole, en présence de 4 à 5 détenus en moyenne. Mais dans la plupart des cas, les CCAA de ville sont considérés comme « *pas assez outillés* » pour le public détenu et les délais d'attente pour une visite semblent particulièrement longs (« *le détenu sort de prison avant d'avoir été vu* », a ironisé un responsable de projet, par ailleurs médecin responsable d'une UCSA en maison d'arrêt).

Le dispositif de prise en charge d'une dépendance au tabac

L'offre de prise en charge au titre d'une dépendance tabagique est également disparate : dans près de deux établissements sur trois, l'accès aux substituts nicotiques est possible. Dans certains établissements, cet accès est payant par la cantine. Dans d'autres, les UCSA les fournissent aux indigents, mais les financements ne sont pas pérennes. Certains proposent patches et gommes (maisons d'arrêt d'Albi et de Brest, par exemple), tandis que d'autres ne « vendent » que des patches (maisons d'arrêt de Meaux ou de Châlons). La plupart du temps, les financements permettant cette mise à disposition ne sont pas pérennes. Dans un cas par exemple, l'accès aux patches a été facilité par l'hôpital de rattachement, sur des crédits de la Mission Justice, dans le cadre d'une action d'éducation à la santé menée sur une période de deux ans.

L'accès gratuit aux substituts nicotiques pour les détenus indigents a cours dans un nombre limité d'établissements, or le coût des substituts nicotiques a tendance à « *décourager* » les détenus. Fort de ce constat, le département des Bouches-du-Rhône a monté un dossier, au titre du PRAPS, dans le prolongement des réunions de concertation, pour favoriser l'accès au sevrage tabagique pour ce type de détenus. La maison d'arrêt de Brest, également, a entrepris de faciliter l'accès aux substituts nicotiques des détenus indigents, qui se voient offrir patches ou gommes gratuitement. Les responsables de projet consultés se sont montrés résolument favorables à une mise à disposition gratuite de ces outils de sevrage pour les détenus indigents.

L'efficacité des patches a même été évaluée à la maison d'arrêt de Meaux : il s'avère « *comparable à l'extérieur* », selon le responsable de projet « addictions », c'est-à-dire que « *30 % réussissent à décrocher, à deux mois* »²⁴.

Les efforts de prise en charge de la dépendance tabagique font donc l'objet d'une appropriation différenciée selon les sites, avec parfois, des efforts conséquents de prise en charge. Ainsi la maison d'arrêt de Béthune a-t-elle annoncé l'ouverture prochaine d'une consultation en tabacologie.

En outre, dans un établissement sur quatre environ, on trouve des cellules non-fumeurs. Pour cette question particulière, on note un important taux de non-réponse de la part des DDASS (près de 32%).

Tableau 15 : Offre de prise en charge des addictions.

	Consultation spécialisée toxicomanie	Consultation spécialisée alcool	Accessibilité des substituts nicotiques	Cellules non-fumeurs
Nombre d'établissements ayant répondu positivement	114	102	67	26
Base : nombre d'établissements pour lesquels une réponse a été obtenue	133	131	113	107
Proportion d'établissements concernés	85,7	77,9	59,3	24,3
<i>Nombre de non-réponses</i>	<i>24</i>	<i>26</i>	<i>44</i>	<i>50</i>
<i>Taux indicatif de non-réponse sur la question (en %)</i>	<i>15,3</i>	<i>16,6</i>	<i>28,0</i>	<i>31,8</i>

Nota bene : l'accessibilité aux substituts nicotiques peut être gratuite, ou non (non précisé dans les réponses données).

²⁴ Pour une information plus complète sur l'efficacité des patches, et des substituts nicotiques en général, voir le numéro spécial de la revue « Alcoolologie et addictologie » intitulé « Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac » (reprenant les recommandations de bonne pratique élaborées par l'AFSSAPS), juin 2003, tome 25, supplément au n°2.

Tableau 16 : Liste des 67 établissements assurant l'accessibilité aux substituts nicotiques (données déclaratives).

Ain (01)	MA de Bourg-en-Bresse	Meuse (55)	MA de Bar-le-Duc
Aisne (02)	CP de Laon		CD de Saint Mihiel
Allier (03)	CP de Moulins-Yzeure		CD de Montmédy
	MA de Moulins	Morbihan (56)	MA de Vannes
	MA de Montluçon		CP de Lorient-Ploëmeur
Alpes de Haute Provence (04)	MA de Digne (Villa Saint Charles)	Nièvre (58)	MA de Nevers
Ariège (09)	MA de Foix	Nord (59)	MA de Dunkerque
Aube (10)	MA de Troyes	Oise (60)	MA de Compiègne
Bouches-du-Rhône (13)	CP des Baumettes	Pas-de-Calais (62)	CD de Bapaume
	MA de Luynes	Pyrénées Atlantiques (64)	MA de Bayonne
	CD de Salon	Haut-Rhin (68)	MA de Colmar
	MC d'Arles	Rhône (69)	MA de Lyon
Cantal (15)	MA d'Aurillac		MA de Montluc (femmes)
Charente (16)	MA d'Angoulême		MA de Villefranche-sur-Saône
Corrèze (19)	CD d'Uzerche	Saône-et-Loire (71)	CP de Varennes-le-Grand
	MA de Tulle	Savoie (73)	MA de Chambéry
Côte d'Or (21)	MA de Dijon		CP d'Aiton
Côtes d'Armor (22)	MA de Saint Brieuc	Haute-Savoie (74)	MA de Bonneville
Dordogne (24)	MA de Périgueux	Deux Sèvres (79)	MA de Niort
	CD de Neuvic	Somme (80)	MA d'Amiens
	CD de Mauzac	Tarn (81)	MA d'Albi
Drôme (26)	MA de Valence	Tarn-et-Garonne (82)	MA de Montauban
Eure-et-Loire (28)	CD de Châteaudun	Var (83)	CP de Draguignan
Haute-Garonne (31)	CD de Muret	Vendée (85)	MA de Fontenay-le-Comte
	MA de Toulouse-Seysses	Vienne (86)	MA de Poitiers
Gironde (33)	MA de Gradignan	Yonne (89)	CD de Joux-la-Ville
Indre (36)	MC de Saint Maur	Essonne (91)	MA de Fleury-Mérogis
	CP de Châteauroux	Seine-Saint-Denis (93)	MA de Villepinte
Landes (40)	MA de Mont-de-Marsan	Val-de-Marne (94)	MA de Fresnes
Loir-et-Cher (41)	MA de Blois	Val d'Oise (95)	MA d'Osny
Loire-Atlantique (44)	CP de Nantes	Réunion (974)	MA de Saint Denis
Loiret (45)	MA d'Orléans		CP du Port
Lot (46)	MA de Cahors		MA de Saint Pierre
Meurthe-et-Moselle (54)	MA de Nancy		

Tableau 17 : Liste des 26 établissements dotés de cellules non-fumeurs (données déclaratives).

Alpes-maritimes (06)	MA de Nice	Oise (60)	MA de Beauvais
Ardeche (07)	MA de Privas		MA de Compiègne
Ariège (09)	MA de Foix	Puy-de-Dôme (63)	MA de Clermont-Ferrand
Bouches-du-Rhône (13)	CP des Baumettes	Bas-Rhin (67)	MA de Strasbourg
Charente (16)	MA d'Angoulême	Haut-Rhin (68)	MA de Colmar
Côtes d'Armor (22)	MA de Saint Brieuc	Saône-et-Loire (71)	CP de Varennes-le-Grand
Eure-et-Loire (28)	CD de Châteaudun	Savoie (73)	CP d'Aiton
Indre (36)	MC de Saint Maur	Haute Savoie (74)	MA de Bonneville
	CP de Châteauroux	Vaucluse (84)	CP le Pontet
Isère (38)	MA de Grenoble-Varces	Vienne (86)	MA de Poitiers
Meuse (55)	MA de Bar-le-Duc	Haute-Vienne (87)	MA de Limoges
Morbihan (56)	MA de Vannes	Essonne (91)	MA de Fleury-Mérogis
	CP de Lorient-Ploëmeur	Hauts-de-Seine (92)	MA de Nanterre

L'intérêt perçu de la démarche des protocoles de prise en charge

Tableau 18 : Avis sur ce que permet la démarche (plusieurs réponses possibles)

	Mieux partager les connaissances dans le domaine de la prise en charge des addictions	Etablir de nouvelles relations partenariales	Etablir de meilleures relations partenariales	Développer de nouvelles réponses sociosanitaires
Nombre d'établissements concernés	96	55	88	38
Base : nombre d'établissements pour lesquels une réponse a été obtenue	109			
Proportion d'établissements concernés	88,1	50,5	80,7	34,9
Nombre de non-réponses	48			
Taux indicatif de non-réponse sur la question (en %)	30,6			

La plupart des DDASS répondantes ont jugé la démarche des protocoles décisive en termes de partage des connaissances dans le domaine de la prise en charge des addictions et du point de vue de l'amélioration des relations partenariales. La moitié des DDASS jugent même que les protocoles ont été l'occasion de nouer de nouvelles relations partenariales.

Parmi les réponses « autres » (16 cas sur 109), on trouve des mentions récurrentes à l'intérêt de la démarche :

- Pour **préparer la sortie des détenus** (5 réponses),
- Pour **améliorer les relations partenariales** ou consolider les relations existantes (5 réponses), et notamment celles avec l'extérieur (une réponse),
- Pour **renforcer la qualité des soins** et améliorer l'évaluation de la prise en charge (2 réponses),
- Pour élaborer de nouvelles réponses sociosanitaires, en termes d'éducation à la santé par exemple (une réponse),
- Pour améliorer la substitution en milieu carcéral (une réponse),
- Pour favoriser la réinsertion professionnelle des détenus (une réponse).

En outre, la première partie de la réunion du groupe de discussion des premiers résultats, tour de table des expériences locales d'élaboration des protocoles, a permis de recueillir une appréciation générale de la démarche :

- en termes de pertinence et d'efficacité,
- du point de vue des leviers, des freins et des pistes envisagées,
- en s'interrogeant sur les moyens de relancer le chantier.

Les intervenants ont souligné l'intérêt de la démarche, qui a permis de **formaliser l'existant** et ainsi, de **structurer les rapports de coordination** de façon à ce qu'ils survivent aux rotations de personnels. Par exemple, à la maison d'arrêt de Meaux, établissement en transition (fermeture d'une unité de 60 places pour en ouvrir une pouvant accueillir 600 détenus), le protocole était perçu comme une « *base de discussion* » sérieuse avec la prochaine équipe.

Dans d'autres cas, l'engagement d'une réflexion interpartenariale a été l'occasion de **quantifier l'activité**, de **préciser les responsabilités par service** et de **poser la question des moyens nécessaires**. Cette réflexion a contribué par exemple à ouvrir un questionnement sur le coût des produits de substitution.

Un responsable de projet a également évoqué **l'effet d'opportunité créé par la démarche** : la note interministérielle aurait permis de réaffirmer les orientations en matière de lutte contre les addictions et de gommer momentanément les « *conflits locaux* ». L'une des conséquences positives de la note aurait été de « *poser les bases* » d'un travail commun aux différents services intervenant en milieu pénitentiaire, en mettant de côté « *un certain double langage sur les prisonniers toxicomanes* », considérés à la fois « *comme des malades et comme des hors-la-loi* ». Le travail sur le concept d'« addictions » aurait ainsi contribué à rapprocher les équipes et accessoirement, à pérenniser les financements. En ce sens, l'intérêt de la démarche aurait été de consolider les relations de coopération, et de cimenter les actions menées.

Enfin, une autre vertu du protocole aurait été d'« *ouvrir l'établissement sur l'extérieur* » et de « *faire intervenir dans un groupe des institutions extérieures qui peuvent témoigner* ».

A l'inverse, quelques avis négatifs – dont on n'a pas eu la possibilité ici de mesurer la représentativité – ont été portés sur la démarche. Les protocoles auraient été perçus comme une « *usine à gaz* », un dispositif lourd nécessitant un grand nombre de réunions de concertation. D'autres représentants sanitaires, peu nombreux, ont fait valoir leur incompréhension à l'égard de la démarche, perçue comme un doublon des CDO.

La question des formations interdisciplinaires à la prise en charge des addictions chez les détenus

Une question complémentaire cherchait à évaluer l'existence, ou non, de formations interdisciplinaires (mêlant personnels sanitaires, sociaux et pénitentiaires) sur le thème de la prise en charge.

Les départements dans lesquels une telle formation n'avait pas eu lieu ont été interrogés sur les raisons de cette absence de formation. Parmi les motifs invoqués pour justifier l'absence de formations interdisciplinaires axées sur la prise en charge, on trouve :

- l'absence d'une demande de formation constituée,
- l'absence de crédits affectés à cet usage,
- la tenue prochaine d'une telle formation,
- le désintérêt des personnels pour ce type de programme.

La rubrique « autres » a été celle qui a été le plus fréquemment mobilisée pour répondre à cette question, ce qui semble suggérer que les réponses pré-codées ne permettaient pas d'exprimer la réalité des situations locales.

Tableau 19 : Raisons de l'absence de formation interdisciplinaire sur la prise en charge des détenus

	Pas nécessaire	Crédits non disponibles	Pas de demande de formation	Formations prévues prochainement	Autre raison
Nombre d'établissements concernés	2	15	17	5	19
Nombre d'établissements pour lesquels au moins une réponse a été obtenue	47				
Proportion d'établissements concernés	4,3	31,9	36,2	10,6	40,4
<i>Nombre de non-réponses</i>	<i>110</i>				
<i>Taux indicatif de non-réponse sur la question (en %)</i>	<i>70,1</i>				

Parmi les réponses autres (2 réponses sur 5), on relève des questionnements et des préoccupations relatifs :

- Au remplacement des personnels pendant qu'ils sont en formation (une réponse) ou à la disponibilité des soignants (une réponse) ou des surveillants (une réponse),
- Aux difficultés d'analyser les besoins en formation ou de donner forme aux projets de formation existants (deux réponses),
- A la forme interdisciplinaire de la formation, qui renvoie aux difficultés de mobiliser sur site des personnels de différents secteurs (une réponse).

Les propositions des acteurs sanitaires en termes d'accompagnement de la démarche

Une dernière rubrique du questionnaire invitait les répondants à formuler des propositions en termes d'accompagnement de la démarche, selon trois axes pré-établis :

- pour favoriser l'appropriation de la démarche,
- pour renforcer l'aide méthodologique aux acteurs,
- pour améliorer la formation des personnels.

Parmi les pistes opérationnelles évoquées par les répondants pour **favoriser l'appropriation de la démarche**, cinq propositions, fréquemment citées ou au contraire, très ponctuelles, ont émergé :

- **Sensibiliser et former, d'une façon plus volontariste, les acteurs pénitentiaires à la problématique des soins ;**
- **Mettre à disposition un appui extérieur pour formaliser la démarche** (référént national ou régional) : la DDASS de la Meuse a ainsi suggéré que les responsables de projet puissent bénéficier de « *l'appui d'un intervenant extérieur (mandaté à cet effet) pour leur venir en aide, tant sur le savoir-faire que sur la méthode* » ;
- **Former et recruter des spécialistes en addictologie**, de façon à pouvoir disposer d'un médecin compétent en addictologie ou à défaut, d'un médecin spécialisé dans la dépendance à chaque produit addictif,
- **Fournir un référentiel « des moyens nécessaires selon le type et la taille des établissements, ainsi que selon l'intervention ou non d'équipes extérieures »** (proposition formulée par la DDASS de Côte d'Or) ;
- **Améliorer l'articulation avec les instances judiciaires** : un département a explicitement fait référence au travail à mener auprès des juges d'instruction pour défendre le principe de la substitution, « *volontiers qualifiée de toxicomanie légale* » ;

La proposition de déployer des financements supplémentaires est également apparue de façon classique et récurrente, et mérite ici d'être mentionnée.

Parmi les recommandations évoquées par les répondants pour **renforcer l'aide méthodologique aux acteurs**, le souci de « rompre l'isolement des structures » transparaît de façon évidente. Les principales propositions, générales, qui ont émergé consistent à :

- **ouvrir et décloisonner la réflexion sur la prise en charge** en introduisant dans les établissements une aide extérieure, à des titres divers : consultant qui appuie la démarche dans plusieurs établissements pénitentiaires d'un même secteur, réunions interdépartementales d'échange de pratiques à l'initiative de la DRASS (afin d' « être informé de ce qui se passe ailleurs »), ou appui pour l'évaluation de la prise en charge,
- **renforcer le partenariat dans les établissements pénitentiaires avec le secteur spécialisé** (notamment dans le secteur de l'alcoologie) mais aussi avec des structures sanitaires généralistes (CODES, CIRDD, Comité régional d'éducation pour la santé quand il existe),
- **offrir des outils méthodologiques standardisés** (diaporama de base sur la prise en charge des conduites addictives en prison, modules de formation pour « *apprendre à mieux travailler ensemble* », guide méthodologique fournissant des exemples de collaboration réussie entre services et des modèles de protocoles, outils communs aux différents services, notamment une « *grille de repérage standardisée plus simple à utiliser que le mini-grade* », instruments d'évaluation) de façon à créer et entretenir une culture commune aux personnels médical, social et technique intervenant en milieu carcéral,
- **assurer une formation obligatoire sur la prise en charge**, et/ou sous forme de formation continue, et/ou inscrire ce type de formations comme prioritaires au niveau régional.

Parmi les suggestions des répondants pour **améliorer la formation des personnels**, ce sont les **demandes de crédits** qui apparaissent en premier lieu. La récurrence des mentions aux pénuries de personnel, à l'indisponibilité des acteurs concernés et aux difficultés de coopération, voire même de « *compréhension* », entre services est, sur cette question encore, particulièrement remarquable.

