



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les obstacles à la continuité des soins au moment de la sortie de  
prison chez les personnes présentant un trouble de l'usage de  
drogues : une étude qualitative**

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2019 à 16h  
au Pôle Recherche

**Par Philippe TROUILLER-GERFAUX**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Monsieur le Docteur Vincent CHOURAKI**

**Directeur de Thèse :**

**Madame la Docteure Marielle WATHELET**

---

**Avertissement : la Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs**

# Sommaire

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>1</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>1 ELEMENTS DE CONTEXTE</b> .....	<b>3</b>
1.1 Usage du terme « drogue » dans notre étude.....	3
1.2 La population carcérale en France .....	3
1.3 Données disponibles sur l'usage de drogues, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) et les infections virales chroniques en prison.....	3
1.4 Préparation à la sortie chez les personnes présentant un trouble de l'usage de drogues (PTUD).....	7
1.5 Naloxone .....	8
1.6 Assurance-maladie et accès aux soins chez les personnes présentant un trouble de l'usage de drogues (PTUD).....	8
1.7 Typologie des établissements pénitentiaires.....	10
1.8 Organisation des soins en détention dans le cadre des addictions .....	11
1.9 Acteurs impliqués directement ou indirectement dans la continuité de soins en addictologie.....	11
<b>2 PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE</b> .....	<b>15</b>
2.1 Intégration de la problématique au contexte actuel.....	15
2.2 Objectifs de l'étude .....	16
<b>METHODES</b> .....	<b>17</b>
<b>1 LE PROJET EUROPEEN « MY FIRST 48H OUT »</b> .....	<b>17</b>
<b>2 CHOIX DE L'APPROCHE QUALITATIVE ET DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF</b> .....	<b>19</b>
<b>3 POPULATION ETUDIEE</b> .....	<b>20</b>
3.1 Types de populations inclus dans l'échantillon.....	20
3.2 Critères d'inclusion .....	20
3.3 Stratégie de recrutement .....	21
<b>4 MESURES</b> .....	<b>22</b>
4.1 Questionnaires .....	22
4.2 Recueil, traitement et anonymisation des données :.....	22
<b>5 ANALYSE</b> .....	<b>23</b>

<b>6 CONTRAINTES METHODOLOGIQUES ET ETHIQUES LIEES AU MILIEU PENITENTIAIRE .....</b>	<b>23</b>
6.1 Les difficultés posées par notre recherche en milieu pénitentiaire .....	23
6.2 Comité d'éthique.....	24
<b>RESULTATS.....</b>	<b>24</b>
<b>1 USAGE DE DROGUES ET COMPORTEMENTS A RISQUE, EN PRISON PUIS DURANT LA PERIODE SUIVANT LA SORTIE. ....</b>	<b>24</b>
1.1 Participants.....	24
1.2 Niveau de consommation dans l'échantillon, et motivations à consommer .....	26
1.3 Modifications de la consommation .....	27
1.4 Overdose.....	29
1.5 Partage et confection d'équipement de consommation.....	31
1.6 Expériences récentes de sortie de prison .....	33
<b>2 LES SOUTIENS DISPONIBLES EN PRISON PUIS A LA SORTIE, ET LES FACTEURS FREINANT LEUR ACCES .....</b>	<b>46</b>
2.1 Participants.....	46
2.2 Quelles sont les structures impliquées ?.....	47
2.3 Soutien médical.....	49
2.4 Soutien social .....	56
2.5 Préparation spécifique pour la sortie de prison .....	63
2.6 L'expérience de la sortie de prison, du point de vue des professionnels.....	64
2.7 Coopération entre professionnels.....	66
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>70</b>
<b>1 SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS .....</b>	<b>70</b>
1.1 Une vie structurée par la prison et la rechute.....	70
1.2 Principaux obstacles au niveau individuel.....	70
1.3 Principaux obstacles au niveau structurel.....	71
<b>2 COHERENCE EXTERNE DE L'ETUDE .....</b>	<b>75</b>
2.1 Le phénomène de « revolving prison door » .....	75
2.2 Données françaises.....	77
2.3 Littérature internationale .....	83
<b>3 COMPARAISON AUX DONNEES EUROPEENNES DU PROJET « MY FIRST 48 HOURS OUT ».....</b>	<b>87</b>

