

LE GALL Valérie
Infirmière au Centre Pénitentiaire de ST DENIS
Centre Hospitalier Universitaire de ST DENIS, Félix Guyon

PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS EN MILIEU CARCERAL, A LA REUNION

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme universitaire
d'addictologie



Université de la Réunion
Année 2012

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les personnes suivantes qui m'ont éclairée et permis de compléter mes recherches sur ce sujet. Elles ont aussi, pour certaines, participé à la relecture de mon mémoire afin d'affiner la présentation, la syntaxe et l'orthographe.

- Dr METE et Dr WIND (praticiens hospitaliers, addictologues) au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Félix Guyon de St Denis
- Dr FERRANDIZ Dominique, praticien hospitalier, du service de médecine interne et de l'UCSA de Domenjod
- Dr GILLODES Olivier et Dr YAHY Nadia (psychiatres) au service médico-psychologique régional (SMPR) de St Paul
- Mr LAMETH Patrick (cadre de santé infirmier, à l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et Mme FONTAINE Josiane (cadre de santé infirmier, au SMPR) de Domenjod
- Mr Francis MARTINET (psychologue) au SMPR de Domenjod
- Mme COSSARD Julie (assistante sociale), au service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de Domenjod
- Mr Alban DABOUIS (conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation) au SPIP de Domenjod
- Mr Jean-Patrick LAURENT (surveillant pénitentiaire) au greffe de Domenjod
- Dr NARBOU (médecin addictologue) dans le service d'addictologie, au CHU Sud Réunion à St Pierre
- Mr PAYET Daniel (surveillant pénitentiaire), formateur du personnel au Centre Pénitentiaire de Domenjod
- Mme Monique RICQUEBOURG, chargée de mission à l'observatoire régional de la santé (ORS) de la Réunion
- Mme QUINQUIS Véronique, secrétaire médicale, au SMPR de Domenjod
- L'équipe infirmière de l'UCSA, du Centre Pénitentiaire de Domenjod
- le service du département d'information médical (DIM) du CHU Félix Guyon
- l'association « Vie Libre » du sud de la Réunion
- les intervenants du Réseau OTE au Centre Pénitentiaire de Domenjod

Je remercie l'équipe médicale et para-médicale du service d'addictologie du CHU Félix Guyon, pour m'avoir accueillie pendant mon stage de 5 jours, dans le cadre de ce diplôme universitaire.

Enfin, je tiens à remercier, tous les intervenants qui ont dispensé les cours du diplôme universitaire (DU) durant les trois modules, pour la qualité de leurs interventions, ainsi que tous les étudiants qui ont participé à ce DU.

SOMMAIRE

Pages

Page de couverture

Remerciements..... 1

Sommaire..... 2

Introduction..... 5

I. Cadre législatif

1) L'obligation de soins..... 8

2) L'injonction thérapeutique..... 8

3) Epidémiologie..... 9

II. Orientations de prévention en milieu pénitentiaire

1) Définitions..... 10

2) Spécificités Réunionnaises..... 11

3) Politique et prévention..... 12

a) L'Agence Régionale de Santé Océan Indien (ARS-OI)..... 13

b) L'ORS 13

c) Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des
personnes détenues..... 14

d) Circulaire du 17 novembre 2010..... 14

4) Formations pénitentiaires..... 15

a) Le personnel de surveillance.....	15
b) Le SPIP.....	15

III. Etat des lieux en milieu carcéral, à la Réunion

1) Dispositif de soins en addictologie au sein du Centre Pénitentiaire de Domenjod, à St Denis.....	16
---	----

a) Le groupe addictologie.....	16
b) Le groupe de tabacologie.....	18
c) Les consultations de tabacologie.....	18
d) Le groupe « obligation de soins ».....	19
e) Le groupe « travail sur la dépendance et l'autonomie » (TDA).....	20
f) Les ateliers du groupe TDA.....	22
g) Les consultations avancées du Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).....	23
h) Les interventions du Réseau Oté.....	24
i) Prise en charge du risque de syndrome de sevrage.....	25
j) Les consultations du SMPR.....	27

2) Dispositif de soins en addictologie au sein du Centre de détention du Port.....	28
--	----

a) Au Centre de Détention à Responsabilité.....	28
b) Centre de Détention Intermédiaire et le Centre de Détention Contraint.....	29

3) Dispositif de soins en addictologie au sein de la Maison d'Arrêt de St Pierre.....	30
---	----

a) Les interventions « Vie Libre ».....	30
b) Les consultations individuelles d'addictologie.....	30

IV. Perspectives d'avenir

1) Au Centre Pénitentiaire de St Denis.....	31
a) Prévention et statistiques.....	31
b) Continuités des soins.....	32
c) Référent addictologie en détention.....	33
d) Repérage des conduites addictives.....	33
e) Offre de soins au quartier « femmes ».....	33
f) Formation du personnel pénitentiaire.....	34
2) Au Centre Pénitentiaire du Port.....	35
Conclusion.....	36
Bibliographie.....	37
<u>Annexes</u> :	
Annexe 1 : Circulaire du 17 novembre 2010	38
Annexe 2 : Dépendance et autonomie.....	43
Annexe 3 : Le bonhomme à la béquille.....	44
Annexe 4 : Histoire avec le produit.....	45
Annexe 5 : Vivre avec le produit.....	46
Annexe 6 : Emprise du produit	47
Annexe 7 : La spirale addictive.....	48
Annexe 8 : Vivre l'abstinence.....	49
Annexe 9 : Fiche bilan TDA.....	50
Annexe 10 : Fiche d'intervention du Réseau OTE.....	52
Annexe 11 : Protocole de sevrage alcoolique.....	53

INTRODUCTION

La prise en charge addictologique change et évolue de manière constante depuis ces dernières années. Elle prend désormais en compte la dimension biopsychosociale de la personne en difficulté avec des substances psychoactives ou sans substances.

Ceci est valable pour la prise en charge de la population générale au sein des structures addictologiques (cure résidentielle, post-cure, consultations ambulatoires...), mais également au sein de la population carcérale.

En effet, pendant longtemps, l'accès aux soins en milieu pénitentiaire a fait l'objet de multiples polémiques, en matière de promiscuité, d'hygiène et de soins en général. C'est la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui a fait évoluer considérablement la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées. A l'heure actuelle, les personnes détenues bénéficient des mêmes soins que la population générale, l'accès à des soins spécifiques telle qu'est la prise en charge addictive en fait également partie. Les dispositions des articles L.1110-1 à L. 1110-7 de la loi du 4 mars 2002, du code de la santé publique (CSP) relatives aux droits des malades et à la qualité du système s'appliquent aux personnes détenues.

