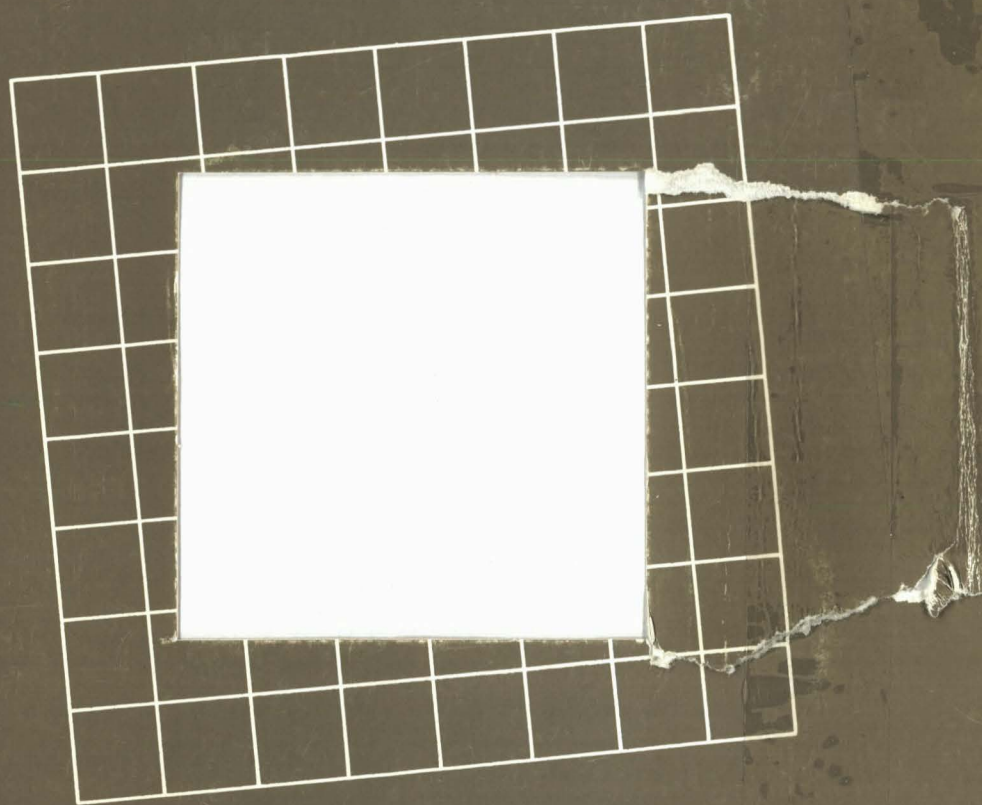


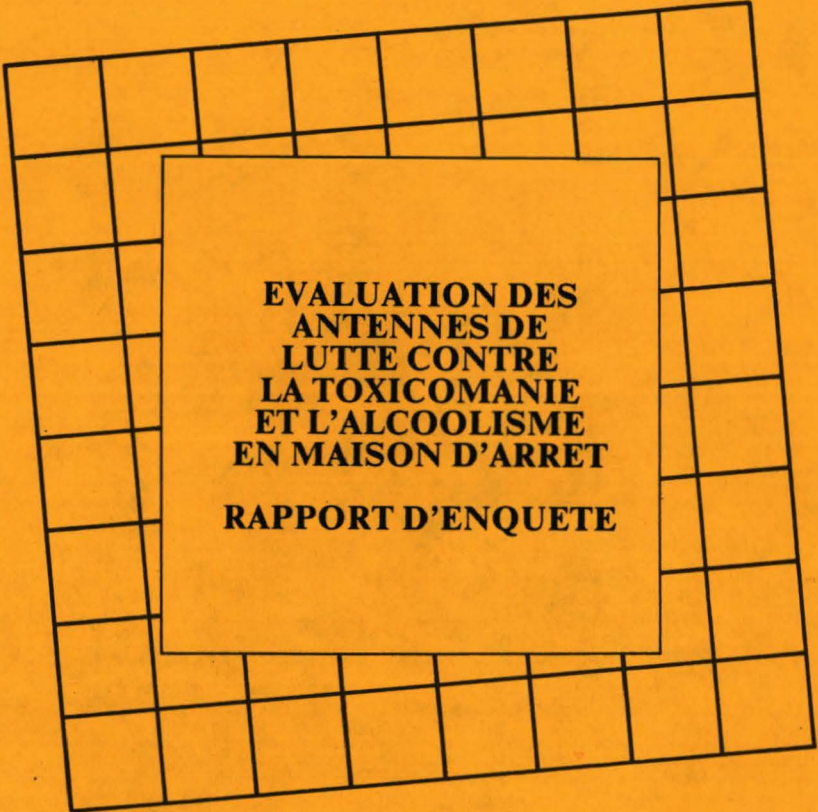
institut français de
DEMOSCOPIE



institut français de
DEMOSCOPIE

26, rue de Chambéry-75015 Paris-Tél:(1) 40 45 46 47

Fax: 48 28 94 06



**EVALUATION DES
ANTENNES DE
LUTTE CONTRE
LA TOXICOMANIE
ET L'ALCOOLISME
EN MAISON D'ARRET
RAPPORT D'ENQUETE**

une étude pour

**MINISTERE DE LA SANTE
CLI/JPF/VF/NB/7170 MINISTERE DE LA JUSTICE**

JUILLET 1993

SOMMAIRE

INTRODUCTION

A/ <u>CONTEXTE GENERAL DE L'ENQUETE</u>	5
B/ <u>OBJECTIFS DE L'ENQUETE</u>	9
C/ <u>RAPPEL DE LA METHODE D'ENQUETE</u>	11

I - BESOINS PERCUS PAR LES DIFFERENTS PARTENAIRES INTERNES ET EXTERNES

Pages 13 à 24.

1.1 En matière de toxicomanie

- Les Directeurs et Sous Directeurs des Maisons d'Arrêt
- Les personnels de surveillance
- Les services sanitaires et sociaux (SM - SSE - SMPR)
- Les structures judiciaires et pénales
- Structures spécialisées externes

1.2 En matière d'alcoologie

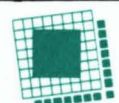
II - DESCRIPTIF DU DISPOSITIF EXISTANT

Pages 25 à 53

2.1 Prise en charge toxicomanie/alcool en dehors des Antennes financées par la DGS

1. Structures spécialisées extérieures
2. Structures intégrées avec autre financement
3. Prisons du programme 13000

2.2 Prise en charge Toxicomanie-Alcool par les Antennes financées par la DGS



2.2.1 Antennes toxicomanie

Moyens humains - Mouvements de personnel - expérience professionnelle, formation continue - nombre de détenus et effectifs des antennes

Moyens matériels - Activités - Détail des activités cliniques (consultations entretiens - groupes de thérapie collective - autres activités collectives - Travail spécifique avec le VIH - Travail avec les familles)

2.2.2 Antennes alcool

Moyens humains - Moyens matériels - Activités, détail des activités cliniques

III - LES RELATIONS AVEC LES DIFFERENTS PARTENAIRES DES ANTENNES

Pages 54 à 76

3.1 Les partenaires internes

SMPR.....	55
SSE.....	59
SM.....	62
Autre antenne	63

3.2 Relations avec l'Administration Pénitentiaire

3.3 Relations avec les DDASS

3.4 Relations avec les structures judiciaires et les Juges d'Application des Peines (JAP - CAP - CPAL)

3.5 Relations avec les réseaux spécialisés

Centres d'accueil,	67
Centres de Post-cure, etc.	69

3.6 Relations avec les réseaux sanitaires

3.7 Relations avec les réseaux sociaux

3.8 Les effets induits par la présence des Antennes dans les Maisons d'Arrêt

IV - BILAN

Pages 77 à 94

4.1 Constats

4.2 Nature des besoins

Moyens - missions cliniques - autres missions
Activités

4.3 Perspectives en termes d'organisation structurelle

Autonomie - coordination multi-établissements - intégration au sein du
SMPR - regroupement

INTRODUCTION

A - CONTEXTE GENERAL DE L'ENQUETE

■ L'organisation des soins en milieu pénitentiaire classique (*)

Les termes de l'article D.380 du code de procédure pénale prévoient que les détenus reçoivent gratuitement en prison les soins qui leur sont nécessaires. Il en résulte que c'est à l'administration pénitentiaire qu'échoit la tâche d'organiser la prise en charge sanitaire des détenus et de la financer. Or cette obligation qui de fait lui incombe est d'un tout autre ordre que les missions qui lui sont expressément confiées par le Code de procédure pénale : la garde des détenus et la préparation de la sortie sans récidive.

L'absence de savoir faire et de légitimité de cette administration à concevoir des politiques de santé et à assurer le repérage systématique des besoins des détenus en la matière, le recours à des personnels sanitaires de statuts très disparates, la précarité de leurs modes de rémunération, nuisent à la capacité des services médicaux des établissements pénitentiaires à assurer convenablement la continuité des soins et à définir un véritable projet de service dans l'établissement. Les services médicaux ne sont pas en mesure à l'heure actuelle d'assurer correctement ces missions tant par l'insuffisance des moyens mis à leur disposition que par leur difficulté d'articulation avec les contraintes pénitentiaires.

Pour que les personnes incarcérées puissent bénéficier dans leur ensemble d'un accès aux soins de qualité identique à celui qui est offert à la population en générale, le Ministère de la Justice et le Ministère de la Santé ont signé un premier décret le 27 mars 1993, qui confie aux Etablissements Publics de Santé la dispensation des soins somatiques en milieu pénitentiaire, par convention entre un établissement pénitentiaire et un établissement public de santé.

(*) *Données éditées sous l'égide du Haut Comité de la Santé Publique
"Santé en milieu carcéral" - Janvier 1993)*

■ Les SMPR et l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire

En ce qui concerne l'organisation de la psychiatrie et de la lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme, des décrets (1986) et circulaires (1988) avaient déjà confié cette prise en charge à un établissement hospitalier public.

Les personnels médicaux, para-médicaux et sociaux, placés sous l'autorité médicale du médecin psychiatre, chef du service sont gérés par l'hôpital de rattachement.

Il existe actuellement 18 services médico-psychologiques régionaux SMPR et 2 en cours de constitution. Les missions des SMPR sont : la prévention des affections mentales (dépistage systématique des personnes incarcérées, à leur arrivée) ; la mise en oeuvre des traitements psychiatriques ; le suivi psychiatrique et psychologique de la population post-pénale ; **la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.**

Les SMPR sont tous, à une exception près, implantés dans une Maison d'Arrêt. Dans les établissements pénitentiaires ne disposant pas de SMPR exercent des psychiatres vacataires et psychiatres du secteur général.

■ Les antennes de lutte contre la toxicomanie

Bien que le nombre exact de détenus toxicomanes soit difficile à apprécier de façon irréfutable, on l'évalue en croisant diverses données à 15 % de la population incarcérée.

Cette moyenne, toute relative puisqu'elle se fonde sur le nombre de toxicomanes "repérés" comprend des extrêmes avec des secteurs culminant à près de 40 % (Fleury-Mérogis, Fresnes, Marseille).

Elles sont régies par un Cahier des Charges (circulaire DGS/1354/2D du 3/11/1992) qui organise l'activité de ces antennes autour de 4 missions :

- . Le repérage des personnes toxicomanes et le recueil des données épidémiologiques qui les caractérisent ;
- . L'information et l'orientation éventuelle en vue d'un sevrage et/ou d'un suivi de ces personnes ;
- . La coordination des actions mises en oeuvre en direction des toxicomanes ;
- . La préparation à la sortie des personnes dont elles assurent le suivi, notamment en liaison avec le dispositifs spécialisé.

Dans le décret du 29 juin 1992, décret n° 92-990, on peut lire un changement de statut des Antennes toxicomanie qui seraient définies comme "Centres de soins". L'article 2 de ce décret définit les Centres de soins comme devant assurer au moins : la prise en charge médico-psychologique du toxicomane et sa prise en charge sociale et éducative qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Toutefois, s'ils n'assurent que l'une des deux missions ci-dessus, ils doivent effectuer au moins l'une des missions suivantes : l'accueil, l'orientation et l'information des toxicomanes et de leurs familles, le sevrage ainsi que l'accompagnement du sevrage lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier, le soutien à l'environnement familial.

Des résultats de l'enquête épidémiologique réalisée par l'INSERM en 1992 auprès des antennes, il ressort que sur l'ensemble des détenus vus par celles-ci, la région parisienne représente 30 % des sujets, puis la région Provence-Alpes-Côte d'Azur 23 %, la région Rhône-Alpes 16 %, les régions Nord-Pas-De-Calais, Picardie 10 %, les régions Midi-Pyrénées et Aquitaine 5 % chacune, enfin les autres régions réunies 11 %.

La délinquance est pour beaucoup, ancienne et préexiste à la toxicomanie (70 % sont récidivistes, 60 % ont été incarcérés avant 20 ans, 50 % ont été déférés avant la juridiction pour enfants et 40 % des infractions ont été commises avant l'usage des stupéfiants.

La surexposition au risque suicidaire est dix fois plus élevée chez les toxicomanes détenus que chez les consultants des centres d'accueil et de soins spécialisés, 30 % ont consulté en psychiatrie avant leur incarcération, 20 % ont été régulièrement suivis, 20 % ont été hospitalisés.

Le produit le plus utilisé reste l'héroïne (75 % contre 28 % pour le cannabis et 10 % pour la cocaïne). La voie injectable est la plus fréquente, expliquant l'apparition du SIDA (taux de prévalence estimé à 27 % chez les toxicomanes) ; ce qui a entraîné de nouvelles tâches liées à la prévention et à l'accompagnement de la maladie.

Concernant la lutte contre l'alcoolisme, les moyens mis en oeuvre sont très réduits : 4 antennes alcoologie ont été créées sous l'égide de la DGS. Excepté à Fleury-Mérogis où il existe une véritable équipe, dans les autres sites le dispositif repose sur un seul personnel spécialisé alcoologie affecté à temps plein ou, le plus souvent à temps partiel partagé avec le SMPR.

Concernant la prise en charge des pathologies liées au VIH en milieu carcéral, il s'est mis en place depuis avril 1989 des consultations de spécialistes hospitaliers dans les prisons. Une enquête effectuée en Juin 1991 a recensé 2283 détenus séropositifs sur 52 220 présents dans les prisons françaises. Parmi eux, la grande majorité était asymptomatique (69 %), un quart présentait des formes mineures (23 %) et une minorité avait atteint le stade de SIDA (8 %). Depuis 1988 cependant la proportion de SIDA parmi les séropositifs ne cesse de croître (elle était de 3,2 % en 1988).

En 1992, 18 conventions avec des centres d'information et de soins de l'immuno-déficience humaine (CISIH) ont été signées. Elles prévoient la réalisation en milieu carcéral de consultations médicales spécialisées à raison d'une ou deux par semaine. Trois nouvelles conventions sont en cours.

■ Le cas des établissements du "Programme 13000"

21 établissements pénitentiaires fonctionnent selon le "Programme 13000" selon lequel le Ministère de la Justice a confié à quatre groupements d'entreprises, la conception, la construction et la gestion partielle d'établissements pénitentiaires. Parmi les fonctions confiées au secteur privé dans le cadre de ce programme figure le service médical. Un cahier des charges définit la composition de l'équipe médicale et paramédicale pour chaque type d'établissement. Il en découle que les effectifs de ces personnels constituent un progrès sensible sur la situation actuelle du parc pénitentiaire classique. Le cahier des charges précise également l'équipement médical à mettre en place, en particulier une salle de radiologie os-poumons et un cabinet dentaire moderne. Ce programme est rémunéré par l'administration pénitentiaire qui paye un prix de journée par détenu pris en charge.

