



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2011 –

**« GARANTIR LA CONTINUITÉ DES SOINS À LA
SORTIE DE PRISON »**

L'EXEMPLE DE LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

– Groupe n° 19 –

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| – B. Sabrina (IASS) | – MONCERET Fabrice (D3S) |
| – B. Caroline (D3S) | – PARRA Bruno (DS) |
| – FRIZON Caroline (IASS) | – PONTON Cédric (D3S) |
| – KIREMIDJIAN Thierry (D3S) | – VALLA Julie (EDH) |
| – MEYER Elisabeth (EDH) | – WIEGANDT Axel (MISP) |

Animateur/trice(s)

BARBIER Christine

DUPONT Xavier

Sommaire

Introduction	7
I. La préparation de la sortie tout au long de l’incarcération : un préalable incontournable pour réduire le risque de rupture de prise en charge après la détention	12
A. L’impact direct de la prise en charge médicale dès l’entrée en détention	12
1. L’organisation des services de santé en détention.	12
2. Les modalités de la prise en charge de l’addiction en détention.....	14
B. L’ouverture des droits sociaux du détenu, condition de sa protection sociale pendant comme après la détention	16
1. L’accès aux droits sociaux pendant la détention, un droit de toute personne détenue.	16
2. Les risques de rupture de droits après la libération par suite de problèmes liés aux démarches de protection sociale entreprises pendant la détention.....	17
C. L’anticipation de la sortie de détention est un élément clé de la continuité des soins	19
1. L’incidence des modalités d’exécution de la peine sur la continuité des soins	19
2. Le manque de coordination des acteurs pénalise le détenu dans la préparation de sa sortie.	20
II. La sortie de détention de la personne en proie à un problème d’addiction : un passage de relais délicat entre les acteurs de la justice, de la santé et du social	23
A. La continuité de la couverture sociale, préalable essentiel à la continuité de la prise en charge sanitaire à l’extérieur	23
1. Les difficultés liées au maintien temporaire des droits.....	23
2. La question particulière des ruptures de droits pendant une peine en milieu libre : le cas des aménagements de peine.....	25
B. La continuité du soin après la sortie : une prise en charge éclatée oscillant entre solutions spécifiques et solutions de droit commun	26

1.	L'offre de soins proposée à la sortie.	26
2.	La nécessité d'une prise en charge multidimensionnelle.	28
C.	La réinsertion sociale comme condition de la continuité et de l'efficacité des soins.	28
1.	Un relais difficile à établir entre le milieu carcéral, les établissements de soin et la « vie normale », que les acteurs sociaux cherchent à faciliter.	29
2.	Des structures d'hébergement et de réinsertion partagées entre solutions de droit commun et dispositifs plus spécialisés	30
	Conclusion	33
	Bibliographie.....	35
	Liste des annexes.....	I
	ANNEXE 1 L'organisation générale de l'administration pénitentiaire.....	II
	ANNEXE 2 : Organisation de travail	III
	ANNEXE 3 : Programmation des entretiens	IV
	ANNEXE 4 Grilles d'entretien.....	V

Remerciements

Nous tenons d'abord à remercier nos animateurs **Mme BARBIER Christine**, médecin inspecteur à la Direction Générale de la Santé et **M. DUPONT Xavier**, Secrétaire général auprès du contrôleur général des lieux de privation de liberté, pour leur accompagnement et leur éclairage sur le sujet.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des personnes que nous avons rencontré dans le cadre de ce module interprofessionnel, pour leur disponibilité :

- Monsieur **BES François** – Coordinateur régional à l'OIP
- Docteurs **BERNARD et MARIT-CAILLE Annie** – Responsable UCSA, Rennes
- Madame **BOUILLE-AMBROSINI Isabelle** : Direction de la Sécurité Sociale
- Monsieur **BOURDARET Patrice** – Directeur Adjoint Centre Pénitentiaire Rennes-Vézin
- Docteur **CHAIX Catherine** – Médecin psychiatre SMPR, Unité fonctionnelle d'addictologie – CH Marchant, Toulouse
- Madame **CRETONOT Marie** – Chargé de mission OIP
- Docteur **DE GALARD DOMINIQUE** – Conseiller santé DAP
- Madame **DONZEL Anne** – Chef de bureau des politiques sociales et d'insertion DAP
- Monsieur **FOURNIER Philippe** - Directeur du SPIP, Rennes
- Madame **HAJMAN Elsa** - Chargée de mission jeune, justice, prostitution FNARS
- Monsieur **HOUETTE Alain** – Educateur UFA - CH Marchant, Toulouse
- Docteur **JOSEPH Olivier** - Référent détenu santé ARS Bretagne
- Docteur **LAURENCIN Gérard** – Responsable SMPR, Toulouse
- Monsieur **LE GAL Gérard** – Usager
- Madame **MARICEL** – Chef de service de l'Unité sortants de prison Mas Thibert Arles
- Docteur **MEROUEH Fadi** – Chef de Service – UCSA, Villeneuve les Maguelone

- Madame **NEVERS Aurore** – Psychologue, UFA - CH Marchant, Toulouse
- Madame **PHARAMOND** – Référent hébergement, logement, détention – CHRS Jean Polidori, Aix en Provence
- Docteur **PETON-KLEIN Dominique** – Directrice de projet Ministère de la Santé
- Madame **PARROT Laurence** – Directrice du Centre L'Escale, Rennes
- Docteur **PAULET Catherine** – Médecin chef du SMPR Baumettes, Marseille
- Monsieur **PEZ Bruno** – Directeur adjoint CHRS ADSAO, Rennes
- Madame **RAYNAUD** – Référent prison Centre L'Envol, Rennes
- Madame **RIZO Cécile** – Assistante sociale, UFA - CH Marchant, Toulouse
- Docteur **SERRE Patrick** – Président de l'APSEP et Responsable de l'UCSA au Mans.
- Madame **TARLEVE Emma** – Association ANITEA

Enfin, nous remercions les responsables du module interprofessionnel pour leur travail, notamment en matière d'organisation et de logistique, nous ayant permis ainsi de travailler dans de bonnes conditions.

Liste des sigles utilisés

ACT :	Appartement de coordination thérapeutique
ALD :	Affection longue durée
ALFADI :	Association logement et familles en difficulté
ANITEA :	Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie
APSEP :	Association des praticiens exerçant en prison
ARS :	Agence régionale de santé
ASPMP :	Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire
CCAA :	Centre de cure ambulatoire en addictologie
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CHU :	Centre hospitalo-universitaire
CHRS :	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CMP :	Centre médico-psychologique
COSRAA :	Coordination soin recherche en alcoologie et en addictologie
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CSAPA :	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST :	Centre de Soin spécialisé en toxicomanie
DAP :	Direction de l'administration pénitentiaire
DDCS :	Direction départementale de la cohésion sociale
DSP :	Directeur de la santé publique
DSS :	Direction de la sécurité sociale
FNARS :	Fédération nationale des associations de réinsertion sociale
JAP :	Juge d'application des peines
MILDT :	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OIP :	Observatoire international des prisons
SMPR :	Service médico-psychologique régional
SPIP :	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
UCSA :	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UHSA :	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI :	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
UPS :	Unités de préparation à la sortie
USSR :	Unité de soins de suite et de réadaptation

Méthodologie de travail

Dans le cadre du module interprofessionnel, se déroulant du 2 au 20 mai 2011, 10 personnes ont travaillé sur le thème n°19 « Garantir la continuité des soins à la sortie de prison » sous la coordination de deux animateurs : Madame Christine Barbier, médecin inspecteur de santé publique au Bureau MC1 Santé des populations de la Direction Générale de la Santé et Monsieur Xavier Dupont, administrateur civil et secrétaire général du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Ainsi, 4 élèves directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, 2 élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, 2 élèves directeurs d'hôpital, 1 élève directeur de soins et 1 élève médecin inspecteur de santé publique ont participé à la réalisation du présent mémoire.

Délimitation du sujet :

Compte tenu du délai imparti et après plusieurs échanges au sein du groupe, il nous est apparu nécessaire de circonscrire notre sujet en ciblant plus particulièrement une population concernée par la problématique et un type de prise en charge.

Une réflexion a ainsi été engagée s'agissant du public inclus dans le champ de l'étude et il a été décidé de ne retenir que les personnes majeures, excluant de ce fait les personnes mineures pour plusieurs raisons. Tout d'abord, un autre sujet intitulé « *Santé mentale et prise en charge des mineurs détenus : état des lieux, évolutions, enjeux.* » a été proposé dans le cadre du module interprofessionnel : nous ne souhaitons donc pas faire un travail redondant. Ensuite, le temps qui nous était imparti pour effectuer cette étude nous a paru trop court pour aborder ce public, dans la mesure où il fait intervenir de nombreux acteurs et où il soulève des enjeux bien spécifiques.

Concernant les soins, nous avons décidé de circonscrire le sujet afin de pouvoir produire un travail plus précis et éviter un survol des problématiques globales relatives à l'état de santé des sortants de prisons. Ainsi, trois thèmes ont tout d'abord été mis en exergue : les addictions, les maladies chroniques, le vieillissement de la population carcérale. Nous avons en définitive décidé de nous attacher plus particulièrement à la problématique des addictions, à titre d'illustration de notre propos, après avoir pris conseil

auprès de nos animateurs. En effet, cette thématique nous semblait pertinente au regard de l'objectif du module interprofessionnel dans la mesure où elle permet de coupler les champs sanitaire, médico-social et social et de mettre ainsi en lumière de manière globale les différents aspects de la question de la continuité des soins après la prison. Par ailleurs, les détenus représentant une population particulièrement consommatrice (y compris intra muros, du fait de la circulation de produits stupéfiants), ce choix nous a semblé opportun. En effet, un tiers des entrants déclarait en 2003 consommer de façon régulière des drogues illicites et 42% des usagers de drogues illicites déclaraient une consommation excessive d'alcool¹.

Dans la circulaire du 16 mai 2007 du Ministre de la Santé et des Solidarités², l'addiction est ainsi désignée comme un « *processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* ». Ces comportements d'addictions sont toutefois, eu égard à cette définition relativement large, susceptibles d'être nombreux; c'est pourquoi nous circonscrivons notre étude au champ des addictions liées à la consommation d'alcool et de produits stupéfiants (hors consommation de tabac).

Quant à la sortie de prison, nous avons par ailleurs choisi de l'envisager ici comme regroupant le cas des sorties définitives à l'issue de la peine, le cas des libérations conditionnelles³ (libération avant le terme de la peine, sous conditions et assortie de mesures d'aide et de contrôle mises en œuvre par le SPIP), mais également le cas des aménagements de peine initiés par la loi du 9 mars 2004 dite « Perben II ». Envisagés comme des mesures d'individualisation de la peine censées réduire le risque de sorties « sèches » trop brutales, prévenir la récidive et permettre un désengorgement relatif des établissements pénitentiaires, les aménagements de peine ne constituent pas formellement une libération, puisque la personne détenue purge effectivement sa peine. Néanmoins, ils peuvent être considérés comme une transition vers la sortie définitive (un « sas » entre la détention ferme et la liberté) et soulèvent en eux-mêmes, parce qu'ils s'effectuent pour tout ou partie en milieu ouvert, de nombreux questionnements en matière de continuité des soins.

¹ Enquête entrant (2003)

² Circulaire N° DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007.

³ Articles 729, 729-3, D.525 du Code de procédure pénale.