En pratique, ce n'est pas toujours évident, il faut savoir composer avec les obligations et les règles du système pénitentiaire qui privilégie la sécurité, la surveillance, l'ordre et la discipline. Ainsi, parfois, de part les responsabilités de chacun, les priorités des équipes de soins de l'UCSA et du SMPR ne coïncident pas toujours avec celles du service pénitentiaire.

Pour que la pratique addictologique puisse s'articuler de manière harmonieuse, il est important que tous les acteurs de soins, qui travaillent dans ce domaine, puissent connaître les actions qui se font dans les différents secteurs. Ainsi, ceci peut permettre un relais, un travail de qualité en réseau et une continuité des soins pour une meilleure prise en charge de la personne.

En ce qui me concerne, les problèmes d'addictions en milieu pénitentiaire et leurs prises en charge, m'apparaissent comme des priorités importantes à traiter. Ayant intégré l'équipe de l'UCSA, dès l'ouverture du Centre Pénitentiaire de Domenjod, l'opportunité de mettre en place de nouvelles actions dans ce domaine s'est très vite imposée dans ma pratique professionnelle. Cette nouvelle structure pénitentiaire a la chance d'avoir une équipe de soins (UCSA et SMPR) conséquente, permettant de mener des actions de prévention, ceci n'étant pas toujours possible dans d'autres établissements pénitentiaires.

L'incarcération peut être un moment propice pour la personne pour réfléchir à sa relation qu'il entretient avec le ou les produits. En effet, du fait de l'enfermement, le sujet est renvoyé à sa propre réalité. Le cerveau n'étant plus sous l'influence des produits, la personne accède à des moments d'introspection. C'est le moment pour certains de faire une évaluation et des bilans parfois douloureux quant à la responsabilité et à l'impacte négatif de leurs comportements de dépendance sur leur propre vie, celles de leurs proches ou de leur victime.

Ce travail a pour but de présenter le dispositif de prise en charge addictologique, en milieu pénitentiaire, à la Réunion. L'île dispose de trois établissements pénitentiaires (St Denis, Le Port et St Pierre). Ce mémoire fait apparaître les spécificités, les difficultés, les évolutions et les perspectives que l'on peut envisager pour l'avenir, dans un but d'amélioration de la prise en charge des personnes incarcérées.

I. Cadre législatif

On constate une augmentation des personnes incarcérées pour des conduites en état d'ivresse et des faits de violence sous l'effet des produits (Artane, Rivotril, en association généralement avec de l'alcool et / ou du cannabis), ceci concerne près de 25 % de la population pénale.

Bien souvent ces faits sont réprimés par la loi et sanctionnés par des peines d'emprisonnement avec sursis et une mise à l'épreuve assortie d'une obligation de soins.

Il existe 19 obligations différentes, certaines sont systématiquement prononcées et d'autres sont spécifiques, comme l'obligation de soins.

L'articulation entre le « soigner » ou « punir » est parfois difficile.

La justice distingue deux catégories d'infractions, celles qui sont directement liées au produit et à son usage et celles qui sont liées aux actes délictueux, voire criminels, dont un individu est responsable du fait de sa consommation de produit. Dans les deux cas, la justice peut décider d'une obligation de soins.

C'est la loi du 31 décembre 1970 (n°70-1320 du CSP) qui est à l'origine des sanctions pénales et des mesures de soins expliquées ci- dessous.

L'injonction thérapeutique et l'obligation de soin ne doivent pas être confondues, même si elles sont toutes deux, des obligations.

Pour les soignants, la compréhension de ces mesures peut être assez complexe, il me semblait important de redéfinir ces termes.

L'injonction de soins est prononcée plus particulièrement pour les auteurs de violences sexuelles, je ne la développerai pas dans ce travail.

1) L'obligation de soins

Elle peut être prononcée à tous les stades du processus pénal, ces mesures sont applicables à toutes les personnes présentant un problème de dépendance (drogues illégales, alcool), et quelle que soit l'infraction initiale concernée. Souvent, cette mesure est ordonnée pour des personnes qui sont jugées pour des conduites sous l'empire d'un état alcoolique (CEA), ou des faits de vol et /ou violence commis sous l'effet des produits. Elle est ordonnée par le juge d'instruction, par le tribunal ou par le juge d'application des peines.

Cette mesure repose sur la seule appréciation judiciaire, elle exige de la personne de se soumettre à un suivi auprès d'un médecin de son choix. Le sujet doit rendre compte avec un certificat de suivi, auprès d'un intervenant du SPIP du milieu ouvert. Ce dernier fait le lien auprès du juge et l'informe régulièrement si la personne suit ou pas, ses obligations.

2) L'injonction thérapeutique

La loi du 31 décembre 1970 a vu son champ d'application élargi depuis le 5 mars 2007, elle est mentionnée dans l'article L3423-1, L3424-1,2,3,4 du CSP. Elle offre la possibilité au magistrat, de laisser au corps médical, la décision des modalités du suivi médical.

C'est un médecin relais désigné par l'ARS qui détermine l'indication d'une prise en charge médicale. Cette mesure est peu utilisée par les autorités judiciaires.

L'injonction thérapeutique est décidée au premier stade des poursuites par le procureur de la République et réservée souvent à l'usager de stupéfiants ou au consommateur excessif et habituel de boissons alcooliques.

Cette mesure est alternative aux poursuites pénales, elle permet à la personne de garder un casier judiciaire vierge.

3) Epidémiologie

A la mi-juillet 2012, au Centre Pénitentiaire de Domenjod, on constatait que 19 % de la population carcérale était incarcérée pour des faits en lien avec les produits, soit 112 détenus sur 585 présents. Parmi ces détenus, 92 ont été incarcérés pour des CEA.

Il faut préciser que les faits en lien avec les produits regroupent ici les conduites en état d'ivresse, les faits en lien avec les stupéfiants (offre, détention, usage, acquisition ou transport) et les faits en lien avec les substances vénéneuses (Artane, Rivotril principalement).

En 2011, le nombre de faits constatés liés aux stupéfiants augmente de 16% : plus de 1600 faits sont constatés à la Réunion et plus de 70% des faits sont commis par des personnes qui consomment.

Le nombre d'interpellation pour usage de cannabis a quasiment doublé entre 2009 et 2010, 850 interpellations recensées en 2010.

En 2010, 1500 interpellations ont eu lieu pour « ivresse publique et manifeste », la Réunion est le 4ème Département français où ce taux est le plus élevé.



II. Orientations de prévention en milieu pénitentiaire

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, les soins dispensés en milieu pénitentiaire relèvent du Ministère de la Santé. Cette réforme s'est mise en place progressivement de 1994 à 2004.