Des questions se posent néanmoins sur la continuité des soins mis en place (postes parfois laissés vacants), la mise en place de relais dans la prise en charge sanitaire des sortants (faute de lien institutionnel entre les soignants de prison et le réseau de soins extérieur), la prise en compte de la réinsertion dans la prise en charge, la collaboration avec les services internes des établissements et les actions entreprises dans la lutte contre la toxicomanie, l'alcoolisme, les maladies mentales et le SIDA.

B - OBJECTIFS DE L'ENQUETE

Dans ce contexte, les 16 antennes toxicomanies créées depuis 1986 "à titre expérimental", au sein des Maisons d'Arrêt et les 4 antennes alcool constituent un champ d'investigation devant permettre de répondre à la question suivante :

Convient-il de poursuivre la création de nouvelles structures sur le modèle existant, avec quels ajustements éventuels, ou de modifier les modalités de réponse à la dépendance en milieu carcéral ?

Il est donc apparu nécessaire au Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire (Direction Générale de la Santé) et au Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire) de procéder à une évaluation de ce dispositif.

Les objectifs donnés à cette enquête ont été les suivants :

- . Analyser la manière dont les antennes s'acquittent de leur mission ;
- . Analyser l'articulation et la complémentarité d'action entre les antennes et leurs partenaires naturels à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire ;
- . Analyser la cohérence entre les actions conduites, dans le domaine de la toxicomanie et dans celui de l'alcool ;
- . Analyser le mode de fonctionnement actuel des antennes.

C - RAPPEL DE LA METHODE D'ENQUETE

- Visite de deux sites en phase pilote, sélectionnés par le comité de pilotage :

.Fleury Mérogis (Région Parisienne) - Antenne toxicomanie, Antenne alcool

.Les Baumettes (Marseille) - Antenne toxicomanie

Des interviews en face à face ont été réalisées auprès des membres de la direction de chaque Maison d'Arrêt, des services médicaux, des services socio-éducatifs, du médecin chef du SMPR, des membres des Antennes spécialisées, de surveillants, de détenus ; Elles ont été complétées par une visite des locaux et des appels téléphoniques auprès des partenaires extérieurs : CPAL, JAP, centres d'accueil spécialisés et non spécialisés, DDASS.

- Mise au point d'un questionnaire auto-administré à remplir par les Antennes, validé par le comité de pilotage et les Antennes au cours de 3 réunions inter-régionales.
- Envoi et remplissage des questionnaires quantitatifs du 25 février au 13 mai 1993 par les Antennes toxicomanie/alcoolologie.
- Visite de 5 Maisons d'Arrêt, sélectionnées par le Comité de pilotage, en raison des variations qu'elles présentent dans l'organisation de l'accueil aux toxicomanes et alcooliques :
 - . **Amiens** - absence d'une antenne toxicomanie interne à la Maison d'Arrêt - existence d'une antenne alcool n'émargeant pas au budget 4714 de la DGS.
 - . **Fresnes** - antenne toxicomanie, sans antenne alcool.
 - . **Nanterre** - Maison d'Arrêt du "Programme 13000".

- . **Poitiers** - Couverture par l'antenne toxicomanie de plusieurs Maisons d'Arrêt de petite taille.
- . **Rouen** - Intégration des antennes toxicomanie/ alcool au SMPR.

Des interviews face à face et téléphone ont été réalisées auprès de personnes exerçant les mêmes fonctions que lors de l'enquête pilote.

- Le traitement des données qualitatives et quantitatives a été réalisé en liaison avec le comité de pilotage.

**I. BESOINS PERCUS PAR LES
DIFFERENTS PARTENAIRES
INTERNES ET EXTERNES**

I. BESOINS PERCUS

1.1 En matière de toxicomanie

- **Les Directeurs et Sous Directeurs des Maisons d'Arrêt** rencontrés sont unanimes pour considérer la toxicomanie comme une problématique majeure dans la prise en charge des populations incarcérées en Maison d'Arrêt, bien que la prégnance soit très variable d'une région à l'autre.

Tous se sentent personnellement impliqués par ce problème et souhaitent, en conséquence, disposer d'informations vivantes et régulières sur les actions menées dans leur établissement dans ce domaine. Certains vont même plus loin et souhaitent prendre une part active dans l'animation des actions conduites en matière de toxicomanie : "*C'est le Directeur et ses collaborateurs qui doivent animer mais avec une démarche éthique commune*".

L'arrivée de gros toxicomanes, en manque de produit les premiers jours est perturbante pour l'établissement, et est susceptible de poser de nombreux problèmes aux personnels de surveillance.

Ils sont par ailleurs conscients d'une incapacité des personnels pénitentiaires, y compris SSE et SM, à gérer seuls les problèmes spécifiques posés par cette population :

- sur le plan psychologique, car il s'agit d'une population fragile, sollicitant fréquemment les différents services sur le plan sanitaire, et particulièrement touchée par des problèmes médicaux liés au VIH, ou par d'autres problèmes médicaux;

- sur le plan social, car c'est une population particulièrement exposée à la récidive si une prise en charge dès la sortie, par le réseau spécialisé et d'autres structures sociales n'a pas été organisée.

Ils jugent prioritaires qu'une action d'information et de formation soit menée auprès des personnels pénitentiaires :

"La personne en charge du poste toxicomanie devra préparer l'ensemble du personnel à une conscience de ce problème, particulièrement les surveillants. Le toxicomane est un détenu fragile : les surveillants doivent le savoir, les repérer et repérer ce qui entre en matière de drogue"

Ils sont par ailleurs conscients d'un besoin d'écoute de la part de cette population toxicomane. Le vide en la matière, comblé par la présence de spécialistes disponibles pour cette population pourrait, selon certains, expliquer la baisse du nombre d'auto-mutilations constatées dans plusieurs Maison d'Arrêt.

Cependant, certains s'interrogent sur la possibilité de mener un travail en profondeur auprès de détenus qui sont là pour des durées relativement courtes et parfois écourtées (transferts, etc...).

- **Les personnels de surveillance** partagent cette conscience d'une population particulièrement difficile.

Si certains en parlent comme de détenus agressifs, tricheurs, et manipulateurs, d'autres font montre d'une attitude plus compréhensive :

"Les toxicomanes, j'essaie de les aider un peu, de les bousculer un peu..."

En règle générale ils considèrent comme nécessaire une présence permanente de spécialistes auxquels faire appel lorsqu'un problème se pose avec un détenu soit à l'arrivée soit en cours de détention.

Quelques uns ont exprimé le besoin d'écoute plus fort chez les détenus toxicomanes :

"Les détenus toxicomanes ont besoin de parler; face à quelqu'un à l'écoute beaucoup de choses peuvent changer"
(Surveillante Chef - MAF)

Pour être efficace, cette présence de spécialistes doit offrir une capacité d'écoute et en parallèle une bonne résistance à la manipulation.

Mais le discours général reste que peu de détenus ont une réelle demande de dialogue et qu'ils recherchent avant tout à tenter des démarches dans l'espoir d'une réduction de peine, d'une sortie conditionnelle :

"La première fois, elles acceptent de venir pour voir si ça peut servir et après 1 ou 2 fois elles disent qu'elles ne sont plus toxicos"

En fait, pour les surveillants, les besoins les plus criants se situent au moment de la sortie. Ils sont d'abord d'ordre matériel (un logement, un travail) :

"Même si la cause est perdue pour la plupart, il y en a qui peuvent être sauvés : c'est plus à l'extérieur qu'ils ont besoin : la tentation est plus forte dehors que dedans"

Cependant, beaucoup ont conscience d'une action limitée *"puisque'on revoit souvent revenir les mêmes toxicos"*. *"Ca sert, mais avec très peu de résultats !"*. *"Elles leur trouvent des centres, mais ils ne s'y rendent même pas"*

■ **Les services sanitaires et sociaux (SM - SSE - SMPR)**

Conscients eux aussi de la spécificité de la prise en charge de cette population pour laquelle ils ne peuvent dégager assez de temps, compte tenu de leur peu de disponibilité, ils se montrent demandeurs d'une aide spécialisée.

Dans les grandes et moyennes Maisons d'Arrêt, ils estiment que cette présence doit être assurée en permanence plutôt que par le biais de vacations uniquement effectuées par des intervenants extérieurs :

"On a 4.000 entrants par an, donc s'ils (les spécialistes) passent une fois par semaine c'est insuffisant, il y a besoin d'une permanence assurée par les mêmes personnes"
(Médecin Chef - Service médical)

S'il n'y a pas de présence permanente au sein de la Maison d'Arrêt, les services socio-éducatifs en particulier ont l'impression de suivre difficilement les interventions, car la présence des intervenants n'est pas toujours planifiée (venue à la demande des détenus ou en dehors des heures et jours d'ouverture de leur service).

Cependant, cette dernière remarque ne concerne peut-être pas les petites Maisons d'Arrêt situées dans des villes de taille plus modeste que celles de notre "échantillon", et dans des régions peu concernées par la toxicomanie.

Les services sanitaires et sociaux sont en accord avec les directeurs et surveillants sur la priorité à accorder à la préparation matérielle de la sortie. Pour les toxicomanes, ce sera le relais mis au point avec les structures extérieures, spécialisées ou non, pour solutionner les problèmes concrets qui les attendent dehors.

La présence, en interne, de spécialistes en toxicomanie connaissant parfaitement les réseaux extérieurs et capables d'attirer des intervenants du dehors, vers la Maison d'Arrêt est vécue comme un atout indéniable.

Ceci ne préjuge pas de la structure dans laquelle ces spécialistes doivent oeuvrer en interne : antenne autonome ou spécialistes intégrés à d'autres services.

■ Les structures judiciaires et pénales (JAP - CPAL)

La plupart de ces structures reconnaissent l'intérêt d'une présence permanente de personnel spécialisé en toxicomanie dans les Maisons d'Arrêt quel que soit le service dans lequel il serait amené à travailler (SMPR - SSE - etc...).

Certains cependant, dans des régions moins touchées, considèrent que le travail peut être pris en charge par les associations spécialisées extérieures et qu'il n'est pas utile de multiplier les structures intermédiaires.

On attend de ces spécialistes des suggestions en termes d'individualisation des peines. Par exemple :

"Untel a progressé, on pourrait envisager une post-cure, une mise en liberté conditionnelle..."

Ces structures pointent trois besoins :

- une intervention à mi-chemin entre la psychiatrie et le social,
- une articulation efficace avec les réseaux spécialisés,
- un apport d'information, pour une meilleure individualisation des peines.

Elles sont cependant conscientes des risques induits par une telle présence.

■ Structures spécialisées externes

Plusieurs structures interrogées estiment indispensable qu'il y ait au sein des Maisons d'Arrêt des personnes pour accueillir les détenus à l'arrivée , dépister les toxicomanes et les orienter en direction des différentes structures internes et/ou externes en fonction des symptômes :

"Une mission de dépistage et de coordination, ... ce n'est pas facile d'intervenir en psychothérapie en Maison d'Arrêt. La Maison d'Arrêt n'est pas faite pour que : "Ca parle"

D'autres, au contraire, lorsqu'il s'agit de petites Maisons d'Arrêt déjà couvertes par leurs soins en liaison avec le SSE estiment qu'un échelon intermédiaire peut être dommageable :

"Tels que nous fonctionnons, nous avons une position transversale, nous travaillons sans arrêt avec une population qui sort de prison ou qui va y aller. Passer la main à d'autres (l'Antenne) c'est toujours un peu aléatoire, car le toxico au début, est dépendant de la personne avec qui il a établi le contact" (Centre d'accueil)

Cependant, tous admettent que la présence même d'une Antenne "officialiserait" l'existence d'une possibilité de prise en charge aux yeux des détenus, et que, surtout pour les peines longues cela permettrait de leur apporter un soutien à l'intérieur.

Pour les structures spécialisées extérieures qui considèrent que les interventions régulières en Maison d'Arrêt sont beaucoup trop lourdes à gérer, compte tenu des contraintes carcérales, la présence permanente de spécialistes en interne est tout à fait souhaitable.

Ils en attendent une facilitation de leurs propres interventions auprès de toxicomanes suivis par eux avant la mise en détention, et une collaboration pour préparer la sortie.

■ Les détenus

Les détenus rencontrés, comme les discours qui leur sont prêtés par les différents intervenants dans les Maisons d'Arrêt, mettent en évidence deux attitudes très différentes :

- Une première population non demandeuse de prise en charge sauf, au dire de certains personnels, en vue d'en retirer un éventuel avantage concret.

Sevrés, ils refusent l'étiquette de toxicomanes pendant leur incarcération et ne voient pas l'intérêt d'entretiens suivis pour parler de leurs problèmes :

"Beaucoup demandent à les voir à condition qu'il y ait un projet de sortie, appartement, foyer ou stage. Si ce n'est que pour des entretiens, elles ne veulent pas"
(Directrice MAF)

Certains sont d'ailleurs sceptiques sur l'efficacité de l'aide concrète qui peut leur être apportée lors de ces entretiens :

"Ici ils essaient de me faire avoir un appartement en sortant, je sais que je l'aurai jamais... c'est que dans la bouche" (Détenue)

D'autres n'attendent que de finir leur peine pour "reprendre" et l'avouent ouvertement :

"Nous, on pense qu'à la sortie. Moi dès que je sors je me shoote c'est sûr. On pense qu'à ça. C'est de ça qu'on se parle avec les autres" (Détenue)

- Une seconde population, qui a entamé un suivi avec les Antennes et qui met en évidence le besoin d'écoute qu'elles comblient :

"Les autres services, c'est des administratifs; ils vous voient même pas. Ils remplissent des papiers et, au suivant... ici on peut parler"

1.2 Besoins perçus en alcoologie

Bien que l'alcoolisme soit perçu dans certaines régions comme plus présent que la toxicomanie, l'intérêt d'une prise en charge des détenus alcooliques est largement sous-estimé de l'avis de différentes instances : DDASS, JAP, structures extérieures, service médical, etc.

Cette situation s'explique par plusieurs facteurs :

- il s'agit d'une conduite culturellement dédramatisée;
- les détenus alcooliques ne posent en général pas de problèmes particuliers à l'intérieur de l'établissement;
- la demande de prise en charge s'exprime très rarement (même ceux qui sont emprisonnés pour délits commis sous l'effet de l'alcool se vivent rarement comme alcooliques);
- il s'agit d'une pratique qui touche également certains membres du personnel surveillant, donc difficile à aborder officiellement;

- c'est un problème qui peut sembler aux directeurs d'établissements en particulier déjà bien pris en compte puisqu'ils citent tous l'intervention d'associations de type "Anciens Buveurs" à l'intérieur de l'établissement. On doit cependant faire remarquer que le profil des détenus ne correspond pas toujours aux populations auxquelles s'adressent généralement ces Associations (âge, insertion sociale, etc)

C'est un problème moins médiatisé que la toxicomanie et sa prise en charge en Maison d'Arrêt apparaît comme moins prioritaire (répercussions organiques moins sévères, compte tenu de l'âge des détenus).