Par conséquent, ont été intégrés dans la suite de notre réflexion :

- les régimes de la semi-liberté⁴, dans lequel la personne condamnée peut rester temporairement sans surveillance continue hors de son établissement, le temps nécessaire pour elle, par exemple, d'exercer une activité professionnelle ou de suivre une formation ;
- le placement à l'extérieur sans surveillance⁵, qui permet à une personne détenue condamnée soit de travailler à l'extérieur, soit d'y suivre un enseignement ou une formation professionnelle, de rechercher de manière assidue un emploi, de s'impliquer durablement dans tout projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion ou de suivre un traitement médical, et ce sans surveillance continue du personnel pénitentiaire ;
- le placement sous surveillance électronique⁶ qui emporte pour le condamné l'interdiction de s'absenter de son domicile ou de tout autre lieu désigné par le juge de l'application des peines, en dehors des périodes fixées pour, par exemple, suivre une activité professionnelle, un enseignement ou une formation, rechercher un emploi ou s'impliquer dans la vie de sa famille.

Sans compter au titre des aménagements de peine, les permissions de sortie⁷ ont tout de même été intégrées dans notre réflexion: en effet, elles autorisent la personne détenue à s'absenter d'un établissement pénitentiaire pour se rendre en un lieu en milieu ouvert, pendant une période de temps déterminée, notamment en vue d'une préparation de la sortie.

A l'inverse, nous avons choisi d'exclure du champ de cette étude les obligations de soins, les injonctions de soins (mises en œuvre pour les délinquants sexuels), les suspensions de peine pour raisons médicales, ainsi que les hospitalisations à l'extérieur en Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) ou Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA). Il nous a semblé en effet nettement moins pertinent d'évoquer la question de la continuité des soins s'agissant de situations où le risque de rupture de prise

⁴ Articles 132-25, 132-26 du Code pénal, 723, 723-1, D.49-1, D.137, D.138 du Code de procédure pénale.

⁵ Article D.136 du Code de procédure pénale.

⁶ Articles 132-26-2 et suivants du Code pénal, articles 723-7 à 723-14 du Code de procédure pénale.

⁷ Articles 723-3 et D.142 à D.146 du Code de procédure pénale.

en charge thérapeutique est quasiment absent, du fait de la nécessité ou de l'obligation de soins devant laquelle sont placées la personne détenue et les structures qui l'accompagnent.

Méthode de travail :

Tout au long du module, nos deux animateurs sont restés en contact continu avec nous, par l'intermédiaire d'un membre du groupe désigné pour faire l'interface.

Dans le cadre de notre sujet, nous avons fait le choix de rencontrer différents acteurs des champs judiciaire, social, médico-social et sanitaire, tant institutionnels (Ministères, Agence Régionale de Santé...) que locaux (SMPR, UCSA, associations...) afin de comprendre les tenants et aboutissants de la prise en charge sanitaire des personnes sortant de prison.

Ainsi, la première semaine de module interprofessionnel a été consacrée à l'appréhension globale de la thématique, au travers de multiples échanges et réflexions au sein du groupe et de recherches documentaires (servant de base à notre bibliographie). Certains membres du groupe se sont chargés de prendre contact avec nos différents interlocuteurs afin de mener des entretiens, les différents rendez-vous pris étant inscrits sur un tableau Excel, accessible à tous afin de mesurer l'avancée de la démarche. Un travail a également été mené en parallèle en vue de produire des grilles d'entretien, adaptées aux différents types d'interlocuteurs envisagés (cf. grilles portées en annexe du mémoire). Enfin, le référent logistique du groupe a préparé et transmis aux coordonnateurs du module un budget prévisionnel, celui-ci laissant apparaître un excédent au regard de la somme allouée au groupe.

La seconde semaine de travail a plus particulièrement été employée à la réalisation des entretiens eux-mêmes, dont les retranscriptions écrites ont été envoyées au fur et à mesure à l'ensemble du groupe afin de pouvoir en débattre par la suite. Nos rencontres nous ont permis lors de cette semaine de recadrer progressivement notre sujet au regard des résultats obtenus, de confirmer et préciser les éléments recueillis initialement dans la littérature, et de mettre en place une problématique et un plan détaillé.

Nous avons pris soin, tout au long du module interprofessionnel, de faire en sorte que chaque membre du groupe puisse réaliser a minima 2 entretiens et que nos entretiens réunissent 2 élèves au moins chaque fois que possible, afin que la prise de note soit la plus

exhaustive et que puisse s'exercer une confrontation des points de vue et des ressentis au sein du groupe.

Au total, ce sont 19 entretiens qui ont été réalisés, et ce sur 3 régions : si un focus a plus particulièrement été effectué sur le terrain de la région Bretagne et de la ville de Rennes, notamment pour des raisons pratiques, quelques entretiens ont également été menés, à titre complémentaire, sur les régions Midi-Pyrénées (ville de Toulouse) et des Pays de la Loire (ville du Mans) ; s'agissant des rencontres devant nous permettre de réunir des éléments d'ordre national, elles nous ont naturellement conduits à Paris. La majorité de ces entretiens a fait l'objet d'un déplacement et d'une rencontre physique avec nos interlocuteurs, à l'exception de quelques uns, réalisés par voie téléphonique ou par courrier électronique (par exemple, un entretien avec une interlocutrice basée en région Provence Alpes Côtes d'Azur).

Globalement, nous n'avons pas rencontré de difficultés pour programmer nos entretiens, la plupart de nos interlocuteurs s'étant montrés disponibles à l'égard de notre travail, grâce notamment à l'intervention de nos deux animateurs pour nous introduire auprès d'eux. Au regard des délais nécessaires pour obtenir des autorisations d'entrée, il ne nous a cependant pas été possible de nous rendre dans les murs du centre pénitentiaire de Rennes-Vézin. De plus, alors que nous avons initialement tenté de rencontrer des anciennes personnes détenues, l'organisation de telles rencontres s'est révélée difficile à mettre en œuvre et nous n'avons pu conduire qu'un seul entretien de ce type.

Quant à la troisième et dernière semaine, elle a été consacrée à la finalisation de la problématique et du plan (un document présentant ces éléments a été transmis pour information, relecture et remarques aux deux animateurs), puis à la rédaction du présent mémoire. Deux sous-groupes ont été constitués afin de rédiger chacune des deux parties et un troisième a été chargé de la rédaction de l'introduction, de la conclusion, de la présente méthodologie, de la relecture et de la synthèse et mise en forme du mémoire. Des réunions de relecture globale avec tous les membres du groupe ont été réalisées, permettant d'ultimes corrections avant le rendu du présent document. Un comité de relecture, composé de deux personnes, s'est enfin chargé d'harmoniser l'ensemble de l'étude.

Introduction

Malgré des progrès non négligeables réalisés en France depuis une quinzaine d'années, différentes études continuent de constater que l'état de santé et la situation socioprofessionnelle de la population carcérale sont plus dégradés que dans la population générale. Majoritairement masculine, caractérisée par sa jeunesse et la fragilisation qu'entraîne un parcours personnel difficile, cette population est en grande majorité issue de milieux défavorisés et exclue du système de prévention et de soins⁸.

Sur le plan somatique, les différentes enquêtes révèlent dans la population carcérale une prévalence de certaines pathologies supérieure aux taux observés dans la population générale, s'agissant notamment du VIH, des hépatites B et C, de la tuberculose ou des pathologies bucco-dentaires. Toutes pathologies psychiques confondues, 35% des détenus présenteraient de plus un trouble manifeste ou grave sur le plan psychiatrique⁹.

En outre, selon une étude de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) datant de 2003, 34,7% des détenus seraient en proie à un problème d'addictions, tous produits confondus (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes)¹⁰. Une étude rétrospective sur la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes¹¹, menée en 2003 par ce même observatoire, montrait par ailleurs « *une surmortalité particulièrement élevée* » des sortants par overdose.

Compte tenu de ces différents éléments, auxquels viennent s'ajouter un certain nombre de difficultés liées notamment à la surpopulation en prison et à l'enfermement, on conçoit que la question de la prise en charge sanitaire de cette population particulièrement vulnérable puisse s'avérer délicate.

⁸ Une enquête de la DREES de 1997 évaluait ainsi à 40% la proportion des entrants n'ayant eu aucun contact avec le système de soins pendant l'année précédant leur incarcération.

⁹ *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral*, Ministère de la Santé, Direction Générale de la Santé (DGS), Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), décembre 2004.

¹⁰ Etude de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *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*, décembre 2004.

Aux termes du préambule de la Constitution de 1946, la Nation garantit pourtant à tous la protection de la santé. Le Code de la santé publique affirme le principe d'égalité dans l'accès aux soins et à la prévention. La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale est venue confirmer que la condition de détenu ne devait pas constituer un motif de discrimination dans l'accès aux soins et que le respect du droit à la santé en prison comptait au titre des obligations de la puissance publique.

Alors qu'auparavant la prison disposait de personnels de santé et de matériels propres, c'est depuis 1994 le service public hospitalier qui est en charge d'organiser et de dispenser les soins aux détenus, par l'intermédiaire notamment des unités de consultations et de soins ambulatoires (USCA) implantées dans les établissements pénitentiaires et dépendantes de l'hôpital public situé à proximité. En parallèle, le bénéfice de la protection sociale a été étendu à l'ensemble des détenus. Il s'agissait donc de l'application du droit commun de la santé en prison.

Depuis lors, d'autres textes sont venus confirmer ce dispositif. La récente loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, rappelle ainsi que les soins dispensés aux personnes détenues relèvent d'une mission de service public à la charge des établissements de santé¹². En outre, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 proclame dans son article 46 le droit, au bénéfice des personnes incarcérées, à une qualité et à une continuité des soins équivalentes à celles de l'ensemble de la population.

Il semblerait que la prise en charge sanitaire en détention se soit améliorée depuis 1994, à la faveur de ces différents textes et qu'il y ait une meilleure collaboration du monde pénitentiaire et des services hospitaliers chargés des soins en détention. Des dispositifs hospitaliers – intra-muros mais aussi hors les murs – ont également été créés : par exemple, les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)¹³, les UHSI¹⁴, ou plus récemment, les UHSA¹⁵.

¹¹ J. Prudhomme, P. Verger, M. Rotily ; *Etude de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes*, Paris, OFDT, 2003

¹² Article L.6112-1 du Code de la santé publique.

¹³ Arrêté du 14 décembre 1986.

¹⁴ Arrêté du 24 août 2000.

¹⁵ Décret du 18 mai 2010.

Toutefois, un certain nombre de difficultés et de points de blocage subsistent. C'est la raison pour laquelle les pouvoirs publics ont mis en place, en septembre 2010, un Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Ce plan a pour ambition de continuer à améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues, notamment dans le contexte de la récente redéfinition des missions des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP)¹⁶ et de la nouvelle politique pénale en matière d'aménagements de peines¹⁷.

Au-delà des problématiques posées par la prise en charge sanitaire intra-muros, ce plan stratégique traite également de la continuité de cette prise en charge après la sortie de la personne détenue (notamment dans sa mesure n° 13 « organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie »). Le droit à la santé de cette dernière ne saurait en effet être garanti que dans la mesure où celle-ci a la possibilité de poursuivre à l'extérieur, dans des conditions qualitatives, quantitatives et matérielles satisfaisantes, les soins dont elle a pu bénéficier lors de son incarcération. Pour que la personne sortant de prison puisse être actrice de sa santé au même titre que les autres citoyens, il faut donc qu'une continuité des soins soit assurée à la sortie. Celle-ci implique un accompagnement ininterrompu, des échanges d'informations et des relais entre les intervenants de sa prise en charge intra-muros et les acteurs de l'offre de soins en milieu libre. La connaissance précise des rôles et missions dévolus aux uns et aux autres, dans le cadre d'une coordination et d'une articulation optimales des professionnels de la prison et de la cité est par ailleurs indispensable.