Enfin, l'exploitation de la rubrique « autres » a permis de recueillir un certain nombre d'**informations qualitatives**, édifiantes quant au climat de travail des personnels et à leurs inquiétudes. Ces interventions dénotent un certain découragement voire, dans certains cas, l'expression d'une véritable détresse professionnelle. Tout emportées qu'elles soient, ces réactions laissent entrevoir le souci d'une action efficace et l'espoir persistant d'une amélioration.

- **Les sous-effectifs et le « manque de temps »** semblent constituer la principale préoccupation, de nature à entraver la possibilité même de modifier les pratiques : « *c'est la disponibilité des surveillants et autres professionnels qui est la plus problématique. Les surveillants ont une moyenne d'heures supplémentaires de 40 heures par mois !* » ; « *les prisons sont surchargées (de plus en plus) ; les personnels d'UCSA non médecins se sentent livrés à eux-mêmes. Il faudrait trouver un nouveau souffle pour les UCSA* » ; « *le problème des moyens en personnel sur la maison d'arrêt demeure important et ne permet pas toujours de mettre en œuvre des actions ou des démarches particulières, même basiques* ».
- Dans l'organisation même du travail, la **place insuffisante accordée à la prise en charge sanitaire dans le suivi global des détenus** est un facteur de mécontentement explicite (ainsi un établissement se fixe-t-il pour objectif premier d'« *essayer de faire prendre conscience au personnel de l'enjeu de la prise en charge des addictions au sein de la prison* »).
- **Du point de vue de la valorisation des personnels et des moyens alloués pour assurer la prise en charge des détenus toxicomanes**, le bilan est considéré comme largement déficitaire dans certains établissements : « *la prise en charge des toxicomanes est un travail difficile nécessitant des soutiens, des équipes engagées, très souvent mises en échec dans leurs projets, par absence de financement ou de continuité* ».

Pour l'avenir, les attentes exprimées ont été de trois ordres :

- **une forte demande de directives claires émanant des instances centrales**, sous la forme d'un message institutionnel de réaffirmation des orientations de la note du 9 août 2001, (un département a fait valoir que les établissements avaient le sentiment d'être « *dans le flou et en attente d'une politique définie qui affirme clairement, ou non, que la circulaire d'août 2001 a toujours cours* »),
- **une grille de repérage plus souple que le mini-grade, ou bien des moyens supplémentaires** en temps infirmier et en temps de praticien hospitalier pour pouvoir appliquer le mini-grade,
- **des moyens supplémentaires pour les UCSA** et en psychiatrie où la crise des effectifs risque d'hypothéquer de plus en plus gravement l'organisation des soins.

CONCLUSION

Le chantier relatif à la mise en place de protocoles de prise en charge des personnes incarcérées présentant des conduites addictives a représenté un investissement conséquent pour les services sanitaires et sociaux intervenant en prison. Deux ans après le lancement de la note interministérielle du 9 août 2001 en effet, un protocole au moins avait été signé dans la moitié des départements, à l'issue d'un processus de réflexion sur les besoins de prise en charge et le rôle de chaque service dans la proposition ou l'administration de soins aux détenus. Autrement dit, dans 42% des établissements, un protocole était signé ou était en cours de signature (66 structures pénitentiaires sur les 157 enquêtées).

Cependant, même si une grande partie des établissements se sont engagés dans la réflexion pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes incarcérées, la démarche des protocoles n'a pas encore été pleinement réalisée, à l'échelon national, à la fin de l'été 2003. La démarche de « protocolisation » a fait l'objet d'investissements différenciés selon les sites, un certain nombre d'entre eux n'ayant pas dépassé la phase de lancement du dispositif par la DDASS ou la nomination formelle d'un responsable de projet « addictions », d'autres étant parvenus jusqu'au stade d'élaboration d'un état des lieux (69 départements, soit 109 établissements sur les 157 enquêtés).

L'objet de l'enquête, à titre principal, était de faire le bilan administratif de l'application de la note interministérielle du 9 août 2001 autour des 5 axes de réorientation de la prise en charge que celle-ci a énoncés. Deux ans après son lancement, on peut observer les tendances suivantes :

1. Le repérage des situations d'abus et/ou de dépendance, quel que soit le produit psychoactif, n'est pas opéré de façon systématique, pour chaque produit, conformément aux directives consignées dans la note. L'outil de diagnostic mini-grade élaboré par les services centraux est discuté par les services sanitaires, voire même dans certains cas, controversé. Si la plupart des praticiens reconnaissent qu'il est bien construit et rigoureux, sa maniabilité et sa pertinence, dans les conditions particulières de la visite médicale d'entrée, sont contestées, si bien que des outils de repérage plus « classiques » ou déjà mis en place par les équipes lui sont fréquemment préférés (tests de dépistage validés, repérage « informel » au cours de l'entretien d'accueil, recherche de toxicodépendance doublée d'un questionnaire sur les antécédents médicaux et psychiatriques du détenu, etc.) ;
2. L'objectif de proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue posé par la note se trouve lui aussi partiellement réalisé, dans un contexte général où l'accès aux traitements de substitution aux opiacés et aux substituts nicotiques n'est pas encore garanti dans tous les établissements, et où la prise en charge au titre d'une alcoolodépendance présente de nettes carences. Ainsi, les DDASS ont signalé, dans près d'un établissement sur cinq, un problème d'acceptation de la substitution en milieu carcéral, alors même que la note interministérielle incitait les médecins à poursuivre les traitements engagés avant l'incarcération et à en proposer un en tant que de besoin. Dans ce domaine, l'hétérogénéité des pratiques de soins d'un établissement à l'autre reste frappante. C'est manifestement en matière de traitements de substitution aux opiacés que le principe d'équivalence des soins avec l'extérieur est le plus fortement mis à mal. Les actions développées en matière de substituts nicotiques restent éparpillées et sont laissées à l'initiative locale : l'accessibilité des substituts nicotiques par le biais des UCSA est variable mais réduite (pour des raisons financières, au premier chef) et la mise en place de cellules non fumeurs est rare, et logiquement improbable dans un contexte de surpopulation carcérale. En outre, dans deux tiers des établissements, l'offre de soins en matière d'alcoolodépendance est jugée insuffisante par les départements. Toutefois, des progrès importants ont été réalisés pour une meilleure prise en compte des pathologies liées aux consommations d'alcool dans les dernières années, puisqu'en 1997, l'intervention des consultations spécialisées pour alcoolo-dépendants ne concernait que deux établissements en France : une centaine d'établissements déclarent aujourd'hui la présence d'une consultation spécialisée. Les partenariats avec le secteur spécialisé en alcoologie se sont certes développés mais ils ne couvrent pas encore l'intégralité des besoins, d'autant plus que les personnes dépendantes à l'alcool tendent à nier leur pathologie. Comme l'ont fait valoir de nombreux praticiens, l'absence de demande ne signifie pas que les besoins sont faibles : dans le domaine de la prise en charge au titre d'une alcoolodépendance, « c'est l'offre qui révèle la demande ». Ces chiffres encourageants tendent à plaider pour la poursuite de cette démarche de développement volontariste de l'offre.

3. Le développement de la prévention – notamment celle des risques associés à la consommation de produits – n’a pu être évalué sur la base des résultats de cette enquête, centrée sur les aspects organisationnels du dispositif, et incidemment, sur l’offre de prise en charge.
4. L’objectif de favoriser les aménagements de peine pour les détenus présentant un problème de consommation abusive ou de dépendance, de façon à organiser leur retour à la liberté dans un cadre socio-médical structuré, ne semble pas avoir évolué de façon très notable. Les difficultés éprouvées par certains praticiens à concilier respect du secret médical et obligation d’information des autorités judiciaires ont été évoquées, certains allant même jusqu’à mentionner les tiraillements dont ils sont l’objet du fait du rôle d’ « *auxiliaires de justice* » qui leur est de fait assigné : arbitres légitimes de l’état de santé du détenu, ils sont à ce titre susceptibles d’être « instrumentalisés », par le détenu comme par les instances judiciaires. En outre, les problèmes de repérage et de prise en charge observés pendant la période de détention hypothèquent les possibilités d’aménagement de peine médicalement motivées.
5. Enfin, l’objectif de préparer la sortie des détenus présentant une dépendance ou une consommation abusive ne semble pas avoir progressé de façon très nette : la sortie de prison est pointée dans la majorité des établissements comme le stade de prise en charge le plus problématique. Le problème d’hébergement est l’une des difficultés majeures dans la préparation à la sortie de prison, en particulier pour les usagers de drogues. Bien que le dispositif des CDO et la réflexion ouverte par les protocoles aient réactivé cette problématique, les difficultés d’articulation avec les partenaires extérieurs persistent.

D’une façon plus immédiate, si cette enquête a permis d’appréhender les besoins non satisfaits chez les personnes détenues présentant des conduites addictives, elle n’offre pas d’évaluation quantitative rigoureuse de l’ampleur des moyens nécessaires. Elle contribue néanmoins à pointer quelques grandes tendances quant aux carences de l’offre de soins en milieu carcéral. Elle se fait également l’écho des attentes exprimées par les acteurs intervenant dans les domaines de la prise en charge et du suivi des détenus, tout au long de l’incarcération et à leur sortie, et devrait permettre de guider les pouvoirs publics dans la définition d’orientations claires pour d’une part, développer des instruments de suivi destinés à avoir une meilleure connaissance des besoins des personnes incarcérées et du taux de couverture des besoins (enquêtes, rapport d’activité, études, etc.) et d’autre part, assurer aux détenus un meilleur suivi et une prise en charge dans tous les cas où la situation l’exige. L’évaluation programmée des objectifs du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l’alcool (2004-2008) devrait être l’occasion de procéder à un nouvel état des lieux sur ces différents axes.

Ainsi, malgré la mobilisation des administrations centrales sous la forme d’une circulaire interministérielle et l’appropriation relativement satisfaisante de la démarche par les acteurs sanitaires et sociaux intervenant en milieu carcéral, le principe de continuité et d’équivalence des soins entre milieu carcéral et milieu libre n’est pas encore acquis dans l’ensemble des établissements pénitentiaires. Si la note interministérielle a amené les services pénitentiaires et sanitaires à se réunir pour définir les besoins de soins au sein de leur établissement sous la forme d’un « état des lieux partagé puis d’un « protocole de prise en charge des détenus présentant un problème d’abus ou de dépendance » clarifiant les responsabilités de chaque service, elle n’a pas suffi à lever les difficultés de coordination préexistantes. Ces difficultés d’articulation doivent d’ailleurs être rapportées aux contraintes de fonctionnement auquel est soumis le système de soins dans certains établissements, qui s’appuie sur des équipes sanitaires sinistrées, notamment du point de vue des effectifs psychiatriques insuffisants, à l’image de la pénurie de personnels observée en milieu libre.

Le mérite principal de la démarche des protocoles semble avoir consisté à cimenter les relations de coopération et à « formaliser l’existant », ce qui permet de pérenniser les schémas organisationnels en vigueur. S’agissant de l’appréciation générale portée sur la démarche en effet, la plupart des DDASS répondantes ont jugé la démarche des protocoles décisive en termes de partage des connaissances dans le domaine de la prise en charge des addictions et du point de vue de l’amélioration des relations partenariales. La moitié des DDASS jugent même que les protocoles ont été l’occasion de nouer de nouvelles relations partenariales.

D’une façon générale, les attentes exprimées ont été de quatre ordres :

- une forte demande de directives claires émanant des instances centrales, sous la forme d’une réaffirmation institutionnelle des orientations de la note du 9 août 2001,
- une grille de repérage plus souple que le mini-grade, ou bien des moyens supplémentaires en temps infirmier et en temps de praticien hospitalier pour pouvoir utiliser le mini-grade dans de bonnes conditions,
- la mise en place de formations, qui peuvent être communes aux acteurs sanitaires, pénitentiaires et sociaux intervenant en milieu carcéral, relatives aux traitements de substitution, à la dépendance tabagique, au repérage de l’abus et de la dépendance, à la prise en charge de l’alcoolodépendance, etc.,
- des moyens supplémentaires pour les UCSA et en psychiatrie où la crise des effectifs risque d’hypothéquer de plus en plus gravement l’organisation des soins.

Les résultats de cette enquête permettent ainsi de réaffirmer le rôle de communication, d'animation et de formation des administrations centrales pour continuer de mobiliser les équipes sur ces problématiques, en maintenant un discours public fort sur les points de progrès les plus cruciaux.

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET DES ENCADRES

Figure 1 : Etat d'avancement dans l'élaboration des protocoles de prise en charge, par département, deux ans après la note interministérielle du 9 août 2001	6
Tableau 1 : Bilan de l'offre de soins par établissement	7
Encadré 1 : Les 5 grandes orientations de la note interministérielle du 9 août 2001	11
Tableau 2 : Taux de réponse au questionnaire, par type d'établissement	14
Figure 2 : Etat d'avancement dans la formalisation des protocoles de prise en charge des conduites addictives	18
Encadré 2 : Rappel du cadre réglementant l'organisation des soins en milieu carcéral.	18-19
Tableau 3 : Fonction du responsable de projet « addictions » désigné	20
Tableau 4 : Service de rattachement du responsable de projet « addictions »	21
Tableau 5 : Réponse à la question : « A quel titre le responsable de projet a-t-il été choisi ? »	21
Tableau 6 : Réponses à la question : « Pour quelles raisons le responsable de projet n'a-t-il pu être désigné ? »	22
Tableau 7 : Nombre de services impliqués dans la réalisation de l'état des lieux	23
Figure 3 : Services ayant participé à l'état des lieux (réalisé ou en cours)	24
Figure 4 : Problèmes dans la prise en charge des conduites addictives	25
Figure 5 : Réponses à la question : « A quel stade la prise en charge s'avère-t-elle particulièrement problématique ? »	27
Tableau 8 : Réponses des départements ayant donné une estimation globale du nombre de détenus présentant des conduites addictives.	29-30
Tableau 9 : Réponses des départements ayant détaillé l'estimation du nombre de détenus présentant des conduites addictives.	31
Tableau 10 : Etablissements signataires (ou en cours) et non signataires du protocole.	32
Tableau 11 : Etablissements signataires ou en phase de signature du protocole à la fin de l'été 2003.	32
Figure 6 : Services signataires du protocole (signé ou en cours) – sur 32 protocoles.	33
Tableau 12 : Services signataires du protocole (sur 32 protocoles répartis entre 36 établissements – dont certains regroupent plusieurs établissements).	34
Tableau 13 : Service responsable du repérage à l'entrée	37
Tableau 14 : Outils de repérage utilisés (dont mini-grade)	37
Tableau 15 : Offre de prise en charge des addictions.	39
Tableau 16 : Liste des 67 établissements assurant l'accessibilité aux substituts nicotiques (données déclaratives).	40
Tableau 17 : Liste des 26 établissements dotés de cellules non-fumeurs (données déclaratives).	40
Tableau 18 : Avis sur ce que permet la démarche (plusieurs réponses possibles)	40
Tableau 19 : Raisons de l'absence de formation interdisciplinaire sur la prise en charge des détenus	42

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Cour des Comptes, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie*, rapport public particulier, Paris, 1998, 248 p.
- Enquête sur la santé des entrants en prison en 1997 (fiche santé entrant en l'état de liberté, mai, juin, juillet 1997), DREES, Ministère de l'emploi et de la solidarité, *Collection Etudes et statistiques*, n°4, mai 1999.
- FEUILLERAT (Y.), MORFINI (H.), *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DHOS/DGS, décembre 2001, 9 p.
- FEUILLERAT (Y.), MORFINI (H.), *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DHOS/DGS, février 2004 (à paraître).
- HYEST (J.J.), CABANEL (G.-P.), *Rapport de la Commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000, tomes I et II, Paris: Sénat, Les Rapports du Sénat, n° 449, 2000 (disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/199-449/199-449.html>).
- Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), *L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation*, Paris, la Documentation française, 2001, 146 p.
- JEAN (J.-P.), « L'usage de drogues en prison : entre logique de contrôle et sanitaire », *Psychotropes*, vol.3, n°4 décembre 1997.
- MERMAZ (L.), FLOCH (J.), *Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises*, Documents d'information de l'Assemblée nationale, n° 2521, Assemblée nationale, Paris, 2000 (disponible sur Internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp>).
- MICHEL (L.), MAGUET (O.), *L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral*, Rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution, remis le 1er avril 2003, 76 p.
- MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001)*, Paris, La Documentation française, 2000, 226 p.
- MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008)*, Paris, 76 p.
- MOUQUET (M.-C.), DUMONT (M.), BONNEVIE (M.-C.), « La santé à l'entrée en prison, un cumul des facteurs de risque », Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES, *Etudes et résultats*, n°4, janvier 1999.
- Observatoire international des prisons, *les conditions de détention en France, rapport 2003*, Paris, la Découverte, 233 p.
- PRUDHOMME (J.), BEN DIANE (M.-K.), ROTILY (M.), Evaluation des unités pour sortants (UPS), Paris, OFDT, mars 2001, 117 p.
- PRUDHOMME (J.), VERGER (P.), ROTILY (M.), *Fresnes – Mortalité des sortants. Etude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes. Second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS)*, Paris, OFDT, décembre 2003, 57 p.
- Revue « Alcoologie et addictologie », numéro spécial : « Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac » (reprenant les recommandation de bonne pratique élaborées par l'AFSSAPS), juin 2003, tome 25, supplément au n°2.
- STANKOFF (S.), DHEROT (J.), *Rapport de la Mission Santé - justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, DAP/DGS, Paris, décembre 2000, 85 p.
- TORTAY (I.), MORFINI (H.), *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DHOS/DGS, novembre 1999, 8 p.

REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

Arrêté du 10 mai 1995 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, JO n°111 du 12 mai 1995, p.7989 (NOR : SPSH9501491A).

Cahier des charges DGS/1354/2D du 3 novembre 1987 relatif aux antennes toxicomanies des services médico-psychologiques régionaux, BO 1988, n°23 bis.

Décret n°92-343 du 1^{er} avril 1992 relatif aux conseils départementaux et communaux de prévention de la délinquance, JO n°79 du 2 avril 1992 (NOR : VILM9100035D).

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 (NOR : SPSX9300136L).

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.1859 (NOR : SPSH9403796C).

Circulaire DGS/DH/DAP n°739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels, texte non paru au JO (NOR : TASP9630649C).

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

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des sigles	52
Annexe 2 : Glossaire	53
Annexe 3 : Note interministérielle du 9 août 2001 + annexes.	55
Annexe 4 : Grille mini-grade	76
Annexe 5 : Questionnaire envoyé aux DDASS	87
Annexe 6 : Panorama de l'état d'avancement dans la mise en œuvre des protocoles de prise en charge	96

ANNEXE 1 : LISTE DES SIGLES

ADES	Association départementale d'éducation pour la santé
AP	Administration pénitentiaire
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
CAST	Centre d'aide au sevrage tabagique
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie (ex-CHAA)
CD	Centre de détention
CDAG	Consultation de dépistage anonyme et gratuit
CDO	Convention départementale d'objectifs
CDPA	Comité départemental de prévention de l'alcoolisme
CH	Centre hospitalier
CHD	Centre hospitalier départemental
CHG	Centre hospitalier général
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIRDD	Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
CP	Centre pénitentiaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPDD	Chef de projet drogues et dépendances
CSL	Centre de semi-liberté
CSST	Centre spécialisé de soins pour toxicomanes
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DDASS	Direction/eur départemental(e) des affaires sanitaires et sociales
DDPJJ	Direction/eur départemental(e) de la protection judiciaire de la jeunesse
DETA	Diminuer entourage trop alcool (test de dépistage d'une consommation problématique d'alcool)
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
DRSP	Direction/eur régional(e) des services pénitentiaires
DSPIP	Direction/eur du service pénitentiaire d'insertion et de probation
EHAL	Equipe hospitalière d'alcoologie de liaison
EPSM	Etablissement public de santé mentale
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGSJ	Inspection générale des services judiciaires
JAP	Juge d'application des peines
LSD	Acide lysergique diéthylamide
MA	Maison d'arrêt
MC	Maison centrale
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
NOR	Système normalisé de numérotation des textes officiels publics
OIP	Observatoire international des prisons
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PRAPS	Programme d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité
PRS	Programme régional de santé
SAAT	Santé au travail
SESI	Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (actuelle DREES)
SMPR	Service médico-psychologique régional hospitalier
SPAD	Système portable d'analyse de données
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UPS	Unité pour sortants
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

ANNEXE 2 : GLOSSAIRE

Administration pénitentiaire : direction et services du Ministère de la Justice dont les fonctions sont principalement la garde et la réinsertion des personnes détenues.

Cantine : terme utilisé pour désigner l'ensemble des objets ou denrées que la personne détenue peut acheter dans un établissement pénitentiaire.

Centre de détention (CD) : établissement pénitentiaire qui accueille les condamnés d'un an et plus considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. A ce titre, les centres de détention ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

Centre pénitentiaire (CP) : Etablissement pénitentiaire mixte qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maisons d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

Centre de semi-liberté (CSL) : établissement pénitentiaire qui reçoit des condamnés admis au régime de la semi-liberté (voir « semi-liberté ») ou du placement extérieur sous surveillance.

Chef de projet MILDT, ou chef de projet drogues et dépendances (CPDD) : fonctionnaires du corps préfectoral ou des services déconcentrés nommés par le préfet, les chefs de projet drogues et dépendances sont nommés dans chaque département. Ils ont pour mission d'animer la politique locale dans le domaine des politiques locales de lutte contre la toxicomanie. Les CPDD disposent de deux principaux leviers d'action : des crédits dédiés à la prévention des dépendances et à la formation des professionnels d'une part, un comité de pilotage de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances d'autre part. Cette dernière instance, présidée par le préfet et organisée avec l'assistance du CPDD, rassemble les services de l'État concernés et doit associer les autorités judiciaires, les collectivités territoriales et les associations-clefs afin de coordonner les objectifs des acteurs publics et privés et de déterminer les financements.

Etat des lieux : la note interministérielle du 9 août 2001 invitait les DDASS à réunir, dans chaque établissement pénitentiaire, l'ensemble des services sanitaires et sociaux afin d'établir un état des lieux partagé, visant à identifier les besoins de prise en charge des détenus présentant des conduites addictives et à définir les pistes d'amélioration. Un « modèle » d'état des lieux était proposé en annexe. Une fois formalisé, cet état des lieux devait être transmis à la DDASS et à la DRSP dans un délai de trois mois à compter de la constitution du groupe projet, aux termes de la note interministérielle.

Indigent : terme utilisé par l'administration pénitentiaire pour désigner les personnes détenues sans ressources car dépourvues de travail et sans soutien financier extérieur.

Juge de l'application des peines : magistrat du siège, il intervient après le jugement pendant l'exécution des peines quelles qu'elles soient et même après la sortie de prison si elle est soumise à condition. Il aménage les sanctions pénales subies en milieu carcéral, en déterminant les modalités du traitement pénitentiaire ; il accorde ou révoque les réductions de peines, permissions de sortie, la semi-liberté, et, en milieu libre en contrôlant l'exécution des mesures de sursis avec mise à l'épreuve.

Maison d'arrêt (MA) : établissement pénitentiaire qui reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

Maison centrale (MC) : établissement pénitentiaire qui reçoit les condamnés les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

Mini-grade : grille d'entretien sur l'abus et la dépendance aux substances, issue d'entretiens diagnostiques validés. Cette grille, dont l'utilisation a été recommandée par la MILDT, la DGS, la DHOS et la DAP, permet d'investiguer de façon systématique les troubles (abus et dépendance) liés à l'usage des substances suivantes : alcool, opiacés, cocaïne et crack, amphétamines et ecstasy, benzodiazépines et autres tranquillisants, cannabis et dérivés, autres substances. Chacune des sections par produit est composée de trois types de questions, liées à l'existence ou non d'une consommation de la substance concernée, aux critères de dépendance à ladite substance, à l'abus de ladite substance.

Procureur de la République : magistrat chef du parquet auprès du tribunal de grande instance.

Protocole de prise en charge : le protocole de prise en charge des détenus présentant un problème d'abus ou de dépendance définit les modalités d'intervention de chacun des acteurs en fonction des spécificités de l'établissement pénitentiaire. En particulier, il détermine la procédure de repérage et identifie le service qui en est responsable dès la visite d'entrée.

Responsable de projet (« addictions ») : aux termes de la note interministérielle du 9 août 2001, un responsable de projet devait être désigné nominativement pour veiller à une meilleure coordination des services sanitaires en milieu pénitentiaire. La note stipulait qu'il devait être choisi prioritairement parmi les intervenants en psychiatrie (personnels du SMPR, du secteur de psychiatrie) ou, par délégation, parmi les membres de l'UCSA.

Semi-liberté : modalité d'exécution d'une peine permettant à un condamné d'exercer, hors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou une formation, ou encore de bénéficier d'un traitement médical. Le condamné doit rejoindre le centre de semi-liberté à l'issue de ces activités.

Service médico-psychologique régional (SMPR) : service de psychiatrie implanté en milieu pénitentiaire ayant une vocation régionale et comprenant une unité d'hospitalisation offrant des soins diversifiés incluant l'hospitalisation volontaire. Les 26 SMPR existants sont relayés par des antennes locales.

Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) : Créé par le décret n°99-276 du 13 avril 1999, il a pour mission, auprès des établissements pénitentiaires et du milieu ouvert, de favoriser l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des détenus et des personnes placées sous son contrôle par les autorités judiciaires. Il est composé de conseillers d'insertion et de probation et d'assistants de travail social, et est dirigé par le DSPIP. Il existe un SPIP par département.

Sevrage : arrêt de la prise de substance psychoactive de manière brutale ou progressive.

Substitut nicotinique (ou traitement nicotinique de substitution) : Produit de sevrage tabagique délivré en pharmacie sans ordonnance, et accessible dans certains établissements pénitentiaires (gomme à mâcher, timbre ou patch, pastilles sublinguales ou pastilles à sucer, inhalateur). La durée du traitement est en général de 3 mois.

Substitution (traitement de) : le traitement de substitution vise, dans un premier temps, à stabiliser la dépendance à une substance psychoactive en la remplaçant par un autre produit pharmacologiquement identique (substitut nicotinique pour le tabac) ou proche (méthadone ou Subutex® pour l'héroïne). Un arrêt progressif de la consommation peut ensuite être envisagé.

Subutex® ou buprénorphine haut dosage : traitement de substitution qui peut être prescrit par tout médecin (médecin généraliste de ville ou médecin de centre spécialisé) dans le cadre d'une thérapeutique globale et d'un travail en réseau. Ce médicament n'est pas un stupéfiant, mais sa prescription fait l'objet d'une surveillance particulière (prescription sur une ordonnance sécurisée). Le Subutex® se présente sous forme de comprimés.

Surpopulation : situation caractérisée par un nombre de personnes détenues supérieur au nombre de places disponibles (le taux d'occupation de l'établissement pénitentiaire est alors supérieur à 100%).

Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) : unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire, qui assure les soins somatiques et psychiatriques incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier ainsi que la continuité des soins à la sortie de détention.

ANNEXE 3 : NOTE INTERMINISTERIELLE DU 9 AOUT 2001 + ANNEXES

République Française

Premier ministre



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

DIRECTION DE
L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

**Le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins,
La Directrice de l'administration pénitentiaire,
La Présidente de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie,**

à

**Mesdames et Messieurs les Préfets de départements
Mesdames et Messieurs les Directeurs des agences régionales d'hospitalisation
Mesdames et Messieurs les Directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales,
Mesdames et Messieurs les Directeurs des établissements de santé
Mesdames et Messieurs les Médecins responsables
des services médico-psychologiques régionaux,
Mesdames et Messieurs les Médecins responsables de secteurs de psychiatrie générale intervenant en
milieu carcéral,
Mesdames et Messieurs les Médecins responsables
des unités de consultations et de soins ambulatoires,
Messieurs les Directeurs régionaux des services pénitentiaires,
Monsieur le Directeur régional, chef de la mission de l'Outre-mer,
Mesdames et Messieurs les Directeurs et Chefs d'établissement pénitentiaire,
Mesdames et Messieurs les Directeurs
des services pénitentiaires d'insertion et de probation,**

Pour attribution

**Mesdames et Messieurs les Préfets de régions
Mesdames et Messieurs les Directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales,
Mesdames et Messieurs les Chefs de projet départementaux chargés de la lutte
contre la drogue et de la prévention des dépendances,
Mesdames et Messieurs les Premiers Présidents des cours d'appel
Mesdames et Messieurs les Procureurs généraux près lesdites cours
Mesdames et Messieurs les Présidents des tribunaux de grande instance**

à l'attention de

**Mesdames et Messieurs les Juges de l'application des peines, Mesdames et
Messieurs les Juges des libertés et de la détention, Mesdames et Messieurs les
Juges d'instruction, Mesdames et Messieurs les Juges des enfants
Mesdames et Messieurs les Procureurs de la République près lesdits tribunaux**

Pour information

- Objet :** Orientations relatives 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
- PJ :** Annexe 1. Cahier des charges relatif 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;
Annexe 2. Etat des lieux sur la situation de la prise en charge des personnes dépendantes au sein de chaque établissement pénitentiaire ;
Annexe 3. Modèle de protocole pour l'amélioration de la prise en charge.

Selon les données de la dernière enquête disponible sur la population carcérale (DREES, études et résultats n°4, janvier 1999), environ 60% des entrants, présentent un problème lié à une consommation d'alcool ou/et de drogues et nécessitent une prise en charge adaptée. Des études récentes²⁵ montrent également que les usagers de drogues par voie intraveineuse ont tendance à adopter des comportements à risques en détention et doivent faire l'objet d'une attention toute particulière. Or, ces personnes ne font pas toujours état de leur problème de dépendance lorsqu'elles sont incarcérées. Elles ne formulent donc pas de demande auprès des services sanitaires ou pénitentiaires, lesquels ne procèdent pas toujours à des investigations systématiques dans ce domaine. Ainsi, ce problème n'est pas toujours repéré par les services intervenant en détention, qu'ils soient sanitaire, socio-éducatif ou de surveillance.

De plus, la multiplicité des services concernés (UCSA, SMPR, secteurs de psychiatrie, "antennes", SPIP, personnels de direction et de surveillance, partenaires sanitaires et sociaux extérieurs) aboutit actuellement à une prise en charge souvent dispersée et ne permet pas la mobilisation qui pourtant s'impose.

Une plus grande coordination des services appelés à intervenir, tant au sein de la prison qu'au-dehors, est donc nécessaire. Elle suppose une meilleure organisation des modalités d'intervention locale, associant l'ensemble des acteurs concernés autour d'un projet clairement établi et d'un responsable nommément désigné.

La présente note interministérielle a pour objet de définir les termes de cette organisation. Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- repérer systématiquement toutes les situations d'abus et/ou de dépendance quel que soit le produit psycho-actif,
- proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue,
- développer la prévention, notamment celle des risques associés à la consommation de produits,
- favoriser les aménagements de peine,
- préparer la sortie.

La démarche

La démarche retenue repose sur la mobilisation de l'ensemble des partenaires intervenant dans chaque établissement pénitentiaire, y compris les partenaires extérieurs.

Une première réunion d'information est initiée, organisée et animée par la DDASS avec l'ensemble des acteurs internes et externes intervenant dans le ou les établissement(s) pénitentiaire(s) du département.

Cette réunion d'information rassemble :

- le médecin psychiatre responsable du SMPR ou le médecin du secteur psychiatrique qui associe le responsable du centre de soins spécialisés aux toxicomanes et le coordinateur UPS s'il y a lieu,
- le médecin responsable de l'UCSA,
- le responsable de la pharmacie,
- le chef d'établissement pénitentiaire,

²⁵ Conduites dans le cadre d'une mission Santé/Justice et consacrées à la réduction des risques de transmission des maladies infectieuses en milieu carcéral.

- le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation,
 - le(s) responsable(s) du(es) centre(s) de soins spécialisés extérieur(s),
 - le directeur départemental de la PJJ lorsque des établissements du département accueillent des mineurs,
 - tout autre partenaire intérieur ou extérieur concerné.
- Le procureur de la République, les juges de l'application des peines, les juges des libertés et de la détention, les juges d'instruction et, le cas échéant, les juges des enfants sont conviés à y participer.

Cette réunion est l'occasion pour la DDASS de :

1°/ présenter le cahier des charges qui sert de base à l'élaboration d'un protocole pour 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 (cf annexe 1);

2°/ susciter la mise en place, au niveau de chaque établissement pénitentiaire, d'une réunion des personnes ressources. Cette réunion au sein de chaque établissement pénitentiaire a pour objet de :

- constituer un groupe de projet chargé d'élaborer et d'appliquer le protocole,
- désigner collectivement un responsable de projet.

Le responsable de projet

Afin d'améliorer la coordination, un responsable de projet est désigné nominativement et prioritairement parmi les intervenants en psychiatrie (personnels du SMPR, du secteur de psychiatrie), ou, par délégation, parmi les membres de l'UCSA en raison de :

- son implication personnelle,
- sa particulière motivation,
- son goût pour les relations humaines,
- sa reconnaissance sur le plan local,
- sa connaissance de la prise en charge des questions de dépendance,
- ses capacités à intégrer ce projet sanitaire dans le champ global de l'insertion.

Le responsable de projet :

- anime le groupe de projet qui établit un diagnostic de la situation locale (voir annexe 2), sur les plans sanitaire, social et pénitentiaire, portant sur les besoins des détenus, les réponses apportées et les pistes d'amélioration possibles ;
- élabore, avec le groupe projet, le protocole de prise en charge au sein de l'établissement, dans le respect des objectifs fixés par le cahier des charges (voir annexes 1 et 3) ;
- assure le bon fonctionnement du dispositif, en garantissant l'ouverture des services sur l'extérieur et leur collaboration harmonieuse dans le respect des missions et des obligations professionnelles des intervenants sanitaires, sociaux ou pénitentiaires ;
- veille à la bonne circulation des informations entre les différents acteurs ;
- s'assure que chacun des partenaires apporte les éléments nécessaires à l'évaluation du dispositif;
- favorise l'accès des personnels aux formations déconcentrées multiprofessionnelles relatives aux dépendances et à la réduction des risques.

L'état des lieux

L'état des lieux doit permettre à chaque site d'identifier les besoins non couverts et de définir les pistes d'amélioration qui serviront de base à l'élaboration du projet local. Un outil de travail est proposé en annexe. Son utilisation est soumise à l'appréciation des services intervenant dans l'établissement pénitentiaire. Quelle que soit la méthode adoptée, l'état des lieux sera transmis aux DDASS et aux DRSP dans un délai de trois mois à compter de la constitution du groupe projet.