Enfin, d'après le discours des directeurs d'établissement, contesté par certains intervenants et surveillants, la circulation d'alcool en prison est beaucoup plus difficile que celle de produits médicamenteux et toxiques.

Certains Maisons d'Arrêt ont donné pour directives de déboucher systématiquement les bières ou de ne servir que de la bière sans alcool et donc estiment que la présence d'alcool dans leur établissement ne pose plus problème.

Ceux qui considèrent que la toxicomanie est une priorité par rapport à l'alcool sous-estiment peut-être l'importance prise par l'alcool dans la poly-toxicomanie des jeunes.

En conclusion, l'exploration des besoins auprès des services et personnels hors Antennes fait apparaître la nécessité d'une intervention régulière d'un personnel spécialisé en toxicomanie quelle que soit l'organisation structurelle dans laquelle cette activité s'exerce.

Dans les petites Maisons d'Arrêt des zones peu touchées, la présence quotidienne ne paraît pas indispensable vu le nombre d'entrants; mais le dépistage et l'orientation vers les intervenants adaptés (internes et externes) des toxicomanes repérés dès les premiers jours apparaît très souhaitable.

Dans les Maisons d'Arrêt, où la toxicomanie est perçue comme importante, les attentes en termes de profils et de prestations sont de plusieurs ordres :

- une présence permanente et localisable;
- de vrais spécialistes toxicomanie/alcool avec expérience du milieu carcéral;
- en liaison permanente avec le réseau extérieur et ouvrant la Maison d'Arrêt aux intervenants du dehors;
- un effort centré sur la préparation à la sortie, moment jugé crucial;
- des actions repérables en interne, contribuant à officialiser cette présence tant auprès des différents services que des détenus;
- des actions d'information et de formation sur la toxicomanie en direction du personnel pénitentiaire;
- un retour d'information régulier en particulier auprès des Directions qui ne veulent pas se sentir dépossédées de cette forme d'action;

- un personnel sachant s'appuyer sur les compétences spécifiques des autres services et profiter de leur expérience et de leurs observations concernant les détenus dont ils s'occupent;
- enfin, des personnes rompues à l'écoute, capables de résister à la manipulation et de s'adapter aux contraintes et usages du milieu carcéral.

Il faut souligner, qu'excepté le médecin chef du SMPR et la DDASS, aucune des personnes interviewées ne connaissait précisément la teneur du cahier des charges des Antennes. Pourtant force est de constater que dans ses grandes lignes celui-ci reprend largement les besoins exprimés : information, formation, préparation à la sortie, coordination interne et externe.

Par contre, personne n'a mentionné spontanément le recueil épidémiologique parmi les actions à assurer par le spécialiste toxicomanie. Des détenus, comme des intervenants de SSE, se sont même interrogés sur l'intérêt de cette pratique consommatrice de temps et qui brouille l'image des intervenants en interne.

Dans la prise en charge à assurer par ces spécialistes, il a par ailleurs été évoqué un besoin non stipulé dans le cahier des charges et mal couvert par les services SM, SSE et SMPR trop surchargés : celui d'un temps d'écoute qui ne soit ni d'ordre social, ni d'ordre médico-psychiatrique, bien qu'une majorité de détenus toxicomanes ou alcooliques n'en expriment pas le désir spontanément.

Ce temps d'écoute est plus apparu dans les discours comme une ouverture vers une possible prise en charge à la sortie, que comme réel suivi thérapeutique pendant l'incarcération.

Sur ce point cependant les avis vont différer parmi les intervenants des Antennes.

II. DESCRIPTIF DU DISPOSITIF EXISTANT

II. L'EXISTANT

Il existe actuellement 16 Antennes Toxicomanie et 4 Antennes Alcool (dont une est momentanément en arrêt).

Pour la toxicomanie, les intervenants de ces Antennes couvrent 30 établissements de façon permanente et 23 établissements en tant que conseillers ou coordinateurs. Pour l'alcoolisme les intervenants des Antennes couvrent 4 établissements de façon permanente et 7 en tant que conseillers.

Ceci représente 43 % (respectivement 24 % et 19 %) de la totalité des Maisons d'Arrêt de France pour la toxicomanie et 9 % (respectivement 3 % et 5 %) pour l'alcoolisme.

Deux Antennes Toxicomanie sont en voie de constitution.

Enfin, dans un certain nombre d'autres établissements des structures non subventionnées au titre de l'article 4714 ou 4715 ont été constituées tant dans des Maisons d'Arrêt "classiques" que dans le cadre du "programme 13000".

Parmi les Maisons d'Arrêt visitées, deux ne disposaient pas d'une Antenne spécialisée émergeant au budget 4715 ou 4714.

Par ailleurs, le questionnaire d'évaluation des Antennes s'adressait par définition aux seules structures faisant partie du dispositif pris en charge par la DGS. Il est difficile de ce fait d'analyser précisément la manière dont s'effectue la prise en charge des toxicomanes ou alcooliques dans les autres Maisons d'Arrêt.

2.1 Prise en charge toxicomanie/alcool en dehors des Antennes financées par la DGS

En l'absence d'Antennes "officielles", on relève 3 cas de figure :

- L'intervention en Maison d'Arrêt d'intervenants intégrés à des structures spécialisées extérieures (CHAA, Centres d'Accueil Toxicomanie...)
- La constitution de structures permanentes financées par d'autres instances (comme la DGLDT, la Direction Pénitentiaire Régionale, etc) et/ou s'appuyant en partie sur les ressources humaines de structures oeuvrant à l'intérieur de la Maison d'Arrêt (SMPR, SSE, autre Antenne, etc)
- Le cas particulier des "Prisons 13000" où 1 intervenant spécialisé toxicomanie/alcool est chargé de coordonner les actions au sein de l'équipe médicale financée par une structure privée.

Le premier cas de figure présente l'avantage d'un continuum dans le suivi pour certains détenus connus de l'intervenant. Il présente comme inconvénient une approche plus difficile des autres détenus toxicomanes qui pour la plupart ne connaissent pas l'existence d'un dispositif spécialisé et n'ont que leurs co-détenus pour en être éventuellement informés. Les services socio-éducatifs peuvent parfois servir d'informateurs et faire venir un spécialiste extérieur mais ce sera plutôt s'il y a une demande spontanée émanant du détenu lui-même.

Quoiqu'il en soit le risque de ce mode d'intervention est de minimiser certaines missions : dépistage, information systématique vers tous les toxicomanes, et préparation à la sortie pour tous, au profit des seuls toxicomanes déjà connus et suivis.

Par ailleurs, les structures extérieures qui interviennent en Maison d'Arrêt peuvent plus difficilement assurer un travail coordonné avec les autres services de la Maison d'Arrêt. Ils déclarent d'ailleurs mal maîtriser les systèmes de communication interne.

De même le retour d'information vers la Direction de l'Etablissement et la formation des personnels pénitentiaires peuvent être plus difficiles à réaliser.

Par contre pour les détenus suivis par les structures extérieures, la préparation à la sortie est vraisemblablement plus opérationnelle puisque s'inscrivant dans une prise en charge assurée par la même équipe.

Ce suivi sans changement d'interlocuteur peut favoriser certaines expériences de liberté conditionnelle avec stages ou travail en entreprise toute la journée et hébergement en appartements gérés par une Association spécialisée dans l'accueil des sortants. L'intérêt de cette prise en charge en continu est alors indéniable concernant la population toxicomane.

Dans le deuxième cas évoqué, ces structures permanentes se sont créées de par la volonté d'un service déjà en place, par exemple SMPR ou Antenne pré-existante.

Née d'un manque perçu par des intervenants déjà largement impliqués, ces "antennes" rencontrent certainement à la création moins de difficultés à se faire reconnaître et à développer des actions coordonnées tant en interne qu'en externe. Pouvant s'appuyer sur l'expérience préalable de leurs "promoteurs", elles peuvent s'adapter rapidement aux contraintes de l'univers carcéral.

Les modalités de recrutement sont par ailleurs probablement plus souples que celles des antennes officielles, offrant l'opportunité de coopter des intervenants déjà identifiés et correspondant au profil recherché.

Ces structures sont parfaitement à-même d'assurer les missions imparties aux autres antennes par leur cahier des charges mais, en l'absence de ce dernier, elles peuvent fonctionner avec moins de rigidité et de façon plus adaptée à la réalité locale. On relève cependant dans ce mode d'organisation, une inquiétude constante sur la pérennité de ces structures, non financées par la DGS et ne disposant pas forcément d'un budget automatiquement reconductible.

Le troisième cas peut être illustré par l'exemple d'une Maison d'Arrêt au programme 13000 que nous avons visitée : ce qui apporte des informations mais ne permet pas bien entendu d'extrapoler les informations à l'ensemble de ce dispositif.

Dans cette structure, l'ensemble des services sanitaires : médecine générale, et de spécialités, psychiatres, psychologues, intervenant alcool-toxicomanie et plateau technique sont regroupés au sein d'une même entité sous l'autorité d'un médecin-chef coordinateur. Tous ont été engagés par une société privée et aucun n'avait d'expérience préalable ni du milieu carcéral ni de la toxicomanie.

Le travail assuré par la personne chargée de la coordination toxicomanie-alcool apparaît proche du cahier des charges des Antennes émergeant au budget de la DGS : accueil des entrants dès le 1er jour après signalement par le service médical, entretien d'information systématique à l'issue du sevrage, coordination avec les différents services internes et structures extérieures en vue de la préparation à la sortie.

Le suivi des détenus toxicomanes a, au départ, été assuré par des intervenants d'associations extérieures. Le service socio-éducatif tenait un fichier à jour des différentes associations qui venaient suivre les détenus et gérait l'information et l'orientation vers ces structures spécialisées.

"On remettait à chaque détenu, à l'arrivée, une fiche d'explication sur les associations, adresses, planning des visites etc, et on le conseillait sur telle ou telle association suivant son cas et la spécificité de l'association. On faisait des synthèses régulières, tous les deux mois, avec les associations."

Au bout d'un an la Maison d'Arrêt a été avertie par le Ministère que dans le cadre du contrat avec les prisons 13000 un poste de travailleur social, rattaché au privé était prévu et devait être pourvu ; *"or ce poste avait été remplacé dans toutes les Maisons d'Arrêt au programme 13000 par un poste d'infirmière."*

Il a été décidé que ce poste de travailleur social, serait affecté à la coordination Toxicomanie-Alcool au sein du service médical.

L'organisation de son travail a été définie par l'équipe qui gérait précédemment ce dossier.

Le manque d'expérience du travail en milieu pénitentiaire de la personne recrutée, auquel s'est ajouté un problème de statut et ses incidences financières ont provoqué l'abandon du poste.

"Un statut (privé) est beaucoup moins intéressant que celui d'un travailleur social dans un secteur public pénitentiaire... La condition sine qua non pour ça marche est que le poste jouisse d'un statut équivalent à celui des autres travailleurs sociaux de la Maison d'Arrêt (SSE)."

Le mode de recrutement, par concours et non sur titre, a eu également pour incidence de laisser des postes vacants dans l'équipe médicale.

"C'est sur concours et non sur titre, c'est pourquoi nous avons tous les ans des postes vacants."

En conséquence, ce poste est tenu par la psychologue de l'équipe médicale en attendant la venue d'un nouveau responsable coordination Toxicomanie-Alcool.

Ces changements d'organisation ont provoqué des déficits dans la cohésion avec le réseau et le suivi :

"On ne sait plus quel est notre rôle au SSE. C'est une énorme perte pour nous par rapport aux Associations. On manque d'échanges aujourd'hui. Ces réunions, ce contact c'était la passerelle pour le dehors pour les détenus. Ça créait une solidarité entre les associations, la Direction venait aux réunions, et elle était très courante de la Toxicomanie. Pour la commission d'application des peines, c'était très important... On a perdu quelque chose à rattraper très vite."

Par contre, il semble exister aujourd'hui une bonne coordination informelle entre SSE et Service Médical contrairement à d'autres Maisons d'Arrêt où les 2 services coexistent sans lien réel.

La perception évoquée plus haut d'une moindre collaboration entre les Associations et la Maison d'Arrêt est confirmée par les partenaires extérieurs interrogés qui souhaitent qu'une personne soucieuse de rétablir les relations avec les Associations soit nommée et estiment que le bon fonctionnement du partenariat interne/externe tient plus aux personnes qu'aux structures.

Il a été évoqué à cette occasion le projet F.I.T. sur les Hauts-de-Seine qui a fédéré toutes les Associations de lutte contre la toxicomanie et a permis d'assurer une permanence toxicomanie à la Maison d'Arrêt selon un système où chaque Association prenait un créneau horaire.

Cette organisation semble-t-il fonctionne moins régulièrement, certaines Associations ne venant plus qu'à la demande "d'anciens clients" et le regrettant, car pensent-ils :

"Lorsque la Maison d'Arrêt nous en adresse ça fonctionne plus ou moins longtemps après la sortie. "L'accroche" doit se faire à l'intérieur, avant, si on veut qu'ils continuent à nous voir ; d'où l'importance pour nous de pouvoir venir souvent en prison. "

Les données épidémiologiques sont recueillies à l'arrivée dans le cadre du questionnaire d'entrée.

"On refait un bilan (test de dépistage) si la personne sait qu'elle est séropositive ou qu'elle désire le test, le médecin va administrer le traitement.

On attend 3 mois avant le 1er test de dépistage. Le problème des séropositifs c'est que certains refusent plus ou moins le traitement. C'est donc à la responsable toxico et à la psychologue de leur en faire comprendre l'intérêt. On a reçu une circulaire... demandant un dépistage systématique mais on ne veut pas, c'est insupportable pour ceux qui n'en font pas la demande." (1 membre du Service Médical)

2.2 Prise en charge Toxicomanie-Alcool par les Antennes financées par la DGS

2.2.1 Les Antennes Toxicomanie

■ Moyens humains

Le dispositif actuel compte 73 permanents répartis sur 16 antennes, soit en moyenne 4,6 personnes par antenne (de 2 à 8 selon les cas).

44 % des postes sont occupés par des psychologues, 15 % environ par chacune des 3 catégories suivantes : assistantes sociales, éducateurs spécialisés, secrétaires. Les postes de médecins ou d'infirmiers psychiatrique sont très rares (6 au total).

Les 2/3 des Antennes comptent entre 3 et 5 salariés ; plus de la moitié d'entre eux travaillent à temps partiel, en particulier les psychologues et les secrétaires.

Les 73 postes correspondent à 54 E.T.P. (3,4 E.T.P. par antenne en moyenne).

*** Mouvements de personnel**

Les mouvements de personnel sont importants : les départs représentent 41 % de l'ensemble des salariés ayant exercé au sein des antennes, depuis leur création, c'est-à-dire depuis au maximum cinq ans et jusqu'à 70 % dans certaines antennes (3 ont été créées en 86, 8 en 87, 4 en 88).

Par rapport à cette date, le nombre de salariés actuellement en poste a été multiplié par 1,6 et le nombre d'ETP par 1,4.

Seulement la moitié des Antennes ont un référent officiel, en général psychologue.

Par ailleurs, l'équipe des salariés est renforcée par des intervenants extérieurs : 27 au total soit 1,7 par Antenne, correspondant à 10 ETP. Il s'agit essentiellement de profils spécialisés non représentés au sein de l'équipe, psychomotriciens, enseignants de yoga, musicothérapeutes, etc., mais aussi des médecins et des psychologues.