1) Définitions

Addiction : perte du libre arbitre, du choix par rapport à une substance ou un comportement et poursuite de ce dernier malgré la connaissance de ses conséquences négatives avec impossibilité répétée de contrôler ce comportement.

La prévention est définie comme suit, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1948 :

Prévention : Ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.

Prévention primaire : Elle comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.

Prévention secondaire : Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie.

Prévention tertiaire : Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Promotion de la Santé : Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

Education à la santé : vise à aider chaque individu à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement.

2) Spécificités Réunionnaises

L'île de la Réunion, est un Département d'Outre-Mer français situé à environ 10 000 kilomètres de la Métropole. Elle ne connaît pas les mêmes problématiques en matière d'addictions. La prise en charge des conduites addictives de la population pénale s'en trouve donc totalement différente.

En effet, dans les prisons métropolitaines, les conduites addictives les plus fréquemment rencontrées sont la prise d'héroïne et de cocaïne. On retrouve également des problématiques d'addictions à l'alcool et au cannabis. La prise en charge thérapeutique de ces personnes, se tourne donc essentiellement vers les traitements de substitution aux opiacés (TSO).

A la Réunion, l'accès aux drogues dites « dures », est difficile et l'effet des produits que recherchent les jeunes réunionnais est différent. En effet, la Réunion, de part sa situation géographique, est en quelque sorte protégée de l'arrivée de nouvelles substances psychoactives. De plus, le service des douanes et les autorités judiciaires sont très vigilants à ce sujet. La culture de « s'injecter » ne fait pas partie des pratiques de consommation réunionnaises.

Dans un contexte de précarité où près de 30 % de la population est au chômage, la jeunesse réunionnaise connaît actuellement une grande souffrance et pour certains, la prise de produits psychotropes apparaît comme étant la seule et unique façon d'échapper à leurs problèmes.

C'est dans ce contexte que certains médicaments se retrouvent détournés de leurs usages initiaux afin de « met l'effet » quelque en soit le prix à payer. Ainsi l'Artane (anticholinergique) et le Rivotril (benzodiazépine) sont absorbés à des doses non

thérapeutiques pour des effets euphorisants et stimulants, mais aussi en association avec de l'alcool et du cannabis, provoquant des effets amnésiants et paradoxaux augmentant considérablement le risque de passage à l'acte.

La culture réunionnaise accorde également une attention toute particulière à la culture de la canne à sucre (agriculture locale) produisant du Rhum et dont la consommation a bien baissé ces dernières années. Néanmoins, on remarque que la consommation de bière et d'alcools forts tel que le Whisky sont en nette augmentation.

La population pénale rencontrée en milieu carcéral, à la Réunion, présente énormément de problèmes en lien avec une alcoolisation à risque, nocive ou une dépendance.

Une attention toute particulière est apportée en ce qui concerne les prescriptions médicales, en prison. En effet, l'usage de médicaments détournés étant un problème majeur à la Réunion, le milieu carcéral y est d'autant plus sensible.

Chaque prescription est réfléchiée et mesurée en fonction de la personne et du problème de santé qu'il présente.

L'usage des médicaments suivants est particulièrement surveillé : antalgiques (codéïne, Ixprim), bain de bouche (Eludril).



3) Politique et prévention

Beaucoup d'instances politiques au niveau national, régional et local régissent la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées et celle des addictions. Régulièrement, des plans de prévention, des circulaires et des nouvelles législations apparaissent. Il est

important que les professionnels de santé se tiennent informés des nouvelles orientations politiques afin d'articuler de manière cohérente ces actions avec le système pénitentiaire.

a) L'ARS-OI

L'ARS fut créé en 2010, elle définit et met en oeuvre la politique de santé publique, au niveau régional. Son champ d'action s'étend de la prévention à l'offre de soins et l'accompagnement médico-social. Elle s'appuie sur le projet régional de santé (PRS), Réunion-Mayotte datant du mois d'avril 2011, valable pour 5 ans.

Ce PRS décline plusieurs schémas régionaux dont le nouveau Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2012-2016 qui comporte un volet entièrement dédié à la politique de santé qui doit être mené auprès des détenus. Ce schéma est développé en application du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 des ministères de la Santé et de la Justice.

Parmi les 5 mesures phares du SROS, figure « *le développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé* »¹.

Les addictions sont mentionnées comme une thématique prioritaire et la coordination et l'articulation des acteurs de la prise en charge des addictions également.

L'installation de la Commission Régionale Santé/Justice a eu lieu au mois de septembre 2012, en application du SROS, dans le cadre du pilotage de la politique de santé en faveur des personnes détenues.

Il faut préciser que désormais, les fonds alloués pour des actions de prévention en détention, seront attribués par l'ARS (Ministère de la Santé), alors qu'auparavant ces fonds provenaient du Ministère de la Justice.

b) L'ORS

Cet organisme est une association loi 1901 qui a pour mission de produire et de mettre à disposition des indicateurs sur la santé de la population. Pour cela, il s'appuie sur des chiffres, des données statistiques, des études afin de mieux connaître les problèmes de

1 SROS 2012-2014, p 219

santé pour mieux les prévenir. Il s'assure du suivi des priorités de santé en lien avec le PRS.

Il établit chaque année un tableau de bord sur les différents problèmes de santé que rencontre la population réunionnaise. Ce dernier est utile aux professionnels de santé car il permet de mieux connaître la population et ainsi d'améliorer continuellement leurs actions de prévention.

c) Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues

Ce guide est établi entre le ministère de la justice et le ministère de la santé. Il a été instauré depuis la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale des détenus ; le dernier date de l'année 2004. La circulaire interministérielle, n° 2005-27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation de ce guide permet de le maintenir à jour. Il sera republié à la fin du mois de septembre 2012 afin d'être actualisé avec les nouvelles orientations.

Il a pour but de définir les modalités de prise en charge médico-psycho-sociales, des personnes incarcérées au sein des établissements pénitentiaires.

C'est un outil de référence au service des personnels de santé et pénitentiaire. Le partenariat entre ces deux catégories de personnel est donc indispensable afin d'avoir une bonne coordination et une complémentarité efficace.

d) Circulaire du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention (annexe 1, page 38)

Elle s'inscrit dans le cadre des schémas régionaux d'addictologie et a pour but de définir les modalités de coordination et d'organisation de la prise en charge des addictions, en détention.

Des préconisations y sont abordées concernant l'organisation de la prise en charge, notamment : - le repérage
- le diagnostic

- la définition d'un projet de soins adapté
- la préparation à la sortie
- la coordination

Pour mettre en oeuvre cette organisation, un professionnel de santé doit être désigné « référent » et des indicateurs de suivi de la réalisation des différentes actions doivent être mis en place.

4) Formations pénitentiaires

a) Le personnel de surveillance

Tous les surveillants pénitentiaires reçoivent une formation de 8 mois à l'école nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP) à Agen.