Il nous est apparu pertinent de ne retenir que la population majeure sortant d'un établissement pénitentiaire (maison d'arrêt, ou établissement pour peine). La sortie de prison sera envisagée ici comme regroupant le cas des sorties définitives à l'issue de la peine, le cas des libérations conditionnelles, mais également le cas des aménagements de peine qui peuvent en effet être considérés comme une transition vers la sortie définitive. A l'inverse, nous excluons du champ de cette étude les obligations de soins, les injonctions de soins, les suspensions de peine pour raisons médicales, ainsi que les hospitalisations à l'extérieur en UHSI ou UHSA (cf. méthodologie de travail).

¹⁶ Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, circulaire DAP n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

¹⁷ Loi du 9 mars 2004, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, dite « Perben II ».

Par ailleurs, l'étude ci-après s'attachera plus particulièrement à la problématique des addictions, à titre d'illustration de notre propos. L'addiction peut être définie comme un état ou une relation de dépendance à une substance qui est susceptible d'avoir de graves conséquences sur la santé de l'individu qui en est l'objet.

En matière de prise en charge des détenus souffrant d'addictions, les pouvoirs publics ont produit un certain nombre de textes (au titre desquels, notamment, une note interministérielle en date du 9 août 2001, ou le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011) qui prévoient des actions et mécanismes de coordination de plus en plus complets.

Dans la prise en charge sanitaire de la personne anciennement détenue, doivent intervenir et cohabiter trois types d'institutions, chacune animée d'une logique et d'une légitimité qui lui est propre. La justice, dont la finalité est de rechercher la responsabilité des auteurs de faits illicites, dans une optique tout à la fois répressive et de prévention de la récidive pour l'avenir, et ce dans un contexte contraint, compte tenu de son manque de moyens et de l'engorgement de ses structures d'incarcération. La santé, qui entend privilégier la qualité et la sécurité des soins prodigués, leur continuité sur le long terme, indépendamment de la condition de détenu du patient, dont les droits, y compris sociaux, doivent primer, dans le cadre d'un colloque singulier et du secret médical. Le social enfin, sphère d'action transversale qui conditionne le succès des interventions des deux premières, parce qu'elle permet d'assurer la continuité du soin et de prévenir la récidive à travers sa vocation de réinsertion globale au sein de la vie ordinaire.

Or, ces trois logiques, par définition autonomes les unes par rapport aux autres, ne sont pas naturellement enclines à coopérer ; c'est donc un risque de cloisonnement et un manque de lien qui peuvent potentiellement entraver le processus du soin, en contradiction avec la nécessité de continuité qui conditionne son efficacité.

S'il ne saurait ici être question de désigner un responsable pour diriger l'ensemble du processus, dans la mesure où chacune de ces trois logiques est légitime en soi et où aucune n'a vocation à avoir l'ascendant sur les deux autres, il est tout de même permis de se demander selon quelles modalités une coordination peut s'organiser et quel acteur a minima, pilote le dispositif de prise en charge de l'ancien détenu et permet de garantir la continuité de cette prise en charge sur le plan sanitaire.

C'est donc un partenariat actif entre les instances judiciaires et les structures sanitaires, médico-sociales et socio-éducatives des milieux fermés et ouverts qui seul peut offrir un cadre efficace d'insertion en vue de garantir la continuité du soin.

Nous avons cherché à comprendre comment s'organisaient concrètement le dialogue et la concertation entre les multiples acteurs, chacun imprégné de sa culture propre. Nos interrogations ont porté sur les points de blocage et les insuffisances du jeu inter-institutionnel qui expliquent en pratique les situations de rupture thérapeutique et de « perte de chance » dans l'accès aux soins des anciens détenus souffrant d'addictions.

Il apparaît ainsi qu'un certain nombre de dysfonctionnements peuvent être observés dans le parcours de prise en charge du patient sortant de prison dès la période d'incarcération, alors même que la préparation de la sortie est un préalable incontournable pour réduire le risque de rupture thérapeutique à l'extérieur (**I**), et que la phase de sortie elle-même constitue une période sensible au cours de laquelle le passage de relais entre les acteurs de la justice, de la santé et du social peut s'avérer délicat (**II**).

I. La préparation de la sortie tout au long de l’incarcération : un préalable incontournable pour réduire le risque de rupture de prise en charge après la détention.

La prise en charge médicale (A) et l’ouverture des droits sociaux dès l’entrée en prison (B) permettent d’envisager une préparation correcte de la sortie (C).

A. L’impact direct de la prise en charge médicale dès l’entrée en détention.

Le repérage et le diagnostic des pathologies et plus précisément des addictions dont les personnes détenues sont souvent l’objet jouent un rôle primordial dans la mise en œuvre et dans le suivi de leur prise en charge sanitaire. Ceux-ci doivent s’effectuer dès l’entrée en détention. Plusieurs acteurs sont mobilisés pour répondre aux obligations réglementaires fixées dans le guide méthodologique¹⁸ relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues ainsi que dans l’article 46 de la loi du 24 novembre 2009 dite loi pénitentiaire.

1. L’organisation des services de santé en détention.

Le guide méthodologique vient préciser l’organisation souhaitée des services de soins en milieu carcéral par l’installation des UCSA au sein des établissements pénitentiaires et conforte la présence des soins psychiatriques. La question des addictions en détention doit être préparée de façon la plus précoce possible. La prise en charge de la santé des détenus est assurée par deux types de structures scindant le somatique du psychiatrique. Il doit être toutefois souligné qu’il existe un principe intangible : les soins sont toujours soumis au principe du consentement de la personne, il n’y a jamais d’obligation hormis dans le cadre d’une hospitalisation d’office en milieu psychiatrique.

Concernant la prise en charge des soins somatiques, un protocole d’accord entre l’établissement public de santé le plus proche et l’établissement pénitentiaire doit être

¹⁸Circulaire N° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l’actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

signé. Il permet d'organiser la présence de personnels médicaux et paramédicaux détachés de l'établissement de santé. Dans ce cadre l'UCSA assure des soins de médecine générale (soins médicaux et infirmiers), des soins dentaires, des consultations spécialisées et organise la réponse médicale aux urgences. Elle est ainsi chargée de l'examen médical approfondi au cours duquel un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac¹⁹ est réalisé. Cet examen doit avoir lieu dans les 48h. Il vise à « *déceler toute affection contagieuse ou évolutive, à mettre en œuvre toute mesure thérapeutique appropriée, notamment à l'égard des personnes présentant des conduites addictives et à assurer la continuité des soins pour les personnes déjà sous traitement.* »²⁰

L'UCSA est ainsi en charge du contrôle de l'état de santé global de la personne. Lorsqu'elle décèle des troubles d'ordre psychologiques et/ou psychiatriques, elle doit se mettre en lien avec le SMPR, ou le cas échéant avec le dispositif de soins psychiatriques²¹ ou avec un médecin addictologue. Ses missions principales sont de coordonner les prestations en santé mentale et de conseiller les équipes de psychiatrie générale intervenant dans les établissements pénitentiaires.

A titre d'exemple, les médecins rencontrés exerçant en SMPR s'accordent sur la nécessaire articulation entre les structures et sur l'importance de l'implication des professionnels de santé sur cette problématique. Ainsi le médecin psychiatre du SMPR de Centre Hospitalier Marchant de Toulouse indique : « *dans les premières 24H qui suivent l'admission, les sollicitations du détenu sont nombreuses. Le dépistage s'effectue sur ce créneau, il est proposé au détenu et généralement accepté par celui-ci* ». Il est alors effectué par l'infirmier ou le médecin du SMPR. Il comporte la recherche de la consommation de toxiques en tentant d'établir un profil de consommation. Toutefois, il convient de préciser que ce dépistage n'est pas une obligation, contrairement à l'entretien avec chaque détenu entrant. A l'issue de cette phase de détection et en cas de résultat positif, l'administration pénitentiaire propose un rendez-vous avec un médecin spécialisé dans la prise en charge de cette pathologie, ou à tout le moins remet les coordonnées du médecin au détenu.

Si une thérapeutique de substitution est déjà en place, le SMPR fait le lien avec le médecin traitant ou avec le réseau avec l'accord du patient. Un produit de substitution est délivré si

¹⁹ Article 51 loi du 24 novembre 2009 dite loi pénitentiaire

²⁰ Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, 2004.

²¹ Aujourd'hui, il existe 26 SMPR en France

le détenu possède une ordonnance. S'il ne possède pas cette dernière, des renseignements sont demandés auprès de structures relais et du SMPR. Le traitement de substitution peut être mis en place dans la journée.

Enfin, le guide préconise trois pré-requis pour la mise en œuvre des prestations psychiatriques. Tout d'abord, une étroite collaboration des équipes compétentes avec celle de l'UCSA ; ensuite, une articulation avec les partenaires sanitaires et sociaux extérieurs qu'étaient les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), aujourd'hui regroupés en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Enfin, un lien avec les personnels pénitentiaires des établissements et des services pénitentiaires d'insertion et de probation doit être construit.

D'une manière générale, il ressort des différents entretiens que nous avons menés auprès des administrations ou des associations un bilan contrasté de la mise en œuvre de ces procédures sur tout le territoire, notamment sur la prescription d'un traitement de substitution.

2. Les modalités de la prise en charge de l'addiction en détention.

L'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention²² précise ainsi le rôle de chaque acteur y concourant.

Le repérage des personnes ayant des problèmes d'addiction doit selon cette instruction être effectué par les intervenants en UCSA lors de la visite médicale d'entrée obligatoirement proposée. Le diagnostic est quant à lui posé par un professionnel spécialisé en addictologie. Un projet de soins adapté est ensuite défini. Il doit être accessible dans le cadre de la détention et intégrer les réponses aux besoins repérés : le suivi du sevrage ou du traitement de substitution, la prescription ainsi que l'observance du traitement, la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques et enfin le suivi psychologique. Cette prise en charge est assurée, selon les besoins du patient et en fonction de l'organisation locale de l'offre de prise en charge, par un médecin addictologue intervenant dans l'établissement, un professionnel d'une équipe de liaison du centre

²²Instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention

hospitalier de rattachement de l'UCSA, ou un professionnel du CSAPA identifié comme référent de l'établissement pénitentiaire.

Enfin, concernant la préparation à la sortie, le personnel du CSAPA de référence de l'établissement pénitentiaire ou le professionnel référent de la prise en charge, assure la fonction de mise en relation avec un partenaire extérieur pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de la libération. Les contacts doivent être les plus précoces possibles et se concevoir en tant que de besoin en articulation avec les conseillers d'insertion et de probation du SPIP pour garantir les conditions de la continuité effective des soins à la sortie.

Nous avons constaté au fil de nos entretiens que plusieurs acteurs (ministères ou associations) s'accordent sur les difficultés liées à l'organisation des soins en milieu carcéral. En effet, la coopération entre les services de santé et le personnel pénitentiaire n'est pas toujours aisée. Le respect des impératifs liés à la sécurité n'est pas toujours conciliable avec celui du secret médical. Les pratiques diffèrent en fonction des territoires et le constat ne peut être généralisé au niveau national, il n'en demeure pas moins que le traitement de cette question est primordial et souvent l'objet de crispation. Ainsi la création de la Commission Pluridisciplinaire Unique²³ (CPU) a suscité de nombreuses questions de la part du corps médical. A ce sujet, l'Association des Professionnels de Santé exerçant en Prison (A.P.S.E.P) et le Syndicat des Praticiens Exerçant En Prison (S.P.E.E.P) ont souhaité attirer l'attention du Ministre de la Santé sur la convocation par le chef d'établissement pénitentiaire d'un représentant des équipes soignantes de l'UCSA ou du SMPR à la CPU.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins également saisi a indiqué « *qu'il ne pourrait être demandé aux praticiens des UCSA et des SMPR, appelés à la CPU, ni attendu de leur part, qu'ils communiquent des informations concernant les personnes détenues dont ils ont la charge* ».

