



En riahn

Edito

Réalisée par le ministère de la Santé au cours de l'année 2003 et publiée en mars 2005, la plus récente étude sur l'état de santé des personnes entrant en prison observe qu'« ils déclarent beaucoup plus de consommation de substances psychoactives - alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes - que l'ensemble de la population » et « pour le quart d'entre eux, des consommations qui se cumulent ». La réinsertion des personnes détenues souffrant de dépendances aux drogues ou à l'alcool est tributaire tant de la qualité des soins en prison que de l'organisation d'une prise en charge sociale et d'une continuité de soins à la libération. Selon les textes, leur sortie de prison doit être organisée suffisamment à l'avance pour permettre un accompagnement sanitaire et social.

Ce bulletin En Riahn, laisse la parole à quelques professionnels de la maison d'arrêt de Rouen, il permet également de nous donner le vécu et ressenti d'une personne ayant connu l'incarcération il y a 7 ans et suivie depuis sa libération par une équipe. Nous le remercions de nous avoir confié son journal.

Addictions – Milieu Carcéral



Les addictions prennent une part importante dans la population carcérale...

Les addictions prennent une part importante dans la population carcérale....

L'incarcération est toujours un traumatisme.

La maison d'arrêt accueille des personnes soit prévenues (avant leur jugement) soit condamnées à des courtes peines ou en attente de transfert en centre de détention. Les cellules de 9 m² hébergent de une à trois personnes selon les périodes et les transferts d'autres établissements. Chaque cellule comporte un lavabo et un WC.

La population carcérale comprend toutes les classes sociales avec toutefois une prédominance des milieux défavorisés, touchés par l'illettrisme. Elle bénéficie de deux heures de promenade quotidienne et peut s'inscrire à diverses activités (bibliothèque, sports, cours, travail en atelier, en cuisine, en buanderie, travaux d'entretien).

Les déplacements au sein de l'établissement sont encadrés par le personnel de surveillance. Celui-ci assure une tâche rendue difficile par son sous-effectif et la surpopulation carcérale.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) accompagne les personnes durant leur incarcération et pour la préparation à leur sortie.

Deux services de soins sont contigus et travaillent de concert :

- l'UCSA du CHU pour les soins somatiques (médecine générale et spécialiste, chirurgie dentaire) ;
- le SMPR (**Service Médico-Psychologique Régional**) du CHS du Rouvray pour les soins psychiatriques, suivis psychologiques, avec l'unité d'hospitalisation de jour (6 cellules individuelles) et le CSAPA (**Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie**).

De nombreux intervenants extérieurs apportent un soutien à la population carcérale **tels que** les équipes des enseignants, des étudiants volontaires du GENEPI (soutien scolaire), des visiteurs, des Alcooliques Anonymes, des aumôneries.

Une grande proportion des personnes incarcérées présente une addiction à une ou plusieurs substances licites ou non, et particulièrement le tabac, l'alcool, le cannabis, l'héroïne, les benzodiazépines et à un moindre degré la cocaïne.

La consommation d'alcool, quelle que soit son niveau, est à l'origine de nombreux délits ou crimes. Ainsi nous rencontrons aussi bien des buveurs occasionnels responsables de conduites sous l'emprise d'alcool, que des consommateurs à risque ou des alcoolo-dépendants.

La consommation de cannabis est également très importante dans la population carcérale, estimée à 60 à 80 % d'après les intéressés.

On constate depuis quelques années à une augmentation des poly-consommateurs en particulier d'alcool et de cannabis responsables d'actes de violence (dégradation, coups et blessures, violence conjugale).

La plupart des consommateurs d'héroïne bénéficie d'un traitement de substitution (buprénorphine ou méthadone) qui est reconduit durant leur incarcération.

Comme à l'extérieur, il existe un trafic de ces différentes substances qui rend difficile leur prise en charge. Leur mésusage pourrait expliquer le taux croissant de récidives, certains ne changeant pas leur comportement. **La poursuite de la consommation de cannabis (« shit ») durant l'incarcération, incite le consommateur à retourner dès sa libération vers ses anciennes fréquentations qui l'entraînent également vers l'alcool. Cette double addiction est à l'origine d'actes de violence et de réincarcérations.**

La prise en charge des addictions **est à la fois volontaire et contrainte du fait de l'incarcération.**

Les personnes **détenues** sont vues dès leur arrivée par un membre de l'équipe et orientées en fonction

Les addictions prennent une part importante dans la population carcérale...