*** Expérience professionnelle**

La plupart des salariés n'avaient pas d'expérience professionnelle antérieure en milieu carcéral (78 %) ou en toxicomanie (59 %).

Ces chiffres mettent en évidence la difficulté à recruter des intervenants expérimentés (salaires, univers de travail, éloignement, perte partielle d'ancienneté, modalités de recrutement par concours hospitalier, etc.).

*** Formation continue**

Dans pratiquement toutes les Antennes, un salarié au moins a suivi une formation professionnelle depuis son arrivée à l'antenne. C'est le cas de 41 % des salariés actuellement en poste. Parmi ces formations ont été citées : toxicomanie, alcool, conduites addictives, Sida, criminologie, psychologie médicale, école de la Magistrature, anthropologie culturelle, immigration, langues vivantes, linguistique, musicothérapie, informatique et formation à l'entretien.

80 % des Antennes estiment que certains profils font défaut, essentiellement des postes de secrétaires, d'éducateurs spécialisés et d'assistantes sociales.

*** Nombre de détenus et effectif des antennes**

Le rapport de détenus en stock et de l'effectif des Antennes en ETP (toutes catégories professionnelles confondues) fait apparaître une très grande hétérogénéité : le chiffre moyen est de 400 détenus en stock pour 1 ETP mais cette valeur fluctue de 145 à 868. Pour la suite de l'analyse nous avons procédé à une segmentation :

7 Antennes comptent moins de 300 détenus pour 1 ETP (stock)
(Groupe 1)

5 Antennes comptent moins de 300 à 500 détenus pour 1 ETP
(Groupe 2)

4 Antennes comptent plus de 500 détenus pour 1 ETP
(Groupe 3)

■ Moyens matériels

Les conditions matérielles de travail sont jugées acceptables par 8 des Antennes, considérées comme plutôt satisfaisantes par 3 Antennes, et au contraire plutôt insatisfaisantes par 5 autres : manque de locaux spécifiques pour les groupes, locaux hors détention pour certains et absence de locaux propres dans certains établissements.

Aussi les travaux de secrétariat sont assurés, dans les 2/3 des cas dans les locaux SMPR. Les entretiens ont lieu en général dans les locaux de l'Antenne ou au SMPR mais aussi à l'infirmerie ou au SSE ainsi que, assez fréquemment, dans des locaux divers : parloirs avocats, salles de classe, anthropométrie, bureau des visiteurs de prison, nursery etc...

Les groupes se tiennent rarement dans les locaux de l'Antenne. Ils prennent place généralement au SMPR ou dans des lieux divers : bibliothèque, salles d'activités, de spectacle, cellules etc. Les entretiens avec les familles ont lieu dans les locaux de l'Antenne dans le tiers des cas. Pour le reste, ils se déroulent le plus souvent en dehors des locaux pénitentiaires (Centre médico-psychologique, dispensaire d'hygiène mentale, centre d'accueil post-pénal, hôpital, bars, voie publique...), mais quelque fois aussi dans les locaux intra-pénitentiaires, locaux d'accueil ou salles d'attente des familles, locaux du SSE ou centres de semi-liberté.

L'insatisfaction concernant les locaux se manifeste essentiellement dans des Maisons d'Arrêt de taille petite ou moyenne (moins de 1000 détenus en stock). Les 2/3 jugent pertinente leur localisation au sein de la Maison d'Arrêt, en particulier dans les grosses structures.

■ Activités

Les activités cliniques représentent 57 % de l'ensemble des activités des Antennes ; il s'agit essentiellement d'entretiens individuels et d'actions de prévention, information.

La part occupée par ces activités est très homogène à l'intérieur des trois groupes précédemment définis, mais admet cependant des fluctuations considérables d'une Antenne à l'autre : (de 28 à 80 %).

Les activités de coordination représentent 24 % de l'ensemble, (variant de 10 à 40 %). Il s'agit surtout de relations avec les structures externes en vue d'une orientation, en particulier dans les groupes 2 et 3, et de relations avec les structures intra-pénitentiaires à propos d'un cas ponctuel.

Les autres activités représentent dans cette répartition 19 % (0 à 34 %). Elles recouvrent principalement les déplacements intra et extra-pénitentiaires et l'épidémiologie.

La part relative occupée par les différentes missions du cahier des charges des Antennes met en évidence la place prépondérante constituée par la prise en charge et la préparation à la sortie (49 % de l'ensemble des activités) en particulier dans les Antennes les plus sous-dimensionnées. L'accueil d'une part et la coordination d'autre part sont situés assez loin derrière. L'épidémiologie et l'identification ne représentent que 11 % de l'ensemble en moyenne.

Tous ces éléments sont sujets à de très grandes variations d'une Antenne à l'autre mais gardent une homogénéité à l'intérieur des 3 groupes. Pratiquement toutes les Antennes déclarent avoir dû abandonner certaines tâches, stipulées dans le cahier des charges, en particulier les réunions régulières avec les autres structures ou l'équipe de Direction, l'accueil et le dépistage.

La plupart font également état de difficultés pour réaliser certaines missions : recueil épidémiologique, travail avec les familles. Enfin, 80 % des antennes ont développé des actions en dehors du Cahier des Charges, en particulier : prise en charge thérapeutique, en relation avec le VIH, accompagnement après la sortie, information et sensibilisation du personnel pénitentiaire.

Le tiers des Antennes n'effectue aucun travail d'identification. Près de la moitié de celles appartenant aux groupes 2 et 3. Les principaux motifs invoqués sont le fait que ce travail est fait par d'autres structures, en particulier le SMPR ou que les moyens humains dont dispose l'Antenne ne permettent pas de le faire.

Détail des activités cliniques (Antennes Toxicomanie)

■ **Consultations - entretiens**

Le nombre de détenus suivis varie considérablement d'une Antenne à l'autre : près de 500 en moyenne, mais variant de 120 à 1.400.

Ce nombre est plus important dans les Antennes des grandes Maisons d'Arrêt, pourtant les plus démunies proportionnellement en moyens humains.

Au total, 15 % de la population pénitentiaire de l'échantillon étudié est suivie par les Antennes (avec une variation de 5 à 55 % selon les cas). La proportion de détenus suivis dans cette enquête est identique à la proportion de toxicomanes, suivis ou non, relevée dans l'enquête nationale.

Ceci s'explique par la sur-représentation de grosses Maisons d'Arrêt, en particulier dans les zones où la prégnance de la toxicomanie est la plus forte (région parisienne et Sud-Est) dans notre enquête.

Le nombre de détenus "suivis" (*) pour un ETP est très hétérogène (moyenne 132 - variation de 32 à 304).

La faible capacité de certaines Antennes (grand nombre de détenus rapporté à la taille de l'équipe) n'est pas corrélée avec le nombre d'entretiens réalisés à personnel égal.

Il s'agit dans ce cas essentiellement d'entretiens s'inscrivant dans le cadre d'un suivi au détriment des entretiens systématiques à l'arrivée et du dépistage.

Ce cas de figure s'inverse dans les Antennes où le nombre de détenus par ETP est moins élevé.

S'agissant en général de petites structures, celles-ci sont obligées de hiérarchiser les priorités et elles donnent la primeur au travail de dépistage et d'information systématique.

Ces chiffres montrent bien l'impossibilité dans laquelle se trouvent certaines Antennes de grosses Maisons d'Arrêt d'assurer simultanément la mission d'accueil systématique et de suivi.

Il apparaît toutefois que certaines Antennes placées dans cette situation ont opté pour un choix différent : priorité étant alors donnée à l'accueil systématique, à l'organisation de groupes de sensibilisation à un travail de préparation concrète à la sortie, plutôt qu'à un suivi individualisé de type psychothérapeutique. La réponse au cahier des charges actuel apparaît plus fidèle chez celles-ci.

Le contenu des entretiens semble obéir à deux projets différents : pour certains il s'agit d'entretiens à visée thérapeutique car ils considèrent que ce temps d'incarcération est favorable pour débiter une démarche de ce type et que par ailleurs un temps de parole est indispensable à certains détenus, alors que les autres structures internes ne peuvent répondre à cette demande.

(*) *Au moins 1 entretien effectué*

Pour d'autres, il ne s'agit pas d'une démarche psychothérapeutique mais plutôt "d'appivoiser" les détenus et d'ouverture à une thérapie qui débutera à l'extérieur, parfois avec les mêmes personnes ou avec des psychologues ou intervenants d'associations spécialisées ou non.

Le délai moyen entre le signalement à l'arrivée et le premier entretien est la plupart du temps de 6 jours (à 2 exceptions près où ce délai atteint 1 à 2 mois).

Le délai habituel entre le signalement en cours de détention et l'entretien est en moyenne de 4 jours (dans un cas cependant, il atteint 15 jours).

■ Les groupes de thérapie collective (*)

La moitié des Antennes organise des groupes (de 1 à 12 en général).

Pour l'une des Antennes le nombre de participants à ces groupes a été de plus de 350 personnes en 1992. Pour l'ensemble des Antennes, 575 détenus ont participé à l'un au moins de ces groupes.

Certaines Antennes ont fait état d'interruptions de ces groupes dues soit à l'usure des professionnels extérieurs qui les animaient, soit à un financement insuffisant, soit à un risque perçu, en particulier pour les jeunes toxicomanes de recréer "un lieu d'échange d'informations sur la drogue".

(*) Voir liste détaillée des groupes de thérapie collectives en annexe de ce rapport

■ Les autres activités collectives (Antennes Toxicomanie) (*)

Ateliers de relaxation, création d'espaces musique, de séances de musicothérapie, de yoga, de dessin, etc. Elles sont souvent ouvertes à des publics non exclusivement toxicomanes.

Les financements peuvent être assurés par la Justice, l'Administration Pénitentiaire, un CHS, la DDASS, lorsque le budget de l'Antenne ne le permet pas.

Ces activités de groupe sont présentées par certaines Antennes comme l'occasion de "créer un mouvement" pour des gens "anesthésiés" par l'enfermement et la dépendance et pour l'équipe afin de créer une "mouvance" (recevoir des gens, demander les autorisation à la Direction), pour dé-médicaliser :

"On produit de l'offre pour susciter la demande : il faut être compétitif par rapport à la télévision, à l'enfermement et être compétitif aussi par rapport à la prise de médicaments"

Ces activités offrent par ailleurs l'avantage de faire connaître et reconnaître l'ensemble du travail des Antennes auprès des publics internes : Direction, surveillants, autres services.

■ Travail spécifique en relation avec le VIH

Les Antennes Toxicomanie sont en permanence confrontées au problème du VIH : parmi les détenus suivis, le nombre de porteurs du virus varie de 8 à 300, soit une proportion moyenne de 13 % (variation de 2 % à 36 %). Au total 4 Antennes, sur 14 ayant documenté la question, comptent plus de 20 % de porteurs du VIH au sein de la population suivie. Parmi ceux-ci, les malades symptomatiques représentent 21 % des sujets infectés (calcul sur 7 Antennes).

(*) Voir liste en annexe

Ce problème touche cependant surtout les grandes Maisons d'Arrêt : la prévalence de la séropositivité parmi des détenus suivis est de 30 % dans les établissements où le flux annuel est supérieur à 5.000, contre 11 % lorsque le flux est compris entre 3.000 et 5.000 et 9 % lorsqu'il est inférieur à 3.000.

De fait, un travail spécifique en relation avec le SIDA a été entrepris dans les 3 Maisons d'Arrêt du premier groupe, dans 3 des 4 établissements du second groupe et seulement dans 5 des 9 établissements du troisième groupe. Au total un travail de ce type a donc été conduit dans 11 Antennes (70 %).

Il s'agit autant d'interventions individuelles que d'interventions collectives, ces dernières étant principalement effectuées en direction du personnel pénitentiaire.

On doit par ailleurs signaler que 6 Antennes ont interrompu en 1992 certaines actions de ce type (non reconduction des crédits, manque de disponibilité, fin de programme).

De l'avis de certaines Antennes Toxicomanie, la présence du VIH change souvent beaucoup de choses chez les détenus : volonté d'arrêter la drogue et de réaliser un projet. Chez les femmes, elle peut induire d'autres types de comportements ou de craintes : volonté de s'occuper de son enfant, craintes pour une future grossesse, culpabilité dans le couple... Dans certains cas, la présence du VIH peut éloigner certains détenus de l'Antenne du fait de la prédominance des problèmes médicaux. Ils sont alors surtout pris en charge par le service médical.

■ Travail avec les familles

Celui-ci est relativement peu important, particulièrement pour les Antennes Alcool où le nombre annuel d'entretiens avec les familles est de 5 en moyenne. La moitié des Antennes Toxicomanie réalisent moins de 20 entretiens annuels.

Cependant, quelques Antennes Toxicomanie ont visiblement plus investi dans cette tâche et souhaitent collaborer avec le SSE dans ce domaine.

Sauf dans le cas d'Antennes situées hors détention, les entretiens ont en général lieu en ville ou, plus rarement, dans des locaux intra-pénitentiaires aménagés. Souvent il s'agit de consultations par téléphone.

Après une attitude de recul devant les demandes des familles, soupçonnées d'être souvent celles par qui la drogue et les médicaments passent en prison, il semble aujourd'hui que certaines Antennes manifestent le désir d'entamer un travail auprès des mères puisque ce sont presque uniquement elles qui se manifestent.

On note par ailleurs que les femmes incarcérées ont souvent conservé plus de liens avec leur famille à cause des enfants.

Cependant, d'une manière générale, le travail avec les familles est plutôt délégué à d'autres structures : SSE, associations, centres de thérapie familiale.

L'intérêt de ces entretiens apparaît souvent modeste :

"Elles viennent pour des problèmes concrets. On peut les rassurer, mais ça ne va pas plus loin"

On constate pourtant que le travail avec les familles est plusieurs fois cité parmi les projets des antennes.

Activités de coordination : Préparation et orientation à la sortie (Antennes Toxicomanie)

L'orientation et la préparation à la sortie représentent 50 % de l'activité de l'ensemble des Antennes. En moyenne 25 % des détenus suivis ne sont pas orientés (4 à 89 % selon les cas) conséquence le plus souvent d'une sortie ou d'un transfert inopiné (19 % des cas).

Parmi ceux qui sont orientés, l'orientation vers le réseau spécialisé se fait pour 39 % des détenus suivis.

On a pu observer une corrélation négative entre ce type d'orientation et la proportion de détenus bénéficiant d'un suivi régulier.

On peut émettre comme hypothèse que la plupart des Antennes de par leur manque de disponibilité sont contraintes d'opérer un choix entre prise en charge régulière des détenus et préparation à la sortie. Ce modèle admet cependant des exceptions. Une autre hypothèse serait qu'il n'existe pas localement de structures spécialisées auxquelles les envoyer.

L'orientation vers le secteur social concerne également 39 % des détenus suivis alors que les orientations vers le dispositif de santé mentale ou vers des structures sanitaires sont plus rares (respectivement 9 % et 11 % des détenus suivis).

Dans certaines Antennes, il a été organisé des "SAS" de sortie.

Selon le cas il s'agit de dispositifs destinés aux détenus le mois ou les 3 mois précédant leur libération, soit de dispositifs d'accueil à la sortie.

Ils peuvent prendre des formes variées. A Marseille par exemple, le Conseil Communal de Prévention de la Délinquance, le Mission Jeunes de la Ville, les Services Judiciaires et l'Administration pénitentiaire ont contribué au montage d'un chantier extérieur qui accueille 15 jeunes détenus de 18 à 30 ans pendant 3 mois, chaque journée s'articulant autour de travaux forestiers et de nettoyage et d'activités pédagogiques.