Pour conclure, les pistes d'amélioration quant à la prise en charge des détenus présentant une conduite addictive et plus largement l'organisation des soins en milieu carcéral tiennent d'une part dans la formation et l'information des personnels mais

²³ Décret n° 2010-1635 du 30 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire

également et surtout de l'établissement de procédures visant à harmoniser les pratiques et à généraliser les expériences ayant démontré leur efficacité. A ce titre, l'un de nos interlocuteurs responsable de l'UCSA de Villeneuve Les Maguelones explique qu'une convention a été établie entre l'UCSA de son établissement pénitentiaire et le CSAPA. Le processus de contractualisation permet ainsi de formaliser la volonté de collaborer.

B. L'ouverture des droits sociaux du détenu, condition de sa protection sociale pendant comme après la détention

1. L'accès aux droits sociaux pendant la détention, un droit de toute personne détenue.

Dès leur entrée en détention, les personnes détenues doivent bénéficier d'une affiliation au régime général de l'assurance maladie auprès de la caisse dans le ressort de laquelle se trouve l'établissement pénitentiaire. Il s'agit là d'un droit qui s'exerce indépendamment du statut et des droits dont elles ont pu relever avant leur détention. Conformément aux termes de l'article L.381-30 du Code de la Sécurité Sociale, cette affiliation prend effet à compter de la date de l'incarcération. Elle ouvre ainsi droit, pendant toute la durée de la détention, « *pour les intéressées, et le cas échéant leurs ayants droits au sens des articles L.313-3 et L.161-14 du Code de la sécurité sociale, au remboursement des soins (consultations, médicaments, examens de laboratoire....) par les assurances maladies et maternité servies par le régime général.* » La caisse d'affiliation matérialise cette opération par un document adressé à la personne détenue (carte vitale ou attestation papier).

Dès lors, les soins sont pris en charge de la manière suivante : la part obligatoire est financée par l'assurance maladie et le ticket modérateur ou le forfait journalier hospitalier par l'établissement pénitentiaire, dans les limites des tarifs servant de base au calcul de prestations. Des dépassements particuliers peuvent être financés via la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) du détenu, si celui-ci en relève, notamment en matière de soins dentaires ou d'optique.

Au-delà de cette affiliation, les services pénitentiaires doivent d'une manière générale mettre la personne incarcérée en mesure de pouvoir bénéficier de l'ensemble des prestations de sécurité sociale, de régimes complémentaires, d'assurance chômage et d'aide sociale auxquelles elle peut prétendre. C'est ainsi que lors de l'entrée, un bilan des

droits sociaux de la personne doit être établi par un travailleur social, celui-ci transmettant à la personne détenue toutes les informations nécessaires pour l'orienter vers les dispositifs d'accompagnement adéquats (par exemple, CMUC pour les personnes aux ressources modestes, ou aide sociale, notamment pour les personnes handicapées ou dépendantes).

L'accès effectif aux droits sociaux dès l'entrée en prison se doit ainsi d'être un objectif central dans la mesure où il constitue pour la personne détenue non seulement une garantie de prise en charge à 100% pendant la détention, mais permet également de préparer sa sortie et de faciliter ainsi son accès aux soins en milieu libre. C'est la raison pour laquelle un bilan des droits sociaux est en principe de nouveau réalisé avant la libération de la personne, afin d'anticiper les délais de traitement du dossier et pour que l'ensemble du dispositif soit opérationnel le jour de la sortie de prison.

2. Les risques de rupture de droits après la libération par suite de problèmes liés aux démarches de protection sociale entreprises pendant la détention.

Malgré les dispositifs prévus par les textes, des difficultés peuvent survenir pendant la détention, qui remettent en cause le droit d'accès à une protection sociale continue des personnes détenues lorsque survient la sortie, comme nous a permis de le mettre en lumière un entretien mené auprès de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS).

En effet, la qualité de la prise en charge après la sortie définitive est d'autant plus fragile que la détention est courte. En cas de détention relativement longue, les différents intervenants rencontrent moins de difficultés à organiser l'immatriculation au régime général et à anticiper la libération. A l'inverse, lorsque cette durée est courte, c'est dès l'entrée que le processus de prise en charge peut se révéler problématique, puisque des délais de plusieurs mois sont souvent requis pour l'obtention d'une carte vitale définitive, avec dès lors des impacts directs sur la sortie et un risque accru de rupture de droits.

En parallèle, l'Observatoire International des Prisons (OIP) constate que de nombreux détenus ne possèdent *de facto* pas de papiers d'identité, ce qui constitue un frein à toutes les démarches administratives à mener dès l'entrée en prison pour l'obtention d'une protection sociale.

Une ouverture de droits non exhaustive à l'entrée en détention peut également avoir des conséquences sur la sortie des personnes souffrant d'une affection de longue durée

(ALD), notamment pour celles souffrant d'addictions et affectées en parallèle par d'autres pathologies (cas des pathologies liées à l'alcoolisme, par exemple). En effet, outre le fait que la reconnaissance des ALD hors liste fait l'objet d'une appréciation au cas par cas par le service médical concerné, une difficulté supplémentaire s'ajoute pour les détenus. Dans la mesure où, pendant leur incarcération, ils sont pris en charge à 100%, la nécessité d'une reconnaissance en ALD n'apparaît pas immédiatement ; bien souvent, il n'y a pas de protocole de soins réalisé par le médecin de l'UCSA (qui n'est de surcroît pas véritablement considéré comme le médecin traitant), et par conséquent, à la sortie, l'ALD n'est pas établie du point de vue des caisses.

C'est la raison pour laquelle la DSS plaide pour le rappel, dans le cadre de la réactualisation du guide méthodologique, du principe d'une reconnaissance systématique en ALD lorsqu'il y a lieu.

Enfin, il n'est par ailleurs pas rare que des personnes détenues fassent l'objet d'un transfert vers un autre établissement pénitentiaire au cours de leur incarcération. Il peut s'avérer qu'à cette occasion, un changement de caisse d'affiliation doit être réalisé si le nouvel établissement est situé dans le ressort d'une caisse différente. Or, ce changement n'est pas systématiquement effectué, ce qui rallonge les délais d'instruction du dossier à la sortie de la personne et crée dès lors un risque supplémentaire de rupture de droits.

D'une manière générale, la continuité de la couverture sociale des personnes détenues après leur sortie définitive exige une collaboration active des services pénitentiaires (SPIP notamment) et des caisses primaires. Il apparaît pourtant qu'en fonction des contextes locaux, le dialogue de ces institutions ne soit pas toujours de bonne qualité (en Ile-de-France ou en région marseillaise, par exemple).

Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 suggère dans ce cadre un certain nombre de solutions pour améliorer la couverture sociale des personnes sortantes de prison. En premier lieu, il s'agirait de généraliser les conventions qui peuvent aujourd'hui exister de manière ponctuelle entre les caisses primaires, les établissements pénitentiaires et les établissements de santé, par le biais d'une convention-type qui serait obligatoire.

En second lieu, il devrait être exigé que chaque caisse et que chaque établissement pénitentiaire désigne en son sein un référent sur la question des droits sociaux, afin d'améliorer les échanges et par conséquent les délais d'ouverture de droits.

A ce titre, certains établissements pénitentiaires, notamment le centre pénitentiaire Rennes-Vézin et le centre pénitentiaire « les Baumettes » à Marseille, par le biais du SPIP, disposent d'un référent CPAM pour le suivi des dossiers des détenus. Par ailleurs, au sein

du centre pénitentiaire Rennes-Vezin, des permanences sont assurées afin de recevoir les personnes au dossier « délicat », ce qui améliore considérablement le suivi de ces personnes.

Des expériences d'accès de certains personnels de CPAM aux établissements pénitentiaires existent également, mais mériteraient d'être généralisées. Quelques dispositifs de permanence d'accès aux soins de santé (PASS) peuvent parfois intervenir en prison pour faciliter les démarches sociales des détenus (par exemple sur les soins dentaires), mais ils restent peu nombreux et leur financement demeure fragile.

C. L'anticipation de la sortie de détention est un élément clé de la continuité des soins.

Il apparaît indispensable de créer des relais avec l'extérieur afin de garantir la continuité de la prise en charge engagée. Les obstacles relatifs à une anticipation de la sortie sont de deux ordres : les premiers tiennent aux modalités d'exécution de la peine, les seconds sont liés au manque de coordination.

1. L'incidence des modalités d'exécution de la peine sur la continuité des soins

Dès lors qu'une personne est incarcérée pour une courte peine ou lorsqu'il s'agit de détention provisoire, les sorties de détention ne sont pas forcément programmées. Ainsi, l'anticipation de celle-ci par les équipes de l'UCSA est rendue matériellement impossible. La visite médicale devant être organisée dans le mois précédant la sortie de la personne²⁴ ne peut donc pas avoir lieu.

La coordination paraît difficile, du fait d'un manque d'engagement des services médicaux selon le SPIP, et d'un manque d'information du SPIP pour les services sanitaires. « *Nous apprenons les sorties, bien souvent, lorsque le patient ne viens plus en service de soins* »²⁵. Il ressort de l'entretien mené auprès de l'OIP, que la préparation à la sortie est un motif récurrent de sollicitation ; au-delà des inquiétudes qu'elle suscite chez le détenu ou pour sa famille, il est fréquemment évoqué un manque de contact avec les conseillers d'insertion et de probation ce qui rend difficile cette préparation.

²⁴ Article 53 loi 24 novembre 2009 : « Une visite médicale est proposée à toute personne condamnée dans le mois précédant sa libération »

Le manque d'anticipation et de préparation de la sortie emporte plusieurs effets néfastes. Tout d'abord, la sortie est souvent un moment critique avec un risque majeur de rechute, c'est pourquoi une sortie non anticipée fragilise d'autant plus la continuité des soins. Ensuite, concernant le volet économique de l'accès aux soins, c'est-à-dire la prise en charge des traitements par la sécurité sociale, l'absence d'affiliation à une caisse de sécurité sociale et donc l'impossibilité de détenir une carte vitale conduit la personne à devoir tout financer elle-même.

Les permissions de sortie dont l'objectif principal est de faciliter la préparation à la sortie de détention participent à garantir la continuité des soins. Ainsi, l'article D.143 alinéa 3 du code de procédure pénale prévoit qu'une permission de sortie peut être accordée à la personne détenue en vue de se présenter à un centre de soins. Ce contact privilégié constitue une réelle opportunité pour le détenu de prendre contact avec une structure de soins spécialisée relais qui devra permettre l'implication du patient.

2. Le manque de coordination des acteurs pénalise le détenu dans la préparation de sa sortie.

La première chose qui peut être observée sur le terrain est l'absence d'uniformité des situations. « *L'organisation de l'accompagnement dépend de nombreux facteurs : le type d'établissement, la durée de la peine, la politique locale, le type de service en charge des addictions en intra, la nature du lien entre les professionnels en intra et extra... On peut supposer qu'il existe autant de modes d'organisation que d'établissements pénitentiaires* »²⁶.

Ce constat posé par la Fédération Addiction a été renforcé par les différents entretiens conduits par les membres du groupe. En effet, la plupart des personnes avec qui nous sommes entretenus ont souligné l'importance du contexte local et des relations interpersonnelles existantes entre les acteurs de cette prise en charge.