Durant cette formation, un module sur l'addictologie leur est enseigné, il leur permet d'avoir une sensibilisation sur les conduites addictives. Il n'existe pas de formations supplémentaires dans la formation continue pour qu'ils puissent approfondir ce sujet.



b) Le SPIP

Les conseillers d'insertion et de probation reçoivent une formation de deux ans à l'ENAP. Pendant cette période, ils bénéficient d'un module spécifique sur l'addictologie. Ils peuvent également faire un stage pendant leur formation dans une structure de soins en addictologie.

L'assistante sociale ne reçoit par contre, aucune formation concernant les conduites addictives, même si elle exerce des fonctions identiques au sein de la structure.

III. Etat des lieux en milieu carcéral, à la Réunion

1) Dispositif de soins en addictologie au sein du Centre Pénitentiaire de Domenjod, à St Denis



Le Centre pénitentiaire de Domenjod a fait son ouverture le 15 décembre 2008. Cet établissement comporte une Maison d'Arrêt pour les hommes (459 places, prévenus ou peines inférieures à deux ans), une Maison d'Arrêt et un centre de détention pour les femmes (30 places) et pour les mineurs (25 places). Il a permis de mettre fin aux mauvaises conditions sanitaires dans lesquelles vivaient les détenus à la maison d'arrêt de Juliette Dodu. Désormais, les droits des personnes incarcérées tels que la dignité et l'intimité sont respectés.

a) Le groupe addictologie



Ce groupe était appelé « groupe alcool », il fut créé en 1994 à la maison d'arrêt de St Denis (Juliette Dodu). Il était animé par un médecin addictologue (Dr Wind) et une infirmière du SMPR. Il a ensuite évolué au fil du temps pour devenir le groupe addictologie, prenant ainsi en considération le problème des polyconsommations qui touchent un nombre de plus en plus important de personnes incarcérées.

Ce groupe est toujours animé par le Dr Wind et moi-même ou par VABOIS C., infirmière au SMPR, voire par ces deux dernières lorsque le médecin est indisponible. Il

permet de réunir environ dix personnes ayant été repérées à l'entrée en détention, comme ayant un mésusage ou une dépendance, quel que soit le ou les produits. Le repérage se fait par tous les intervenants qui rencontrent la personne à son entrée (UCSA, SMPR, SPIP, personnel de surveillance ...). Lors de la commission pluridisciplinaire unique (CPU), l'administration pénitentiaire peut également suggérer aux détenus de participer au groupe d'addictologie.

Le groupe permet de sensibiliser et d'informer d'une façon générale, pendant une heure, sur les conduites addictives. Il a lieu une fois par semaine, en alternance, sur les deux quartiers hommes de la détention. C'est aussi l'occasion de présenter les différentes structures addictologiques qui existent à la Réunion et de leur proposer une consultation avec un intervenant du CSAPA, un suivi en tabacologie ou des consultations au SMPR. Il permet de confronter leurs expériences les uns avec les autres, de renforcer leur motivation pour certains ou d'amorcer un début de réflexion sur leur relation avec les produits.

En pratique, le nombre de détenus qui auraient besoin de participer au groupe, soit pour des conduites d'abus, soit pour une dépendance est très élevé. De plus, certains juges conseillent fortement aux détenus d'avoir un suivi addictologique en prison, s'ils veulent espérer avoir des remises de peine. Il arrive que pour des personnes ayant des peines courtes, ces dernières soient libérées avant d'avoir pu participer au groupe, la liste d'attente étant assez longue.

De plus, des nouvelles mesures ont été mises en place en ce qui concerne l'obtention d'un pécule pour les personnes indigentes. Ces dernières doivent être inscrites ou avoir suivi le groupe pour prétendre à l'obtention de ce pécule.

On peut se demander quelle est la place de l'éthique du soin dans ce contexte où il est parfois difficile de distinguer les démarches volontaires et sincères, des démarches beaucoup moins personnelles.

A ce titre, 206 détenus ont pu participer à ce groupe au cours de l'année 2011, soit 38 groupes sur cette période ont eu lieu.

b) Le groupe de tabacologie

Il a été mis en place en mars 2012 par moi-même, avec la collaboration des infirmières de l'équipe de liaison en addictologie et le Dr Wind (praticien hospitalier addictologue), du CHU Félix Guyon.

Il permet de réunir une fois par mois environ six personnes désireuses d'arrêter de fumer. Ces personnes s'inscrivent de leur plein gré, ou sur les conseils de l'équipe de l'UCSA ou du SMPR.

La séance dure environ une heure et demi. A l'aide de diapositives, les personnes reçoivent des informations sur les bénéfices de l'arrêt du tabac, les traitements possibles, des conseils pratiques pour le sevrage...

A la suite de ce groupe, des consultations individuelles leurs sont proposées.

c) Les consultations de tabacologie

Les consultations de tabacologie ont lieu une après-midi par semaine, elles ont débuté en même temps que le groupe de tabacologie. Elles permettent de prendre en charge individuellement les personnes désireuses d'arrêter de fumer. Elles sont menées par moi-même également.

Un protocole de prescription de substituts nicotiques (patchs et de comprimés sublinguaux) me permet d'être autonome dans la prise en charge. De plus, la proximité du SMPR permet de pouvoir faire le relais avec un psychiatre si un syndrome anxio-dépressif sévère est dépisté (contre-indication au sevrage tabagique).

La particularité spécifique au milieu carcéral est que la distribution de gommes (substitut nicotinique) est interdite sur le site de Domenjod. Ces dernières pourraient être utilisées pour faire des empreintes de clés, être introduites dans une serrure ou autre. L'utilisation de comprimés à sucer est donc préconisée.

Il est important de souligner que dans le guide méthodologique il est stipulé que :
*« les personnes détenues sont en droit de demander à être affectées dans des cellules non-fumeurs. Cette affectation relève du chef d'établissement pénitentiaire »*²

Le suivi de la personne est préconisé sur un an minimum ou jusqu'à leur libération, puis orienté vers un CSAPA ou un service d'addictologie pour continuer la prise en charge.



d) Le groupe « obligation de soins »

Ce groupe est animé par un représentant du SPIP, un médecin addictologue (Dr Wind), une infirmière UCSA (moi-même), une infirmière du SMPR (C. Vabois) et un représentant d'un CSAPA de St Denis.

Avant chaque groupe, les intervenants se réunissent pendant une heure pour débattre sur la situation de chaque détenu. Il est alors caractérisé la consommation de la personne, le lieu du suivi en fonction de la résidence de la personne, les antécédents de suivi en addictologie...