Ce chantier est ouvert entre autres aux détenus toxicomanes sevrés, aptes physiquement et psychologiquement à commencer un processus de réinsertion sociale :

"Après 3 mois, ils sont contents, ils ont du travail, ils se sentent valorisés. Ils s'imaginent qu'ils ont fait le même travail qu'en post-cure mais quand ils sortent (...!) Il y en a dont on a des nouvelles. Si ça se passe bien ils nous appellent. Sinon on a des nouvelles directement par les Baumettes ou par l'Antenne s'ils ont été réincarcérés... On en a trop peu pour tirer des conclusions mais quand il y a eu un premier travail de réflexion avec l'Antenne, c'est positif" (CES Pastré)

A Lyon, il est également mentionné l'existence d'un module de préparation à la sortie en liaison avec le SSE et une co-animation de chantiers extérieurs.

A Fresnes, le Q.I.S., créé en 1992 consiste en stages d'un mois de préparation à la sortie qui accueillent 10 détenus, pendant 1 mois.

Ces stages s'adressent plus directement "aux cas lourds, à ceux qui refusent tout suivi mais qui acceptent le Q.I.S. parce qu'il leur semble plus concret."

Le recrutement se fait sur liste du greffe parmi les sortants dans un mois.

Ces stages comportent divers volets : du théâtre à la réinsertion sociale, professionnelle (connaître les différents organismes, avoir les adresses, refaire les papiers nécessaires, prendre les contacts...) le tout, le plus concrètement possible :

"Avec le recul, le 10e stage est en cours, on constate une baisse de la récidive : 15 % contre 50 %. 15 % sont retournés en prison mais pas de la même manière... leur problématique apparaît mieux, ça n'est plus la faute à "pas de chance"

Pour les dispositifs d'accueil après la sortie, un exemple a été donné à Rouen :

"On a un centre d'accueil post-pénal, soit avant la reprise d'une vie normale, soit avant de les placer ailleurs"

Toutes ces actions et expérimentations isolées semblent correspondre aux attentes formulées par les différents partenaires internes et externes d'une véritable préparation à la sortie et elles ont en général une excellente image en interne et en externe.

En règle générale, les orientations à la sortie se font différemment selon qu'un détenu a été ou non antérieurement suivi par un centre d'accueil de la région. Si c'est le cas, le centre d'accueil le reprend en charge à la sortie. Si le détenu est originaire d'une autre région l'orientation est jugée plus difficile, plusieurs Antennes avouant ne pas connaître les interlocuteurs.

Les orientations vers des post-cures sont souvent difficiles compte tenu d'une part des modalités de "sélection" de certaines post-cures : nécessité de se présenter ou de téléphoner sans dérogation possible :

"Leur système d'admission passe par l'appel téléphonique et non le courrier et ici les détenus ne peuvent pas téléphoner, c'est hallucinant, ils ne veulent pas déroger"

et d'autre part des réticences de quelques uns à accepter d'anciens détenus.

On note par ailleurs que le tiers des Antennes Toxicomanie ont développé des actions allant dans le sens d'un accompagnement après la sortie.

■ Relations avec les partenaires internes et externes

(Cette partie des activités de coordination a fait l'objet d'une réflexion spécifique. Cf chapitre III de ce rapport).

2.2 Prise en charge Toxicomanie-Alcool par les Antennes financées par la DGS

2.2.2 Les Antennes Alcool

■ Moyens humains

Le dispositif actuel compte 6 intervenants sur 3 Antennes : soit en moyenne 2 fois moins de personnel que les Antennes Toxicomanie (2 salariés au lieu de 4,6). Il compte 2 médecins, une infirmière, une assistante sociale, un psychologue et une secrétaire (de 1 à 4 personnes salariées selon les Antennes et en moyenne 1.4 personnes en ETP au lieu de 3,4 pour les Antennes Toxicomanie).

2 Antennes sur les 3 ont un référent. Dans la troisième Antenne, une fusion de fait s'est opérée au sein du SMPR.

Le nombre de postes salariés n'a pas augmenté depuis la création des Antennes; par contre les durées d'intervention (calculées en ETP) ont été multipliées par 3.

Les 2/3 des intervenants, et tous les médecins, exercent à temps partiel à l'Antenne et dans d'autres structures, dispositif spécialisé, hôpital ou autre.

Aucun salarié n'avait une expérience antérieure du milieu carcéral; une seule Antenne disposait de spécialistes en alcoologie (médecins).

La moitié des salariés actuellement en poste a suivi une formation professionnelle depuis son arrivée à l'Antenne.

Deux Antennes sur trois estiment que certains postes font défaut, essentiellement médecins, psychologues, assistantes sociales, secrétaires...

Les mouvements de personnel sont, comme pour la toxicomanie, importants : 45 % des salariés ayant exercé au sein de ces 3 Antennes les ont quittées.

■ **Moyens matériels**

Les conditions matérielles de travail sont jugées insatisfaisantes par les trois Antennes (2 sont situées hors détention, une seule dispose de locaux propres et d'une ligne téléphonique dans tous les bâtiments où elle intervient).

On remarquera par ailleurs que les entretiens ne sont jamais réalisés dans les locaux des Antennes mais plutôt à l'infirmerie, voire au SMPR, au SSE ou dans d'autres locaux.

Ces remarques tendent à montrer que les Antennes Alcool n'ont pas encore acquis la reconnaissance institutionnelle qui leur permettrait de disposer de locaux adéquats.

■ Activités

Les activités cliniques représentent une part équivalente à celle relevée dans les activités toxicomanie (48 %). Il s'agit là encore essentiellement d'entretiens individuels mais aussi d'activités de type ateliers ou stages, ou encore d'activités d'information-prévention.

Les activités de coordination occupent 31 % de l'ensemble, essentiellement constituées par les relations avec les structures sanitaires et sociales internes à l'établissement pénitentiaire.

Les activités autres constituent 21 % de l'ensemble, dont près de la moitié consistant en déplacements intra et extra-pénitentiaires.

Par rapport au cahier des charges, l'accueil paraît occuper une part très faible (8 %) tandis que les actions de coordination et de préparation à la sortie occupent respectivement 22 % et 57 % des activités.

Dans le cas particulier de la Maison d'Arrêt où le SMPR a intégré les 2 Antennes, l'accueil est systématiquement assuré à l'arrivée par un membre du service "unifié" par rotation et il a été mis en place une prise en charge pluridisciplinaire des alcooliques incarcérés, y compris psychothérapeutique".

Les 3 Antennes ont reconnu avoir abandonné certaines missions du cahier des charges. Il s'agit selon les cas de la formation et l'information du personnel médical et pénitentiaire (manque de personnel et priorité donnée au travail auprès des détenus); ou de la prévention primaire (manque de personnel).

D'autres missions, bien que non abandonnées, posent problème : organisation de groupes (problème de locaux); coordination avec les réseaux extérieurs (manque de personnel); et couverture complète de tous les bâtiments (manque de personnel).

Par contre, d'autres activités extérieures au cahier des charges ont été assurées : psychothérapies, recherches épidémiologiques, création d'une association faisant le lien entre équipe interne et externe.

Détail des activités cliniques (Antennes Alcool)

■ Consultations - entretiens

Le nombre de détenus suivis est en moyenne de 132 par Antenne (il varie de 71 à 227 personnes), soit 2 % de la population pénitentiaire suivie par ces 3 Antennes (avec une variation de 2 à 7 %).

Le nombre de détenus suivis pour un ETP est inférieur à celui relevé dans les Antennes Toxicomanie (moyenne : 92 contre 132), ce qui s'explique par le fait que les 2/3 de ces entretiens s'inscrivent dans le cadre d'un suivi. Mis à part le cas particulier d'une fusion au sein du SMPR, il est extrêmement rare que les entretiens soient faits au moment de l'arrivée du détenu.

Les entretiens ont lieu 2 fois sur 3 à la suite d'un signalement et 1 fois sur 3 à la demande du détenu. Le délai moyen par rapport à l'arrivée est de 10 jours sauf là où l'Antenne est intégrée au SMPR et où l'entretien a lieu le jour même ou le lendemain.

■ Groupes de thérapie collective (Antennes Alcool)

Aucune des Antennes interrogées n'a réalisé de groupes de ce type. Dans un cas cependant une telle activité a été organisée dans le passé et abandonnée (groupe de parole).

■ Autres activités collectives

Deux Antennes en ont organisé, mais déclarent avoir rencontré des difficultés :

"Les groupes sont très problématiques; 20 inscrits, 12 présents; puis 0. Des bons d'inscription sont distribués à tous. Beaucoup de nouveaux surveillants ne sont pas au courant et tout est à recommencer"

■ Préparation et orientation à la sortie

Selon les cas de 10 à 40 % des détenus suivis en entretien n'ont pas été réorientés, souvent du fait d'une sortie ou d'un transfert inopiné.

Selon les Antennes, cette dernière situation se présente pour 5 à 30 % des détenus suivis.

Pour ceux qui sont orientés vers les différents réseaux, l'orientation vers le réseau spécialisé alcool prédomine (58 % des cas et jusqu'à 80 % dans une des Antennes).

L'orientation vers le secteur social est également fréquente (43 % des cas).

Les orientations vers le dispositif de santé mentale ou vers le dispositif sanitaire sont beaucoup plus rares (respectivement 7 % et 5 % des détenus suivis).

Lorsque le référent de l'Antenne est un médecin alcoologue exerçant pour partie à l'extérieur de la Maison d'Arrêt, l'orientation vers le réseau spécialisé est en fait une prolongation du suivi entamé à la Maison d'Arrêt.

Ce thème particulier de la préparation à la sortie sera repris dans le chapitre consacré aux relations avec les partenaires internes et externes.

**III. LES RELATIONS
AVEC LES DIFFERENTS
PARTENAIRES DES ANTENNES**

III. LES RELATIONS AVEC LES DIFFERENTS PARTENAIRES DES ANTENNES

3.1 Les partenaires internes

■ Le SMPR

Dans la mesure où les Antennes Toxicomanie et Alcool sont placées sous la responsabilité du médecin, chef du SMPR, il convient de séparer les relations que l'Antenne a avec cette personne de celles qu'elle entretient avec l'équipe elle-même.

Concernant les médecins, chefs du SMPR, on constate que pratiquement tous sont largement impliqués dans la gestion administrative des Antennes et les relations avec l'hôpital de rattachement.

Par contre les Antennes se partagent en deux groupes égaux quant à l'implication du médecin, chef du SMPR, au niveau de leurs activités (très impliqué ou peu impliqué). Ces relations sont variables selon les équipes :

- Soit des rencontres informelles au cas par cas très fréquentes, et une réelle autonomie entre les deux équipes.
- Soit un rythme plus institutionnalisé. Hebdomadaire en général.
- Soit même une intégration complète de l'Antenne dans le SMPR.

Ces relations dépendent de plusieurs facteurs :

- La volonté du médecin chef de vouloir ou non une Antenne autonome :

"Moi, je joue un peu le rôle du vieux singe; je suis là pour aplanir; pour régler les problèmes lorsqu'il y en a"
(médecin chef SMPR)

ou

"J'estime qu'une Antenne sans SMPR est orpheline. Elle n'a pas de statut et ne peut s'imposer en interne. Elle est réduite à vivre dans son coin. Il vaut mieux constituer une seule équipe polyvalente" (médecin chef SMPR)

- L'antériorité d'une équipe par rapport à l'autre.
- La localisation des bureaux de l'Antenne par rapport à ceux du SMPR (rapports facilités lorsqu'il y a proximité).
- Le profil des intervenants des deux équipes.

Il nous a été donné de constater dans plusieurs cas des dissensions importantes entre les Antennes Toxicomanie et les médecins chefs du SMPR, concernant le positionnement de l'Antenne, non habilitée à assurer des soins (tâche qui relèverait, selon ceux-ci, du SMPR) et contrainte d'effectuer un travail redondant avec celui du SSE.

Pour ces médecins, une individualisation du symptôme toxicomanie et donc une prise en charge spécifique de celui-ci constitue une stigmatisation néfaste "niant le fait que la toxicomanie est la manifestation d'un trouble de la personnalité plus global."

Leur tendance est alors d'intégrer dans leur équipe les spécialistes des Antennes de manière à offrir une prise en charge pluri-disciplinaire assurée par un SMPR élargi.

Dans une Antenne au moins cette tendance s'est traduite dans les faits avec la constitution d'une équipe unique et une participation des spécialistes toxicomanie et alcool à la plupart des activités du SMPR. A priori les intervenants actuels adhèrent à cette vision.

Ce point de vue est cependant contesté par de nombreux intervenants du dispositif, comme par des médecins chefs du SMPR, soucieux de préserver l'autonomie et la spécificité de la prise en charge des Antennes. Ils craignent par ailleurs l'influence néfaste d'une image trop psychiatisée de la prise en charge des toxicomanes :

"Tout mettre sous la bannière de la psychiatrie est réducteur"

Cette crainte rencontre un écho chez certains sous-directeurs et surveillants interrogés qui pensent que cette image "dévalorisante aux yeux des toxicomanes et de leurs co-détenus" pourrait conduire à une augmentation de la réticence à se faire suivre.

La perte de l'identité des Antennes, si elles étaient regroupées au sein du SMPR, risquerait de faire disparaître ce lieu d'écoute non médicalisé que certaines Antennes ont su créer et concrétiser dans un lieu bien identifié.

Concernant le service SMPR, le rythme des contacts est assez varié. Ils se font de façon informelle au cas par cas dans la plupart des Antennes. Une minorité (6/14) organise également des réunions régulières entre les deux équipes.

"Le médecin chef vient à la réunion hebdomadaire de l'équipe, à notre demande généralement, environ une fois par semaine et s'adresse à chacun de nous dès qu'il en a besoin, fréquemment mais de façon informelle"

La quasi totalité des Antennes estime d'ailleurs qu'il existe une bonne complémentarité entre les deux équipes dans la gestion des dossiers et qu'elle va en s'améliorant.

La mise en place d'actions collectives communes reste par contre rare.

On note cependant le risque d'une redondance dans les prises en charge, au cas où le détenu contacte simultanément plusieurs professionnels sans le en avertir :

"La complémentarité est insuffisante car aléatoire quand le patient voit plusieurs professionnels sans en parler et que ceux-ci ne se concertent pas"

Concernant les Antennes Alcool, le problème de positionnement mentionné ne se pose pas puisque la dimension soin n'est pas contestée (médecin permanent ou vacataire). Dans un cas, du fait de la fusion SMPR-Antennes, ce sont les médecins du SMPR qui interviennent.

■ SSE (Service socio-éducatif)

Les relations sont très variables selon les sites. Elles paraissent dépendre fortement des personnalités en présence.

Elles sont colorées par des a priori partagés assez largement.

Les SSE perçoivent les Antennes comme privilégiées en termes de statut et de moyens et se plaignent souvent de la disparité des moyens mis en oeuvre rapportés au nombre de détenus suivis par l'un et l'autre service.

Ce sentiment s'atténue lorsque des activités sont montées en commun et que les intervenants du SSE y trouvent pour eux mêmes une ouverture sur l'extérieur et une valorisation en interne.