²⁵ Propos recueillis auprès d'un médecin travaillant en SMPR

²⁶ Extrait projet de continuité de soins – Fédération des Addictions (Pole pratiques professionnelles Santé Justice)

L'existence d'obligations législatives et/ou réglementaires paraît insuffisante, l'investissement personnel des acteurs et leur volonté de se saisir de la question étant par ailleurs essentiels.

Le manque de coordination entre le juge d'application des peines (JAP), le SPIP et l'UCSA pénalise le détenu. Il peut s'expliquer par plusieurs raisons : la méconnaissance des rôles de chacun et l'absence de communication sur le dossier du détenu. En effet, dans certains cas, le médecin exerçant au sein d'une UCSA ou d'un SMPR apprend que le détenu est sorti après s'être inquiété auprès des surveillants de l'absence du patient à ses consultations.

Toutefois, certains établissements essaient de mettre en place un réel dispositif de préparation à la sortie dont l'action s'articule en deux phases principales. La première concerne une approche visant à la restauration des droits de la personne en milieu ouvert, la seconde doit permettre d'anticiper les difficultés de réinsertion. Dans la réalité, il faut reconnaître que par faute de temps, seul le premier aspect peut être traité.

En outre, un manque d'accompagnement à la sortie a également été souligné dans les constats dressés par le plan d'actions stratégiques. Ainsi, l'information sur les dispositifs est souvent dispensée, mais la personne se retrouve seule à sa sortie, il s'agit donc d'un facteur bloquant la continuité de la prise en charge et pouvant potentiellement réduire à néant les actions déjà menées en milieu carcéral.

Une piste d'amélioration possible tiendrait à la généralisation des unités de préparation à la sortie (UPS). Il s'agit d'un dispositif permettant d'accompagner la sortie du détenu libérable à court terme (de 3 à 6 mois) et souhaitant s'inscrire dans un processus d'insertion professionnelle et sociale. Il s'agit à la fois d'un lieu d'information sur les droits et de manière plus large un endroit de construction d'un projet individuel.

Cinq établissements (Nice, Marseille, Lille, Fresnes, Lyon) bénéficient ainsi depuis 1997 d'une UPS dont l'objectif est de responsabiliser les personnes fortement désocialisées 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.)²⁷. L'intégration d'une équipe médicale au sein de ces UPS ou,

²⁷ OBRADOVIC Ivana, 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, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), décembre 2004

à tout le moins, la formalisation d'un partenariat opérationnel avec les équipes soignantes nous paraîtrait pouvoir favoriser la continuité de la prise en charge.

La préparation de la sortie est donc un préalable incontournable pour réduire le risque de rupture thérapeutique à l'extérieur. De surcroît, la phase de sortie elle-même constitue une période sensible au cours de laquelle le passage de relais entre les acteurs de la justice, de la santé et du social peut s'avérer délicat.

II. La sortie de détention de la personne en proie à un problème d'addiction : un passage de relais délicat entre les acteurs de la justice, de la santé et du social.

La continuité des soins à l'extérieur suppose la réunion de trois conditions : une absence de rupture dans la couverture sociale (A), une offre de soins adaptée et coordonnée (B) ainsi qu'un accompagnement en vue de la réinsertion sociale (C).

A. La continuité de la couverture sociale, préalable essentiel à la continuité de la prise en charge sanitaire à l'extérieur

Une étude réalisée par la DREES en 2005 sur l'état de santé des personnes entrant en prison observe que « *la réinsertion des personnes détenues souffrant de dépendances est tributaire tant de la qualité des soins en prison que de l'organisation d'une prise en charge sociale et d'une continuité de soins à la libération* ». En effet, il ne peut y avoir de continuité des soins sans continuité de couverture sociale.

1. Les difficultés liées au maintien temporaire des droits.

Après leur sortie définitive, les anciennes personnes détenues peuvent se voir affilier à un régime de sécurité sociale qui leur est propre, du fait de la reprise d'une activité professionnelle par exemple. Dans ce cas, une transmission adéquate des informations les concernant devra avoir été réalisée en amont de la libération auprès de la nouvelle caisse d'affiliation, celle de leur lieu de résidence.

En pratique, on constate que la continuité des droits est alors bien souvent plus aisée à assurer si le régime dont dépend l'ancien détenu après sa sortie est le régime général, que s'il dépend à l'inverse d'un autre régime d'assurance maladie ou de la CMU-CMUC, dans la mesure où les délais d'ouverture des droits dans ces régimes sont plus longs (les caisses ayant ainsi un délai de deux mois pour instruire les dossiers, lesquels doivent comporter un

certain nombre de pièces justificatives). Dans ces conditions, la sortie des personnes concernées doit d'autant plus être anticipée.

En parallèle, si les anciens détenus ne disposent pas de droits ouverts à un autre titre à leur sortie, ils peuvent bénéficier d'un droit au maintien de leur affiliation au régime général de l'assurance maladie pendant une durée d'un an après leur libération, ce qui permet de garantir, au moins temporairement, la continuité de la prise en charge (des traitements de substitution, par exemple). Ce maintien entraîne alors un changement de caisse d'affiliation, auprès de la caisse de résidence de la personne concernée.

Malgré l'existence de ce mécanisme protecteur, il n'est pourtant pas rare que des ruptures de droits surviennent, du fait des difficultés et des délais liés au changement de caisse d'affiliation. Notamment, les personnes vulnérables retrouvent pour la plupart à leur sortie de détention la situation de précarité qu'elles avaient connue avant leur entrée. Le cas des personnes sortant de prison sans domicile fixe est ainsi tout à fait problématique. En effet, si la domiciliation auprès d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou d'une association agréée n'a pas été anticipée en amont de la libération, il n'est pas possible de définir la nouvelle caisse de résidence dont pourrait dépendre la personne pour le maintien de ses droits, ou pour ouvrir de nouveaux droits (à la CMU par exemple). C'est la raison pour laquelle il est actuellement question, dans les projets de la DSS, d'inscrire dans les textes la possibilité de conserver ces droits au régime général auprès de la caisse dont relevait l'établissement pénitentiaire.

La situation des personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière comporte également des risques de rupture de droits. Si ces personnes sont elles aussi affiliées au régime général pendant leur incarcération – et ce par exception au principe général qui le leur interdit à l'extérieur de la prison –, elles n'en bénéficient que pour elles-mêmes durant leur détention. Mais surtout, à l'inverse des autres sortants de prison, elles ne bénéficient pas du mécanisme de maintien temporaire de leur droits après leur libération ; il est donc d'autant plus important dans leur cas d'anticiper la sortie de détention et de leur donner les moyens de faire, dès l'incarcération, une demande d'aide médicale d'Etat (AME) en vue de leur libération. Or, ce point est souvent problématique.

Si, dans l'ensemble, le système d'affiliation et de couverture sociale mis en place à destination des personnes sortant de prison semble relativement efficace, des dysfonctionnements existent cependant, qui mettent en cause la continuité des soins dans

sa globalité. La période de rupture des droits qui survient alors peut se révéler critique dans le processus de soins, par exemple dans le cas d'une prise en charge en addictologie où la continuité du traitement commencé est indispensable.

Au-delà de la question de la présence d'un référent sur les droits sociaux au sein des établissements pénitentiaires, la présence d'un référent CPAM effectuant une permanence au sein des structures accueillant les sortants de prison en aval peut également être le moyen d'éviter de telles ruptures de droit. Lors de notre étude de terrain à Rennes, nous avons ainsi constaté l'existence de ce type de référent, notamment au sein des locaux du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) « Adsao », ainsi que dans la structure de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) spécialisée en addictologie l'Escale. L'accès à la protection sociale de la personne constitue ainsi le socle sur lequel se construit le processus de continuité du soin et la première étape dans le parcours du sortant de prison.

2. La question particulière des ruptures de droits pendant une peine en milieu libre : le cas des aménagements de peine.

S'il est vrai que dans les dispositifs d'aménagement de peine, les personnes détenues ne sont pas à proprement parler « sortantes » puisque la détention se poursuit pour tout ou partie en milieu libre, ces périodes de la peine constituent souvent une transition vers la sortie définitive. Pendant ces périodes, les droits sociaux peuvent alors évoluer, ou les relations des personnes détenues avec l'extérieur les conduire à connaître de dispositifs de soins hospitaliers ou de ville différents de ceux habituellement rencontrés dans le cadre d'une incarcération traditionnelle.

Ainsi est-il prévu que « *les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres sont affiliés au régime d'assurance maladie et maternité dont ils relèvent au titre de cette activité* »²⁸. Toutefois, lorsque cette activité est insuffisante (insuffisance du nombre d'heures de travail exigées au regard des conditions d'ouverture des droits), le régime de droit commun ne peut trouver à s'appliquer.

²⁸ Article L381-30 du Code de Sécurité Sociale

Or, pour ces personnes comme pour celles qui n'exercent aucune activité professionnelle pendant leur aménagement de peine, les textes ne prévoient expressément aucunes modalités de prise en charge particulières. Ce sont donc des pratiques locales qui se sont progressivement mises en place : dans certains cas, les caisses continuent de faire prévaloir l'affiliation au régime général de la détention, sur la base de la carte vitale du détenu, et les établissements pénitentiaires acceptent de prendre à leur charge le ticket modérateur des soins prodigués ; dans d'autres cas au contraire, la rupture des droits est avérée et les patients peuvent se voir réclamer la totalité du montant des soins.

Pour ces situations particulières, la DSS envisage dès lors de préciser la lettre du droit et de prévoir un dispositif proche de celui existant dans le cadre de la détention traditionnelle : un tiers-payant intégral à la charge de l'assurance maladie, avec remboursement du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier par l'établissement pénitentiaire à la caisse du lieu de la détention.

D'autres propositions pourront également être faites dans le cadre de la réactualisation du Guide méthodologique : il pourra s'agir, par exemple, de poser comme une obligation faite aux établissements pénitentiaires de confier leur carte vitale aux détenus qui doivent sortir en milieu libre en aménagement de peine.

B. La continuité du soin après la sortie : une prise en charge éclatée oscillant entre solutions spécifiques et solutions de droit commun.

1. L'offre de soins proposée à la sortie.

En 2001, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) relevait que la continuité des soins à la sortie de prison était identifiée parmi les « *contextes de prise en charge identifiés comme les plus problématiques* ».

La volonté de garantir une continuité des soins au-delà de la détention fait partie des objectifs du plan d'actions stratégiques 2010-2014. En effet, « *l'exigence du droit et de l'éthique est que tout sortant de prison puisse bénéficier d'un suivi dans le dispositif de soins de droit commun (public ou libéral) si son état clinique le nécessite* ».

L'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention précise le rôle des différents acteurs dans la prise en charge de la

personne. Le CSAPA est identifiée comme la structure consacrée à la prise en charge des anciens détenus confrontés aux addictions.

Nous avons pu étudier le fonctionnement de ce type de structure à partir de l'exemple du centre « l'Envol » de Rennes qui dépend du Centre Hospitalier Guillaume Rénier (CHGR), au sein du Pôle Addictions, Précarité (PAP). Dédiée à la prise en charge ambulatoire des usagers de drogues et des toxicomanes, la structure de l'Envol se compose d'un centre de consultations dédié aux usagers de drogues et aux familles de toxicomanes, d'un centre d'accueil de jour qui propose une prise en charge immédiate par une équipe d'infirmiers et un entretien individuel permettant une évaluation et une orientation adaptée de l'utilisateur. Elle dispose en outre d'un centre de méthadone « d'accès facilité » permettant la délivrance quotidienne de produits de substitution et d'un centre de méthadone "classique" qui nécessite une démarche de soin plus élaborée qui requiert l'arrêt de toutes les autres substances.