Le groupe permet de réunir 3 à 4 fois par an, pendant une heure, une dizaine de personnes condamnées à exécuter une mesure d'obligation de soins, dès leur libération de prison.

Il a pour but d'expliquer à ces personnes ce que représente l'obligation de soins, sur le plan judiciaire et médical. Il permet de préciser certains points législatifs, de poser des questions, de rassurer et d'essayer d'instaurer un climat de confiance, d'empathie envers

² Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues – 2004 - p39

cette population qui peut parfois avoir quelques réticences, par le fait que la mesure soit avant tout judiciaire. C'est aussi l'occasion de leur fournir les coordonnées des structures spécialisées en addictologie, à la Réunion, car même si le choix du médecin est libre, le conseil qui leur est donné est de se rapprocher d'une de ces structures, si cela est possible.

En 2011, 3 groupes ont eu lieu, soit 16 détenus ont pu y participer.

e) Le groupe « travail sur la dépendance et l'autonomie »(TDA)

Ce groupe fut créé à la fin de l'année 2011. Il est animé par un psychologue (F. Martinet), une infirmière UCSA (moi-même) et une infirmière du SMPR (C. Vabois). Il réunit 6 détenus, sur 5 séances de deux heures. Il s'agit d'un groupe thérapeutique, fermé, qui permet de préparer les détenus aux difficultés auxquelles ils seront confrontés à la sortie. Ce groupe leur permet de faire un travail de compréhension, d'étayage et de renarcissisation. Les participants sélectionnés sont soit très motivés au maintien de l'abstinence, soit dans l'ambivalence, mais ils sont tous engagés dans une démarche de soins volontaires. Ils ont tous, avant de s'engager dans le groupe, un entretien individuel pour apprécier leur motivation et leur implication personnelle.

A l'aide d'outils diverses, la personne réfléchit sur sa relation qu'il entretient avec le ou les produits, sur les raisons qui l'amènent à consommer, il apprend à s'exprimer sur son vécu de la dépendance.

- 1ère séance :
- Présentation des participants et intervenants et lecture de la charte d'engagement
 - Réflexion sur le concept de la dépendance et de l'autonomie (annexe 2, page 43)
 - Réflexion avec support métaphorique « bonhomme à la béquille » (annexe 3, page 44) :
- Réfléchir au problème du bonhomme : jambe manquante, handicap
 - Réfléchir à la solution au problème pour qu'il puisse tenir debout

- Solutions : prendre une béquille ou mettre une prothèse

► Béquille = alcool

► Handicap = manque « d'outils internes » (autonomie), estime de soi, affirmation de soi et autres ressources propre à chaque individu

- Evocation des bénéfices de la consommation

2ème séance : - Réfléchir à la trajectoire de la dépendance et l'histoire avec les produits (première rencontre avec le produit, effets positifs, effets négatifs...), (annexe 4, page 45)
- Repérage des situations spatio-temporelles où la personne est en difficulté avec le produit (stratégie d'évitement), (annexe 5, page 46)

3ème séance : - Evaluation du degré d'emprise du produit dans la vie quotidienne, des effets négatifs (annexe 6, page 47)
- Apports théoriques sur les conséquences somatiques des consommations du produit (alcool)
- Réflexion sur la spirale addictive (annexe 7, page 48)

4 ème séance : - Travail sur la prévention de la rechute, après avoir repéré à quoi servait le produit, savoir repérer ses faiblesses pour mettre en place des stratégies
- Réflexion sur l'estime de soi

5 ème séance : - Réflexion sur l'abstinence définitive, sur le plan personnel et familial (bénéfices et inconvénients), (annexe 8, page 49)
- Vivre l'abstinence et vivre avec soi
- Clôture du groupe (annexe 9, page 50)

f) Les ateliers du groupe TDA

Basés sur les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), ces ateliers permettent d'approfondir 3 aspects particuliers, dans la prévention de la rechute. Ils sont proposés à tous ceux qui participent au groupe et sont animés par les mêmes intervenants du groupe TDA, sur huit semaines consécutives. Ces ateliers ont pour but de consolider leurs ressources internes afin de préparer un accès à une autonomie plus confiante et solide, dès la sortie.

Atelier « Affirmation de soi »

Ces ateliers se déroulent sur trois séances de deux heures.

1ère séance : Comprendre le concept « d'affirmation de soi » et travail sur la capacité de positionnement face à autrui.

2ème séance : Mises en situation avec des jeux de rôle « Savoir dire non » et renforcer l'affirmation de ses choix et de ses décisions. Apprendre à se protéger de l'influence des pairs.

3ème séance : Reprise des séances précédentes et réflexions sur leur positionnement à leur sortie de prison.

Atelier « Estime de soi »

Cet atelier se déroule sur 2 séances de 2 heures. Il permet un travail de réflexion sur l'estime qu'ils ont d'eux même et de réfléchir sur 3 axes essentiels de l'estime de soi :

- la confiance en soi
- l'amour de soi
- l'image de soi

L'empathie pour soi et pour les autres sont également au centre de cet atelier.

1ère séance : Comprendre le concept « d'estime de soi », comprendre la place centrale de l'estime de soi dans le travail vers l'autonomie et évaluer son « estime de soi ».

2ème séance : Apprendre à se connaître et à s'accepter.

Atelier relaxation

Sur la base de 3 séances, de deux heures, cet atelier a pour but de permettre à la personne de se réapproprier une lecture proprioceptive de son corps, de réapprendre à lire et discriminer le langage et les émotions de ce dernier.

1ère séance : Exercices de relaxation basés essentiellement sur les différentes respirations (thoracique, ventrale, claviculaire) et sur l'intégration du corps en associant des images positives favorisant la détente.

2ème séance : Investissement des visualisations positives pendant la relaxation avec évocation de couleurs et de souvenirs ressources.

3ème séance : Contrôle des composantes émotionnelles liées à une situation de stress.

Toutes les séances sont suivies de moments d'échanges sur l'activité.

g) Les consultations avancées du CSAPA

Une convention de partenariat avec l'ANPAA 974 a été mise en place avec l'hôpital. Ainsi des consultations ont lieu une demi-journée par semaine, elles sont assurées par un infirmier ou un éducateur du CSAPA de St Denis. Elles sont proposées aux détenus qui participent au groupe addictologie et qui en font la demande.

Ces consultations permettent de prendre en charge les addictions sur le plan individuel, elles permettent à la personne d'avoir un premier contact avec le système de soin addictologique extérieur et ainsi de préparer leur sortie de prison.

A ce titre, 54 détenus ont été reçus en entretien en 2011.

h) Les Interventions du Réseau OTE

Les intervenants du réseau OTE mènent des actions de prévention auprès des mineurs incarcérés en partenariat avec une infirmière du SMPR ou de l'UCSA.