Suite...

de leur problématique. Un suivi adapté pluridisciplinaire (addictologie, psychiatrique, psychologique et social) leur est proposé à titre individuel ou en groupe. Des réunions de l'équipe permettent d'ajuster ce suivi.

Les instances judiciaires incitent les personnes **incarcérées** à cette prise en charge pour leur permettre de **bénéficier** de réductions de peine supplémentaires ou d'un aménagement de peine. **Ainsi, la demande de suivi basée sur le volontariat est aussi souvent motivée par une obligation de soins (qui ne s'applique en principe qu'à la libération). Des certificats sont ainsi demandés par les magistrats, les avocats, les conseillers d'insertion et de probation (CIP), et remis aux patients détenus. Quelles que soient les motivations de leur prise en charge, notre rôle de soignants est de les informer, leur faire prendre conscience de leur problématique, les accompagner, les encourager à changer leur comportement addictif pour adhérer à une réelle démarche de soins. Cette cure « contrainte » est l'occasion pour certaines personnes détenues d'effectuer une réelle réflexion associée au sevrage de leurs produits (alcool et cannabis en particulier).** La préparation à la sortie leur permet un relais vers les autres structures (médecin traitant, CSAPA, CMP) **et en particulier l'UMIT (Unité Mobile des Intervenant en Toxicomanie) qui joue aussi un rôle important. Un suivi post-pénal est également proposé et participe à la réduction des récidives.**

Dr MASSOT, médecin alcoologue au CSAPA de la maison d'arrêt de Rouen



LA PRISE EN CHARGE SOCIALE

L'assistante de service social du pôle de psychiatrie carcérale de la maison d'arrêt de Rouen, intervient sur l'ensemble des unités du pôle : le C.S.A.P.A., le SMPR et l'unité d'hospitalisation. Le pôle dépend du Centre Hospitalier du Rouvray.

Au C.S.A.P.A., l'assistante sociale a pour missions l'accès et le maintien dans les soins, l'accompagnement social des patients dépendants dans leurs difficultés liées de près ou de loin à leur pathologie, leurs consommations et/ou l'incarcération, favoriser l'insertion et/ou la réinsertion en tenant compte de la prise en charge thérapeutique. Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, elle participe au projet thérapeutique et accompagne les patients suivis par les soignants. L'évaluation et l'accompagnement de l'assistante sociale doit permettre de garantir les soins dans les projets des patients et de prévenir les difficultés liées à la pathologie et l'incarcération.

A la maison d'arrêt, l'assistante sociale du C.S.A.P.A. intervient à la demande du détenu, de l'équipe pluridisciplinaire, des partenaires (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (S.P.I.P.), détention, justice, service sociaux et médico-sociaux extérieurs). Son intervention tend à aider les patients à retrouver une autonomie par des actions de recouvrement de droits sociaux, des actions ou orientations visant à l'insertion sociale et / ou professionnelle ; des actions liées à la problématique de l'hébergement. Tout ceci devant permettre et conforter les conditions de prise en charge thérapeutique, la continuité des soins et le relais lors de la libération.

L'assistante sociale du C.S.A.P.A. de la maison d'arrêt de Rouen prend en charge des patients dépendants aux substances psychoactives, mais aussi privés de liberté pour une durée plus ou moins longue. Ils peuvent être prévenus (en attente d'être jugés) ou condamnés. Les conditions de détention, la promiscuité, l'enfermement sont à prendre en compte dans l'accompagnement. La plupart des patients à leur arrivée, sont en situation précaire. Beaucoup n'ont pas d'activité professionnelle, de logement, ou sont hébergés dans des structures d'hébergement collectives, sont isolés socialement, ont des difficultés financières...

D'autre part, cette période de détention provoque des ruptures difficiles à surmonter. L'éloignement des familles, la perte de logement ou de travail pour ceux qui en ont, absence de ressources financières, rupture de tous droits sociaux. Autant de difficultés sur lesquelles il nous faut prendre du temps avec les patients. Les détenus suivis au C.S.A.P.A. de la maison d'arrêt de Rouen ne sont pas libres et donc par définition ne peuvent agir comme ils le souhaitent pour résoudre leurs difficultés. Ils sont dépendants de leur entourage familial lorsqu'il y en a, d'un travailleur social, d'un codétenu...