Les usagers sortant de prison sont dirigés par l'UCSA pour le suivi de la prise en charge thérapeutique de leur addiction par la délivrance de produits de substitution de type « Méthadone » ou « Subutex ». Le centre permet à la fois d'assurer un suivi des affections somatiques associées mais aussi de tenter de réduire les différents risques et notamment ceux liés au surdosage ou à l'arrêt brutal du produit. Un lien de coordination avec la médecine de ville est assuré par la tête de pont que constitue l'Envol.

Le CSAPA a ainsi un rôle clé dans la prise en charge des anciens détenus. Néanmoins, l'offre sanitaire et médico-sociale du territoire de santé n°5 (région Bretagne) comprend de nombreux types de structures pour s'adapter aux besoins repérés. Plus précisément concernant l'addictologie, elle est répartie entre le secteur public et le secteur privé. Le secteur public fait intervenir le CH Guillaume Rénier pour la prise en charge psychiatrique, l'hôpital de jour en addictologie au CHU de Rennes ainsi que les CSAPA. Le secteur privé comprend notamment l'Escale (ESPIC) et la Générale de Santé / Centre PHILAE.

La prise en charge est ainsi assurée par des structures spécifiques et par des structures de droit commun.

En outre, les structures sont confrontées aux besoins spécifiques des personnes concernées par les aménagements de peine.

L'établissement « L'Escale » (Réseau ANITEA) est un exemple de structure cherchant à adapter la prise en charge à la situation de la personne au regard de la justice et à ses

besoins en matière de soins. Ce centre (SSR en addictologie) comprend notamment l'hospitalisation à temps partiel de nuit. Il compte 35 places dont 5 places en appartement de coordination thérapeutique (ACT). Quarante-vingt dix patients transitent chaque année par ce centre. Le centre accueille de nombreux détenus dans le cadre d'une alternative à l'incarcération. 80% de la population du SSR fait l'objet d'un suivi par la justice. Ainsi, les détenus peuvent y être dirigés en placement extérieur par le SPIP ou y être adressés par l'UCSA ou le SMPR après la détention. L'objectif principal de l'Escale est d'éviter au maximum la rupture dans la prise en charge. L'accueil de l'utilisateur à l'Escale se fait après sevrage et après la cure.

2. La nécessité d'une prise en charge multidimensionnelle.

Il ressort de notre observation qu'un facteur clef de succès de la prise en charge à la sortie tient à la mobilisation d'un large panel d'acteurs (UCSA, SMPR, USCA, services socio-éducatifs, personnels de surveillance, associations, médecine de ville) et dans un renforcement de la coordination pour assurer une prise en charge de qualité.

Un levier d'action important est en outre d'assurer l'information délivrée à la personne. Dans le cas actuel, le détenu reste trop souvent l'initiateur de la démarche de suivi des soins alors qu'il ne possède pas la connaissance du dispositif.

L'enjeu est de construire de façon pluridisciplinaire un véritable parcours de soin et de réinsertion pour la personne sortie de prison. Des initiatives en ce sens sont d'ores et déjà expérimentées. Ainsi, au sein de l'unité de sortants de prisons d'Arles au sein du CSAPA du Mas Thibert, la prise en charge se veut la plus complète possible. Le Chargé de mission DDCS Bouches du Rhône souligne à ce titre l'importance de la coordination des acteurs sanitaires et sociaux pour fluidifier le parcours du sortant de prison. Le dispositif AVDL (accompagnement vers et dans le logement) des personnes placées sous main de justice constitue un exemple de cette coordination.

C. La réinsertion sociale comme condition de la continuité et de l'efficacité des soins.

La réinsertion sociale de la personne sortie de prison est la condition *sine qua non* pour garantir une continuité des soins effective. La recherche d'un logement, d'un emploi ou la restructuration des liens familiaux sont en effet autant d'éléments qu'il est nécessaire de prendre en compte. L'incarcération aggrave en effet considérablement le processus de désocialisation de la personne.

1. Un relais difficile à établir entre le milieu carcéral, les établissements de soin et la « vie normale », que les acteurs sociaux cherchent à faciliter.

Dans le contexte des réformes actuelles (loi HPST, Révision Générale des Politiques Publiques et Réorganisation de l'Administration Territoriale) la coopération institutionnelle entre les acteurs sanitaires et sociaux émerge progressivement et encore difficilement. En effet, la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) au 1^{er} avril 2010 a entraîné une scission entre le secteur sanitaire et médico-social d'une part et le secteur social d'autre part. Les deux premiers secteurs se sont retrouvés sous l'autorité des DG ARS tandis que la Direction Départementale de la Cohésion Sociale, sous l'autorité du préfet de département, a pris en charge le secteur social. D'après nos entretiens, il ressort qu'il n'existe pas encore de liens formalisés entre le référent Santé-détenus présent à l'ARS Bretagne et la DDCS. Des échanges sont réalisés mais ils dépendent très largement de relations interpersonnelles héritées des anciennes DDASS. Cette situation peut représenter un frein au relais Santé-Social.

Au niveau local, le SPIP joue un rôle central dans le processus de réinsertion. Il est chargé d'assurer un relais avec les structures sociales et médico-sociales et à ce titre, il pilote les dispositifs d'accès aux droits sociaux.

Le manque d'effectif dans ces services, au regard de l'augmentation récente de la population carcérale et des personnes placées sous main de justice²⁹ peut cependant menacer la mise en œuvre de leur mission. Les conditions de travail des personnels d'insertion et de probation restent en outre particulièrement difficiles dans un contexte où les pouvoirs publics ont privilégié, à raison, les aménagements de peines. A raison car comme l'indique une étude de l'OIP en mai 2005³⁰, « *les taux de retour sous écrou des*

²⁹ Chiffres clefs de la DAP au 1^{er} janvier 2011.

³⁰ Rapport OIP 2005 : les conditions de détention en France - Chapitre Préparation à la sortie OIP/La découverte, 2005, 288p.

condamnés ayant bénéficié d'une libération conditionnelle sont, dans toutes les sous-cohortes étudiées (c'est-à-dire pour tous les types d'infractions), plus faibles que les taux des libérés en fin de peine »³¹.

Malgré certains freins que nous avons pu identifier dans le passage de relais Justice-Santé-Social, des dispositifs spécifiques aux sortants de prison sous addictions sont mis en place. Si les dispositifs "classiques" d'hébergement ont dû s'adapter à ces populations vulnérables et nécessitant un accompagnement spécifique, des dispositifs spécialisés ont peu à peu été mis en place.

2. Des structures d'hébergement et de réinsertion partagées entre solutions de droit commun et dispositifs plus spécialisés

L'hébergement des personnes rencontrant des difficultés d'ordre économique et social, catégorie incluant les sortants de prison, est traditionnellement assuré par les CHRS. A titre d'exemple, parmi les personnes accueillies en 2004 par le CHRS d'Aulnay-Sous-Bois géré par l'association ARAPEJ 93 (l'Association Réflexion Action Prison Et Justice), 85 % se trouvaient en dessous du seuil de pauvreté, et 45% étaient sans ressources (rapport d'activité 2004).

Dans le cadre de la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, certains établissements sont dotés de places réservées aux détenus en placement extérieur. L'organisation de la prise en charge est définie dans les grandes lignes par un cahier des charges national et de façon plus précise dans le cadre d'une convention passée avec un SPIP ou avec une Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP). Ainsi, le CHRS ADSAO géré par l'association AIS, est signataire d'une convention avec le SPIP de Rennes et s'engage à mettre à disposition trois lits au sein de la structure.

S'agissant plus particulièrement des sortants de prison souffrant d'addictions, il est clairement admis que les problématiques multiples (parcours judiciaire, souffrance psychologique etc.) peuvent constituer des freins à l'accès au logement ou à son maintien. Cette particularité a été prise en considération dès 1998 avec le programme national de lutte contre les exclusions, et le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des

³¹ Loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la Justice aux évolutions de la criminalité

dépendances adopté en 1999. C'est dans ce contexte que la direction générale de l'action sociale (DGAS) rappelle au travers de la campagne budgétaire à destination des CHRS³² que ceux-ci sont susceptibles d'accueillir des publics particuliers et notamment les sortants de prisons toxicomanes ou souffrants de dépendance aux substances psycho actives. Il ne s'agit pas de créer des CHRS spécialisés et exclusivement occupés par ce type de public mais de s'assurer que, sur un territoire donné et en complémentarité avec les autres partenaires, cette population trouvera une solution d'hébergement.

Plus récemment, dans le cadre du Chantier National Prioritaire pour l'Hébergement et le Logement 2008-2012, des actions ont été menées conjointement avec le ministère de la justice et le secrétariat d'Etat chargé du logement et de l'urbanisme afin de remédier aux difficultés des sortants de prisons. Il est prévu d'intégrer dans les actions de préparation à la sortie la question de l'accès au logement en privilégiant une collaboration entre les correspondants départementaux du chantier national prioritaire et les SPIP. Ces derniers doivent également être associés à l'élaboration de plans départementaux d'accueil d'hébergement et d'insertion (PDAHI).

Face à la saturation des centres d'hébergement et la nécessité de proposer des modes de prise en charge diversifiés, les pouvoirs publics tentent de développer des structures spécialisées dans l'accueil des personnes sortantes de prison.

Les unités d'accueil au sein des CSAPA constituent ainsi un hébergement collectif spécialisé pour les sortants de prisons ou pour les détenus en placement extérieur souffrant d'addictions.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 a prévu « *d'améliorer la prise en charge et la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés* ». Ainsi, la circulaire interministérielle du 23 février 2009³³ précise le cahier des charges des appels à projets nationaux portant sur la création de structures d'accueil court et d'accès rapide pour les sortants de prison au sein des établissements sociaux et médico-sociaux existants en lien avec l'hôpital de rattachement et la prison. La

³² Circulaire N°DAS /TSFE/ TS2/ 2000/24 du 14 janvier 2000 relative à la campagne budgétaire 2000 des centre d'hébergement et de réinsertion sociale

³³ Circulaire interministérielle n°DGS/MC2/MILDT/2009/63 du 23 février 2009 relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernementale de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie.

circulaire prévoit que ces structures doivent proposer un hébergement sans rupture entre le jour de la sortie et l'accueil des personnes dépendantes à une ou plusieurs substances psycho-actives. Le Mas Thibert est un exemple de ce type de structure encore rare. Cet établissement remplit trois missions principales que sont l'hébergement, les soins et l'insertion sociale et professionnelle et s'articulent autour d'un projet individuel en lien avec la personne accueillie et avec l'équipe. Le but est d'éviter au maximum la rupture sanitaire et sociale à la sortie de prison.

Si les CSAPA et leurs unités d'accueil présentent l'avantage de prendre en charge globalement le sortant de prison ou en aménagement de peine, cela ne constitue pas une solution durable. En effet, assurer la continuité des soins et de l'hébergement implique naturellement un accompagnement vers le logement autonome. A ce titre, les appartements de coordination thérapeutique³⁴ (ACT) sont un des dispositifs permettant la mise en œuvre de la mesure 13 du plan d'actions stratégiques³⁵. Ceux-ci vont se développer grâce à des financements supplémentaires, prévus par la circulaire interministérielle du 28 avril 2011 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2011 des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

34 Alinéa 9 de l'article L321-1 du code de l'action sociale et des familles Les appartements de coordination thérapeutique sont des établissements médico-sociaux gérés soit par des personnes physiques ou morales de droit public ou privé. Ils fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical de manière à assurer le suivi et la coordination des soins et garantir l'assurance des traitements et permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

³⁵ Plan d'actions stratégiques 2010-2014 Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice mesure 13 organiser et préparer la continuité des soins à la sortie

Conclusion

Garantir la continuité des soins à la sortie de prison demeure un défi pour les acteurs judiciaires, sanitaires et sociaux. L'exemple des addictions, dont la prise en charge nécessite une approche où le somatique, le psychique et le social sont profondément intriqués, illustre tout particulièrement ces difficultés. Pour garantir une prise en charge sanitaire sans rupture, la sortie doit se préparer dès l'entrée en prison ; néanmoins, notre travail a montré les grandes difficultés rencontrées par les acteurs pour assurer une prise en charge efficace des addictions intra-muros et, par conséquent, un relais de qualité à la sortie.