Il existe souvent une frustration due au fait qu'avant l'arrivée des Antennes, ces services étaient l'interface des structures spécialisées extérieures, et qu'après le démarrage des Antennes ce contact leur a échappé.

Dans les Maisons d'Arrêt où la complémentarité joue bien, il y a reconnaissance réciproque du professionnalisme de chaque équipe. Dans d'autres, la non connaissance au départ du milieu carcéral ou de celui de la toxicomanie par les intervenants de l'antenne, rend la reconnaissance difficile.

"Pour s'occuper des détenus toxico il faut des gens chevronnés"

Or 44 % seulement des salariés des Antennes toxicomanie déclarent avoir eu une expérience préalable dans ce domaine.

Dans 5 Antennes, personne n'avait une expérience de travail en milieu carcéral; dans 8 autres, seul un salarié en avait une.

Dans 3 Antennes, aucun salarié n'avait au départ d'expérience de travail en milieu spécialisé toxicomanie, et dans 5 autres, un seul en possédait une.

Mais beaucoup sont conscients que le temps et l'expérience acquise sur le terrain jouent en faveur d'une meilleure image et d'une meilleure coopération.

La plupart des SSE souhaitent que la dimension de suivi psychologique et d'écoute (que certains regrettent de ne pouvoir assumer eux-mêmes faute de disponibilité) puisse être prise en charge par les Antennes Toxicomanie, et qu'il s'agit là d'un besoin réel partagé par beaucoup de détenus.

"L'existence de l'Antenne Toxicomanie-Alcool est une aide incontestable pour mon service et ils ont une action extrêmement utile. C'est indispensable au niveau de tous les gens qui ont besoin d'un soutien psychologique. C'est une fraction importante de la population pénale. On dépasse là, le cadre des toxicos ou des psychiatriques lourds" (Responsable SSE).

Une intervention de ce type contribue à clarifier le positionnement de l'Antenne, à mi-chemin entre la prise en charge socio-éducative qui est le champ d'intervention spécifique des SSE et la prise en charge médicale ou psychiatrique.

La fréquence des contacts des services socio-éducatifs avec les Antennes Alcool semble supérieure, de même que la complémentarité entre les 2 équipes pour traiter des cas individuels. Ce phénomène peut s'expliquer par la petite taille des équipes Alcool en règle générale et la nécessité où ils sont de faire appel à une aide extérieure.

Cet intérêt accordé au travail de suivi psychologique des Antennes n'est cependant pas partagé par tous :

"On a l'impression que ce sont des administratifs, on les voit pas souvent, ils ont le temps, eux, de faire des statistiques".

"Il doit bien s'y faire quelque chose, vu qu'il y a du monde, mais on ne sait pas très bien quoi"

Côté Antenne, la perception du service socio-éducatif est souvent celle d'une structure qui, étant payée par l'Administration Pénitentiaire, fonctionne selon une logique carcérale et non une logique d'écoute et d'aide individualisée :

"Ils sont occupés à préparer des dossiers pour la Commission d'application des peines au détriment du courrier qui s'accumule"

"En sous effectif permanent, si un détenu demande une place dans un foyer, ils n'auront le temps que de lui remettre la liste des foyers"

■ SM (Service médical)

Le manque de temps chronique des services médicaux rend les échanges rares. Peu savent exactement ce que font les Antennes, sauf si les bureaux sont proches. ou si des rencontres informelles sont possibles (mess, etc).

La plupart des Antennes Toxicomanie reconnaissent que les rencontres entre les deux équipes, même pour traiter de cas individuels sont rares, quand ce n'est inexistantes. Presque toutes par ailleurs déplorent une complémentarité très largement insuffisante, sans évolution notable depuis la création de l'Antenne.

Les relations avec les Antennes souffrent parfois des mêmes difficultés que celles rencontrées avec le SSE : une frustration liée à la disparité des moyens dont ils disposent, comparés à ceux des Antennes.

Une minorité d'Antennes Toxicomanie cependant, du fait de l'infection VIH ont mis en place une collaboration avec le service médical "tant au niveau de l'accueil, que du suivi, du travail de prévention, du soutien psychologique, des groupes de parole, avec la collaboration d'intervenants spécialisés dans la prise en charge des malades du SIDA ; et elles mettent à disposition des préservatifs et des brochures d'information".

La fréquence des rencontres avec les Antennes Alcool semble supérieure mais est cependant jugée par ces dernières dans tous les cas insuffisante et sans évolution notable.

■ Autre Antenne implantée dans l'établissement

Lorsque ces cas existent, les contacts sont faibles (rares contacts pour traiter de cas individuels, absence d'actions collectives) sauf dans le cas particulier d'une véritable fusion SMPR/Antenne Toxicomanie/Antenne Alcool, ou dans le cas de la création d'une Antenne alcool à titre expérimental et officieux, sous l'impulsion de l'Antenne toxicomanie et du SMPR. On note cependant, dans une Maison d'Arrêt, une évolution vers une plus grande complémentarité, et des attentes :

"Un antenne alcoologie n'a pu être créée faute de financement. Cependant, les ??? alcoolémie toxicomanie constituent un de nos axes de travail. En attendant la création de l'antenne alcoologie, le SMPR gère l'alcoolisme et on a créé un Groupe de réflexion assuré par les A.A." (Toulouse)

3.2 Relations avec l'Administration Pénitentiaire

La grande rotation des personnels de surveillance ne facilite pas le travail de collaboration ; cependant, cette collaboration s'améliore lorsque les consultations ont lieu en détention même.

"Nous pouvons alors expliquer aux surveillants le fonctionnement de l'Antenne ; ce qu'est la toxicomanie et ce qui signifie être toxicomane. Cela a pour effet de rencontrer un écho favorable auprès des agents, autrement sensibilisés. Certains ont demandé une formation par l'Antenne toxicomanie... Elle n'est malheureusement toujours pas mise en projet."

On constate d'ailleurs à l'analyse des projets des antennes, que de nombreuses actions d'information-prévention SIDA et d'information toxicomanie en direction des personnels pénitentiaires sont à l'étude.

Les relations avec l'Administration Pénitentiaire sont en général assez rares, à quelques expression près. Il semble que les membres des Antennes aient peu l'occasion de rencontrer les Directions et que les contacts se fassent essentiellement au niveau du Médecin-Chef du SMPR.

3.3 Relations avec les DDASS

Elles sont très variables d'une Antenne à l'autre. D'inexistantes pour certaines, elles peuvent prendre la forme de réunions de travail à la DDASS et au Centre Pénitentiaire, avec participation du Médecin Inspecteur aux réunions trimestrielles prévues dans le Cahier des Charges, et de réunions institutionnelles d'harmonisation du dispositif spécialisé. Ont été également citées des participations à des sessions sur la toxicomanie et des travaux sur la prévention.

3.4 Relations avec les structures judiciaires et les Juges d'Application des Peines (JAP)

Les JAP

Certaines Antennes n'ont que très peu de relations avec le JAP et la CAP, voire aucune, le service socio-éducatif de la Maison d'Arrêt restant le seul interlocuteur.

Pour les autres Antennes, les relations se font en général à propos d'un cas, à l'occasion de demandes de permissions de sortie, de libérations conditionnelles, de chantiers extérieurs, par l'intermédiaire de la CAP ; et parfois pour une "mise en conditionnelle médicale" mais "*plus difficile à obtenir sans la présence d'un médecin à la Commission d'Application des Peines*".

Les relations avec les JAP sont "*plutôt de l'ordre de la concertation que de la collaboration*". Ils sont en général débordés et il est souvent difficile d'obtenir des autorisations de sortie pour permettre aux détenus de rencontrer les centres de soins ou effectuer des démarches.

Les informations demandées concernent en particulier le déroulement du suivi par l'Antenne : régularité, investissement du détenu suivi, changements observés) Elles sont données par téléphone.

Deux problèmes sont évoqués : le secret professionnel et les risques de non coordination entre les positions adoptées par certains intervenants extérieurs et celles prises par l'Antenne, vis à vis de l'Administration pénale :

"Nous découvrons, toujours par des toxicomanes suivis de nous, des types d'intervention réalisées sans coordination par des intervenants extérieurs qui peuvent avoir l'accès de la prison possible par autorisation du chef du service Socio-éducatif ou à la demande du juge d'instruction" (Antenne Toxicomanie)

"Lorsque nous manquons d'informations sur un détenu, nous trouvons dommage que les Antennes refusent leur aide, bien que nous comprenions leur souci de respect du secret professionnel"
(J.A.P.)

La CAP

Un petit nombre seulement d'Antennes entretient des relations régulières avec la Commission d'Application des Peines.

Les CPAL

Les relations institutionnelles avec les Antennes toxicomanie sont inexistantes pour 6 d'entre elles, mensuelles pour 1 et au cas par cas pour 9. Les suivis en commun de personnes, soit libres, soit détenues, sont jugées assez bonnes pour 8, insuffisantes pour 4, inexistantes pour 4.

Les relations se font surtout par téléphone et au cas par cas.

Certains C.P.A.L. ont craint au démarrage des Antennes de voir celles-ci empiéter sur leurs prérogatives, en cas de libération conditionnelle, en se substituant aux travailleurs sociaux du C.P.A.L.. Cette crainte s'est estompée lorsque ces Antennes ont cessé de demander des libérations anticipées pour permettre à certains détenus de profiter d'une place obtenue en hébergement spécialisé. La tendance est plutôt d'organiser un tel séjour autour de la date de fin de peine. De ce fait, les relations avec les C.P.A.L. sont devenues moins fréquentes et l'inquiétude quant à d'éventuels effets induits s'est estompée.

Avec les Antennes Alcool, les relations sont quasi inexistantes, sauf pour 1, qui entretient des "relations assez fréquentes" avec le CPAL.

Les autres interlocuteurs cités ont été :

Le Tribunal pour enfants ; le Juge d'Instruction, et plus rarement les avocats, les délégués de probation...

3.5 Relations avec le réseau spécialisé ; Centre d'accueil, Centres de Post-cure, etc.

Les Centres d'accueil

Toutes les antennes disent avoir des relations régulières avec au moins un Centre d'accueil de leur région (et parfois jusqu'à 6 associations différentes dans les secteurs géographiques fortement touchés par la toxicomanie comme la Région Parisienne ou la Région Sud et où existent des réseaux larges). Ces relations servent à préparer les sorties au cas par cas le plus souvent, et les contacts sont jugés assez réguliers.

Ces contacts sont plus difficiles dans les Maisons d'Arrêt, situées en dehors des grands centres urbains (où sont localisées généralement les associations spécialisées), compte tenu de l'éloignement (ex : Draguignan).

Plusieurs antennes ont mentionné une certaine réticence des structures spécialisées extérieures à travailler en milieu carcéral et même avec les sortants de prison.

Ces réticences s'expliquent selon elles par le manque de personnel dont souffrent ces associations, mais aussi par des positions de principe mettant en cause la qualité de la motivation du toxicomane détenu, qui leur fait demander à l'antenne d'organiser des contacts extérieurs préalables (avec permission de sortie) avec les détenus.

Certains centres d'accueil interrogés confirment des réticences à intervenir en Maison d'Arrêt :

"On ne va pas rencontrer les détenus en prison, il y a trop de démarches à faire et trop de temps passé dans les couloirs. Il faut des demandes d'autorisation au juge. On peut les voir au parloir des familles, mais pas au parloir des avocats... Finalement, ça fait très peu de temps passé avec le détenu... On a demandé des autorisations permanentes mais finalement on a pas suivi cette méthode." (Structure d'accueil extérieure)

et la présence de l'antenne a été jugée de façon très positive par cette structure :

"Nous avons des relations régulières à l'occasion de rencontres, colloques. On peut leur dire ce que untel est devenu. Nous sommes en relations avec 2 ou 3 personnes de l'antenne."

Quelques antennes ont organisé des rencontres régulières à l'intérieur de leur Maison d'Arrêt (une demi-journée tous les 2 mois à Lille) afin de donner aux détenus suivis la possibilité de rencontrer une première fois différentes structures dont ils pourront avoir besoin après leur sortie (Centres d'accueil, ASSEDIC, missions locales, Centres d'hébergement, CCAS, Préfecture...).

D'autres ont établi un rythme de réunions régulier avec un centre d'accueil pour "concertation et synthèses sur les prises en charge" ("pour réserver des places, préparer des prises en charge ambulatoires avec semi-liberté", etc...). Ces rencontres se font à l'intérieur de la Maison d'Arrêt.

Il semble que les détenus qui ont déjà rencontré les intervenants d'un Centre d'accueil à la Maison d'Arrêt auront plus que les autres, tendance à continuer ensuite un suivi avec eux.

Lorsque ces contacts ne peuvent se faire, certaines antennes envisagent de suivre l'ex-détenu à l'extérieur le temps qu'un relais se mette en place avec une structure.

Enfin, pour plusieurs antennes, les contacts avec le réseau spécialisé sont entretenus à l'occasion de rencontres institutionnelles, colloques, réunions de formation etc. au niveau national (ANIT) ou du département, (DDASS).

Les antennes, quant à elles, expriment souvent une frustration dans leurs relations avec les structures extérieures en ville car "il n'y a pas de retour d'information."

Les Post-cures

Beaucoup des antennes ont mentionné la difficulté à faire admettre les ex-détenus dans ces structures, compte tenu de plusieurs facteurs :

- le problème posé par l'absence d'engagement réel de la structure pour une admission tant que le patient n'est pas libéré ;

- . le problème de saturation du réseau ;
- . "l'influence indéniable des relations personnelles entre tel thérapeute d'un centre et telle structure pour l'octroi d'une place" ;
- . les modalités de recrutement, souvent non compatibles avec la situation de détenu (visite préalable, conversation téléphonique, etc.)

et également la réticence de certains détenus à se retrouver en milieu fermé à nouveau et à accepter un éloignement géographique.

Ces réflexions montrent la difficulté ressentie à établir les ponts souhaités entre l'intérieur et l'extérieur concernant le suivi des toxicomanes.

. *Les autres antennes des Maisons d'Arrêt*

Des relations sont établies entre différentes antennes à l'occasion de transferts de détenus avec les autres psychologues, psychiatres ou assistantes sociales, à propos de cas individuels.

. *Autres structures spécialisées*

. Ont été cités des Centres d'étude et d'information sur la drogue (CEID)

. des centres d'accompagnement en alcoologie.

3.6 Relations avec les réseaux sanitaires

Les partenaires sont les CHS ; hôpitaux psychiatriques ; CDAG (consultations spécialisées) ; CISIH ; Dispensaire central (DISS), CHA ; CHU ; CHRS ; Intersecteurs de pharmaco-dépendance et toxicomanie ; Infirmiers intervenant en hôpital et ou Maison d'Arrêt.

Les principales difficultés rencontrées viennent "d'un manque permanent de places et de disponibilité des équipes" ; et de "l'appréhension des partenaires à prendre en charge des toxicomanes".

Par contre, les interventions en Maison d'Arrêt des praticiens sont toujours un facteur facilitant :

"Lorsque les praticiens spécialisés SIDA d'un hôpital assurent une consultation au Service Médical de la Maison d'Arrêt cela facilite la concertation et permet aussi de rassurer le patient qui va être orienté et suivi "en dehors" par le même praticien."

En ce qui concerne le SIDA, ont été également cités comme partenaires, AIDES.