<b>4</b>	<b>POINTS FAIBLES ET FORTS DE L'ETUDE</b>	<b>87</b>
4.1	Limites	87
4.2	Forces	89
<b>5</b>	<b>PERSPECTIVES</b>	<b>90</b>
5.1	Quelles avancées depuis 2017	90
5.2	Pistes d'amélioration	92
	<b>CONCLUSION</b>	<b>97</b>
	<b>REFERENCES</b>	<b>99</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>107</b>
<b>1</b>	<b>QUESTIONNAIRES</b>	<b>107</b>
1.1	Questionnaire personnes incarcérées	107
1.2	Questionnaire personnes sorties de prison	111
1.3	Questionnaire professionnels en milieu pénitencier	117
1.4	Questionnaire professionnels hors prison	122

# RÉSUMÉ

## Introduction

En France comme dans le monde, le nombre de personnes détenues augmente continuellement. De plus, on observe dans cette population une prévalence importante des troubles de l'usage de drogues, ainsi que des taux élevés de rechute vers l'addiction, de réincarcération et d'overdose après la sortie de prison, a fortiori durant les premières semaines qui suivent la sortie. Pour enrayer ce phénomène, une bonne continuité des soins à la sortie de prison paraît donc décisive.

L'objectif de notre étude était d'identifier les obstacles à la continuité des soins au moment de la sortie de prison chez les personnes présentant un trouble de l'usage de drogues (PTUD).

## Méthodes

Une approche qualitative reposant sur des entretiens semi directifs a été choisie afin d'explorer la modification des trajectoires de consommation et les parcours de soins avant et après la sortie. Trois types de populations ont été inclus : des PTUD incarcérées, des PTUD sorties de prison et des professionnels de santé. Une analyse thématique a ensuite été réalisée.

## Résultats

Les résultats de cette étude mettent en lumière un cycle prison-précarité-rechute-prison qui semble parfois inextricable.

Au niveau des obstacles individuels à la continuité des soins on retrouvait une perte de repères au moment de la sortie, un retour vers un réseau social fortement lié à la consommation et une précarité sociale à la sortie reléguant au second plan les soins médicaux.

Au niveau des obstacles structurels on retrouvait une transition brutale entre les prises en charge cadrées de la détention et l'offre de services éclatée du milieu libre. On observait une rupture des droits sociaux, un manque de solutions d'hébergement et un manque de programme dédié visant à préparer la sortie et prévenir l'overdose. S'ajoutait une coordination aléatoire entre les différents acteurs de la prise en charge aggravée par un manque notoire de ressources humaines et matérielles. Enfin, une préparation à la sortie, même minimale, semblait impossible à mettre sur pied pour les peines de moins de six mois, pourtant fréquentes dans notre population cible.

## Conclusion

Seules des mesures répondant simultanément aux besoins de logement, de sécurité et de soins pourront briser le cycle continu prison-précarité-consommation-prison et éviter les overdoses fatales. Certains leviers permettant d'améliorer la continuité des soins ont été identifiés, le coût lié à ces changements semble justifié au vu des bénéfices qu'ils entraîneraient.

## LISTE DES ABREVIATIONS

AME : Aide médicale d'État

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAF : Caisse d'allocations familiales

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CPIP : conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CTR : Centre thérapeutique résidentiel

DSP : Dispositif de Soins Psychiatriques

DSS : Dispositif de Soins Somatiques

Milieu communautaire : synonyme de « milieu libre » et « milieu ouvert »

PTUD : Personnes présentant un trouble de l'usage de drogues

RdR : Réduction des risques

RSA : Revenu de Solidarité Active

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SMPR : Service médico-psychologique régional

SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

Sortie sèche : sortie sans aucune préparation ou transition organisée

TSO : traitement de substitution aux opiacés

# INTRODUCTION

## 1 Eléments de contexte

### *1.1 Usage du terme « drogue » dans notre étude*

Dans notre étude, l'usage du terme « drogue » renverra aux substances psychoactives illicites autre que le cannabis, aux premiers rangs desquelles se trouvent l'héroïne et la cocaïne (basée ou non). Si les problématiques liées au cannabis, ainsi qu'au tabac et à l'alcool sont tout aussi importantes du point de vue santé publique chez les personnes sortant de prison, et se retrouvent chez nos sujets le cadre des polyconsommations, elles pourront faire l'objet d'études à part entière et ne seront pas au cœur de notre axe de recherche.