Le protocole

Le protocole de prise en charge des détenus présentant un problème d'abus ou de dépendance définit les modalités d'intervention de chacun des acteurs en fonction des spécificités de l'établissement pénitentiaire. En particulier, il détermine la procédure de repérage et identifie le service qui en est responsable dès la visite d'entrée.

Le protocole est signé par les responsables des services sanitaires intervenant en milieu pénitentiaire (UCSA, SMPR ou secteur de psychiatrie) et par les responsables des services pénitentiaires (chef d'établissement pénitentiaire, directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation). Il est complété par la signature des conventions de prestation avec les partenaires extérieurs (CSST, CCAA, CHRS...). Celles-ci sont signées par les représentants légaux des structures impliquées. A cet égard, les partenariats noués dans le cadre des conventions départementales d'objectifs à travers les conventions de prestation constituent tout naturellement une base de travail pour la nouvelle organisation.

La validation du protocole

Les protocoles locaux de prise en charge et les conventions de prestations avec les partenaires extérieurs sont élaborés dans un délai de six mois à compter de la date de la constitution du groupe projet.

La DDASS dispose d'un délai de deux mois pour recueillir l'avis du chef de projet départemental chargé de la lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances et du directeur régional des services pénitentiaires et faire éventuellement préciser ou compléter les projets de protocoles.

Tous les protocoles validés par les DDASS doivent ensuite être signés dans les meilleurs délais.

La formation des personnels

La formation des personnels est une mesure d'accompagnement nécessaire à la mise en œuvre du protocole. En conséquence, il conviendra de favoriser l'accès des personnels concernés par la présente démarche, qu'ils soient sanitaires ou pénitentiaires, aux formations proposées par les services déconcentrés, et tout particulièrement, aux formations interministérielles que les chefs de projet départementaux " drogues et dépendances " sont invités à mettre en œuvre.

L'évaluation

Le succès de la démarche repose sur la vérification de son effectivité et de son efficacité, tant en termes d'impact pour les publics concernés qu'en termes de qualité du partenariat pour les professionnels impliqués. Le choix d'une évaluation concomitante à la mise en œuvre des protocoles vise à accompagner les responsables locaux et à garantir la réussite de cette démarche. A cet effet, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) est chargé de mettre en place une procédure d'évaluation réalisée par un prestataire.

Un groupe de suivi est chargé de veiller à la mise en œuvre de la présente note. Ses membres se tiennent à votre disposition pour toute difficulté rencontrée. Leurs coordonnées figurent sur la liste ci-après.

Le directeur général de la santé

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

La directrice de l'administration pénitentiaire

La présidente de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Annexe 1 à la note interministérielle du 9 août 2001 : Cahier des charges relatif 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

Cahier des charges relatif 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

La loi du 18 janvier 1994 et ses textes d'application, dont la circulaire n°45 DH/DGS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus, garantissent pour les personnes incarcérées une qualité des soins identique à celle de la population générale. Dans le cadre des principes d'égalité et de continuité des soins, tous les soins existants pour les personnes présentant une conduite addictive doivent être accessibles en milieu carcéral. La personne détenue rencontrant un problème de consommation abusive ou de dépendance à un produit licite ou illicite (drogues, alcool, médicaments, tabac) doit bénéficier, durant la période d'incarcération, d'une prise en charge globale intégrant les aspects sanitaires, psychologiques et sociaux.

Ce cahier des charges a pour objet de préciser les orientations en matière de prise en charge des personnes détenues ayant une consommation nocive de produits psycho-actifs et d'identifier les missions respectives des différents services intervenant dans le cadre de cette prise en charge. Il sert de base à l'organisation des modalités d'interventions locales et à l'élaboration par les différents services d'un protocole de travail.

La prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues ayant une consommation nocive de produits psycho-actifs, doit être adaptée et répondre à la diversité des demandes et des situations.

Les orientations poursuivent cinq objectifs:

- repérer systématiquement toutes les situations d'abus et de dépendance quel que soit le produit psycho-actif,
- proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue,
- développer la prévention notamment celle des risques associés à la consommation des produits,
- favoriser les aménagements de peine au profit des personnes présentant une dépendance aux produits psycho-actifs ou ayant une consommation abusive,
- préparer la sortie des personnes présentant une dépendance aux produits psycho-actifs ou ayant une consommation abusive.

Pour atteindre ces objectifs, une meilleure cohérence des interventions des différents professionnels est un préalable nécessaire. En effet, la multiplicité des acteurs rend souvent difficile l'articulation entre personnels pénitentiaires et personnels soignants, intervenants internes et intervenants externes. Si le secret professionnel s'impose à certains de ces intervenants, l'usage qu'ils en font et la définition qu'ils en donnent, dans des champs d'action distincts, varient selon les règles déontologiques et les réglementations propre à chaque corps. Il s'agit donc de concilier – dans l'intérêt des personnes détenues – le secret médical qui s'impose au praticien hospitalier avec le secret professionnel de l'assistant social ou avec « l'obligation de réserve » du conseiller d'insertion et de probation.

Des modalités de concertation (réunions, fiches de liaison) doivent être trouvées entre tous les partenaires pour améliorer le suivi des personnes détenues. Elles doivent permettre d'identifier, pour chaque situation individuelle, le rôle respectif des services dans la réalisation des démarches et l'accompagnement de la personne (mise à jour des droits sociaux, lien avec la famille...). Dans les établissements pour peines, cette concertation s'exerce au sein des instances prévues dans le cadre du projet d'exécution de peine, ce qui n'exclut pas d'autres types de concertation.

Afin de faciliter la coordination avec le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation), un travailleur social référent chargé des relations avec les partenaires est désigné au sein de ce service.

Les orientations retenues concernent les points suivants :

1. Repérer systématiquement toutes les situations d'abus et de dépendance quel que soit le produit psycho-actif.

Le repérage des personnes détenues concernées doit être réalisé par les services sanitaires de l'établissement dès le début de l'incarcération. Dans les maisons d'arrêt, il est effectué par l'UCSA (Unité de consultations et de soins ambulatoires) lors de la visite médicale d'entrée obligatoire.

Lors d'un transfert, notamment en établissement pour peine, une attention particulière est portée à la transmission des informations médicales. Une fiche de liaison relative aux consommations et aux traitements entrepris doit figurer au dossier médical. A défaut d'information, le repérage des situations d'abus et de dépendance est réalisé dans les conditions exposées ci-dessous. Les services sanitaires doivent également être attentifs aux surconsommations de psychotropes et aux situations de dépendance en rémission en insistant, le cas échéant, sur la prévention de la rechute.

Pour faciliter le repérage, des grilles d'appréciation de la dépendance (remplie au cours d'un entretien d'évaluation des conduites d'abus et de dépendances issues du MINI pour la consommation de produits psycho-actifs, et le test Fagerström pour la consommation de tabac) seront mises à disposition du personnel de santé et des formations spécifiques à l'utilisation des outils seront mises en place. Les questionnaires s'inscrivent dans une démarche diagnostique et ne se substituent pas à l'examen clinique. Les informations recueillies sont couvertes par le secret médical.

Quand les personnes sont repérées comme à risque ou dépendantes et pour qu'une prise en charge sanitaire et sociale cohérente se mette en place, les services sanitaires de l'établissement s'assurent -avec l'accord de l'intéressé et dans le respect du secret médical- qu'un relais adapté est pris par le(s) centre(s) spécialisé(s) intervenant dans l'établissement pénitentiaire et par le SPIP.

Si le diagnostic des problèmes de consommation abusive et de dépendance incombe au secteur sanitaire, les travailleurs sociaux du SPIP qui ont connaissance du motif d'incarcération et de la situation sociale et familiale de la personne détenue favorisent l'orientation des intéressés vers les services sanitaires. Au moment du premier entretien, le travailleur social du SPIP porte une attention particulière à la question des consommations de substances psycho-actives et aux conséquences sociales qui en découlent. Lorsqu'une consommation abusive ou une dépendance est identifiée, il informe l'intéressé des possibilités de prise en charge socio-sanitaire au sein de l'établissement pénitentiaire. Il signale la situation aux services sanitaires de l'établissement pénitentiaire avec l'accord de la personne détenue concernée.

Le personnel de surveillance ou tout autre intervenant informe les services sanitaires ou le SPIP des problèmes de consommation abusive ou de dépendance observés chez toute personne détenue.

Au moment de l'entrée en détention, le directeur ou son représentant expose la réglementation relative à la consommation de toute substance psycho-active (drogues, alcool, médicaments et tabac). Il présente les dispositifs de prise en charge et leur organisation au sein de l'établissement pénitentiaire.

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

2.1. Répondre aux besoins dans le domaine de la santé

La diversification des modalités de prise en charge est d'autant plus importante que, pour certaines personnes détenues marginalisées, il peut s'agir d'une première proposition de soins et que la personne détenue n'a pas le choix de son médecin.

2.1.1. Dès le repérage

Proposer une prescription de substitution pour les personnes dépendantes aux opiacés :

De récentes études menées dans le cadre de la mission Santé/Justice sur les risques de transmission des maladies infectieuses, tendent à démontrer que l'interruption d'un traitement de substitution à l'incarcération accroît le risque de recours à l'injection en prison.

La poursuite d'un traitement de substitution initié à l'extérieur doit donc être envisagé systématiquement sauf si le patient décide de l'interrompre. Un traitement de substitution doit être également proposé si la dépendance répond aux indications des traitements. Un protocole doit être élaboré de manière concertée entre les intervenants de santé afin d'améliorer la cohérence des interventions de tous les prescripteurs potentiels. L'objectif est de donner aux personnes détenues les mêmes possibilités de traitement qu'à l'extérieur.

Proposer un traitement médicamenteux dans un but de sevrage pour les personnes dépendantes aux opiacés ou à l'alcool ou aux psychotropes détournés de leur usage :

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 alcool-dépendantes. Ces prescriptions répondent à des protocoles élaborés et discutés entre les différents intervenants en santé et nécessitent la mise en œuvre de mesures d'accompagnement social et éducatif.

L'arrêt de la consommation d'alcool chez une personne fortement dépendante lors de son arrivée en milieu carcéral, doit entraîner une extrême vigilance et la mise en place d'un traitement adapté, afin d'éviter tout accident de sevrage. Le cas échéant, les services de santé signalent au personnel de surveillance les personnes nécessitant une vigilance accrue.

Proposer une consultation spécialisée à tous les patients dépendants ou ayant une consommation abusive de produits psycho-actifs :

Une consultation spécialisée d'addictologie doit être proposée systématiquement à toute personne repérée. Les services chargés d'assurer cette consultation au sein de chaque établissement doivent être clairement identifiés, plusieurs solutions pouvant être envisagées selon les situations locales (existence d'une antenne toxicomanie, intervention d'un centre spécialisé extérieur...).

En cas de refus de la personne concernée, une consultation devra lui être proposée ultérieurement et régulièrement au cours de l'incarcération.

Enfin, les personnes dépendantes au tabac désirant un sevrage doivent avoir accès aux traitements d'aide à l'arrêt. A ce jour, comme à l'extérieur, les substituts nicotiques restent à la charge de la personne détenue.

2.1.2. Suivi à long terme

Un suivi à long terme est mis en place. Ce suivi s'effectue selon des modalités diverses non exclusives les unes des autres:

Consultations spécialisées régulières

Un suivi médico-psycho-social est mis en place sous forme de consultations. La fréquence de ces consultations est adaptée aux besoins du patient. Le délai entre chaque rencontre ne doit pas excéder 3 semaines. Les traitements de substitution font l'objet d'une évaluation médicale régulière. Le choix initial d'un mode de prise en charge (substitution ou sevrage) peut être revu à tout moment.

Activités en groupe

Les échanges entre personnes détenues sont favorisés dans le cadre d'une prise en charge collective (groupe de parole ...) pouvant être assurée notamment par des associations.

2.2. Inciter la personne détenue à s'engager dans la réalisation d'un projet individuel

Pendant le temps d'incarcération, la personne détenue, prévenue ou condamnée, 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. Ils veillent à ce que la dimension familiale soit intégrée dans le cadre des prises en charge individuelles. Ils sont particulièrement attentifs aux personnes dépendantes les plus en difficulté qui nécessitent d'être sollicitées et accompagnées pour favoriser l'émergence d'un projet personnel.

Le projet élaboré par l'intéressé doit être cohérent et réaliste. Il doit tenir compte d'une part de sa situation sanitaire, sociale, familiale et pénale (prévenu, condamné - courte peine, longue peine) et d'autre part des possibilités offertes au sein de l'établissement pénitentiaire (prise en charge spécialisée, activités sportives et culturelles, travail, formation professionnelle, enseignement...). Toutefois, le projet élaboré peut servir de base à une procédure de réaffectation pour les condamnés lorsqu'il ne peut être réalisé dans l'établissement d'origine.

Un travailleur social du SPIP rencontre systématiquement toute personne signalée au service par les acteurs sanitaires. Il invite l'intéressé à analyser son parcours et les perspectives envisageables. Les liens entre consommations de substances psychoactives, difficultés d'insertion et délinquance sont discutés avec la personne détenue. Lorsque le motif d'incarcération est en lien avec une consommation, le travailleur social aborde systématiquement cette question avec la personne incarcérée. Il incite régulièrement la personne qui ne bénéficie d'aucune prise en charge sanitaire à s'engager dans une démarche de soins. Conformément à la circulaire du 15 octobre 1999 relative aux missions des services pénitentiaires d'insertion et de probation et à leurs relations avec les autorités judiciaires, il veille à la cohérence du projet individuel.

La direction de l'établissement pénitentiaire facilite la réalisation des projets individuels notamment par l'affectation dans les unités d'hébergement. Elle affecte les personnes détenues qui en font la demande dans des cellules non fumeurs.

Du fait de leur savoir-faire et de leur intégration dans les réseaux extérieurs aux établissements pénitentiaires, les CSST (centres spécialisés de soins aux toxicomanes) et les CCAA (centres de cure ambulatoire en alcoologie) sont des interlocuteurs essentiels dans la prise en charge des personnes détenues dépendantes ou présentant une consommation abusive et dans l'élaboration d'un projet individuel. Ils les accompagnent dans leur démarche de soins et dans la réalisation de leur projet individuel tout au long de la détention. La qualité de la collaboration entre les travailleurs sociaux du SPIP et les intervenants spécialisés extérieurs conditionne largement celle de l'implication de la personne détenue dans l'élaboration du projet individuel et dans sa réalisation. Afin de garantir la cohérence du projet individuel, le centre spécialisé informe le SPIP, avec l'accord de l'intéressé, des démarches engagées.

Lorsque plusieurs centres spécialisés interviennent dans un même établissement, un centre référent est désigné pour chaque personne.

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

3.1. Développer des actions de réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales

La libre mise à disposition des outils de prévention préconisés dans la circulaire du 5 décembre 1996, à savoir préservatifs, eau de javel et documents d'information doit être largement développée. L'utilisation de l'eau de javel comme produit de désinfection, notamment du matériel d'injection, de tatouage et de piercing, doit faire l'objet d'une information largement diffusée à la population pénale, par les personnels sanitaires. En effet, utilisée sans respecter strictement son protocole d'usage, l'eau de javel perd son efficacité.

Les brochures d'information expliquant le protocole de rinçage doivent donc être accessibles aux personnes détenues et expliquées par les personnels sanitaires avec les autres messages de prévention. Les affiches correspondantes éditées par le CFES doivent être exposées dans les locaux des services sanitaires. Le rapport de la mission santé/justice sur la réduction des risques du VIH et des hépatites en milieu carcéral reprend ces préconisations, et insiste notamment sur le dépistage des différents virus et la vaccination contre l'hépatite B ainsi que sur l'accès aux traitements prophylactiques contre le VIH en détention.

3.2. Inclure les personnes dépendantes dans les programmes d'éducation pour la santé

Les programmes annuels ou pluriannuels d'actions d'éducation pour la santé doivent intégrer des actions visant plus particulièrement les personnes présentant un problème de dépendance aux produits licites ou illicites. Ces programmes doivent notamment inclure les thèmes liés à la réduction des risques de transmission des maladies infectieuses et donner des informations sur les conditions et sur l'intérêt du dépistage de ces maladies.

Pour l'élaboration du programme d'éducation pour la santé, il est fortement recommandé de partir des besoins exprimés en ce domaine, par la population pénale. L'ouvrage édité par le CFES constitue un guide méthodologique appréciable en la matière.

Les personnels sanitaires veillent à ce que ces différentes mesures soient connues des personnes détenues et des personnels pénitentiaires, et appliquées dans le cadre du programme de prévention prévu à l'article R 711-14 du code de santé publique.

4. Favoriser les aménagements de peine au profit des personnes présentant une dépendance aux produits psychoactifs ou ayant une consommation abusive

Les mesures d'aménagement de peine sont particulièrement pertinentes pour les personnes ayant un problème de consommation abusive ou de dépendance. Elles permettent à l'autorité judiciaire d'individualiser le régime d'exécution de la peine en fonction des besoins de la personne condamnée et de son parcours pénal. De ce fait, elles dynamisent les parcours individuels en fixant un rendez-vous judiciaire au condamné détenu. Elles préparent également son retour à la liberté dans un cadre structuré.

Le développement de ces mesures au profit des personnes dépendantes incarcérées constitue une orientation forte du plan triennal 1999-2001 du gouvernement de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances et de la circulaire du garde des Sceaux du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies.

Les cadres juridiques sont nombreux : semi-liberté, placement à l'extérieur individuel ou collectif, placement sous surveillance électronique, libération conditionnelle. Les permissions de sortir constituent généralement des étapes décisives dans la préparation de ces projets. En fonction des situations individuelles, une suspension ou un fractionnement de la peine d'emprisonnement peut également être envisagé.