Ils dispensent 9 ateliers, d'une durée de deux heures, auprès des jeunes afin de prévenir chez eux un mode de vie axé sur la consommation de substances psychoactives ou toute autre forme de dépendance. Ces ateliers permettent aussi d'informer sur l'usage des drogues, de faire une évaluation individuelle des consommations et de développer une motivation au changement (annexe 10, page 52).

Ces ateliers s'appuient sur un support pédagogique (un livret) et le 8^{ème} atelier est une sortie canyoning pour permettre aux jeunes de prendre du plaisir et de découvrir des sensations nouvelles, autrement qu'avec les produits.

Le financement est assuré par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) qui est alloué par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT).

Cette action permet de prendre en charge en moyenne trois groupes de 5 à 6 détenus dans l'année.

i) Prise en charge du risque de syndrome de sevrage

A l'entrée en détention, la personne rencontre plusieurs services pénitentiaires, elle rencontre également les services médicaux.

Il est stipulé dans le guide méthodologique ceci : *« le premier examen doit avoir lieu dans les plus brefs délais, avec le consentement de la personne détenue, de façon à déceler toute affection contagieuse ou évolutive, à mettre en oeuvre toute mesure thérapeutique appropriée, notamment à l'égard des personnes présentant des conduites addictives »*³.

Ainsi, lors de cet examen, un dépistage et une évaluation des conduites addictives sont faites systématiquement par l'infirmière et le médecin. L'évaluation du syndrome de sevrage d'alcool est réalisée avec le calcul du score de CUSHMANN. Si la personne présente des signes de sevrage, un protocole (annexe 11, page 54) est systématiquement débuté afin de prévenir les risques de complications liées au sevrage.

Le calcul du score de CUSHMAN s'établit à l'aide d'un tableau répertoriant les différents signes du Délirium Tremens quoté de 0 à 3.

Les signes peuvent être les suivants :

- hypertension
- tachycardie
- trémulations des mains tendues, de la langue et des paupières
- sueurs et hyperthermie
- agitation psychomotrice, insomnie, anxiété, désorientation, confusion et hallucinations
- nausées voire vomissement et diarrhée
- convulsions et céphalées

3 Guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes détenues – 2004 – p 22

Une prescription accompagne cette surveillance systématiquement :

- une hydratation per os de 3 litres d'eau par jour pour compenser les pertes hydriques liées à l'hyperthermie, à l'agitation et à la sudation.

- des vitamines B1, B6 et PP pendant 10 jours pour prévenir les complications neurologiques et dermatologiques liées aux carences de malabsorption.

- des benzodiazépines (Tranxène) pendant 7 jours, à doses dégressives pour diminuer l'intensité des signes de sevrage et prévenir les crises convulsives.

Tout ce traitement est distribué trois fois par jour par l'infirmière de l'UCSA afin d'éviter les risques de trafic ou de détournement de ces médicaments et de s'assurer de l'observance du traitement. Ce moment est aussi l'occasion d'évaluer la bonne tolérance aux médicaments et de prévenir une éventuelle aggravation des signes cliniques.

Il est parfois difficile pour certains membres de l'équipe d'apprécier ce risque, car le dépistage se fait au moyen d'un questionnaire succinct basé sur la consommation déclarée d'alcool. D'autant plus que certains détenus minimisent leur consommation soit parce qu'ils sont dans une phase pré-comptemplative, soit par crainte que les informations ne soient transmises au service pénitentiaire, au juge ou autre.

Il est alors important de leur rappeler que le personnel de l'UCSA et du SMPR est soumis au secret médical et que ces données sont strictement confidentielles. La posture et l'attitude empathique permettent à la personne de se sentir en confiance et de se livrer plus facilement. Les premiers jours peuvent être difficiles pour certaines personnes, selon le cas où il s'agit de la première incarcération (risque de choc carcéral) ou de la peine prononcée, s'ils sont jugés.

Parfois, il faut prendre en considération le temps pré-carcéral, beaucoup de détenus arrivent après une période de garde à vue. Dans le cas de personnes très dépendantes

physiquement à l'alcool, l'arrivée en détention peut avoir lieu 48 heures après l'arrestation. Les premiers signes de sevrage peuvent apparaître dans les 6 à 8 heures après la dernière prise d'alcool. Les risques de crise d'épilepsie ou de délirium tremens sont alors très élevés et dans certains cas une hospitalisation est alors organisée dans les plus brefs délais. En 2010, une personne a été hospitalisée en chambre carcérale pour ce motif, en 2011, 4 personnes et le premier semestre 2012, 2 personnes.

j) Les consultations SMPR

Les détenus peuvent bénéficier de consultations individuelles avec des psychiatres, infirmiers, psychologues. Au cours de ces entretiens peuvent être abordés les problèmes d'addictions.

La prise en charge des co-morbidités psychiatriques est importante en prison, elle prend tout son sens dans des consultations individuelles mais aussi à travers différents groupes thérapeutiques menés en psychiatrie que je ne détaillerai pas dans ce travail.

Il me semble important de rappeler qu'en pratique, les personnes qui souffrent d'une addiction, présentent dans 80% des cas un diagnostic psychiatrique clairement identifié comme comorbide. Les troubles psychiatriques repérés en addictologie sont les suivants :

- la bipolarité
- la dépression
- les troubles délirants
- les troubles anxieux
- les troubles de la personnalité

2) Dispositif de soins en addictologie au sein du Centre de détention du Port



Le Centre de Détention du Port est doté d'une capacité d'accueil de 560 places pour des personnes condamnées à des peines supérieures à deux ans. Il est divisé en deux sites, d'une part le Centre de Détention à Responsabilité et d'autre part le Centre de Détention Intermédiaire et le Centre de Détention Contraint.

Le Centre de Détention à Responsabilité reçoit des détenus qui sont en liberté au sein du Centre, ils ont la clé de leur cellule. Ce Centre de Détention reçoit également des détenus en semi-liberté.

Le Centre de Détention Intermédiaire reçoit des détenus qui sont un peu plus libres que ceux du Centre de Détention Contraint, leur comportement doit être exemplaire pour y avoir accès.

a) Au Centre de Détention à Responsabilité

- Un groupe thérapeutique, fermé a lieu une fois par semaine, pendant deux heures. Il réunit entre 6 et 8 détenus et est animé par un psychiatre (Dr Yahi) et une infirmière du SMPR. Ce groupe existe depuis mai 2007, il fait suite à la disparition du suivi addictologique par le Dr Dafreville de la fédération régionale d'addictologie de la Réunion (FRAR) jusqu'en 2006.

Les détenus peuvent s'inscrire de leur propre initiative ou sur demande de leur référent du SPIP. Ils sont reçus au préalable par l'infirmière afin de rappeler le cadre du groupe et ses modalités.