L'ensemble des détenus est suivis par un conseiller d'insertion et de probation du S.P.I.P. qui a pour missions principales l'exécution des peines et la préparation à la sortie. Pour les situations plus complexes où les aspects médico-sociaux sont plus prépondérants, l'équipe du C.S.A.P.A. fait appel à l'assistante sociale du service. Sa connaissance du

public spécifique, du réseau d'addictologie et sa position de lien permet d'envisager les situations dans leur globalité.

En ce qui concerne le maintien dans les soins, depuis le 1er janvier 2010 les droits CMU C des détenus peuvent être rétablis juste avant la sortie afin d'éviter la rupture des soins. Ainsi, pour l'ensemble des patients suivis, nous tentons de ré ouvrir des droits peu de temps avant leur libération.

. Elle travaille en partenariat étroit avec le S.P.I.P. dans l'élaboration des projets de sortie afin de garantir les soins.

L'assistante sociale participe de façon spécialisée à l'accompagnement des patients sur des projets d'orientation vers des structures prenant en charge des personnes dépendantes aux substances psychoactives (Post cure, accueil temporaire, centre de transition), dans la limite des contraintes liées à la situation pénale.

D'autre part, l'orientation des patients vers des structures d'hébergement de type CHRS se fait systématiquement par le biais du SPIP, seul service instructeur habilité à présenter des dossiers pour les personnes incarcérées. Néanmoins le travail de partenariat permet une évaluation spécifique pour les patients suivis par le CSAPA afin de prendre en compte la situation médico-sociale et son impact dans le projet de sortie.

Nous notons de nombreuses difficultés dans les admissions des détenus au sein des CHRS. En effet, ces derniers ne peuvent connaître leur date définitive de libération uniquement après le passage en commission d'application des peines où sera décidée l'éventuelle attribution de remises de peine supplémentaires. De plus certains détenus ne peuvent pas obtenir de permission de sortir afin de se rendre à un entretien de pré-admission par exemple, voit leur peine rallongée, ou au contraire sont libérés du jour au lendemain sans même que nous ayons été prévenu.

Enfin, lorsque cela est nécessaire et que le patient est demandeur, l'assistante sociale peut intervenir auprès des différentes administrations (CAF, CPAM, MDPH, CG 76...), auprès de différents bailleurs ou propriétaires, services sociaux extérieurs... L'ensemble de ses actions est toujours fait avec l'accord du patient, dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie, dans un but de maintien du lien et d'apporter le concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par le patient.

Ainsi l'assistante sociale du C.S.A.P.A. a une réelle position de lien entre l'équipe soignante et les différents professionnels intervenant avant, pendant ou après l'incarcération, auprès des patients. C'est une prise en charge pluridisciplinaire. **Cet accompagnement est réalisé afin d'amener le patient à se soigner, à prendre conscience de ses difficultés sociales, à être acteur de son parcours et du changement.**

Dorothee Bararadat Assistante Sociale SMPR-CSAPA



Alcool – Prison

Ce qui va suivre est ma vie, écrite, il y a 7 ans dans la cellule 304 de la prison bonne nouvelle de Rouen, en y entrant, je me suis violenté à écrire une page par jour, car je ne voulais pas que ces trois mois fermes... pris pour agression contre mineurs (ils étaient 6 dont 2 mineurs) par arme de 4ème catégorie (j'avais entre les mains une bouteille d'alcool à brûler) que, heureusement je n'ai pas utilisé.

Le 7 janvier à 15h45, Je me présente à la maison d'arrêt de Rouen, **9/01 Entrée** dans la cellule 304 (**après 48h passées à 6 dans 9m2**), 08/02 **1er rendez vous avec le docteur MASSOT** (alcoologue)

Déjà 15 jours que je suis rentré dans cet univers où le temps s'est arrêté, mais je me souviens comme si c'était hier de ce passage, obligé, de la liberté à la noirceur.

15h45, Jackie, mon ex parrain de l'association ALSOL (Alcool et SOLitude) se gare face au mur de la prison, en sortant de la voiture il me lance «**te voilà arrivé à ta nouvelle maison**» j'allume une cigarette, regarde autour de moi, dos à la prison, afin de prendre un repère sur le monde extérieur, mon regard s'arrête sur le seul magasin présent sur le boulevard, 'Baratte' un fabriquant de parquets en laminé ou en pins... heureusement que ce n'était pas un magasin funéraire. J'avance lentement vers la grande grille centrale, j'appuie sur l'hygiaphone, « c'est pourquoi ? » je réponds à la petite boîte blanche très impersonnelle « je devais me présenter aujourd'hui entre 14h et 16 h » lui « vous, seul jusqu'au bâtiment central » la barrière se lève, rapidement je me retourne, sert la main de Jackie tout en le remerciant, ça y est ! Le moment tant redouté, celui que l'on repousse chaque jour, celui que l'on oublie après trois verres de pastis chaque soir, ce jour où seul on se retrouve face à soi-même, face à son erreur.