Les obligations susceptibles d'être prononcées à l'égard de la personne condamnée sont variées. Parmi celles-ci, l'obligation de soins dont peuvent être assorties certaines mesures constitue un levier utile pour conforter la personne condamnée dans sa démarche de soins.

Les services doivent se concerter afin qu'un cadre cohérent et adapté à la prise en charge soit proposé à la personne condamnée. Afin d'élaborer avec les personnes détenues les projets les plus adaptés, ils veillent à mettre en place des partenariats diversifiés.

Dans le cadre des orientations générales données par le juge de l'application des peines, un travailleur social du SPIP examine systématiquement et régulièrement, avec l'intéressé, les modalités de déroulement de sa condamnation au regard des aménagements de peine pouvant être proposés. Il assiste la personne détenue dans l'élaboration de sa demande et de son projet et assure les relais nécessaires en vue de préparer avec l'intéressé le projet le plus adapté sur le plan socio-sanitaire et judiciaire. Avec l'accord de l'intéressé, il prend attache, en lien avec les services sanitaires de l'établissement, auprès du centre spécialisé afin que ce dernier effectue un bilan de la situation socio-sanitaire de la personne.

Le centre spécialisé peut, soit assurer lui-même la prise en charge médico-sociale prévue dans le cadre de la mesure judiciaire, soit jouer un rôle d'interface avec les différentes structures qui seront amenées à le faire. Avec l'accord de l'intéressé, le centre spécialisé informe le SPIP des démarches engagées.

Afin de prévenir les rechutes, le travailleur social du SPIP prépare avec l'intéressé les permissions de sortir. Lors d'une première permission de sortir, il s'entretient systématiquement avec l'intéressé à son retour en détention.

5. Préparer la sortie des personnes présentant une dépendance aux produits psychoactifs ou ayant une consommation abusive

Les modalités de la sortie doivent être envisagées suffisamment tôt avant la date de libération définitive prévue. Que la personne soit libérée avec ou sans suivi judiciaire, les relais nécessaires doivent être mis en place pour l'accompagnement sanitaire et social à la sortie (hébergement, soins, protection sociale) et pour la réinsertion sociale et professionnelle. Pour les personnes dont la sortie n'a pu être anticipée (les prévenus notamment), un support d'information sur les relais sanitaires et sociaux extérieurs doit être prévu et remis au moment de la libération. Dans la mesure du possible, le contact de l'intéressé avec sa famille et l'entourage doit être favorisé.

5.1. Au plan sanitaire

L'organisation du suivi médical après la libération doit répondre aux dispositions contenues dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Une attention particulière sera portée sur les points suivants :

- la personne dépendante doit être adressée pour son suivi médical et psychiatrique à une structure spécialisée (en addictologie ou psychiatrie) ou un médecin généraliste appartenant de préférence à un réseau, avec

lesquels un contact aura été préalablement établi. Des rencontres doivent être organisées pendant la détention pour favoriser ce relais d'autant plus qu'un certain nombre de libérations sont imprévisibles.

- afin de permettre à l'intéressé d'attendre la consultation sans rupture de médicament, une ordonnance de Subutex® ou de méthadone doit être fournie à la personne sous traitement de substitution au moment de sa sortie lorsque celle-ci est programmée. Des informations concernant les centres de soins délivrant des traitements de substitution doivent être données, tout en rappelant que les bus Méthadone de Paris et Marseille fonctionnent 7 jours sur 7.

En vue de permettre l'organisation de ce suivi, l'établissement pénitentiaire doit communiquer suffisamment tôt aux services sanitaires la liste des détenus libérables.

5.2. Au plan social

Du fait de leur compétence dans le domaine du travail social, le SPIP et les centres spécialisés intervenant dans l'établissement pénitentiaire sont amenés à collaborer dans la préparation de la sortie des personnes qu'ils suivent conjointement. Avant toute libération, ils examinent avec la personne détenue la question de son hébergement et de l'ouverture de ses droits. Les contacts de l'intéressé avec les partenaires sont organisés dans le cadre des dispositifs de préparation à la sortie ou des permissions de sortir. Afin de garantir la cohérence du projet de sortie, le centre spécialisé informe le SPIP, avec l'accord de l'intéressé, des démarches engagées.

Une attention particulière est portée sur les conditions de logement qui seront offertes à la personne détenue après sa libération. La recherche d'un hébergement répondant au plus près aux besoins de la personne sera effectuée avec elle. A cet égard, la circulaire DAS-dfse/TS2 du 14 janvier 2000 relative à la campagne budgétaire 2000 des centres d'hébergement et de réadaptation sociale intègre les personnes dépendantes sortant de prison parmi les publics désignés comme prioritaires.

Conformément au guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, les démarches concernant la délivrance de la carte d'assuré social, l'obtention d'une allocation de ressources et de la carte d'identité doivent être entreprises suffisamment tôt pendant la détention afin qu'elles puissent aboutir au moment de la sortie.

Annexe 2 à la note interministérielle du 9 août 2001 : Etat des lieux sur la situation de la prise en charge des personnes dépendantes au sein de chaque établissement pénitentiaire

Etat des lieux au sein de chaque établissement sur la situation de la prise en charge des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites et illicites ou ayant une consommation abusive

L'état des lieux doit permettre d'identifier les besoins et de définir les pistes d'amélioration.

Ce document est un canevas qui est proposé en support à la réflexion du « groupe projet ».

Son utilisation est soumise à l'appréciation des services intervenant dans l'établissement pénitentiaire.

C'est à partir de ces critères que les administrations centrales en lien avec les services déconcentrés travailleront sur l'élaboration d'une grille de rapport d'activité.

FICHE 1 :
Caractéristiques de la population pénale de l'établissement

A remplir par les services pénitentiaires
(données disponibles sur la statistique trimestrielle de la population détenue et sur le FND)

Module I : Informations générales sur la population pénale							
catégories pénales	Présents au 1er janvier <i>n-1</i> I (1)	Présents au 1er janvier <i>n</i> (2)	Population moyenne [(1)+(2)]/2				
Prévenus							
Condamnés							
Total							
catégories pénales	Entrées au cours de l'année <i>n</i>	Sorties au cours de l'année <i>n</i>	Durée moyenne	état de liberté (2)			total entrants (1)+(2)
	transferts (1)			transferts (3)	autres (4)	total sortants (3)+(4)	de la détention dans l'EP* (en mois)
Prévenus							
Condamnés							
Total							
* cette durée peut être estimée en appliquant la formule suivante : durée=(population moyenne)/(total entrants)*12 en mois							

Module II : Informations sur les caractéristiques pénales de la population détenue au 1er janvier n

Situation au 1er janvier n

Infractions principales	Prévenus	condamnés
Crime de sang		
Viol et autres agressions sexuelles		
Violences « volontaires »		
Violences involontaires		
autres infractions contre les personnes		
Infraction à la législation sur les stupéfiants		
Vol qualifié		
Vol simple		
Autres infractions contre les biens		
Autres		
Total		

Situation des condamnés au 1er janvier n

Peine en cours	effectifs
<i>Procédures correctionnelles</i>	
moins d'un an	
de 1 à 3 an	
de 3 à 5 ans	
5 ans et plus	
<i>Procédures criminelles</i>	
de 5 à 10 ans	
de 10 à 20 ans	
de 20 à 30 ans	
RCP	
Total	

Module III : Informations sur les caractéristiques démographiques de la population détenue au 1er janvier n		
caractéristiques socio-démographiques	Prévenus	Condamnés
âges		
moins de 18 ans		
18-24 ans		
25- 29 ans		
30-39 ans		
40 ans et plus		
total		
sexe		
femmes		
hommes		
total		
nationalité		
français		
étrangers		
total		

Module IV : Origine géographique de la population détenue
Indications :

FICHE 2 :**Identification des besoins sanitaires chez les personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites et illicites ou ayant une consommation abusive**

A remplir par les services sanitaires de l'établissement

Module I : Estimation de la prévalence Personnes consommant des produits psychoactifs	
1- <i>Quel est le pourcentage de fumeurs parmi les personnes incarcérées ?</i>	Entre 10 et 20 cigarettes par jour
	Plus de 20 cigarettes par jour
2 - <i>Quel est le pourcentage d'alcoolodépendants parmi les personnes incarcérées ?</i>	Régulière (≥ 5 verres par jour) :
	Discontinue (≥ 5 verres consécutifs au moins une fois par mois) :
3 – <i>Quel est le pourcentage de personnes ayant une consommation prolongée et régulière parmi les personnes incarcérées ?</i>	Opiacés
	Cocaïne
	Médicaments détournés
	Autres produits psychoactifs :
4 – <i>A combien estimez-vous le pourcentage des personnes ayant développé des problèmes d'abus ou de dépendance liés à plusieurs produits psychoactifs ?</i>	
5 - <i>A combien estimez-vous le pourcentage de personnes ayant des pratiques ou comportements à risque (partage de matériel d'injection, rapports sexuels non protégés, ...). ?</i>	

Module II : Estimation du problème de consommation à travers des demandes spontanées exprimées par les personnes concernées pendant la période de détention	
Personnes déclarant des problèmes de consommation aux substances licites et/ou illicites nécessitant une prise en charge	
1- <i>Quel est le pourcentage de fumeurs ayant exprimé le souhait d'arrêter de fumer ou ayant essayé d'arrêter le tabac sans succès ?</i>	
2 - <i>Quel est le pourcentage d'alcoolodépendants ayant spontanément fait une demande de traitement ?</i>	
3 - <i>Quel est le pourcentage de personnes ayant fait une demande spontanée de prise en charge à d'autres produits psychoactifs ?</i>	Produit principal de prise en charge :
	Opiacés
	Cocaïne
	Médicaments détournés
	Autres produits psychoactifs

Module III : Estimation des besoins de prise en charge par les services sanitaires	
Personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive nécessitant une prise en charge sanitaire	
<i>1 - Selon vous, quel est le pourcentage de fumeurs ayant besoin d'un traitement spécifique ?</i>	
<i>2 - Selon vous, quelle est la proportion de personnes ayant un problème de consommation lié à l'alcool qui nécessiteraient une prise en charge ?</i>	
<i>3 - Selon vous, quelle est la proportion de personnes ayant un problème de consommation lié aux autres produits psychoactifs qui nécessiteraient une prise en charge ?</i>	Produit principal de prise en charge :
	Opiacés
	Cocaïne
	Médicaments détournés
	Autres produits psychoactifs

Module IV : Prestations sanitaires et psychosociales (idéalement) nécessaires	
Estimation de la disponibilité et de l'accessibilité	
<i>1a - Est-il possible de suivre un traitement de sevrage à la nicotine dans l'établissement pénitentiaire dans lequel vous intervenez ? Si oui,</i> <i>1b - Combien de personnes y ont-elles accès ?</i> <i>1c - Par quel(s) service(s) ?</i>	
<i>2a - Est-il possible de suivre un traitement médicamenteux dans un but de sevrage à l'alcool ? Si oui,</i> <i>2b - Combien de personnes y ont-elles accès ?</i> <i>2c - Par quel(s) service(s) ?</i>	
<i>3a - Est-il possible de suivre un traitement de sevrage ? Si oui,</i> <i>3b - Combien de personnes y ont-elles accès ?</i> <i>3c - Par quel(s) service(s) ?</i>	Aux opiacés
	Aux autres produits psychoactifs
<i>4a - Est-il possible de suivre un traitement de substitution aux opiacés pendant l'incarcération ? Si oui,</i> <i>4b - Combien de personnes y ont-elles accès ?</i> <i>4c - Par quel(s) service(s) ?</i>	Méthadone
	Subutex®
<i>5a - Est-il possible d'accéder à une prise en charge psychosociale ? Si oui,</i> <i>5b - Combien de personnes y ont-elles accès ?</i> <i>5c - Par quel(s) service(s) ?</i>	
<i>6 - Est-il possible de bénéficier d'une consultation spécialisée ?</i>	Précisez :
<i>7a - Si d'autres modalités de prise en charge sont disponibles, lesquelles ?</i> <i>7b - Par quel(s) service(s) ?</i>	Précisez :

FICHE 3 :**Identification des besoins sociaux et professionnels chez les personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites et illicites ou ayant une consommation abusive**

A remplir par le SPIP en concertation avec l'ensemble des services. Ceux-ci sont amenés à échanger sur les points suivants afin de parvenir à une analyse de la situation. L'objectif est d'affiner au fur et à mesure les données pour mieux identifier les besoins dans le champ social et professionnel.

Module I : Caractéristiques socioprofessionnelles avant l'incarcération des personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive	
<i>1 - Quelle est la proportion de personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive se déclarant sans domicile ou avec un domicile précaire avant l'incarcération?</i>	
<i>2 - Quelle est la proportion de personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive se déclarant sans activité professionnelle avant l'incarcération ?</i>	
<i>3a - Quelle est la proportion de personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive déclarant ne disposer d'aucune ressource avant l'incarcération ?</i>	
<i>3b- Quelle est la proportion de personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive déclarant les prestations sociales comme étant leur principale source de revenu avant l'incarcération ?</i>	Chômage
	RMI
	Pension retraite
	Allocation Adultes Handicapés (AAH)
	Allocation Parent Isolé (API)
	Autres
<i>5 - Quelle est la proportion de personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive se déclarant seules (sans entourage familial, amis ou proches) avant l'incarcération ?</i>	
<i>6 – Parmi les personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive, quelle est la proportion d'étrangers en situation irrégulière ?</i>	

Module II : Parcours en détention des personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive	
<i>1 – Selon vous, quelle est la proportion de personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive sans aucune activité (ni socioculturelle, ni sportive, ni professionnelle) en détention ?</i>	
<i>2 – Parmi ceux qui ont une activité socioprofessionnelle en détention, quelle est la proportion des personnes participant à ?</i>	Une activité professionnelle (travail)
	Une formation professionnelle
	Un enseignement
<i>3 – Selon vous, quelles sont les activités à développer en détention en direction des personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive ?</i>	

Module III : Aménagement de peine et préparation à la sortie pour les personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive	
<i>1 – Dans quelle mesure et par quelles modalités les aménagements de peine en faveur des personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive peuvent-ils être développés ?</i>	
<i>2 – Selon vous, existe-t-il au moment la sortie des difficultés pour l'ouverture de droits sociaux ou l'immatriculation à la sécurité sociale des personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive ? Si oui, lesquelles ?</i>	
<i>3 – Selon vous, quels sont les besoins en hébergement pour les personnes présentant une dépendance ou ayant une consommation abusive ?</i>	
<i>4 – Selon vous, quels sont les besoins de prise en charge à la sortie ?</i>	

FICHE 4 :

Identification des besoins à satisfaire des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites et illicites ou ayant une consommation abusive

A remplir par le « groupe projet »,
à la lecture des informations recensées dans cet état des lieux

Annexe 3 à la note interministérielle du 9 août 2001 : Modèle de protocole pour l'amélioration de la prise en charge.

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

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 alcoolodépendantes. 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 œuvre 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 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 œuvre (description des activités, profil des participants...)
- désigner le service et les personnes responsables

* Autres prises en charge

- décrire les modalités de mise en œuvre (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 œuvre
- 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 spécialisée 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 4 : GRILLE MINI-GRADE

ENTRETIEN SUR L'ABUS ET LA DÉPENDANCE AUX SUBSTANCES (MINIGRADE version classique)

Cet entretien, issu d'entretiens diagnostiques validés, permet d'investiguer les troubles liés à l'usage des substances («drogues» de rue, médicaments détournés, alcool).

Il a pour but d'investiguer de façon systématique l'abus et la dépendance :

- A – à l'alcool
- B – aux opiacés
- C – à la cocaïne et au crack
- D – aux amphétamines et à l'ecstasy
- E – aux benzodiazépines et autres tranquillisants
- F – au cannabis et dérivés
- G – aux autres substances

Chacune de ces sections est composée de 3 parties :

1 – *Question d'entrée sur l'existence ou non d'une consommation de la substance concernée.*

Réponse «non» : les questions suivantes ne sont pas posées et un « saut de page » permet d'aller directement à la substance suivante ➡.

Réponse «oui» : les questions suivantes doivent être posées.

2 – *Questions concernant les critères de dépendance à une substance.*

Si le patient répond «oui» à au moins 3 de ces substances, il existe une dépendance.

Dépendance «oui» : passage à la substance suivante ➡.

Dépendance «non» : investigation de l'abus

3 – *Questions concernant l'abus.*

Les diagnostics d'abus et de dépendances s'excluent. Si un patient est dépendant, l'abus n'est pas investigué.

S'il est usager non dépendant, un seul «oui» aux questions concernant l'abus permet de porter le diagnostic d'abus.

Une main : ➡ indique les sauts de page.

L'objectif de cet entretien systématique est :

- De différencier des modes d'usages pathologiques (abus et dépendance) qui ne relèvent pas du même type de prise en charge.
- D'investiguer systématiquement la consommation de substances, moins bien connues que les opiacés (héroïne, morphine...), en particulier les psychostimulants, dont le traitement est moins bien codifié, mais qui doivent être prises en compte pour le devenir à long terme du patient (projet de sortie...).
- De permettre un repérage rapide par du personnel médical ou paramédical des personnes nécessitant des soins urgents en début d'incarcération (substitution opiacée, sevrage alcool, sevrage benzodiazépines...).
- D'améliorer à terme la prise en compte de l'abus et de la dépendance aux substances qui constituent des facteurs de risque de récurrence d'actes délictueux ou de troubles du comportement.