Il est réparti sur plusieurs séances (entre 3 et 6) suivant la dynamique du groupe.

L'approche socioculturelle, psychologique, physiologique et anatomique y sont abordées, les théories du plaisir et les différents concepts de l'addiction également. Une approche TCC est aussi abordée avec des jeux de rôle et les

structures post-carcérales (CSAPA, associations...) sont présentées.

Ce groupe a permis de réaliser 6 sessions (de mars 2011 à janvier 2012), 38 détenus ont pu en bénéficier.

- Des groupes et/ou des consultations de tabacologie ont lieu une fois par semaine pendant 1h00 ou 1h30. Elles sont faites par un médecin addictologue du CHU Félix Guyon (Dr Mété). Les détenus sont informés de l'existence de la prise en charge du sevrage tabagique par l'infirmière de l'UCSA qui les inscrit sur leur demande.

Des substituts nicotiques (patchs et gommes) peuvent être prescrits pendant la durée de cette prise en charge ainsi qu'un suivi régulier avec le médecin afin de maintenir un bon niveau de motivation et de prévenir une éventuelle rechute. Il est parfois aussi abordé, lors de ces consultations, les autres addictions.

A ce titre, une vingtaine de séances ont eu lieu en 2011, ce qui a permis de réunir 6 à 10 détenus sur chaque séance.

b) Centre de Détention Intermédiaire et le Centre de Détention Contraint

Un groupe addictologique de 6 séances est animé par Dr METE, médecin addictologue du service d'addictologie, du CHU Félix Guyon et deux infirmières du SMPR. L'indication du groupe est souvent posée après l'entretien d'accueil et la motivation personnelle est demandée pour y participer.

Ce groupe réunit environ 8 personnes, il dure deux heures et a lieu une fois par semaine.

Il s'appuie sur les thérapies cognitivo-comportementales et sur des connaissances théoriques générales, ces séances se déroulent comme suit :

-3 premières séances : Apports divers sur les conséquences somatiques, psychologiques et judiciaires.

-4 ème séance : Refuser un verre (jeux de rôle)

-5 ème séance : Gestion de la critique (recevoir et formuler une critique)

-6^{ème} séance : Gestion de la colère et de la violence

Une évaluation orale et écrite, à la fin de chaque session est systématique.

Ce groupe a permis de faire participer 27 détenus en 2011.

3) Dispositif de soins en addictologie au sein de la Maison d'arrêt de St Pierre



La maison d'arrêt de St Pierre est dotée d'une capacité d'accueil de 113 détenus hommes.

a) Intervention « Vie libre »

Une fois par semaine, durant deux heures, l'association néphaliste (Vie Libre), intervient auprès d'un groupe de 10 à 15 détenus volontaires. Lors de cette réunion, les détenus peuvent poser des questions sur le parcours des deux intervenants présents, ils écoutent les témoignages de ces derniers sur leur passé concernant leur expérience avec l'alcool. Le groupe permet aussi aux détenus de pouvoir échanger sur leur expérience avec l'alcool. Les intervenants apportent des apports et des connaissances sur la dépendance et sur l'alcool, en général. Ils proposent aussi de venir rejoindre l'association de St Joseph, à leur libération de prison, pour s'inscrire dans une démarche de soins. En 2011, 43 séances ont été réalisées et 703 détenus y ont participé.

b) Consultations individuelles d'addictologie

Ces consultations sont assurées par 3 médecins addictologues du service d'addictologie du CHU de St Pierre. Ces consultations ont lieu une fois par semaine, pendant une demi-journée.

Elles permettent de rencontrer 4 à 5 détenus par semaine, l'objectif étant d'établir une anamnèse, un bilan des complications somatiques et de débiter un suivi addictologique pendant leur incarcération.

Au total 117 détenus en 2008, 135 en 2009, 170 en 2010 et 240 en 2011 ont été reçus. On constate que le nombre de consultations est en augmentation constante.

IV. Perspectives d'avenir

1) Au Centre Pénitentiaire de St Denis

a) Prévention et statistiques

Le SROS 2012-2016 définit des stratégies d'actions dans le champ des addictions concernant la population carcérale.

Son plan se détaille en 6 axes d'intervention dont :

- « *la connaissance de l'état de santé de la population détenue, au travers de travaux nationaux permettant des restitutions régionales, et une adaptation locale des moyens sanitaires et de leur organisation* »⁴.

Dans cet objectif, pour une meilleure connaissance des conduites addictives de la population carcérale, des nouvelles données statistiques vont être transmises à l'ORS afin d'étoffer le tableau de bord des addictions.

Ainsi, le nombre de détenus ayant reçu un traitement de sevrage pour la prévention du syndrome de sevrage et le nombre des personnes ayant participé à des groupes ou à des consultations addictologiques diverses, seront communiqués à l'ORS. Ceci va permettre

4 SROS 2012-2016 – page 221

d'obtenir des données statistiques et des sources d'informations sur une population spécifique, qu'est celle du milieu carcéral.

b) Continuité des soins

Un autre axe de prévention est le suivant :

- « *la coordination et l'articulation des acteurs de la prise en charge des addictions, la préparation et la continuité des soins à la sortie* »⁵.

Actuellement, une réflexion est menée sur la prise en charge des personnes ayant pu bénéficier du groupe TDA. Il est en projet de créer des consultations de préparation à la sortie (UCSA-SMPR) afin d'anticiper la prise en charge addictologique, avant la libération.

Une concertation entre les différents acteurs (UCSA, SMPR, CSAPA et service d'addictologie) doit avoir lieu avant la fin de l'année 2012, afin d'harmoniser et de coordonner les actions entre la détention et le post-pénal.

Un poste de professionnels du CSAPA (infirmier ou éducateur) va être financé par l'ARS afin d'intervenir de façon plus régulière en prison pour faire des consultations avancées d'addictologie, afin de préparer la sortie des détenus et d'assurer une meilleure continuité des soins.

Néanmoins, il existe des difficultés concernant la continuités des soins à la sortie de prison, car bien souvent la date de libération est difficile à connaître, elle est souvent anticipée pour des raisons diverses (aménagement de peine, bracelet électronique, transfert vers un autre établissement ...). Ces paramètres, qui sont assez complexes, échappent souvent à la connaissance des services de santé, en détention.

5 SROS 2012-2014 – p 220

c) Référent addictologie en détention

Afin de mettre en application les directives de la circulaire du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, et m'investissant depuis l'ouverture de la prison, dans le champ des addictions, au sein de l'UCSA et en partenariat avec le SMPR, j'ai proposé ma candidature afin d'assurer cette mission.