Malgré les progrès réalisés depuis la loi du 18 janvier 1994 et les nombreux plans d'actions et dispositifs mis en place depuis lors, l'accès aux soins et à l'assurance maladie après la sortie reste un problème. Les CSAPA représentent désormais la pierre angulaire du dispositif, mais force est de constater que de nombreux acteurs interviennent encore afin de compléter l'offre de soin.

En dépit du décalage persistant entre les textes et leur pratique, par exemple en matière de pilotage, la mise en place progressive de dispositifs spécifiques aux sortants de prison, notamment en situation d'addiction, démontre la prise de conscience des pouvoirs publics face aux enjeux de la continuité des soins. En outre, s'il est vrai que la mise en œuvre concrète des outils et préconisations pensés au niveau national fait bien souvent l'objet d'adaptations locales diversifiées, dans un contexte de relations interpersonnelles variables, les initiatives de terrain existent néanmoins pour améliorer la situation des personnes désireuses de poursuivre leur processus de soins après la détention.

Nos entretiens ont à ce titre confirmé l'intérêt de croiser les regards de ces professionnels qui travaillent à mettre en pratique sur le terrain le droit à la santé et aux soins. Du fait des contraintes liées à la surpopulation pénale, à la mission de sécurité publique face aux objectifs de réinsertion sociale et de prise en charge sanitaire, le traitement des addictions est ainsi souvent le fruit d'une négociation entre différents acteurs locaux, aux missions et aux cultures diversifiées, qui doivent élaborer des compromis. Ils nous ont démontré l'importance du travail en équipe pluridisciplinaire, d'une coordination souple mais rigoureuse, et de mettre la personne au centre du dispositif quels que soient les enjeux institutionnels qui se jouent par ailleurs autour de cette problématique.

Bibliographie

- Textes législatifs et réglementaires
 - Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, Journal Officiel, 19 janvier 1994.
 - Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle, Journal Officiel, n° 172 du 28 juillet 1999, [page 11229](#).
 - Ministère de l'Emploi et des Solidarités, Circulaire N°DAS /TSFE/ TS2/ 2000/24 du 14 janvier 2000 relative à la campagne budgétaire 2000 des centres d'hébergement et de réinsertion sociale.
 - Ministère de la Justice, Ministère de l'Emploi et de Solidarité, Note Interministérielle MILDT/DGS/DHOS/DAP n°474 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.
 - Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la Justice, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, 2004.
 - Ministère des solidarités, de la santé et des familles, Ministère de la justice, Circulaire Interministérielle DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP N°27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.
 - Ministère de la Santé et des Solidarités, la prise en charge et la prévention des addictions, Plan 2007 – 2011, octobre 2006.
 - Ministère de la Santé et des Solidarités, Circulaire N° DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

- Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
- Ministère de la Justice, Circulaire de la DAP n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation.
- Ministère de la Justice, LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, Journal Officiel, n°273 du 25 novembre 2009, page 20192.
- Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice et des Libertés, Plan d'Actions Stratégiques 2010-2014, politique de santé pour les personnes placées sous mains de justice, 12 novembre 2010.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des solidarités et de la Cohésion Sociale, Instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

- Rapports

- Agence Régionale de Santé de Bretagne, Analyse de l'offre en santé en Bretagne, septembre 2010.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, « Enquête sur la santé des entrants en prison en 1997 », Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), *Collection Etudes et Statistiques*, n° 4, mai 1999.
- Ministère de la Santé, Ministère de la Justice, Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, Direction Générale de la Santé (DGS), , Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), décembre 2004.
- OBRADOVIC Ivana, 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, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), décembre 2004.

- Articles (périodiques)

- DELARUE Jean-Marie, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « La protection de la santé dans les lieux de privation de liberté », *Gazette du Palais*, 15-16 janvier 2010, pages 10-21.

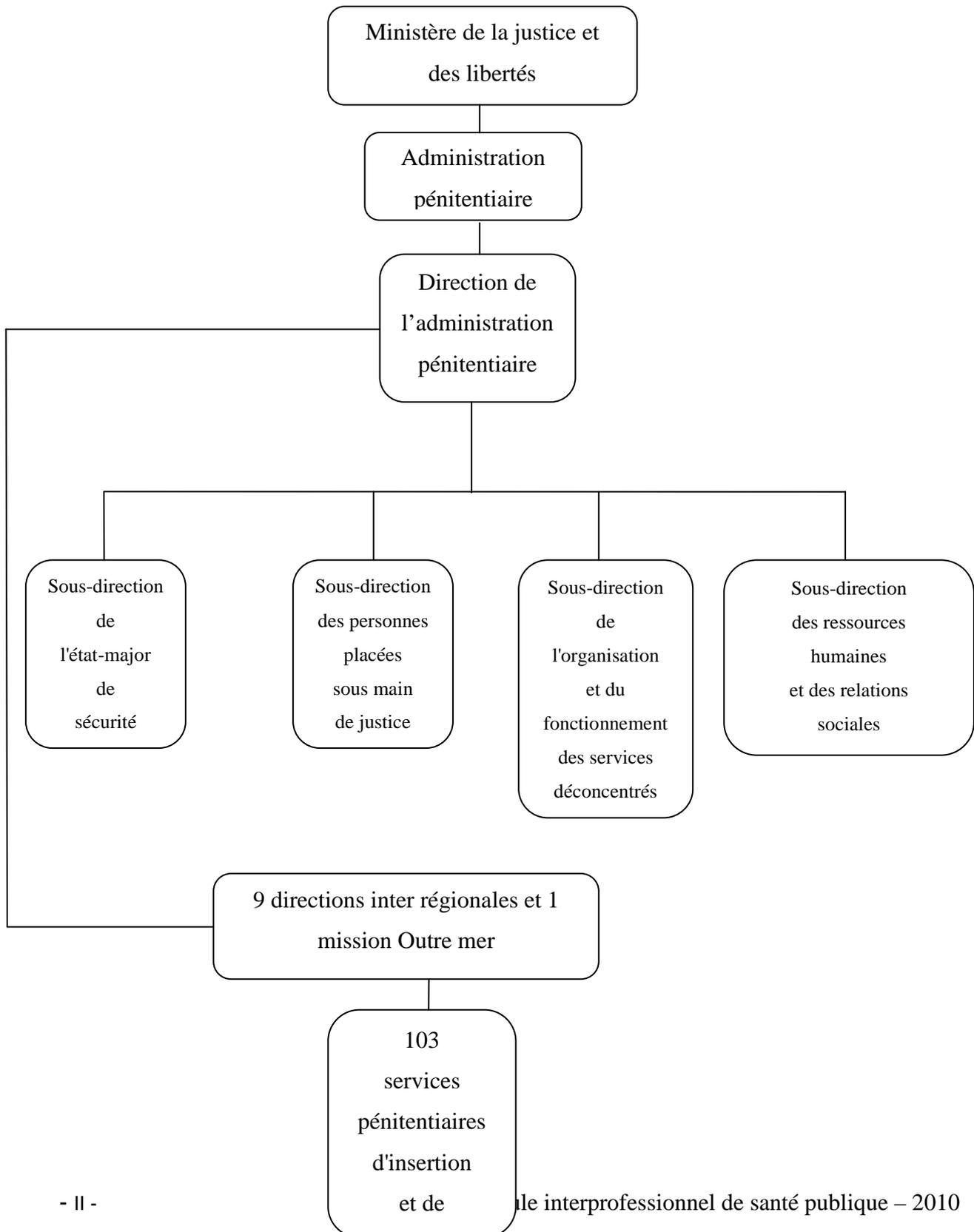
- Sites Internet

- Chantier National Prioritaire pour l’Hébergement et le Logement 2008-2012, www.developpement-durable.gouv.fr
- Ministère du Travail, de l’Emploi et de la Santé, www.sante.gouv.fr
- Ministère de la Justice et des Libertés, www.justice.gouv.fr
- Observatoire International des Prisons, www.oip.org

Liste des annexes

- Annexe 1 : L'organisation générale de l'administration pénitentiaire.
- Annexe 2 : Organisation du travail
- Annexe 3 : Programmation des entretiens
- Annexe 4: Grilles des entretiens.

ANNEXE 1 L'organisation générale de l'administration pénitentiaire



ANNEXE 2 : Organisation de travail

SEMAINE 1	SEMAINE 2	SEMAINE 3
Présentation des sujets et entretiens avec les référents du groupe Appropriation du dossier documentaire et recherche bibliographique Définition plus précise du sujet Organisation des différents entretiens et répartition de ceux-ci au sein du groupe Rédaction des grilles d'entretien Définition des grands axes de travail Réflexions sur un projet de plan	Conduite des entretiens dont la répartition a été la suivante: 2 personnes à Paris, 1 personne à Toulouse, 7 personnes à Rennes Retranscription des entretiens et transmission de ceux-ci aux membres du groupe Définition de la problématique et élaboration du plan détaillé	Conduite des derniers entretiens Répartition des parties à rédiger au sein du groupe et rédaction du mémoire Relecture commune pour une harmoniser la rédaction