Le temps de passation, pour un investigateur entraîné varie de 1 à 2 min (patient abstiné) à 15 min (polytoxicomane) avec une moyenne de 7 min dans une population d'usagers de substances.

Les questions peuvent être reformulées, à condition que le sens de la question soit conservé (chacune des questions investigue un critère diagnostique de l'abus ou de la dépendance).

Une « carte des substances » est proposée en fin de document.

Vos suggestions sont les bienvenues pour l'amélioration formelle du questionnaire. Une place est réservée à vos commentaires, à la fin.

A - PROBLEMES LIES A UNE CONSOMMATION D'ALCOOL

A 1	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé à plus de 3 reprises (repas, fêtes, réunions ...) de boire plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de trois verres d'alcool fort) (cf. carte des substances).	NON	OUI
A 2			
a	Avez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI
b	Lorsque vous buvez moins, vos mains tremblent-elles, transpirez-vous, vous sentez-vous agité(e) ou vous arrive-t-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes, ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ?	NON	OUI
c	Lorsque vous buvez, vous arrive-t-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ?	NON	OUI
d	Avez-vous essayé de réduire votre consommation ou de ne plus boire, sans y parvenir ?	NON	OUI
e	Les jours où vous buvez, passez-vous plus de deux heures par jour à vous procurer de l'alcool, à boire et à vous remettre des effets de l'alcool ?	NON	OUI
f	Avez-vous réduit vos activités quotidiennes (loisirs, travail) parce que vous buvez ?	NON	OUI
g	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes de santé ?	NON	OUI

Y A T-IL AU MOINS 3 OUI EN J 2 ?

NON	OUI
DEPENDANCE A L'ALCOOL	

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE A L'ALCOOL ?
Si non poursuivre en A3

NON	OUI
-----	-----

A 3	Au cours des 12 derniers mois		
a	Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou avec la « gueule de bois » alors que vous aviez des choses à faire au travail (ou à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes (NE COTER OUI QUE SI CELA A POSE DES PROBLEMES)	NON	OUI
b	Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué (conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux ...) ?	NON	OUI
c	Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu (interpellation, arrestation ...) ?	NON	OUI
d	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre entourage ou d'autres personnes ?	NON	OUI

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN A-3 ?

NON	OUI
ABUS D'ALCOOL	

➡ ALLER A LA FIN DE LA SECTION ET ENTOURER **NON** DANS LA(LES) CASE(S)
DIAGNOSTIQUEE(S)

B - PROBLEMES LIES A LA CONSOMMATION D'OPIACES

Recevez-vous un traitement de substitution : OUI NON Lequel : Posologie :

B-1	Au cours des 12 derniers mois avez vous consommé de l'héroïne, du Subutex®, du Skénan®, ou d'autres opiacés, dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ? (au-delà des doses prescrites, ou autrement qu'en prise sublinguale, si vous recevez un traitement de substitution). Cf. carte des substances. Précisez lesquels :	NON	OUI
-----	---	-----	-----

B-2 En considérant ces produits:

- | | | | |
|---|---|-----|-----|
| a | Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ? | NON | OUI |
| b | Lorsque vous en prenez moins, avez-vous des symptômes de sevrage (par ex : douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ou vous arrive-t-il de prendre cette(ces) drogue(s) pour éviter d'être malade (symptômes de sevrage) ou pour vous sentir mieux ? | NON | OUI |
| c | Vous arrive-t-il souvent, lorsque vous commencez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ? | NON | OUI |
| d | Avez-vous essayé de réduire votre consommation ou d'arrêter, sans y parvenir ? | NON | OUI |
| e | Les jours où vous prenez cette(ces) drogue(s), passez-vous plus de deux heures par jour à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses(leurs) effet(s) ou a y penser ? | NON | OUI |
| f | Avez-vous réduit vos activités quotidiennes (loisirs, travail, ...) à cause de cette(ces) drogue(s) ? | NON | OUI |
| g | Avez-vous continué à prendre de cette(ces) drogue(s) tout en sachant que cela entraînait pour vous des problèmes de santé ? | NON | OUI |
- Y A T-IL AU MOINS 3 OUI EN B 2 ?

NON	OUI
DEPENDANCE AUX OPIACES	

LE PATIENT PRESENTE T-IL UNE DEPENDANCE AUX OPIACES ?

NON OUI

B-3 En considérant l'héroïne, le Subutex®, le Skénan®, le Moscontin® ou les autres opiacés (reprendre le produit que le patient consomme) :

- | | | | |
|---|--|-----|-----|
| a | Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? (NE COTER OUI QUE SI CELA A POSE DES PROBLEMES) | NON | OUI |
| b | Vous arrive-t-il d'être sous l'effet de cette drogue dans une situation où cela est physiquement risqué (conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux ... ?) | NON | OUI |
| c | Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous preniez cette(ces) drogue(s) (interpellation, arrestation ...) | NON | OUI |
| d | Avez-vous continué à prendre de cette(ces) drogue(s) tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre entourage ou d'autres personnes ? | NON | OUI |

Y A T-IL AU MOINS 1 OUI EN B-3 ?

NON	OUI
ABUS D'OPIACES	

➡ ALLER A LA FIN DE LA SECTION ET ENTOURER **NON** DANS LA(LES) CASE(S) DIAGNOSTIQUEE(S)

C - PROBLEMES LIES A LA CONSOMMATION DE COCAÏNE ET DE CRACK

C 1	Au cours des 12 derniers mois avez vous consommé de la cocaïne ou du crack, dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ? (préciser « galette», « cailloux»... si le patient ne comprend pas) Précisez lesquels :	☛ NON	OUI
C 2	En considérant ces produits:		
a	Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI
b	Lorsque vous en prenez moins, avez-vous des symptômes de sevrage (par ex : douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ou vous arrive-t-il de prendre cette(ces) drogue(s) pour éviter d'être malade (symptômes de sevrage) ou pour vous sentir mieux ?	NON	OUI
c	Vous arrive-il souvent, lorsque vous commencez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?	NON	OUI
d	Avez-vous essayé de réduire votre consommation ou d'arrêter, sans y parvenir ?	NON	OUI
e	Les jours où vous prenez cette(ces) drogue(s), passez-vous plus de deux heures par jour à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses(leurs) effet(s) ou à y penser ?	NON	OUI
f	Avez-vous réduit vos activités quotidiennes (loisirs, travail, ...) à cause cette(ces) drogue(s) ?	NON	OUI
g	Avez-vous continué à prendre de cette(ces) drogue(s) tout en sachant que cela entraînait pour vous des problèmes de santé ?	NON	OUI
	Y A T-IL AU MOINS 3 OUI EN C 2 ? SPECIFIER LA DROGUE	NON	OUI
	LE PATIENT PRESENTE T-IL UNE DEPENDANCE AU CRACK OU A LA COCAÏNE ?	NON	☛ OUI
C 3	En considérant le crack ou la cocaïne :		
a	Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? (NE COTER OUI QUE SI CELA A POSE DES PROBLEMES)	NON	OUI
b	Vous arrive-t-il d'être sous l'effet de cette drogue dans une situation où cela est physiquement risqué (conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux ... ?)	NON	OUI
c	Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous preniez cette(ces) drogue(s) (interpellation, arrestation ...)	NON	OUI
d	Avez-vous continué à prendre de cette(ces) drogue(s) tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre entourage ou d'autres personnes ?	NON	OUI
	Y A T-IL AU MOINS 1 OUI EN C 3 ?	NON	OUI
	☛ ALLER A LA FIN DE LA SECTION ET ENTOURER NON DANS LA(LES) CASE(S) DIAGNOSTIQUEE(S)	ABUS DE COCAÏNE OU DE CRACK	

D - PROBLEMES LIES A LA CONSOMMATION DES AMPHETAMINES OU DE L'ECSTASY

D 1	Au cours des 12 derniers mois avez vous consommé des amphétamines ou de l'ecstasy, dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ? Précisez quel(s) produit(s) :	☛ NON	OUI
-----	--	----------	-----

D 2 En considérant ce(ces) produits:

a	Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI
---	--	-----	-----

b	Lorsque vous en prenez moins, avez-vous des symptômes de sevrage (par ex : douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ou vous arrive-t-il de prendre cette(ces) drogue(s) pour éviter d'être malade (symptômes de sevrage) ou pour vous sentir mieux ?	NON	OUI
---	---	-----	-----

c	Vous arrive-t-il souvent, lorsque vous commencez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?	NON	OUI
---	--	-----	-----

d	Avez-vous essayé de réduire votre consommation ou d'arrêter, sans y parvenir ?	NON	OUI
---	--	-----	-----

e	Les jours où vous prenez de la drogue, passez-vous plus de deux heures par jour à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses(leurs) effet(s) ou a y penser ?	NON	OUI
---	---	-----	-----

f	Avez-vous réduit vos activités quotidiennes (loisirs, travail, quotidiennes) à cause de cette(ces) drogue(s) ?	NON	OUI
---	--	-----	-----

g	Avez-vous continué à prendre de cette(ces) drogue(s) tout en sachant que cela entraînait pour vous des problèmes de santé ?	NON	OUI
---	---	-----	-----

Y A T-IL AU MOINS 3 OUI EN D 2 ?

NON	OUI
DEPENDANCE AUX AMPHETAMINES OU A L'ECSTASY	

LE PATIENT PRESENTE T-IL UNE DEPENDANCE AUX AMPHETAMINES OU A L'ECSTASY ?

NON	☛ OUI
-----	----------

D 3 En considérant les amphétamines ou l'ecstasy :

a	Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? (NE COTER OUI QUE SI CELA A POSE DES PROBLEMES)	NON	OUI
---	--	-----	-----

b	Vous arrive-t-il d'être sous l'effet de cette drogue dans une situation où cela est physiquement risqué (conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux ... ?)	NON	OUI
---	---	-----	-----

c	Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous preniez de la drogue (interpellation, arrestation ...)	NON	OUI
---	---	-----	-----

d	Avez-vous continué à prendre de cette(ces) drogue(s) tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre entourage ou d'autres personnes ?	NON	OUI
---	---	-----	-----

Y A T-IL AU MOINS 1 OUI EN D 3 ?

NON	OUI
ABUS D' AMPHETAMINES OU D'ECSTASY	

☛ ALLER A LA FIN DE LA SECTION ET ENTOURER NON DANS LA(LES) CASE(S) DIAGNOSTIQUEE(S)

E - PROBLEMES LIES A LA CONSOMMATION DE BENZODIAZEPINES * (tranquillisants, hypnotiques ...) * cf liste

Recevez-vous un traitement : OUI NON Lequel :Posologie :

E 1	Au cours des 12 derniers mois avez vous consommé des benzodiazépines, dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer », au dessus des doses prescrites si vous recevez un traitement? Précisez lesquelles :	NON	OUI
-----	--	-----	-----

E 2 En considérant ces produits:

- | | | | |
|---|---|-----|-----|
| a | Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ? | NON | OUI |
| b | Lorsque vous en prenez moins, avez-vous des symptômes de sevrage (par ex : douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ou vous arrive-t-il de prendre cette(ces) drogue(s) pour éviter d'être malade (symptômes de sevrage) ou pour vous sentir mieux ? | NON | OUI |
| c | Vous arrive-il souvent, lorsque vous commencez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ? | NON | OUI |
| d | Avez-vous essayé de réduire votre consommation ou d'arrêter, sans y parvenir ? | NON | OUI |
| e | Les jours où vous prenez des benzodiazépines, passez-vous plus de deux heures par jour à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de leur(s) effet(s) ou a y penser ? | NON | OUI |
| f | Avez-vous réduit vos activités quotidiennes (loisirs, travail, ...) à cause des benzodiazépines ? | NON | OUI |
| g | Avez-vous continué à prendre de cette(ces) drogue(s) tout en sachant que cela entraînait pour vous des problèmes de santé ? | NON | OUI |

Y A T-IL AU MOINS 3 OUI EN E 2 ?

NON	OUI
DEPENDANCE AUX BENZODIAZEPINES	

LE PATIENT PRESENTE T-IL UNE DEPENDANCE AUX BENZODIAZEPINES ?

NON	OUI
-----	-----

E 3 En considérant les benzodiazépines :

- | | | | |
|---|--|-----|-----|
| a | Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? (NE COTER OUI QUE SI CELA A POSE DES PROBLEMES) | NON | OUI |
| b | Vous arrive-t-il d'être sous l'effet de cette drogue dans une situation où cela est physiquement risqué (conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux ... ?) | NON | OUI |
| c | Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous preniez des benzodiazépines (interpellation, arrestation ...) | NON | OUI |
| d | Avez-vous continué à prendre de cette(ces) drogue(s) tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre entourage ou d'autres personnes ? | NON | OUI |

Y A T-IL AU MOINS 1 OUI EN E 3 ?

NON	OUI
ABUS DE BENZODIAZEPINES	

☛ ALLER A LA FIN DE LA SECTION ET ENTOURER NON DANS LA(LES) CASE(S) DIAGNOSTIQUEE(S)

F - PROBLEMES LIES A LA CONSOMMATION DU CANNABIS

F 1	Au cours des 12 derniers mois avez vous consommé du cannabis, dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?	☛ NON	OUI
F 2	En considérant ce produit, au cours des 12 derniers mois, ou actuellement :		
a	Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI
b	Lorsque vous en prenez moins, avez-vous des symptômes de sevrage (par ex : douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ou vous arrive-t-il de prendre du cannabis pour éviter d'être malade (symptômes de sevrage) ou pour vous sentir mieux ?	NON	OUI
c	Vous arrive-il souvent, lorsque vous commencez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?	NON	OUI
d	Avez-vous essayé de réduire votre consommation ou d'arrêter, sans y parvenir ?	NON	OUI
e	Les jours où vous prenez du cannabis, passez-vous plus de deux heures par jour à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses effet ou a y penser ?	NON	OUI
f	Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) à cause de cette drogue ?	NON	OUI
g	Avez-vous continué à prendre du cannabis tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes de santé ?	NON	OUI
	Y A T-IL AU MOINS 3 OUI EN F 2 ?	NON	OUI
	LE PATIENT PRESENTE T-IL UNE DEPENDANCE AU CANNABIS ?	DEPENDANCE AU CANNABIS	
		NON	☛ OUI
F 3	En considérant le cannabis :		
a	Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? (NE COTER OUI QUE SI CELA A POSE DES PROBLEMES)	NON	OUI
b	Vous arrive-t-il d'être sous l'effet de cette drogue dans une situation où cela est physiquement risqué (conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux ... ?)	NON	OUI
c	Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous preniez cette drogue (interpellation, arrestation ...)	NON	OUI
d	Avez-vous continué à prendre de cette drogue tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre entourage ou d'autres personnes ?	NON	OUI
	Y A T-IL AU MOINS 1 OUI EN F 3 ?	NON	OUI
		ABUS DE CANNABIS	
☛ ALLER A LA FIN DE LA SECTION ET ENTOURER NON DANS LA(LES) CASE(S) DIAGNOSTIQUEE(S)			

G - PROBLEMES LIES A LA CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES

G 1	Au cours des 12 derniers mois avez vous consommé d'autres drogues que celles que nous avons déjà évoquées, dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ? (cf «Carte des substances»)	☛ NON	OUI
	Précisez lesquelles :		
G 2	En considérant ce(s) produit(s)		
a	Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI
b	Lorsque vous en prenez moins, avez-vous des symptômes de sevrage (par ex : douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ou vous arrive-t-il de prendre ces substances pour éviter d'être malade (symptômes de sevrage) ou pour vous sentir mieux ?	NON	OUI
c	Vous arrive-il souvent, lorsque vous commencez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?	NON	OUI
d	Avez-vous essayé de réduire votre consommation ou d'arrêter, sans y parvenir ?	NON	OUI
e	Les jours où vous prenez cette(ces) drogues, passez-vous plus de deux heures par jour à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses(leurs) effet(s) ou a y penser ?	NON	OUI
f	Avez-vous réduit vos activités quotidiennes (loisirs, travail, ...) à cause cette(ces) drogue(e) ?	NON	OUI
g	Avez-vous continué à prendre de cette(ces) drogue(s) tout en sachant que cela entraînait pour vous des problèmes de santé ?	NON	OUI
	Y A T-IL AU MOINS 3 OUI EN G 2 ? SPECIFIER LA DROGUE	NON OUI DEPENDANCE A	
	LE PATIENT PRESENTE T-IL UNE DEPENDANCE AUX DROGUES QUE NOUS VENONS D'EVOQUER	NON	☛ OUI
G 3	En considérant ces substances :		
a	Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? (NE COTER OUI QUE SI CELA A POSE DES PROBLEMES)	NON	OUI
b	Vous arrive-t-il d'être sous l'effet de cette(ces) drogue(s) dans une situation où cela est physiquement risqué (conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux ... ?)	NON	OUI
c	Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous preniez de la drogue (interpellation, arrestation ...)	NON	OUI
d	Avez-vous continué à prendre de cette(ces) drogue(s) tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre entourage ou d'autres personnes ?	NON	OUI
	Y A T-IL AU MOINS 1 OUI EN G 3 ? SPECIFIER LA DROGUE :	NON OUI ABUS DE	
☛ ☛ ALLER A LA FIN DE LA SECTION ET ENTOURER NON DANS LA(LES) CASE(S) DIAGNOSTIQUEE(S)			

Age :**Sexe****Temps de passation :****Prescriptions antérieures :****Benzodiazépine prescrite** OUI NON (cf. section pour posologie)**Substitution prescrite** OUI NON (cf. section pour posologie)**Prescripteur :****Diagnostics**

	DEPENDANCE	ABUS
ALCOOL		
OPIACES		
COCAINE – CRACK		
AMPHETAMINE – ECSTASY		
BENZODIAZEPINES		
CANNABIS		
AUTRES		

Remarques ou propositions :

CARTE DES SUBSTANCES

De nombreuses drogues sont retrouvées plus particulièrement «dans la rue», comme : l'héroïne, la cocaïne ou le crack (galette, caillou ...), l'ecstasy mais aussi de nombreux autres produits médicamenteux ou non, que vous trouverez dans la liste suivante.