Jeudi 22 - 16ème jour - restent 78 jours

8h31 La porte de cellule s'ouvre, le surveillant m'interpelle par mon prénom et mon nom, c'est la première fois, il m'indique de me préparer car je suis attendu chez le chef. C'est la seconde fois que je suis reçu par un gradé, la première, lors de mon arrivée, mais c'est la première fois avec le chef de la division 1, celle où je purge ma peine. NDR à la prison bonne nouvelle de Rouen (900 places prévues, 1090 présents) il y a 3 divisions la 1ère est appelée 'Club Med' car il y a les prisonniers 'dits calmes' la seconde c'est 'le Kosovo' en opposition de la 1ère et la 3ème est réservée aux mineurs et, aux femmes (380 en 2003). Je suis reçu dans son bureau de 5 m2, il est assis derrière son bureau entouré de trois surveillants masculins et assis face à lui une surveillante féminine, je me tiens debout près d'elle, Devant lui ma fiche, remplie avec le premier chef, il me dévisage et me demande si je veux travailler, je lui réponds que j'en ai fait le souhait. « Je vous propose une place de barman aux messes » En moi-même je pense à une boutade, puis l'espace de quelques secondes, la réalité reprend, ici on n'a pas le sens de l'humour, aussi je lui réponds « c'est antinomique, je suis un traitement contre l'alcoolisme »

Un froid est jeté dans le bureau, tous les yeux convergent vers moi, surpris par la franchise de ma réponse, mais ce n'est pas des regards réprobateurs, Et le chef de reprendre « Bon celle la aurait été rejetée car je dois appeler le JAP (Juge d'Application des Peines) et il n'aurait pas été d'accord » « sinon il reste 2 places en cuisine, ça vous intéresse ? » Moi « j'ai demandé la biblio-

thèque » lui « oui mais il y a que 2 places et une file d'attente » Un sbire de rétorquer « il faut pas être trop difficile » le chef me regarde, puis ma fiche et me dit « c'est bon pour aujourd'hui, on verra la prochaine fois » je prends congé et je ne l'ai jamais revu.

Dimanche 29 - 54ème jour - reste 40 jours

17h46 Mon premier Yo-Yo se termine en missile air – sol. Avec deux cordes (d'environ 80 cm de long) je l'attache avec un nœud coulant le tout lesté avec un pot vide de Ricoré et d'un paquet de cigarettes (que l'on peut cantiner une fois par semaine, on peut acheter légalement auprès de l'administration, les prix sont 3 à 4 fois plus chers qu'à l'extérieur) Je tente pour la 1ère fois, un troc avec la cellule attenante. Le but c'est de faire tourner le yo-yo telle une fronde de plus en plus vite et de l'envoyer où on le veut, cela marche quand on est doué mais moi après le 3ème essai je n'ai pu retenir le bout de la corde et celui-ci s'est envolé pour mieux retomber 3 étages plus bas dans le chemin qui entoure la promenade et qui mise à part le technicien des espaces verts (le seul habilité) personne ne peut y passer, il aura au moins gagné sa matinée ! Dommage ! Pourtant j'avais bien regardé la technique, en effet j'ai vu sur l'aile de la division 2 et tous les soirs les yo-yo vont et viennent voir d'une cellule adjacente à l'autre, le bâton (manche en bois servant pour nettoyer la cellule lorsque l'on accroche au bout une brosse). Il est vrai, pour ma défense, que nous disposons de grilles alors qu'eux ce sont des barreaux, plus facile pour passer le bras. En résumé le yo-yo peut aller soit horizontalement soit verticalement, plus facile pour livrer l'étage inférieur, et le bâton ne sert qu'horizontalement. J'ai remarqué aussi que les yo-yo sont plus fréquents à partir du mercredi (jour des 1ers parloirs de la semaine). Ainsi vous entrez le 'médicament' au parloir ou pour les plus 'riches' par missile de l'extérieur souvent un gant de cuir (style motard) rempli, comme l'a vu un détenu chez les arrivants, d'un téléphone portable, une mini bouteille d'alcool (sans étiquette) et plusieurs pavés de cannabis ! Le but, l'envoyer soit dans la cour de promenade (lorsque les détenus se promènent) soit près des fenêtres (afin d'être récupéré par un yo-yo type pelleteuse) une fourchette à son bout ou un lasso. Attention les missiles sont lestés soit par des cailloux soit par une boule de pétanque, en promenade cela peut faire mal si tu ne gares pas tes pompes.