3.7 **Relations avec les réseaux sociaux**

Ils recouvrent des partenaires très variés :

- . Services d'accueil et d'orientation pour l'hébergement
- . Hôtels sociaux
- . Foyers d'hébergement
- . OHLM
- . Services sociaux de secteur
- . Missions locales
- . Chantiers extérieurs
- . Associations de réinsertion
- . Maison de l'entreprise
- . Entreprises d'insertion
- . Croix Rouge
- . ANPE

Les difficultés citées proviennent de la saturation des instances sociales, "*a priori défavorables envers les toxicomanes*". De plus lorsqu'il y a absence à l'antenne de travailleur social (AS ou ES) la gestion des contacts avec le réseau social (ex : Strasbourg) devient plus difficile.

Il faut noter, de l'avis de certaines structures organisant des stages de réinsertion en sortie de prison, que l'action des antennes est perçue de façon très positive :

"le suivi thérapeutique est indispensable à l'intérieur de la Maison d'Arrêt si on veut que le libéré puisse suivre un stage de 5 mois. Sans suivi, il ne tient pas." (1 maison de l'entreprise)

(Le détenu vient avant le stage pour un entretien préalable avec la structure, sur convocation, après organisation du rendez-vous et les entreprises ne sont en général pas averties que les stagiaires sont d'anciens détenus.)

3.8 Les effets induits par la présence des Antennes dans les Maisons d'Arrêt

Les toxicomanes peuvent être incarcérés pour des délits en rapport avec une infraction à la législation sur les stupéfiants ou d'autres types de délits sans lien apparent avec leur toxicomanie. Un fort pourcentage de cette population a récidivé à la suite d'une première incarcération.

Les Antennes toxicomanie s'occupent d'une population incarcérée, donc "filtrée" par les institutions policières et judiciaires. Les caractéristiques de cette population sont donc à relier à une politique générale concernant la toxicomanie, et certains interviewés se sont ouvertement posé la question du rôle donné à l'administration pénitentiaire dans l'incarcération des toxicomanes : les incarcère-t-on pour les punir ou pour les soigner ?

Le passage en milieu carcéral procure en effet la possibilité d'un sevrage physique et l'accès à un dispositif de soins variés, somatique et psychologique, auxquels la plupart des toxicomanes incarcérés n'auraient pas eu ou pu avoir recours à l'extérieur et n'y a-t-il pas tentation pour un juge connaissant l'existence d'antennes toxicomanie en Maison d'Arrêt de décider une incarcération plus facilement.

De l'avis de quelques intervenants d'antennes toxicomanie :

"Les juges d'instruction attendent de l'antenne des projets de sortie, veulent poser des indications de post-cures et souhaitent que l'antenne voit tous les toxicomanes et les oblige à se soigner."

"Certains juges font pression pour que l'antenne trouve immédiatement une post-cure afin d'accorder au patient une libération provisoire."

Les Juges d'Application des Peines interrogés au cours de cette enquête estiment, quant à eux, que l'existence des antennes n'a pas d'incidence sur le lieu d'incarcération "*car ce lieu n'est pas choisi par le Juge*". Par contre, cette présence peut être un élément positif sur la décision s'il y a demande de suspension de peine et que le juge dispose de peu de renseignements. Son avis sera plus favorable si le détenu est suivi par l'antenne. Pour d'autres à l'inverse :

"Les mesures d'aménagement de la sanction ont été dissociées du travail de l'antenne pour décourager les pseudo-motivations à la prise en charge." (JAP)

Concernant les libérations conditionnelles la tendance est plutôt de refuser un avis favorable pour l'entrée en post-cure à mi-peine, mais d'accorder des permissions de sortie à la journée pour aller rencontrer des Centres spécialisés à l'extérieur. Certains CPAL cependant estiment que les libérations conditionnelles sont favorisées s'il y a suivi d'un détenu par l'antenne mais que celle-ci n'ayant qu'un rôle de Conseil, son influence reste limitée.

Pour certains surveillants et responsables de détention la présence d'une antenne va jouer sur le nombre d'heures que le détenu pourra passer en dehors de sa cellule (activités sportives, parloirs, groupes, etc.) et sur le "*nombre moins élevé d'auto-mutilations et de prises de calmant, dans la mesure où cette présence rend la prison plus humaine.*"

Selon un Sous-Directeur d'établissement, l'antenne apporte une aide certaine dans la gestion quotidienne des Maisons d'Arrêt et estime "*qu'après une période d'inquiétude et de recul la perception de leur présence en est aujourd'hui positive.*"

On peut donc estimer que globalement la présence des antennes, si elle ne paraît pas jouer dans le sens d'un accroissement des incarcérations, a un certain nombre d'effets induits positifs tels que :

- l'institutionnalisation de la prise en charge de la toxicomanie au sein de la Maison d'Arrêt provoquant un changement d'image en interne ;
- les actions collectives envers le personnel pour le sensibiliser aux problèmes de la toxicomanie et du SIDA et faire naître une approche plus compréhensive de cette population toxicomane ;
- la facilitation des actions d'intervenants extérieurs en Maison d'Arrêt apportant ainsi aux détenus un contact avec le dehors complémentaire aux actions du SSE ;
- la moindre prise de médicaments ;

En ce qui concerne la distribution de préservatifs au sein des Maisons d'Arrêt, les réticences restent entières de la part des Directions. Cette distribution équivaldrait selon eux à une "incitation à la débauche". Ces préservatifs ne sont proposés qu'en cas de sortie conditionnelle ou en fin de peine. Certaines antennes en mettent à la disposition des détenus qu'elles suivent.

A l'inverse, parmi les effets négatifs de cette présence des antennes, on peut citer les réactions de certaines associations spécialisées d'accueil aux toxicomanes qui estiment avoir moins de contacts désormais en prison et de certains services SSE qui se plaignent d'avoir perdu les contacts avec les associations extérieures depuis l'arrivée d'une antenne.

IV. BILAN

IV. BILAN

4.1 Constats concernant la toxicomanie

Au terme de cette étude, un double constat peut être effectué.

1er constat :

La présence en milieu carcéral d'intervenants spécialisés en matière de toxicomanie est une nécessité impérieuse, en tout cas dans les régions fortement touchées par ce phénomène, en raison de la lourdeur et de la spécificité des problèmes posés par cette population pénale.

L'intervention exclusive de structures spécialisées extérieures peut, à la limite, être envisageable dans les petites Maisons d'Arrêt, mais il leur sera très difficile d'assurer la totalité des missions fixées par le cahier des charges des Antennes, en particulier l'accueil systématique, le recueil épidémiologique.

Concernant la prise en charge, le risque existe d'une sélection, parmi les détenus toxicomanes, des individus connus préalablement, lesquels auront un suivi plus régulier.

D'autre part, l'irrégularité de la présence nuit à l'institutionnalisation d'une intervention auprès de cette population et à sa reconnaissance tant par les services internes que par l'administration pénitentiaire, directeurs et surveillants.

La coordination des actions des différents services auprès d'un même détenu, même si elle est perfectible dans de nombreuses Maisons d'Arrêt où existent des Antennes, ne peut être que de qualité plus médiocre si elle est assurée par une structure non implantée de façon permanente (absence de relations quotidiennes, d'identification du lieu d'intervention, de permanences horaires)

Par contre, en ce qui concerne la préparation à la sortie, les structures spécialisées extérieures ont un gros avantage : celui d'assurer la continuité du suivi après la sortie, et de programmer plus facilement une prise en charge matérielle dès les premiers jours de liberté.

Concernant les petites Maisons d'Arrêt, on a pu constater, à travers certains exemples étudiés que la présence de coordinateurs assurant l'accueil systématique et l'interface entre la prison et l'extérieur facilitait considérablement l'intervention des structures extérieures.

Il s'agit alors plus d'un rôle de facilitation et de mise en contact que d'un rôle de suivi. La coordination devient alors la "tête de pont" du réseau extérieur au sein de l'univers carcéral.

On a pu observer à quel point la qualité des relations au jour le jour avec les surveillants, infirmiers, sous-directeurs, etc, faciliterait la circulation et l'obtention d'autorisations pour assurer ce suivi des toxicomanes.

Ce travail relationnel constamment remis en question par les rotations de personnel, implique une forte présence que ne peut assurer une structure externe.

2ème constat

Les modalités actuelles de fonctionnement des Antennes toxicomanie, peut-être du fait de leur relative jeunesse, ne peuvent dans leur ensemble être considérées comme satisfaisantes tant en terme de missions qu'en terme de positionnement.

Les situations pour le moins ambiguës entre certaines Antennes et le médecin, chef du SMPR, bien que minoritaires nous sont apparues suffisamment nombreuses pour nous interroger sur ce point. Le problème semble moins aigu en ce qui concerne les Antennes Alcool.

Le cahier des charges qui définit les missions des Antennes Toxicomanie apparaît flou, ce qui est dommageable dans beaucoup de cas. Pour certains, cependant, ce flou n'est pas forcément négatif en ceci qu'il permet une adaptation aux besoins des différentes Maisons d'Arrêt selon leur taille, la prégnance de la toxicomanie dans la région, l'organisation interne des services. De fait, on a constaté une grande diversité dans les modes de prise en charge comme dans les modes de relations entre les Antennes et leurs partenaires internes et externes.

Ce flou peut effectivement représenter une opportunité pour certains intervenants disposant de grandes qualités professionnelles, humaines et relationnelles et ayant su gérer les difficultés de positionnement par rapport à d'autres structures internes (SSE, SMPR). Le succès de certaines antennes qui ont su développer des actions originales, répondant aux besoins, adaptées aux contraintes de la vie carcéral et s'appuyant sur les savoir-faire des autres acteurs, en témoigne.

Cependant, à l'évidence, ces succès reposent trop sur l'ancienneté, l'expérience acquise et la personnalité des animateurs de l'Antenne et sur la spécificité du contexte local, pour que ce mode de fonctionnement (Antennes autonomes quant à leurs actions mais placées sous l'autorité du médecin chef du SMPR) puisse être considéré comme pérenne et généralisable.

Même dans les situations apparemment satisfaisantes, ce système apparaît fragile. En effet, le facteur temps joue un rôle important dans l'univers carcéral et les habitudes sont longues à changer. La capacité à tisser un réseau de relations, à se faire connaître et admettre, à rendre repérables les locaux des antennes, paraît souvent lié à la personnalité même des intervenants. Chaque départ fragilise le travail accompli (on sait que le turn-over est important) et les délais de remplacement de la personne risquent de détruire partiellement les maillages déjà mis en oeuvre par celle-ci.

Constats concernant l'alcoolisme

La nécessité d'une présence permanente en matière d'alcoologie, s'il fallait opérer des choix, ne nous paraît réellement justifiée que dans les très grosses Maisons d'Arrêt, voire dans des régions fortement touchées par l'alcoolisme, là où une masse critique de détenus redevables d'une prise en charge peut être atteinte.

Dans les autres cas, on imagine cependant difficile de laisser l'exclusivité des interventions à des structures extérieures. L'argumentaire développé pour la toxicomanie quant à l'intérêt d'une présence permanente reste ici valable mais à notre point de vue celle-ci pourrait être assurée de manière plus lâche par un coordinateur départemental ou pluri-départemental jouant là encore le rôle d'identification et de liaison/coordination avec l'extérieur mais non de prise en charge; celle-ci étant assurée par le réseau extérieur : médecins, alcoologues et/ou associations d'anciens buveurs ou autre.

Dans le premier cas de figure (présence permanente de médecins alcoologues dans la Maison d'Arrêt) la qualité de la prise en charge ne saurait être mise en cause et présente en outre l'opportunité d'une continuation du suivi à l'extérieur par le même professionnel. Il est cependant peu probable de trouver suffisamment de médecins spécialistes pour assurer les besoins de l'ensemble des Maisons d'Arrêt.

Il faut noter cependant que le seul recours à des associations d'entraide aux alcooliques, même s'il peut être extrêmement bénéfique pour certains détenus alcooliques par l'écoute qu'elles proposent, n'est pas forcément très adaptée au profil spécifique de nombreux détenus (sujets jeunes, peu demandeurs, ne se reconnaissant pas alcooliques et chez qui l'alcool n'est souvent qu'une conduite addictive, associée à la prise de médicaments ou utilisé comme substantif aux toxiques).

4.2 Nature des besoins

La diversité des Maisons d'Arrêt et l'importance variable que revêtent les phénomènes de toxicomanie et d'alcoolisme dans les régions où elles sont implantées impliquent des réponses adaptées à chaque situation :

- . grosses agglomérations très touchées par la toxicomanie avec des Maisons d'Arrêt regroupant plusieurs établissements et une population importante de détenus ;
- . régions peu touchées par la toxicomanie et beaucoup plus par l'alcool avec de nombreuses petites Maisons d'Arrêt.
- . Maisons d'Arrêt du programme 13000 avec une autre organisation interne du système de soins ;
- . etc...

Malgré cette diversité, on peut cependant dégager un certain nombre de constantes quant aux missions, aux moyens et à la nature des actions à conduire en milieu carcéral en matière de toxicomanie et d'alcool.

En termes de moyens :

Nécessité d'intervenants ayant une expérience antérieure en Maison d'Arrêt et en toxicomanie/alcool. Ceci paraît d'autant plus indispensable si une mission de soins est attribuée aux antennes.

L'absence quasi-générale dans les antennes toxicomanie d'un médecin, dont le statut en lui-même constitue un élément de légitimité aux yeux des autres acteurs internes, impose la présence de professionnels ayant une compétence reconnue en matière de toxicomanie. Ceci est loin d'être le cas général et l'on connaît par ailleurs les difficultés de recrutement.

Si la spécialisation en toxicomanie peut s'acquérir avec le temps sur le terrain ainsi que par des formations complémentaires, la rotation importante des personnels annule cet acquis trop fréquemment.

Nécessité d'adapter les profils aux missions. La prédominance très large de psychologues dans l'ensemble des intervenants des antennes peut paraître discutable si l'on s'en tient aux termes de l'actuel Cahier des Charges des antennes où la coordination et la préparation à la sortie sont présentées comme des priorités. Par contre, si une dimension de soins est introduite, cette situation paraît plus justifiée.

Si cette mission de soins est officiellement reconnue, il ne nous paraît pas pour autant indispensable de doter toutes les antennes de postes médicaux (on a pu constater dans les structures spécialisées extérieures que beaucoup ne disposaient pas de ce profil parmi les permanents).

Ceci impliquerait des relations plus systématiques avec les praticiens du SMPR.

Pour préparer la sortie, notamment en cas d'orientation vers ces structures sanitaires et sociales, une présence plus importante d'assistantes sociales, éventuellement en vacation, paraît utile sauf dans le cas où le chaînage s'est opéré de façon satisfaisante avec le SSE.

Nécessité d'un carnet d'adresses et de relations vivantes avec le réseau spécialisé à l'extérieur d'où l'intérêt d'emplois avec une activité partagée entre la Maison d'Arrêt et une structure extérieure lorsque la localisation de la Maison d'Arrêt le permet.

Nécessité d'assurer une permanence, en cohérence avec le fonctionnement spécifique du milieu carcéral (horaires).

Nécessité de locaux adaptés pour les activités de groupe et les entretiens.

Nécessité d'une présence permanente dans tous les bâtiments des grandes Maisons d'Arrêt (actuellement les Antennes sont obligées de faire des impasses).

En termes de missions :

La mission de soin et la prise en charge clinique.

L'une des difficultés des Antennes tient à l'ambiguïté du Cahier des Charges quant à leur mission de soins.