ANNEXE 3 : Programmation des entretiens

Niveau	Lieu	Interlocuteur-type, institution	Nom de l'interlocuteur, fonctions	Nom de l'élève	Date de l'entretien
National	Paris	Ministère de la santé, coordination du plan stratégique détenus	Dr Dominique Péton-Klein, MISP directrice de projet	Elisabeth Meyer / Caroline Frizon	11/05/2011 à 9h30
National	Paris	Ministère de la justice, DAP	Anne Donzel, chef du bureau des politiques sociales et d'insertion	Elisabeth Meyer / Caroline Frizon	12/05/2011 à 10h
National	Paris	Ministère de la justice, DAP	Dr Dominique De Galard, conseiller santé du directeur	Elisabeth Meyer / Caroline Frizon	12/05/2011 à 10h
National	Paris	Ministère de la santé, DSS	Isabelle Bouille-Ambrosini	Julie Valla / Caroline B / Bruno Parra	09/05/2011 à 14h30
National	Paris	OIP section française	François Bès, coordinateur régional IdF	Elisabeth Meyer / Caroline Frizon	12/05/2011 à 14h30
National	Le Mans	Association des praticiens exerçant en prison (APSEP)	Dr Patrick Serre, pdt de l'association et responsable de l'UCSA Le Mans	Julie Valla / Caroline B	11/05/2011 à 11h30
National	Marseille	Association des secteurs psychiatriques en prison	Dr Catherine Paulet	Bruno Parra	10/05/2011 à 9h
National	Paris	Fédération nationale des associations de réinsertion sociale (FNARS)	Elsa Hajman, chargée de mission jeunes - justice - prostitution	Caroline Frizon / Sabrina B	16/05/2011 à 15h
Régional	Rennes	ARS Bretagne	Dr Olivier Joseph, MISP référent santé des détenus	Sabrina B	13/05/2011 à 17h
Local	Rennes	UCSA	Dr Bernard, responsable de l'UCSA	Sabrina B / Thierry-Jacques Kiremidjian / Cédric Ponton	13/05/2011 à 14h15
Local	Toulouse	SMPR, unité fonctionnelle d'addictologie – CH Marchant	Dr Chaix, médecin psychiatre d'addictologie – CH Marchant, Cécile Rizo, assistante sociale, Aurore Nevers, psychologue Alain Houette, éducateur	Axel Wiegandt	16/05/2011 à 12h
Local	Toulouse	SMPR, unité fonctionnelle d'addictologie – CH Marchant	Dr Laurencin, mdecin psychiatre, responsable du SMPR	Axel Wiegandt	11/05/2011 à 12h
Local	Rennes	SPIP	Philippe Fournier, directeur	Sabrina B / Thierry-Jacques Kiremidjian / Bruno Parra	11/05/2011 à 11h30 (sur son tel direct)
Local	Rennes	CHRS	M. Pèze, DA du CHRS ADSAO	Bruno Parra / Caroline B	CHRS Rennes, 16/05/2011 à 15h00
Local	Arles	CSAPA	Mme Maricel, chef de service	Sabrina B	12/05/2011
Local	Rennes	Antenne locale ANITEA: COSRAA	Laurence Parrot, directrice du centre L'Escale	Cédric Ponton / Caroline Frizon / Caroline B / Julie Valla	06/05/2011 à 11h
Local	Mellionec	Une ancienne personne détenue	Gérard Le Gal	Fabrice Monceret / Cédric Ponton / Caroline Frizon	09/05/2011 à 10h
Local	Toulouse	conférence organisée par Passages Réseau Addictions 31 sur le thème la prise en charge des addictions en prison	Dr Catherine CHAIX Dr Jérôme HEYSCH DE LA BORDE, Médecin responsable UCSA (service de soins ambulatoire du centre hospitalier de Montau-ban) et médecin responsable CSAPA généraliste du CH de Montauban.	Axel Wiegandt	10/05/2011 à 20h30

ANNEXE 4 Grilles d'entretien

Grille d'entretien ministère de la santé

- Quelles sont selon vous les mesures d'ores et déjà appliquées et qui permettent de garantir la continuité des soins aux sortants de prison ?
Qu'en est-il notamment de la création par appel à projets national des programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prisons au sein de structures sociales et médicosociales existantes (avec hébergement), en lien avec l'hôpital de rattachement de la prison (fiche 3-6 plan MILDT 2008-2011).
- Quels sont les freins à la garantie des soins des sortants de prison ?
- Quels sont les partenaires les plus investis ?
- Parallèlement quels sont les partenaires les moins investis ou avec lesquels vous rencontrez le plus de difficultés ?
- Quels sont les outils de suivi de la mise en œuvre des orientations des différents plans ?
- Quels sont les outils prévus pour l'évaluation des actions menées pour garantir la continuité des soins aux sortants de prison ?
- Avez-vous des moyens supplémentaires pour la mise en œuvre des différentes actions ?
- Y a-t-il des procédures spécifiques à la sortie en fonction du statut de la personne incarcérée (prévenu ou condamné) et du type d'établissement (établissement pour peine ou maison d'arrêt) *Quid des sorties non programmées pour lesquelles il est difficile d'organiser un relais et/ou la consultation médicale de sortie au vu de l'imprévision du moment de la levée d'écrou ?*

Grille d'entretien DAP

- Quelle est la place de la DAP dans l'ensemble du dispositif ?
- Quelles sont les grandes orientations en matière de prise en charge des addictions en milieu carcéral ?
- Comment mesurez-vous l'effectivité de leur mise en oeuvre ? Quels sont les freins constatés tant au niveau national qu'au niveau local ?
- Quels sont, selon vous, les leviers qui permettraient de mieux garantir la continuité des soins aux sortants de prison, pensez-vous que celle-ci soit effective ?
- Quelles sont les procédures permettant de garantir le secret médical ?
- Y a-t-il des procédures spécifiques à la sortie en fonction du statut de la personne incarcérée (prévenu ou condamné) et du type d'établissement (établissement pour peine ou maison d'arrêt) ? Quid des sorties non programmées pour lesquelles il est difficile d'organiser un relais et/ou la consultation médicale de sortie au vu de l'imprévision du moment de la levée d'écrou ?
- Y a-t-il des projets innovants faisant l'objet d'expérimentation ? Si oui, quels sont-ils ?

Grille d'entretien SPIP

- Pouvez-vous retracer l'évolution récente de vos missions/modes d'intervention ?

1. L'arrivée en détention

- Quels sont les dispositifs en place pour :

- repérer les détenus ayant un problème de consommation abusive ou de dépendance ?

Partenaires associés

Points positifs

Manques relevés ou difficultés rencontrées

- prendre en charge les détenus ayant un problème de consommation abusive ou de dépendance ?

Partenaires associés : Associations ? Services médico-sociaux spécialisés ?

Appréciation sur le partenariat

Collaboration avec les services de soin

Points positifs / Manques relevés ou difficultés rencontrées

- Quel est votre rôle dans ce dispositif ?
- Avez-vous des données sur le nombre de détenus concernés par un problème de dépendance ? existe-t-il un « profil type » de détenus ?

2. La période de détention

• Comment intervenez-vous pour repérer les détenus débutant une consommation abusive ou une dépendance ?

• Quel type de suivi pour les détenus concernés par les addictions avant l'entrée en prison ?

• Quel type de suivi pour les personnes en aménagement de peine ?

• Quelles sont les démarches que vous effectuez auprès des détenus ? *Sécurité sociale, ouverture de droits, CNI...*

3. La préparation de la sortie

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

Partenaires associés (appréciation sur le partenariat)

Points positifs

Manques relevés ou difficultés rencontrées ?

Quelles propositions pour garantir la continuité de la prise en charge ?

- Pour les partenaires précités, comment se formalisent ces collaborations ?
- Quelle procédure en cas de sortie non programmée ?
- Quelles sont les personnes impliquées dans la préparation de la sortie (famille ?) comment gérez-vous l'impératif de confidentialité ?

4. Après la sortie

- Participez-vous aux actions menées à la sortie ?
- Comment vous assurez-vous de l'effectivité de la prise en charge et du suivi de la personne ?
- La réinsertion des personnes confrontées aux addictions est-elle différente de celle des autres anciens détenus? Comment faites-vous face à cette spécificité ?
- Pour les détenus qui retournent en détention, constatez-vous une rupture dans la continuité des soins ?
- Comment faites-vous face au refus de soins ?

Grille d'entretien
Services pénitentiaires, UCSA, SMPR

1. L'arrivée en détention

- Repérer les détenus ayant un problème de consommation abusive ou de dépendance ?

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

Points positifs

Manques relevés ou difficultés rencontrées

- Prendre en charge les détenus ayant un problème de consommation abusive ou de dépendance ?

Partenaires associés : Associations ? Services médico-sociaux spécialisés ?

- *appréciation sur le partenariat*
- *existence de convention*
- *collaboration avec le SPIP*

Points positifs / Manques relevés ou difficultés rencontrées

- Avez-vous des données sur le nombre de détenus concernés par un problème de dépendance ? Existe-t-il un « profil type » de détenus ?

2. La période de détention

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

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

Points positifs / Manques relevés ou difficultés rencontrées ?

- A votre connaissance, quelles sont les actions menées en matière de prévention ?
(*Quel type d'actions ? Qui ? Comment (quel type de partenariat ?) Fréquence ? Ciblage ?*)
Nombre de détenus concernés ? Efficacité ?)

Points forts/points faibles

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

- Quel type de suivi pour les détenus concernés par les addictions avant l'entrée en prison ?

Quel type d'actions ? Qui ? Comment (quel type de partenariat) ? Fréquence ? Ciblage ?

Nombre de détenus concernés ? Efficacité ?

Points forts/points faibles

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

3. La préparation de la sortie

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

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

Points positifs

Manques relevés ou difficultés rencontrées ?

Quelles propositions pour garantir la continuité de la prise en charge ?

- Pour les partenaires précités, comment se formalisent ces collaborations ?
- Quelles démarches administratives sont effectuées avant la sortie? (CPAM, SPIP, associations)
- Quelle procédure en cas de sortie non programmée ?
- Quelles sont les personnes impliquées dans la préparation de la sortie (famille ?) comment gérez-vous l'impératif de confidentialité ?

4. Après la sortie

- Avez-vous un retour sur les actions menées à la sortie ?
- Comment vous assurez-vous de l'effectivité de la prise en charge ?
- Pour les détenus qui retournent en détention, constatez-vous une rupture dans la continuité des soins ?
- Comment faites-vous face au refus de soins ?

Grille d'entretien CSAPA

- Intervenez-vous en milieu pénitentiaire ?
- Avez-vous désigné des référents prison ? Quel est leur rôle ?
- Quel est votre rôle dans la préparation de la sortie ?
- Quelle est votre place dans le suivi des personnes sorties de prison confrontées aux problèmes d'addiction ?
- Parmi les personnes que vous suivez, quelle est la proportion d'anciens détenus ?
- Comment arrivent-ils chez vous ? viennent-ils spontanément ou sont ils adressés par d'autres structures ?
- Ont-ils besoin d'une prise en charge spécifique ?
- Vos intervenants sont ils spécifiquement formés pour accompagner ce type de public ?
- Quelles actions menez-vous auprès d'eux ?
- Quels sont les partenaires avec lesquels vous travaillez le plus régulièrement ?
- Quels liens avez-vous avec les UCSA concernant le passage de relais ? Quelles informations vous transmettent-ils ?
- Pensez-vous qu'il y ait une véritable coordination dans la prise en charge de ces patients ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous ?
- L'accompagnement vous paraît-il suffisant ?
- Avez-vous des propositions d'amélioration ?

Grille d'entretien CHRS

- Quelles sont les modalités d'entrée des anciens détenus ?
- Quels liens entretenez-vous avec les services pénitentiaires, SPIP, UCSA, SMPR ?

Partenaires associés

Points positifs

Manques relevés ou difficultés rencontrées

- Quel type d'action menez-vous ? Quel type de prise en charge proposez-vous ?
- Avez-vous les moyens de mener de véritables actions de réinsertion auprès de ces publics ?
- La réinsertion des personnes confrontées aux addictions est-elle différente de celle des autres anciens détenus ? Comment faites-vous face à cette spécificité ?
- Quelles démarches effectuez-vous en vue du passage de l'hébergement au logement ? Quel accompagnement ?
- Quelles difficultés particulières rencontrez-vous dans la prise en charge des personnes ayant des problèmes d'addiction ?
- Vous sentez-vous parfois démunis/impuissants face à certaines situations ?
- Les anciens détenus font-ils l'objet d'un suivi/ encadrement particulier ?
- Comment préparez-vous l'après hébergement avec ce type de public ?
- Quelles sont les personnes impliquées dans la préparation de la sortie d'hébergement ? (famille ?)
- Êtes-vous parfois confronté à des refus d'accompagnement ?
- Pistes d'amélioration ?

Grille usagers

- Pourriez- vous nous parler de votre parcours ?
- Avez-vous été confronté aux problèmes d'addiction lors de votre détention ou été témoin de ces problèmes ?
- Si oui, comment sont suivies les personnes concernées?

Par qui ?

Ce suivi est-il efficace ?

- Que pensez-vous de l'action des différents acteurs ? (SPIP, SMPR, UCSA....)
- Vous êtes-vous senti accompagné pendant la détention et après la sortie ?
- Quelles propositions pour améliorer le suivi des anciens détenus ? Pour assurer la continuité des soins ?