Avec l'accord, du psychiatre du SMPR (Dr Gillodes) et du médecin de l'UCSA (Dr Ferrandiz), il a été convenu que j'assurerai cette fonction. Une première réunion aura lieu prochainement afin de convenir des modalités à mettre en place.

d) Repérage des conduites addictives

Le dépistage du risque de syndrome de sevrage à l'alcool, à l'incarcération, et la prise en charge globale des addictions nécessitent que l'infirmière et le médecin évaluent précisément la consommation de substances psychoactives des personnes qui rentrent en détention. Pour cela ils peuvent s'aider d'échelles évaluatives. Le SMPR et l'UCSA n'utilisent, pour l'instant, pas les mêmes outils de repérage. La circulaire du 17 novembre 2010 propose également un questionnaire de repérage des conduites addictives à l'entrée en détention. Ce dernier permet d'évaluer dans son ensemble la prise des produits psychotropes et ainsi de proposer une prise en charge commune et cohérente.

Une concertation est prévue entre l'UCSA et le SMPR afin de mettre en place cette action commune et d'établir un protocole au sujet de la prise en charge des addictions en prison.

e) Offre de soins au quartier femmes

Pour des raisons spécifiques, financières et organisationnelles, il n'y a pas d'actions qui sont proposées aux femmes incarcérées pour la prise en charge addictologique.

En effet, le réseau OTE avait proposé une action sur plusieurs séances, mais elle n'a jamais été réalisée, par manque de moyen financier.

De plus, la prise en charge des femmes souffrant d'addictions est difficile car elle

peut, dans certains cas, raviver des souffrances et des psychotraumatismes qui peuvent être complexe de gérer en groupe. Il semble plus pertinent de prendre en charge leurs problèmes d'addictions par le biais des consultations individuelles diverses du SMPR (psychiatre, infirmier, psychologue). Elles bénéficient, si elles le souhaitent, d'un entretien avec les intervenants du CSAPA.

Un partenariat pourrait néanmoins être envisagé avec l'association REUNISAF. En effet, une intervention concernant la prévention du syndrome d'alcoolisation foetale serait pertinente auprès de cette population.

f) Formation du personnel pénitentiaire

Un autre axe de prévention du SROS est « *la formation des intervenants* »⁶ :

Un partenariat avec les surveillants pénitentiaires du quartier « arrivant » pourrait être mise en place afin de pouvoir faire un repérage précoce des sujets très dépendant physiquement à l'alcool. Ceci dans le but de prévenir et de prendre en charge rapidement les premiers signes du délirium tremens, évitant ainsi dans certains cas, des hospitalisations et une mise en danger de l'individu.

Les surveillants du quartier « arrivant » ont 48h pour que la personne détenue soit adressée au service médical, après leur entrée en détention. Il est donc important qu'ils sachent repérer les personnes à risque de décompenser, surtout dans le cas où il y a beaucoup d'entrées en simultané afin de prioriser l'ordre des personnes à l'infirmierie.

En effet, les personnes incarcérées au quartier « arrivant » bénéficient d'une surveillance identique aux autres détenus, c'est donc le médecin qui doit ordonner une mise en surveillance rapprochée dite « spéciale » pour que les surveillants soient plus vigilants au comportement de ces détenus.

Ce partenariat pourrait prendre forme en menant des actions d'information et de sensibilisation.

6 SROS 2012-2016- p 220

Dans un premier temps, un questionnaire destiné au personnel de surveillance visant à connaître leurs connaissances sur les signes du sevrage et sur les addictions, en général, pourrait être diffusé.

Dans un deuxième temps, un réajustement sous forme d'interventions brèves, avec un support adapté, pourrait être proposé aux surveillants, par le personnel de l'UCSA.

2) Au Centre Pénitentiaire du Port

Une augmentation d'une demi-matinée par semaine, du temps médical ou du temps paramédical (infirmière de l'équipe de liaison et de soins addictologiques) a été demandé à l'ARS afin de proposer des consultations supplémentaires de tabacologie ou d'addictologie.

Cette demande a été faite il y a un an, mais aucune réponse n'a été apportée jusqu'à ce jour, car il n'y a pas de financement pour ce projet.

CONCLUSION

Parmi les orientations et plans d'action du SROS 2012-2016, la réévaluation des moyens consacrés à l'addictologie en milieu pénitentiaire, fait partie des objectifs. Ce travail recensant tout ce qui se fait dans ce domaine, à la Réunion, a aussi pour objectif d'informer et de présenter les actions mises en oeuvre actuellement, en détention sur l'île de la Réunion.

Ainsi, ce mémoire est à disposition du personnel pénitentiaire, du personnel de soins et du personnel administratif. Il a pour objectif d'élargir l'offre de soins dans les prisons et d'exposer la situation actuelle, à la Réunion.

C'est en écrivant ce mémoire que j'ai découvert les orientations politiques actuelles concernant l'addictologie en milieu pénitentiaire. Ce travail m'a permis de me positionner en tant que professionnelle, d'élargir mon champ d'actions et de m'investir encore davantage dans la prise en charge des addictions, des personnes incarcérées.

Ce diplôme universitaire m'a permis d'élargir mes connaissances et mes représentations concernant les addictions. L'obtention de ce dernier est un projet professionnel qui me tient à coeur depuis mes études d'infirmière. C'est également l'opportunité de rencontrer une multitude de professionnelles, de secteurs différents, agissant tous dans un même sens, afin d'améliorer la prise en charge des addictions.

BIBLIOGRAPHIE

- Guide pratique à l'usage des praticiens en santé mentale – Centre de ressources et d'informations régional sur les auteurs de violences sexuelles (CRAVS) Bretagne – Les soins pénalement ordonnés – 2011
- SROS 2012-2014
- Plan d'actions stratégiques 2010-2014
- Plan Régional de Santé – Réunion-Mayotte - 2011
- Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues - 2004
- Circulaire du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention
- Rapport d'activité MIGAC 2011 – UCSA – FERRANDIZ Dominique
- Faits constatés liés aux stupéfiants à la Réunion, indicateurs de l'ORS, 2012
- Compte rendu de la Réunion institutionnelle du SMPR du 28 février 2012, au Centre pénitentiaire du Port
- Psychiatrie – Laqueille X., Launay C., Liot K. Toxicomanie, obligation de soins et injonction thérapeutique, les lois du 31 décembre 1970 et du 5 mars 2007 – EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), 37-901-A-40, 2010
- loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale
- loi du 4 mars 2002, du CSP, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Développer une éthique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire – dossier pédagogique – Christiane SINI – 2009
- Cours du DU d'addictologie du Dr REUFFLET (psychiatre) et du Dr METE

Références internet :

- www.soins-infirmiers.com
- www.inpes.santé.fr
- www.ors-reunion.org