Celle-ci est déniée par certains médecins du SMPR alors qu'elle leur est attribuée de facto par d'autres partenaires, y compris certains autres médecins du SMPR.

Les arguments des premiers tiennent à une volonté de non stigmatisation du symptôme toxicomanie, à un souhait de prise en charge plus globale et parfois à une interrogation sur la pertinence de la prise en charge psychothérapeutique compte tenu de la situation de détenu et de la durée d'incarcération, non connue et généralement courte en Maison d'Arrêt, ainsi que sur le risque de rupture brutale de cette prise en charge à la sortie.

Cependant, nombre d'Antennes ont admis avoir orienté leur activité dans ce sens.

Cette dimension soin que de nombreuses Antennes se sont déjà appropriées a 2 composantes :

. l'écoute psychologique dont le besoin a été souligné par de multiples acteurs (détresse morale, travail sur le sens de la détention, développement d'une capacité à verbaliser, "apprivoisement" ...)

. une réelle prise en charge psycho-thérapeutique et éducative.

Dans les grandes Maisons d'Arrêt disposant d'Antennes structurées, il faut que celles-ci soient suffisamment outillées pour pouvoir assurer elles-mêmes ce suivi psycho-thérapeutique sans rogner sur leurs autres missions, en liaison plus étroite avec l'équipe du SMPR et du SSE, en impliquant déjà pendant les détentions des intervenants extérieurs qui prendront le toxicomane en charge après sa sortie, ou en participant elles-mêmes à la poursuite du suivi après la libération jusqu'à la prise de relais par le réseau extérieur (permanence assurée à l'extérieur de la Maison d'Arrêt).

Certaines Antennes se sont déjà organisé de manière à pouvoir assurer un tel accompagnement.

Dans les plus petites Maisons d'Arrêt, quand l'Antenne doit assurer la coordination toxicomanie de plusieurs établissements de la région, cette mission de soins risque de se faire au détriment des autres fonctions à assurer.

Dans ce cas, le travail de soins incomberait aux structures spécialisées locales dont la venue en prison serait facilitée par l'interface du coordinateur.

Si la situation de détenu peut effectivement paraître par certains aspects, inopportune, (stress, sevrage obligé, éloignement des sollicitations externes, prise en charge matérielle totale, recherche de soins pour les avantages matériels qu'ils peuvent procurer, motivations encouragées par le désœuvrement...). Il nous semble cependant que ce temps "entre parenthèses" peut être mis à profit pour débiter un travail sur soi-même et amorcer un processus de soins chez des individus qui n'auraient pas fait, à ce stade, la démarche à l'extérieur.

Par ailleurs, ce temps, jugé trop court par certains pour prendre en charge un toxicomane est souvent supérieur à la durée dont disposent les centres d'accueil pour s'occuper d'un "client" dont l'assiduité est souvent irrégulière, voire nulle.

L'argument selon lequel la prise en charge par des spécialistes "officiels" en toxicomanie est un risque de stigmatisation d'un seul symptôme, nous paraît tout à fait fondé. Le renforcement du travail pluridisciplinaire notamment avec les professionnels du SMPR nous paraît donc indispensable dans cette optique.

Cette position nous paraît se justifier d'autant plus que l'expérience professionnelle dont disposent les intervenants des antennes en santé mentale et en toxicomanie est souvent modeste.

Les autres missions

Nous ne reviendrons pas sur l'intérêt que peut représenter un **accueil systématique** des entrants. Cependant, il faut bien admettre que dans les plus grosses Maisons d'Arrêt cet élément ne peut être assuré compte tenu du faible effectif disponible.

Cette carence peut cependant être compensée si une interaction forte existe avec les services qui assurent par ailleurs cet accueil, s'il y a des signalements automatiques et s'ils sont suivis dans un délai très bref par un entretien.

L'importance capitale du rôle de **la coordination et de la préparation à la sortie** à assurer par les Antennes a été largement traitée dans ce rapport.

Concernant **le recueil épidémiologique** qui trouble en interne l'image des Antennes et qui alourdit considérablement la charge de travail de celles-ci, il nous semble important de re-situer à sa juste place cette activité en regard des autres missions de prise en charge, tournées, elles, vers la prise en compte des besoins des détenus. Par ailleurs, l'impossibilité d'atteindre à l'exhaustivité altère sensiblement la fiabilité des données recueillies.

Sans revenir sur l'intérêt d'un tel outil, il nous semble qu'un recueil très succinct de données (éventuellement complétées par un approfondissement sur un échantillon aléatoire) suffirait à constituer une banque de données intéressante.

Les activités des antennes pourraient donc s'inscrire dans le schéma suivant :

Un accueil de tous les entrants dès l'arrivée ou à défaut, une intervention très rapide sur signalement.

Un suivi thérapeutique, amorçant une prise en charge ultérieure (entretiens et groupes), dans les grandes Maisons d'Arrêt.

Une coordination des actions internes et externes pour chaque détenu repéré comme relevant de l'antenne, avec le souci de créer un "pont" entre le dedans et le dehors.

Une réflexion sur la mise en place de "sas de sortie", soit sous la forme de stages de type QIS, soit sous la forme des chantiers type Pastrée à Marseille.

Le souci de régler les problème d'hébergement et de prise en charge matérielle pour éviter de mettre les sortants en situation de récidive quasi assurée.

Un travail d'information régulier en interne auprès de la Direction de la Maison d'Arrêt et des autres services, en privilégiant les réunions informelles d'ajustement.

L'organisation de rencontres avec les Associations spécialisées sur la région.

La mise au point d'actions communes avec les SSE, et la recherche de complémentarités possibles.

Un allègement des tâches "administratives" (épidémiologie, rapports trimestriels...).

Un travail de réflexion pour détourner les contraintes spécifiques à l'univers carcéral tout en s'y adaptant comme les autres services (ex : aller chercher soi-même les détenus dans leur cellule, ce qui implique de bonnes relations avec la Direction).

Ce schéma d'intervention, assez proche du cahier des charges initial, met l'accent sur la nécessité d'un travail d'équipe très régulier avec les centres d'accueil extérieurs et autres spécialistes, et également sur le travail relationnel à assurer en permanence avec les personnels pénitentiaires.

Le travail d'équipe avec les intervenants et structures extérieures est facilité lorsque les intervenants fonctionnent à temps partiel sur plusieurs structures : Maisons d'Arrêt et centres d'accueil ou autres associations. Il est évident que la localisation de certaines Maisons d'Arrêt rend ce système difficile. Il évite cependant le risque d'un travail en autarcie dans la prison sans ouverture suffisante sur l'extérieur et la sortie.

Ceci met en évidence la différence de nature dans les interventions des antennes et du SMPR.

4.3 Perspectives en termes d'organisation structurelle

Le cadre structurel dans lequel évoluent à l'heure actuelle les Antennes spécialisées en milieu carcéral ne peut être considéré comme satisfaisant même si certaines ont su, par la qualité des intervenants qui les animent, se faire unanimement reconnaître par leurs partenaires et gérer au mieux le problème de leur positionnement par rapport à d'autres structures implantées antérieurement. Une redéfinition de ce cadre structurel nous paraît donc devoir intervenir préalablement à l'extension d'un dispositif dont l'intérêt n'est en aucun cas remis en cause.

Schématiquement, 3 modes d'organisation peuvent être proposés :

① L'autonomie

Ce mode s'applique à nos yeux plus particulièrement aux grandes Maisons d'Arrêt. Ce concept ne doit en aucun cas déboucher sur un repli autarcique. Il ne peut se concevoir que dans un développement de collaborations en interne, en particulier avec le SMPR, mais sans position de subordination au Médecin, chef du SMPR.

Ceci suppose que les moyens soient donnés aux Antennes d'y parvenir, en particulier :

- . Clarification de leur mission spécifique et officialisation de leur mission de soins.
- . Organisation en unité fonctionnelle.
- . Désignation pour chaque Antenne d'un responsable clairement identifié qui soit l'interlocuteur de l'administration pénitentiaire et des différentes structures et qui assure, sans intermédiaire, les tâches de gestion et donc, les relations avec l'hôpital de rattachement.

- . La reconnaissance du statut de cet intervenant, en interne et en externe, suppose une compétence non contestée en matière de toxicomanie/alcool.
- . Mise à disposition des Antennes de locaux propres (éventuellement partagés), adaptés à leurs activités, au sein de l'espace de détention, à proximité des locaux des autres structures sanitaires et sociales.

L'organisation en unité fonctionnelle pourrait être renforcée par un jumelage des deux Antennes toxicomanie et alcool, bien que jusqu'à présent sauf dans 2 cas très particuliers (Rouen et Lyon) les collaborations développées entre les deux équipes soient restées relativement faibles.

Ce jumelage aurait pour avantage de renforcer l'assise de l'unité fonctionnelle, de moins stigmatiser un symptôme, de faciliter le travail pluridisciplinaire en particulier auprès des poly-toxicomanes, de rentabiliser certains postes (secrétariat, assistante sociale) et d'enrichir l'expérience de chaque intervenant.

La diversité de la prise en charge de ces deux populations et la nécessaire spécialisation des intervenants implique cependant qu'un certain degré d'autonomie soit laissé aux deux composantes de cette unité fonctionnelle : "Toxicomanie, Alcool, Conduites addictives".

② La coordination multi-établissements

Ce cas de figure s'applique plutôt aux Maisons d'Arrêt de taille relativement modeste, installées en dehors des grandes zones urbaines, où la présence d'une Antenne structurée ne nous paraît pas une priorité en égard au nombre de détenus relevant d'une prise en charge spécifique.

L'organisation reposerait sur la présence permanente d'un, voire deux professionnels intervenant simultanément sur un réseau de Maisons d'Arrêt.

La mission de cette (ou ces) personne(s) serait l'identification des toxicomanes doublée d'un entretien informatif et d'une orientation vers la structure locale adaptée qui serait chargée de la prise en charge (écoute ou psycho-thérapie en interne et préparation à la sortie).

Ces coordinateurs auraient pour mission d'assurer l'interface entre les structures internes et externes et de faciliter le travail des premières (entrée, circulation, autorisations, rendez-vous, etc...), ce qui implique des profils d'intervenants parfaitement introduits dans le réseau spécialisé et également bien connus de l'Etablissement Pénitentiaire.

Il leur appartiendrait de rédiger le rapport annuel d'activité et d'assurer le retour d'informations sur les activités, auprès de la Direction des Maisons d'Arrêt.

Un tel dispositif ne saurait prétendre à une autonomie administrative vu le nombre d'intervenants (1 ou 2) et leur nécessaire mobilité.

Le ou les coordinateurs peut(vent) être soit détaché(s) par convention d'une structure spécialisée (CHAA, Centre d'accueil, etc.), soit intégré(s) au SMPR avec toutefois un cahier des charges précis définissant les limites de sa (ou de leur) mission.

③ L'intégration au sein du SMPR

La présence de spécialistes de la toxicomanie ou de l'alcoolisme au sein de l'équipe du SMPR peut représenter un apport certain en ceci qu'elle permet une prise en charge globale de l'individu, la toxicomanie ou l'alcoolisme n'étant considérés que comme la manifestation d'un problème plus général de la personnalité.

Cette formule résoudrait par ailleurs probablement en grande partie les difficultés de positionnement des intervenants toxicomanie/alcool et les ferait bénéficier, au sein du milieu carcéral, de la reconnaissance incontestée du SMPR.

Enfin, la cohérence des actions conduites s'en trouverait renforcée, offrant ainsi la possibilité de développer de réels projets structurés, à moyen ou long terme.

Cette formule n'est cependant pas sans inconvénients. Elle risque en effet, de fait, de coller au toxicomane ou à l'alcoolique une image de malade psychiatrique, image dévalorisée aux yeux des co-détenus et donc probablement difficile à faire admettre par beaucoup. Ce serait en effet donner "une coloration psychiatrique" à l'ensemble des interventions, alors que les besoins perçus sont plutôt d'ordre psychologique avec une visée concrète de préparation à la sortie. On peut par ailleurs craindre, en cas d'intégration des Antennes au sein du SMPR, une forte résistance des intervenants en toxicomanie/alcool, peu désireux de perdre leur autonomie et démotivés par la crainte d'une possible remise en cause des projets mis en place depuis plusieurs années.

Le renforcement des moyens donnés au SMPR dans ce cas de figure pourrait renforcer les craintes de certains JAP de voir interner certains individus présentant des troubles psychiatriques en Maison d'Arrêt plutôt qu'en CHS (craintes d'effets induits).

A contrario, on doit signaler que dans certaines Maisons d'Arrêt, une intégration de fait des Antennes toxicomanie/alcool au sein du SMPR s'est déjà opérée, apparemment à la satisfaction de deux parties. On doit également signaler dans plusieurs cas l'existence de ponts formels entre SMPR et Antennes prenant la forme, pour certains professionnels, d'une activité partagée entre SMPR et Antenne.

④ Le regroupement de l'ensemble des services sanitaires

Il s'agirait, sous une même dénomination "Santé" de regrouper service médical, SMPR et Antennes spécialisées. Chacune des structures serait dotée d'un référent représentant au sein de l'établissement pénitentiaire l'action spécifique conduite.

On pourrait imaginer que la Direction de cette importante structure sanitaire soit confiée à un administratif sans mission de soins afin d'aplanir les problèmes de préséance et de garantir "l'égalité" entre les différentes spécialités.

L'existence de ce "pôle santé" aurait l'avantage de gommer les étiquettes psychiatrie, toxicomanie ou alcoolisme et de mieux préserver l'anonymat des détenus pris en charge.

L'orientation des détenus, à leur arrivée, vers les différents professionnels du pôle y gagnerait certainement en cohérence, de même que la "gestion" du sevrage. L'avantage de ce regroupement de compétences en matière de prise en charge des détenus toxicomanes porteurs du VIH apparaît également considérable.

Nous ne sous-estimons pas pour autant l'énormité des difficultés d'ordre structurel qu'un tel bouleversement engendrerait (réorganisation des locaux, répartition des crédits, hôpitaux de rattachement...) de même que les difficultés d'ordre psychologique (perte d'autonomie, statuts professionnels, résistances au changement...).

Une réflexion dans ce sens mérite cependant à nos yeux d'être conduite, ne serait-ce qu'en raison de l'opportunité offerte par la récente réforme du statut des structures sanitaires en milieu carcéral.

Ajoutons enfin qu'un tel mode d'organisation semble se mettre en place dans certaines Maisons d'Arrêt du programme 13000 et que les échos que nous avons pu recueillir semblent plutôt favorables.

Au terme de cette réflexion il apparaît que la réponse aux besoins en matière de prise en charge des détenus toxicomanes ou alcooliques, compte tenu de l'extrême hétérogénéité des situations rencontrées, ne peut se satisfaire de solutions standards. La juxtaposition, sur le territoire national, de différents modes d'organisation répondant aux spécificités locales constitue probablement la solution la plus pertinente.

En ce qui concerne l'extension du dispositif à des Maisons d'Arrêt non couvertes par des Antennes, il nous semble que hormis la création immédiate d'Antennes dans quelques grosses structures dépourvues d'intervenants, les nécessaires redéfinition du Cahier des Charges et réorganisation structurelle que l'on a évoquées imposent de réaliser cette refonte au sein des structures existantes avant d'étendre le dispositif à l'ensemble des Maisons d'Arrêt selon l'une ou l'autre des modalités structurelles proposées en fonction de la situation locale.