Mardi 9- Les Traitements

Ce matin, comme tous les mardis et tous les vendredis, l'infirmière, escortée par un surveillant, nous livre les médicaments, la 'fiolle'. Comme personne ne voulait se lever, elle s'est écriée « veuillez contrôler vos médicaments » on a dû l'entendre jusqu'au rez de chaussée. Il est vrai que cela énerve de travailler et de voir trois merdes couchées, Édouard se lève, présente la boîte (tel dans les hôpitaux avec 4 compartiments : matin, midi, soir, coucher) à Michel, et il me présente la mienne, en effet, hier j'ai fait

modifier mon traitement (sevrage alcoolique) et je vérifie mes nouveaux médocs « c'est ok ».

Cet après midi, Toc Toc Toc, sur le tuyau de chauffage (un gros tuyau en ciment à 15 cm du sol chauffe toutes les cellules) dit le téléphone maison, c'est Kader, le nouveau locataire qui remplace Mouloude, avec qui je dealais une cartouche de cigarettes contre une barrette de cannabis, Il m'envoie le yo-yo, je réponds « tu veux quoi ? » Il me répond « du café blanc » « du quoi ? » Édouard et moi nous nous regardons et je lui dis « c'est quoi du café blanc ? » Et l'autre de sa cellule « vous avez reçu des médicaments ce matin » je suis interloqué « non j'échange pas c'est un traitement » et Édouard renvoie le yo-yo.

Lundi 5 avril - 90ème jour - reste 3 jours

Je me suis demandé si le suicide était un acte de courage ou de lâcheté, parfois du courage. En fait, je crois que c'est surtout le signe d'une souffrance sans limite, un acte de négation de soi et de reniement de ceux qui vous aiment. «Le suicide doit être proscrit parce qu'il fait souffrir nos proches, il suscite le sourire de ceux qui nous détestent et laisse les autres indifférents.» Philippe Maurice

19H25

Cet après midi, comme il était prévu depuis un mois, j'ai rendez-vous avec le médecin alcoologue, le docteur Jérôme MASSOT, à 15h35 je descends à l'USCA (Unité médicale) après quelques secondes d'attente, je suis reçu dans son bureau pour ce 4ème et dernier entretien, avant ma sortie. Nous avons parlé, surtout moi, le besoin d'expulser cette amertume, dégoût, rancœur qui, m'habite depuis hier, la mort d'un jeune après la fouille. D'après le médecin « il s'est donné la mort suite à un parloir qui s'est mal passé » est ce l'excuse du système ? Qui sauf la personne qui a déclenché le désespoir inéluctable de celui-ci, connaît la réponse... Hier soir vers 21h15 les portes du pénitencier ont parlé !

Mercredi 7 avril - 92ème jour - la Sortie reste 1 jour

Trois mois ! Aujourd'hui et encore 2 jours avant de sortir. Aujourd'hui j'ai écrit à une amie Sophie, qui a accouché pendant mon 'absence' il y a bientôt 1 mois, je lui ai dit que j'appréhendais la sortie. J'ai suivi au début tous les jeudis les AA. (Les alcooliques Anonymes présents tous les jeudis en début d'après midi et le président est un ancien de la maison) au moins je sortais de mon isolement, mais j'avais face à moi tellement de malheur, de pleurs (nous étions qu'entre hommes) que je ne n'ai plus participé après 3 séances. Lors de la dernière réunion il nous a demandé «Que faire après être sorti d'ici ? » Puis il a cité trois personnes qui sont sorties récemment et se sont suicidées, après avoir replongé dans une autre prison : L'ALCOOL.