Cette liste a pour but de vous aider si le patient évoque des produits ou des médicaments dont ne connaissez pas la classification par chapitre.

A – EQUIVALENTS ALCOOL

Alcools forts

1 cocktail =	1 verre
1 verre à liqueur, un «baby» =	1 verre
¼ bouteille =	6 verres
½ bouteille =	12 verres
¾ bouteille =	20 verres
1 litre =	24 verres

Vin

1 verre =	1 verre
1 bouteille =	6 verres
4 litres =	30 verres

Bière

1 bouteille =	1 verre
1 cannette =	1 verre

B – OPIACES

Héroïne, Morphine, Sulfates de morphine (Skénan®, Moscontin®)
 Subutex®, Méthadone®
 Spécialités à base de codéine (Néo-Codion®, Codoliprane®, Netux® ...)
 Dextropropoxyphène (Antalvic®, Di-Antalvic®)
 Darvon®, Démérol®, Dilaudid®

C – COCAINE

Cocaïne, Crack (galette, cailloux ...), «speedball»

D – AMPHETAMINES

Dinintel®, Didrex®, Ortenal®, Ritaline®, Survector®, Sanorex®
 Benzedrine®, Biphétamine®
 Cylert®, Desoxyn®, Dexamyl®, Dexedrine®
 Dextroamphétamine®, Eskatrol®, Fastin®, Ionamin®
 Mazanor®, Méthamphétamine®, Methedrine®, Ortenal®, Obredrin-LA®
 Plegine®, Pondomin®, Preludin®, Tenuate®, Tepanil®, Voranil®.

E – BENZODIAZEPINES, HYPNOTIQUES

Lexomil®, Lysanxia®, Tranxène®, Valium®, Xanax®, Librium®, Halcion®, Imovane®, Stilnox®, Rohypnol®, Hypnovel®, Anxyrex®, Bromazépam®, Equitam®, Nordaz®, Novazam®, Quiétiline®, Séresta®, Témesta®, Urbanyl®, Vératran®, Victan®, Havlane®, Mogadon®, Normison®, Nuctalon®, Noctirex®.

F – CANNABIS

Marijuana, haschich, THC, shit...

G – AUTRES SUBSTANCES

HALLUCINOGENES

LSD, Mescaline, PCP (poudre d'ange)
 Psilocybine, Psilocyne
 Peyotl, Kétamine, MDMA (Love drug)
 DET, DMT, DPT, DOB (golden eagle) PCB, CZB, GHB (gamma OH)
 Médicaments : Artane®

AUTRES

Poppers, Anesthésiques, Halotane, liquides nettoyants
 typex, dégraissants, fréon, essence, « colle », peinture, laque
 liquide éclaircissant, désodorisant en bombe, oxyde nitrique
 spray aérosol, nettoyant peinture, cirage chaussure, toluène et autres solvants
 Barbituriques : Phénobarbital (Alepsal®, Aparoxal®, Gardéнал®), Primidone (Mysoline®)
 Méprobamate (Equanil®), Chloral®, Stéroïdes.

Test sur la dépendance physique, dit « Test de Fagerström »

1. Le matin, combien de temps après votre réveil allumez-vous votre première cigarette ?	
<input type="checkbox"/> Dans les cinq minutes	3
<input type="checkbox"/> Entre 6 et 30 minutes après	2
<input type="checkbox"/> Entre 31 et 60 minutes après	1
<input type="checkbox"/> Après 1 heure ou plus	0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	
<input type="checkbox"/> Oui	1
<input type="checkbox"/> Non	0
3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?	
<input type="checkbox"/> La première de la journée	1
<input type="checkbox"/> Une autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	
<input type="checkbox"/> Moins de 10	0
<input type="checkbox"/> De 11 à 20	1
<input type="checkbox"/> De 21 à 30	2
<input type="checkbox"/> Plus de 30	3
Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	
<input type="checkbox"/> Oui	1
<input type="checkbox"/> Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade et alité ?	
<input type="checkbox"/> Oui	1
<input type="checkbox"/> Non	0
NB : Ce test a été validé par l'ensemble de la communauté scientifique au niveau international	

Additionnez le total des points correspondants à vos réponses :

Résultats : Si vous avez entre 0 et 2 : pas de dépendance
 Si vous avez entre 3 et 4 : dépendance faible
 Si vous avez entre 5 et 6 : dépendance moyenne
 Si vous avez entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte

Si votre score est supérieur ou égal à 5, vous aurez vraisemblablement besoin d'utiliser un traitement de substitution nicotinique (timbre ou gomme à mâcher).

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX DDASS

	<p>Destinataires : Directions départementales des affaires sanitaires et sociales</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">QUESTIONNAIRE</p>	<p>Le présent questionnaire vise à dresser un bilan de l'application des protocoles de prise en charge sociosanitaire des personnes détenues ayant des problèmes d'addiction (cf. note interministérielle du 9 août 2001) dans les départements dotés d'un ou plusieurs établissements pénitentiaires.</p> <p>Ce questionnaire devra être rempli par l'ensemble des directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Un retour vous sera fait d'ici le début de l'année 2004, présentant les résultats principaux de cette enquête.</p> <p>Vos réponses sont indispensables pour garantir la fiabilité des résultats nationaux. Elles seront analysées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), groupement d'intérêt public chargé du recueil, de l'analyse, de la synthèse et de la valorisation des connaissances dans le domaine des drogues et des toxicomanies.</p> <p style="text-align: center;">Merci de votre participation.</p> <p style="text-align: center;">***</p> <p style="text-align: center;">Une fois rempli, veuillez retourner le questionnaire AVANT LE LUNDI 15 SEPTEMBRE 2003 :</p> <p style="text-align: center;">1. Par courrier, à l'adresse suivante :</p> <p style="text-align: center;">OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES Pôle évaluation des politiques publiques 105, rue La Fayette 75010 PARIS Tél. : 01 53 20 16 00 Fax : 01 53 20 16 16.</p> <p style="text-align: center;">2. OU par e-mail :</p> <p style="text-align: center;">Vous pouvez télécharger le questionnaire sur le site www.drogues.gouv.fr et le renvoyer rempli sous forme électronique à l'adresse : lvobr@ofdt.fr.</p>

IDENTIFICATION

NOM ET NUMERO DU DEPARTEMENT					
PERSONNE(S) AYANT REMPLI LE QUESTIONNAIRE					
SERVICE					
FONCTION					
COORDONNEES TELEPHONIQUES					
E-MAIL					
NOMBRE D'ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES DANS LE DEPARTEMENT	1 ?	2 ?	3 ?	4 ?	>4 ?
IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS	NOM			NOMBRE DE DETENUS	
				Théorique	Réel
1)	.....			...	...
2)	.....			...	...
3)	.....			...	...
4)	.....			...	...
Autres)	.....			...	...
TYPE D'ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE (cocher)	Maison d'arrêt	Centre de détention	Maison centrale	Centre pénitentiaire	Centre de semi-liberté
	1)				
	2)				
	3)				
	4)				
Autres)					
Existence d'un quartier mineurs dans certains de ces établissements	OUI Lesquels ?			NON	
				
VISITE DU GROUPE D'APPUI NATIONAL*	OUI A quelle date ?			NON	
				
* Réunion régionale tenue au début de l'année 2003 avec la DRASS et 2 représentants de la DAP et de la DGS					

<p>1. La DDASS a-t-elle animé une <u>réunion d'information et de lancement</u> du cahier des charges (joint à la note interministérielle du 9 août 2001) servant de base à l'élaboration des protocoles de prise en charge dans au moins un établissement pénitentiaire de son ressort ?</p>	
<p>SI OUI</p>	<p>→ Date de la/des réunion(s) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>☞ Passez à la question 2</p>
<p>SI NON</p>	<p>→ Pourquoi cette réunion n'a-t-elle pu avoir lieu ? (plusieurs choix possibles)</p> <p><input type="checkbox"/> La DDASS n'a pas été suffisamment informée</p> <p><input type="checkbox"/> La question de la prise en charge sociale et sanitaire des personnes ayant des problèmes d'addiction en prison n'est pas prioritaire dans le département</p> <p><input type="checkbox"/> Par manque de disponibilité de la DDASS</p> <p><input type="checkbox"/> Par manque de disponibilité des partenaires concernés</p> <p><input type="checkbox"/> Autres priorités dans le/les établissements pénitentiaires concernés</p> <p><input type="checkbox"/> Autre raison :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>→ Echéance prévue pour l'organisation de cette/ces réunion(s) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

2. Un(e) responsable de projet par établissement a-t-il/elle été désigné(e) ?					
SI OUI	Etablissement	N°1	N°2	N°3	N°4
	A quelle date ?				
	Nom du responsable de projet				
	Son titre exact ?				
	Son service de rattachement ?				
	Autres établissements :				
	→ A quel titre ce responsable a-t-il été choisi ? (cocher – plusieurs choix possibles)				
	Etablissement	N°1	N°2	N°3	N°4
	Pour sa reconnaissance au niveau local				
	Pour sa qualité de responsable de service				
Parce qu'il s'est porté volontaire					
Pour sa disponibilité					
Parce qu'il a été désigné					
Autre raison :					
Autres établissements :					
SI NON	→ Pour quelles raisons le responsable de projet n'a-t-il pu être désigné ? (cocher – plusieurs choix possibles)				
	Etablissement N°1 N°2 N°3 N°4				
	Les addictions ne sont pas une orientation prioritaire de l'établissement				
	Absence d'une personne suffisamment reconnue				
	Dissension au sein des équipes				
	Absence de volontaire				
	Autres				
	Autres établissements :				

3. Un état des lieux des difficultés de prise en charge des détenus présentant des problèmes addictifs a-t-il été réalisé dans les établissements du département ?						
SI OUI (ou en cours de réalisation)	Etablissement	N°1	N°2	N°3	N°4	
	→ L'état des lieux par établissement a-t-il été réalisé ?					
	→ L'état des lieux est-il en cours de réalisation dans certains établissements ?					
	→ A quelle(s) date(s)?					
	→ Quels services ont participé à l'état des lieux? (Cocher - plusieurs choix possibles)					
	Etablissement	N°1	N°2	N°3	N°4	
	Direction d'établissement					
	DSPIP					
	SMPR					
	UCSA					
	CSST (le cas échéant)					
	DDASS					
	Chef de projet départemental « drogues et dépendances »					
	Procureur de la République					
	DDPJJ					
	JAP					
	CCAA					
	CHRS					
	Autres :	.....	.....	.....	.....
		
Autres établissements :						
.....						
.....						
.....						
.....						
→ A quelles difficultés pratiques les intervenants en milieu pénitentiaire se sont-ils heurtés pour faire l'état des lieux? (cocher - plusieurs choix possibles – les hiérarchiser le cas échéant)						
<input type="checkbox"/> Un manque de savoir-faire ou de méthode						
<input type="checkbox"/> L'absence de données de suivi sanitaires permettant de fonder l'état des lieux						
<input type="checkbox"/> L'absence de données de suivi de nature sociale permettant de fonder l'état des lieux						
<input type="checkbox"/> L'absence de données de suivi de nature judiciaire permettant de fonder l'état des lieux						
<input type="checkbox"/> Une difficulté à réunir tous les services concernés						
<input type="checkbox"/> Une difficulté à construire un état des lieux collectif et partagé						
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :						
.....						
.....						
→ Quels problèmes ont été pointés dans l'état des lieux, en termes de prise en charge sanitaire et sociale des détenus ayant des problèmes addictifs? (Cocher)						
Etablissement	N°1	N°2	N°3	N°4		
Difficulté de coordination entre les services						
Problème d'acceptation de la substitution en milieu carcéral						
Problème de sécurité des personnels						
Insuffisance des effectifs médicaux et para-médicaux						
Insuffisance des effectifs sociaux						
Autres :						
.....						
.....						

	Autres établissements : → A quel stade la prise en charge s'avère-t-elle particulièrement problématique ?				
	Etablissement	N°1	N°2	N°3	N°4
	au stade du repérage				
	au niveau de l'offre de soins (préciser)				
	en matière de toxicomanie				
	en matière d'usage d'alcool				
	en matière de consommation de tabac				
	au plan de la prévention des risques associés à la consommation de produits				
	à la sortie de prison				
	dans le cadre des aménagements de peine				
	autres (préciser :)				
	→ L' /les état(s) des lieux a-t-il/ont-ils déjà été transmis aux DRSP et aux DDASS pour avis ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → Précisez (le cas échéant) :				
SI NON	→ Lorsque l'état des lieux n'a pas été réalisé, expliquez pourquoi (plusieurs choix possibles) :				
	Etablissement	N°1	N°2	N°3	N°4
	L'absence d'un responsable de projet désigné				
	L'absence de données de suivi sanitaires				
	L'absence de données de suivi de nature sociale				
	L'absence de données de suivi de nature judiciaire				
	Un manque de savoir-faire ou de méthode				
	Un manque de motivation				
	Une difficulté à réunir tous les services concernés				
	Autres (préciser) :				
	Autres établissements : → Disposez-vous dans votre département d'une estimation du nombre de personnes en prison ayant des conduites addictives ? <input type="checkbox"/> OUI (préciser le chiffre) : <input type="checkbox"/> NON → Quelle est la source de cette estimation?:				

4. Un protocole a-t-il été défini et formalisé dans chaque établissement ?					
SI OUI	Etablissement	N°1	N°2	N°3	N°4
	Date de rédaction du protocole formalisé				
	Y a-t-il des cas où le protocole a été défini mais non formalisé ?				
	→ Services signataires du protocole : (Cocher)				
	Etablissement	N°1	N°2	N°3	N°4
	Direction d'établissement				
	DSPIP				
	SMPR				
	UCSA				
	CSST (le cas échéant)				
	DDASS				
	Chef de projet départemental				
	Procureur de la République				
	CCAA				
	CHRS				
Autres :	.....	.....	.....	.....
Autres établissements :					
.....					
.....					
.....					
.....					
SI NON	→ Pour quelle(s) raison(s) ?				
	1).....				
				
	2).....				
				
	3).....				
.....					
4).....					
.....					
Autres)					
.....					
.....					

5. Bilan, perspectives et appréciation de la démarche générale d'état des lieux et de protocoles					
Etablissement	N°1	N°2	N°3	N°4	
Quel est le service responsable du repérage à l'entrée ?					
Des outils spécifiques de repérage sont-ils utilisés (grille mini-grade ou autres) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Des formations à l'utilisation de la grille mini-grade ont-elles eu lieu ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Des consultations spécialisées dans le domaine de l'alcool existent-elles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Des consultations spécialisées dans le domaine de la toxicomanie existent-elles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les substituts nicotiniques sont-ils accessibles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Des cellules non-fumeurs sont-elles mises en place ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
→ A votre avis, la démarche a-t-elle permis ou va-t-elle permettre :					
Etablissement	N°1	N°2	N°3	N°4	
de mieux partager les connaissances dans le domaine de la prise en charge des addictions ?					
d'établir de <i>nouvelles</i> relations partenariales ?					
d'établir de <i>meilleures</i> relations partenariales ?					
de développer de nouvelles réponses socio-sanitaires ? Si oui, lesquelles ?					
autres ? Préciser :					
→ Des formations sur site multidisciplinaires (sanitaire et pénitentiaire) ont-elles eu lieu ?					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
→ Si aucune formation de ce type n'a été menée, pour quelle(s) raison(s) ?					
<input type="checkbox"/> Ce n'est pas nécessaire					
<input type="checkbox"/> Les crédits ne sont pas disponibles					
<input type="checkbox"/> Il n'existe pas de demande de formation					
<input type="checkbox"/> Des formations sont prévues prochainement					
<input type="checkbox"/> Autres (préciser).....					
→ Quelles propositions pourriez-vous formuler en termes d'accompagnement ?					
a) pour favoriser l'appropriation de la démarche ?					
.....					
.....					
b) pour renforcer l'aide méthodologique aux acteurs ?					
.....					
.....					
c) pour améliorer la formation des personnels ?					
.....					
.....					
d) autres					
.....					
.....					

**MERCI DU TEMPS QUE VOUS AVEZ BIEN VOULU CONSACRER
A CE QUESTIONNAIRE.**

LE CAS ECHEANT, VEUILLEZ JOINDRE :

- **LES ETATS DES LIEUX PAR ETABLISSEMENT**
- **ET LES PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE.**

ANNEXE 6 : PANORAMA DE L'ETAT D'AVANCEMENT DANS LA MISE EN OEUVRE DES PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE

Département	Etablissement pénitentiaire	Réunion de lancement	Désignation d'un responsable de projet	Etat des lieux	Protocole
Ain 01	MA de Bourg-en-Bresse	Oui	Psychologue (CSST)	réalisé	signé
Aisne 02	CP de Laon	Oui	Praticien hospitalier (UCSA)	Non	signé
	CP Château-Thierry	Non	Praticien hospitalier (UCSA)	Non	signé
Allier 03	CP Moulins-Yzeure	Non	Non	Non	Non
	MA de Moulins	Non	Non	Non	Non
	MA de Montluçon	Non	Non	Non	Non
Alpes de Haute Provence 04	MA de Digne (Villa Saint Charles)	Non	Non	réalisé	Non
Hautes Alpes 05	MA de Gap	Oui	Psychiatre (CH)	réalisé	En cours
Alpes-maritimes 06	MA de Nice	Oui	Psychiatre praticien hospitalier (SMPR-CSST géré par le CH)	En cours	Non
	MA de Grasse	Oui	Praticien hospitalier (CSST géré par le CH)	En cours	Non
Ardèche 07	MA de Privas	Oui	IDE en psychiatrie (hôpital spécialisé)	réalisé	En cours
Ardennes 08	MA de Charleville-Mézières	Pas de réponse			
Ariège 09	MA de Foix	Oui	Psychologue (CMP) intervenant à l'UCSA	En cours	En cours
Aube 10	MA de Troyes	Oui	Référent santé (SPIP)	En cours	signé
	CD de Villenaux-la-Grande		Non	Non	Non
	CP de Clairvaux		Non	Non	Non
Aude 11	MA de Carcassonne	Oui	Médecin généraliste (CH)	réalisé	En cours
Aveyron 12	MA de Rodez	Oui	Neuro-psychiatre (directeur CSST)	En cours	Non
Bouches-du-Rhône 13	CP des Baumettes	Oui	Responsable CSST	réalisé	signé
	MA d'Aix- Luynes		Responsable SPAD	En cours	Non
	CD de Salon		En cours	Non	
	MC d'Arles		Praticien hospitalier (UCSA/CH)	En cours	Non
	CD de Tarascon		Non	Non	Non
Calvados 14	CP de Caen	Oui	Praticien hospitalier (SMPR)	réalisé	Non
	MA de Caen	Oui		réalisé	Non
Cantal 15	MA d'Aurillac	Non	Non	Non	Non
Charente 16	MA d'Angoulême	Oui	Non	Non	Non
Charente maritime 17	MC de Saint Martin de Ré	Oui	Médecin (UCSA)	réalisé	signé
	MA de Rochefort-sur-mer	Oui		réalisé	Non
	MA de Saintes	Oui		réalisé	Non
	CD de Bédenac	Oui		réalisé	Non
Cher 18	MA de Bourges (le Bordiot)	Oui	Médecin (responsable UCSA)	réalisé	En cours
Corrèze 19	CD d'Uzerche	Non	Non	réalisé	Non
	MA de Tulle	Non	Non	réalisé	Non
Corse du Sud 2A	MA d'Ajaccio	Non	Psychiatre (CH)	réalisé	Non
Haute-Corse 2B	MA de Borgo CD de Casabianda	Questionnaire inexploitable Questionnaire inexploitable			
Côte d'Or 21	MA de Dijon	Oui	Cadre infirmier (SMPR)	réalisé	signé
Côtes d'Armor 22	MA de Saint Brieuc	Oui	Médecin généraliste (UCSA)	réalisé	En cours
Creuse 23	MA de Guéret	Pas de réponse			
Dordogne 24	MA de Périgueux	Oui	Psychiatre (CH)	Non	Non
	CD de Neuvic	Oui	Médecin (coordonnateur UCSA /CH)	En cours	signé
	CD de Mauzac	Oui	Psychiatre (CH spécialisé)	Non	Non
Doubs 25	MA de Besançon	Oui	Psychiatre (CHU psychiatrie)	Non	signé
	MA de Montbéliard	Oui	pas de réponse	Non	Non
Drôme 26	MA de Valence	Oui	Psychologue (ADES-CDO détaché)	réalisé	En cours
Eure 27	MA d'Evreux	Pas de réponse			
	CD du Val-de-Reuil	Pas de réponse			
Eure-et-Loire 28	CD de Châteaudun	Oui	Infirmière (UCSA / CH)	En cours	Non
	MA de Chartres	pas de réponse	pas de réponse	pas de réponse	Non
Finistère 29	MA de Brest	Oui	Médecin attaché (UCSA / CHU)	réalisé	En cours
Gard 30	MA de Nîmes	Oui	Psychiatre médecin-chef (CHU psychiatrie)	réalisé	Non
Haute-Garonne 31	CD de Muret	Oui	Médecin chef (SMPR)	Non	Non
	MA de Toulouse-Seysses	Oui		Non	Non

Annexe 6 – Panorama de l'état d'avancement dans la mise en œuvre des protocoles de prise en charge

Département	Etablissement pénitentiaire	Réunion de lancement	Désignation d'un responsable de projet	Etat des lieux	Protocole
Gers 32	Pas d'établissement	-	-	-	-
Gironde 33	MA de Gradignan	Non	Non	Non	Non
Hérault 34	MA de Villeneuve-lès-Maguelone	Oui	Psychiatre (CHU)	réalisé	En cours
	MA de Béziers	Oui	Médecin généraliste (CH)	réalisé	Non
Ille-et-Vilaine 35	CP de Rennes (femmes)	Oui	Psychiatre (SMPR)	En cours	En cours
	MA de Rennes (femmes)	Oui		En cours	En cours
	MA de Saint Malo (hommes)	Oui	Médecin (UCSA)	réalisé	En cours
Indre 36	MC de Saint Maur	Non	Non	En cours	Non
	CP de Châteauroux	Non	Non	En cours	Non
Indre-et-Loire 37	MA de Tours	Non	Non	Non	Non
Isère 38	MA de Grenoble-Varces	Oui	Psychologue (SMPR)	réalisé	Non
	CP de Saint Quentin Fallavier	Oui	Psychologue (SMPR)	En cours	Non
Jura 39	MA de Lons-le-Saunier	Non	Non	Non	Non
Landes 40	MA de Mont-de-Marsan	Oui	Psychiatre (CH)	réalisé	signé
Loir-et-Cher 41	MA de Blois	Oui	Médecin (responsable de PUCSA/ CH)	réalisé	En cours
Loire 42	MA de La Talaudière Saint Etienne	Oui	Médecin (chef de service UCSA)	réalisé	Non
Haute-Loire 43	MA du Puy en Velay	Oui	Praticien hospitalier + médecin addictologue (CH)	réalisé	signé
Loire-Atlantique 44	CP de Nantes	Oui	Psychiatre (SMPR)	réalisé	En cours
Loiret 45	MA d'Orléans	Oui	Médecin (UCSA/CH)	réalisé	Non
Lot 46	MA de Cahors	Oui	Médecin (CH)	réalisé	Non
Lot-et-Garonne 47	MA d'Agen	Oui	pas de réponse	Non	Non
	CD Eysses (travaux)	Oui	Médecin (coordinateur UCSA/CH)	En cours	Non
Lozère 48	MA de Mende	Oui	pas de réponse	réalisé	En cours
Maine-et-Loire 49	MA d'Angers	Oui	Psychiatre (CHS) + Chef de service (SPIP)	réalisé	signé
Manche 50	MA de Coutances	Pas de réponse			
	MA de Cherbourg	Pas de réponse			
Marne 51	MA de Châlons	Oui	Médecin (UCSA) + IDE (SMPR)	réalisé	signé
	MA de Reims	Oui	Médecin vacataire (UCSA) + psychologue (EPSDEM)	réalisé	signé
Haute-Marne 52	MA de Chaumont	Non	Non	Non	Non
Mayenne 53	MA de Laval	Oui	DSPIP + psychiatre (UCSA)	réalisé	signé
Meurthe-et-Moselle 54	MA de Nancy (Charles III)	Oui	Psychologue (centre psychothérapeutique)	Non	Non
	CD de Toul	Oui	pas de réponse	Non	Non
	CD d'Ecrouves	Oui	pas de réponse	Non	Non
Meuse 55	MA de Bar-le-Duc	Oui	Psychologue (CHS)	En cours	Non
	CD de Saint Mihiel	Oui	Médecin (responsable CSST/CH)	En cours	Non
	CD de Montmédy	Oui	Praticien hospitalier (CH)	Non	Non
Morbihan 56	MA de Vannes	Non	Non	Non	Non
	CP de Lorient-Ploëmeur	Non	Non	Non	Non
Moselle 57	CP de Metz	pas de réponse	pas de réponse	pas de réponse	Non
	MA de Sarreguemines	pas de réponse	pas de réponse	pas de réponse	Non
Nièvre 58	MA de Nevers	Non	Non	Non	Non
Nord 59	MA de Douai	Oui	Infirmière générale adjointe (CH)	réalisé	En cours
	MA de Dunkerque	Oui	Psychiatre (EPSM)	réalisé	Non
	MA de Loos	Oui	Psychiatre (responsable du SMPR)	réalisé	Non
	CD de Loos	Oui		réalisé	Non
	CP de Maubeuge	Oui	Médecin généraliste (CH)	réalisé	Non
	MA de Valenciennes	Oui	Psychiatre (CH)	réalisé	Non
Oise 60	MA de Beauvais	Oui	Psychiatre (CH)	réalisé	signé
	MA de Compiègne	Oui	DSPIP	réalisé	
	CD de Liancourt	Oui	Directeur des soins infirmiers (CH)	réalisé	
Orne 61	MA d'Alençon	Oui	Infirmier psychiatrique (Centre psychothérapeutique)	réalisé	signé
	CD d'Argentan	Oui	Médecin chef de secteur (Centre psychothérapeutique)	réalisé	signé
Pas-de-Calais 62	MA d'Arras	Oui	Praticien hospitalier (responsable de l'UCSA)	réalisé	signé
	CD de Bapaume	Oui	Praticien hospitalier (responsable de l'UCSA)	réalisé	signé
	MA de Béthune	Oui	Praticien hospitalier (responsable de l'UCSA)	réalisé	Non
	CP de Longuenesse	Oui	IDE psychiatrique (CH/urgences)	réalisé	signé
Puy-de-Dôme 63	MA de Riom	Non	Non	Non	Non
	CD de Riom	Non	Non	Non	Non
	MA de Clermont-Ferrand	Non	Non	Non	Non

Annexe 6 – Panorama de l'état d'avancement dans la mise en œuvre des protocoles de prise en charge

Pyrénées-Atlantiques 64	MA de Pau	Oui	Psychiatre (UCSA/CH)	Non	Non
	MA de Bayonne	Oui	Praticien hospitalier en santé publique et responsable de l'équipe d'addictologie (CSST/CH)	réalisé	En cours
Hautes-Pyrénées 65	CP de Lannemezan	Oui	Non	Non	Non
	MA de Tarbes		Praticien hospitalier psychiatre (CH)	réalisé	signé
Pyrénées orientales 66	CP de Perpignan	Oui	Chef de service (SMPR/CH)	réalisé	signé
Bas-Rhin 67	MA de Strasbourg	Oui	Cadre de santé (SMPR)	réalisé	Non
	CD d'Oermingen		pas de réponse	réalisé	Non
Haut-Rhin 68	MA de Colmar	pas de réponse	pas de réponse	réalisé	Non
	MC d'Ensisheim	pas de réponse	pas de réponse	pas de réponse	pas de réponse
Rhône 69	MA de Lyon	Oui	Médecin praticien hospitalier en santé publique (SMPR)	réalisé	En cours
	MA de Montluc (femmes)		Educatrice spécialisée (UPS)	réalisé	En cours
	MA de Villefranche-sur-Saône		Psychiatre (UCSA et CSST)	réalisé	En cours
Haute-Saône 70	MA de Vesoul	Non	Non	Non	Non
	MA de Lure	Non	Non	Non	Non
Saône et Loire 71	CP de Varennes-le-Grand	Oui	Non	Non	Non
Sarthe 72	MA du Mans	Non	Non	réalisé	Non
Savoie 73	MA de Chambéry	Oui	Coordinateur UCSA (CH)	réalisé	En cours
	CP d'Aiton		Membre UCSA (CH)	réalisé	Non
Haute-Savoie 74	MA de Bonneville	Non	Non	Non	Non
Paris 75	MA de la Santé	Oui	Psychiatre (CSST-SMPR)	réalisé	Non
Seine-maritime 76	MA de Rouen	Oui	Praticien hospitalier (SMPR)	réalisé	En cours
	MA du Havre	Oui	Praticien hospitalier (UCSA)	réalisé	En cours
Seine-et-Marne 77	MA de Melun	Oui	Interne en médecine –praticien hospitalier (CH)	réalisé	signé
	CD de Melun	Oui		réalisé	signé
	MA de Meaux	Oui	Psychiatre (CH)	réalisé	signé
Yvelines 78	MC de Poissy	Non	Non	Non	Non
	MA de Bois d'Arcy		Chef de service (SMPR)	Non	Non
	MA de Versailles		Non	Non	Non
Deux Sèvres 79	MA de Niort	Non	Psychiatre (responsable du CSST)	réalisé	En cours
Somme 80	MA d'Amiens	Oui	Chef de service (SMPR)	En cours	Non
Tarn 81	MA d'Albi	Oui	Médecin (UCSA/CHG)	réalisé	signé
	CD de Saint-Sulpice		Psychologue (UCSA/CH) + Directeur du CD	réalisé	signé
Tarn et Garonne 82	MA de Montauban	Oui	Médecin praticien hospitalier (UCSA/CH)	réalisé	signé
Var 83	MA de Toulon	Oui	Psychiatre vacataire	réalisé	signé
	CP de Draguignan	Oui	Praticien hospitalier (responsable de l'UCSA)	réalisé	Non
Vaucluse 84	CP d'Avignon-le Pontet	Non	Praticien hospitalier (psychiatrie de secteur)	réalisé	En cours
Vendée 85	MA de la Roche sur Yon	Oui	Médecin (CSST)	En cours	Non
	MA de Fontenay le Comte	Non	Non	Non	Non
Vienne 86	MA de Poitiers	Non	Non	Non	Non
Haute-Vienne 87	MA de Limoges	Non	Non	En cours	Non
Vosges 88	MA d'Epinal	Non	Non	Non	Non
Yonne 89	CD de Joux-la-ville	Non	Non	Non	En cours
	MA d'Auxerre	Non	Non	réalisé	En cours
Territoire de Belfort 90	MA de Belfort	Oui	IDE (UCSA)	réalisé	En cours
Essonne 91	MA de Fleury-Mérogis	Oui	Médecin-chef (SMPR)	réalisé	En cours
Hauts-de-Seine 92	MA de Nanterre	Oui	Praticien hospitalier (UCSA)	En cours	Non
Seine-Saint-Denis 93	MA de Villepinte	Oui	Médecin (responsable de l'UCSA)	réalisé	Non
Val-de-Marne 94	MA de Fresnes	Oui	Chef de service (SMPR/CH)	réalisé	signé
Val d'Oise 95	MA d'Osny	Non	Non	Non	Non
Guadeloupe 971	MA de Basse-Terre	Pas de réponse			
	CP de Baie Mahault	Pas de réponse			
Martinique 972	CP de Ducos	Oui	Psychologue (SMPR)	réalisé	Non
Guyane 973	CP de Rémire-Montjoly	Non	Non	En cours	En cours
Réunion 974	MA de Saint-Denis	Oui	Médecin addictologue (CHD)	réalisé	signé
	CP du Port		Psychiatre (SMPR)	réalisé	
	MA de Saint-Pierre			réalisé	
TOTAL DEPARTEMENTS	92	66	67	69	48
TOTAL ETABLISSEMENTS	157	115	108	86 + 23 en cours	36 + 30 en cours
En % d'établissements		73,2	68,8	69,4	42,0

ERRATUM

Les informations relatives à l'avancement de la démarche au sein de la Maison d'arrêt de Bois d'Arcy (78) rapportées par la DDASS sont erronées : contrairement à ce qui est indiqué dans le tableau qui précède, un état des lieux a été opéré et un protocole a été dûment signé, sous l'égide du coordonnateur du projet - chef de service du SMPR/CSST.

À l'inverse, la DRSP de Rennes a signalé qu'aucun état des lieux n'avait pu être établi à la Maison d'arrêt du Mans (72), contrairement à ce qui est indiqué dans ce tableau, les étapes préalables de présentation du projet et de désignation du référent n'ayant pas été amorcées. Il en va de même dans l'Orne (61), s'agissant des maison d'arrêt d'Alençon et du centre de détention d'Argentan, où les protocoles n'étaient pas signés à la date de l'enquête, celui d'Argentan ayant été invalidé par la DRSP et celui d'Alençon ayant été jugé non conforme à la commande institutionnelle.

OFTD

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3 avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél : 33 (0) 1 41 62 77 16
Fax : 33 (0) 1 41 62 77 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

Citation recommandée

OBRADOVIC (I.), *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*, 2003, Saint-Denis, OFDT, 2004, 99 p.

Mise en place à la demande des pouvoirs publics (MILDT, Ministère de la Santé, Ministère de la Justice), l'enquête sur la prise en charge des addictions en prison a permis de réaliser un premier bilan de l'application de la note interministérielle du 9 août 2001, deux ans après son lancement. Cette circulaire invitait les services pénitentiaires et sanitaires à examiner les besoins de soins au sein de leur établissement et à définir une organisation des services (résumée dans un « protocole de prise en charge des détenus présentant un problème d'abus ou de dépendance ») permettant d'y répondre de façon satisfaisante.

L'exploitation des questionnaires renvoyés par les DDASS de métropole et des départements d'outre-mer, responsables du lancement de la démarche dans les établissements pénitentiaires de leur ressort, fait apparaître une situation contrastée, tant du point de vue de l'avancement des états des lieux et des protocoles, que dans l'offre de soins elle-même (en matière de substitution aux opiacés, d'alcoolodépendance ou de sevrage tabagique).

Ainsi cette enquête est-elle l'occasion de pointer quelques tendances quant aux carences et aux disparités du dispositif de soins, en soulignant les difficultés de mise en œuvre d'une politique adaptée aux personnes détenues, tout au long de l'incarcération et à leur sortie.