Extraits / Journal

Bibliographie addictions en milieu carcéral

I.R.E.P.S., Marie PINCEMIN

Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. in : Tendances, N°41, janvier 2005, 4 p.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxiol01.pdf>

Brillet E. **La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique.** in : Archives de politique criminelle, N°31, janvier 2009, pp 107-143
<http://www.cairn.info/revue-archives-de-politique-criminelle-2009-1-p-107.htm>

Dossier Prisons. in : SWAPS, N°63, deuxième semestre 2011, 24 p.
<http://www.pistes.fr/swaps/63.htm>

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale. Paris : Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la Justice, 2004, 176 p.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

Griguere P. **Enquête nationale en milieu carcéral sur les pratiques et représentations des professionnels du soin et des toxicomanes.** in : Le courrier des addictions, N°4, 2002, pp 163-164
<http://www.edimark.fr/publications/articles/enquete-nationale-en-milieu-carceral-sur-les-pratiques-et-representations-des-professionnels-du-soin-et-des-toxicomanes/5976>

Marzo JN, Rotily M, Meroueh F. **Traitement de substitution aux opiacés à l'entrée en milieu carcéral.** in : Le courrier des addictions, N°4, octobre, novembre, décembre 2006, pp 96-98

<http://www.edimark.fr/publications/articles/traitement-de-substitution-aux-opiaces-a-l-entree-en-milieu-carceral-resultats-initiaux-de-l-etude-prospective-ircams-maintenance-treatment-for-opiate-addiction-upon-imprisonment-baseline-data-from-the-ircams-study/12752>

Michel L. **Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009.** in : BEH, N°39, 2011, pp 409-411
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2011/BEH-n-39-2011>

Obradovic i. **Addictions en milieu carcéral Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.** Saint Denis : OFDT, 2004, 100 p
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap04/epfxiokc.html>

Soins et Detention

<http://documentation.aphp.fr/Bibliographies/prison.htm#stat>

En riahn est édité par R.I.A.H.N. (Réseau des Intervenants en Addictologie Hauts Normands), association loi 1901.

En Riahn N° 17 – Addictions-Milieu Carcéral

Directeur de publication :

Dr Philippe CADET.

Comité de rédaction et de lecture :

Damien ANNE, Sabine DELAUNAY, Bernard DUEZ, Jacky HAUCHARD, Anne-Sophie LE FLOCH.

Coordinatrice :

Sabine DELAUNAY.

Les membres du bureau : Damien ANNE, Alexandre BAGUET, Philippe CADET, Patrick COLLEC, Etienne

DUBOIS, Bernard DUEZ, Marie-Claude FLAVIGNY, Yves PROTAIS, Ghislaine LACAILLE, Anne-Sophie LE FLOCH, Jérôme MASSOT, Georges PERRIMON, Virginie GUILLOTIN.

Diffusion : coordo@riahn.fr

Maquette : Laurent LEBIEZ, association l'Ecrit Santé.

Imprimerie : ETC

I.S.S.N. : en cours.

Dépôt légal à parution.

Parution : 3 numéros par an.

Site internet :

www.riahn.fr



Les opinions exprimées dans les articles du Bulletin En Riahn n'engagent que leurs auteurs et leur parution est soumise à l'accord de ceux-ci. Cependant, le comité de rédaction se réserve le droit de non publication si certains propos interpellent les valeurs éthiques ou déontologiques de l'association. Les indications d'adresses, numéros de téléphone, mail ou site web sont données à titre d'information sans aucun but publicitaire et non exhaustifs.

ZOOM La loi du 18 janvier 1994 a confié aux hôpitaux la mission de soins aux détenus et généralisé leur affiliation à la sécurité sociale. Pour assurer leur mission, les hôpitaux ont créé des unités de consultation et de soins ambulatoires dans chaque établissement pénitentiaire (UCSA). Les hospitalisations d'urgence et de courte durée sont réalisées dans l'hôpital de rattachement et, depuis 2004, dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) implantées dans les centres hospitaliers régionaux universitaires de 6 grandes villes pour les hospitalisations programmées de plus de 48 h. Les soins psychiatriques sont également assurés par le service public hospitalier :
 - secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire pour les soins ambulatoires
 - services médico-psychologiques régionaux (SMPR) au nombre de 26 pour les soins intensifs et hospitalisations volontaires. La loi du 9 septembre 2002 prévoit la construction de 9 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) entre 2008 et 2010. Elles permettent l'hospitalisation en psychiatrie des personnes détenues atteintes de troubles mentaux qu'il n'est pas possible de maintenir dans une structure pénitentiaire classique.