### *1.2 La population carcérale en France*

Selon les statistiques transmises par l'administration pénitentiaire en juillet 2019, 71 710 personnes étaient détenues dans 182 établissements à travers le pays. Environ un tiers de cette population était en détention provisoire et 3,6% étaient des femmes. La surpopulation carcérale est chaque année plus critique : la densité globale d'occupation a été estimée à 117% (140% dans les maisons d'arrêt, 200% en région parisienne) et 97 établissements affichaient une densité d'occupation supérieure à 120%.

### *1.3 Données disponibles sur l'usage de drogues, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) et les infections virales chroniques en prison.*

Les études épidémiologiques visant à recueillir des données sur la prévalence du VIH, du VHC et du VHB en milieu carcéral, la proportion de détenus utilisant des opioïdes ou traités par TSO ont commencé à être menées en France après 2000, d'abord avec des méthodologies perfectibles. Il est donc difficile d'obtenir une tendance stable en raison de la variabilité des méthodes et de l'absence d'un système national de surveillance chez les détenus. Dans cette revue, nous avons choisi de présenter d'abord, pour chaque

indicateur, l'étude la plus représentative, tout en décrivant la méthode et le plan d'échantillonnage utilisés pour produire ses résultats. Les méthodes utilisées pour les autres études ont été décrites plus brièvement.

### 1.3.1 Prévalence du VIH, du VHC et du VHB (à l'entrée en prison et durant l'incarcération)

#### **Concernant le VIH**

Comme à l'échelle internationale, les enquêtes menées en France ont révélé une prévalence plus élevée du VIH et des hépatites virales en prison que dans la communauté. En 2010, l'étude Prevacar s'est appuyée sur un plan d'échantillonnage en deux étapes pour produire des estimations du VIH et du VHC pour l'ensemble de la population carcérale des prisons françaises et françaises à l'étranger (1). A partir des dossiers médicaux de 2 154 détenus, cette enquête menée dans 27 prisons retrouvait un taux de prévalence du VIH estimé à 2,0% [0,9-4,2] (2,6% [0,7-8,8] chez les femmes et 2,0% [0,9-4,3] chez les hommes ; 75% des détenus suivaient un traitement contre le VIH). Une autre étude (2) menée au niveau local auprès de l'ensemble des détenus d'une prison française a fait état d'une prévalence déclarée du VIH de 3,9%. D'autres études (3–5) s'appuient sur des données recueillies à l'entrée, le plus souvent déclaratives, et ont montré des prévalences du VIH allant de 0,3% à 1,1%.

#### **Concernant le VHC**

Selon l'étude Prevacar, le taux de prévalence du VHC était estimé à 4,8% [3,5-6,5] (11,8% [8,5-16,1] chez les femmes et 4,5% [3,3-6,3] chez les hommes (avec une prévalence du VHC dans la population générale estimée à 0,53% en 20116), presque la moitié des détenus atteints du VHC avaient une hépatite C chronique et 44% étaient traités ou recevaient déjà un traitement). Une autre étude nationale menée dans 134 prisons françaises par le ministère de la Santé sur la base d'autodéclarations (5) a fait état d'un taux de prévalence à l'entrée de 4,2% en 2003 (contre 4,4% en 1997). Des

études menées localement à partir d'échantillon sanguin ont montré des résultats similaires allant de 4,7 à 5,3% (3,4,6).

Un rapport national (7) commandé par le ministère de la Santé publié en 2016 offre un résumé de la situation concernant le VHC chez les détenus et propose plusieurs recommandations pour améliorer la prise en charge de cette pathologie.

### **Concernant le VHB**

Une étude menée dans 134 prisons françaises par le ministère de la Santé sur la base d'autodéclarations (5) a fait état d'un taux de prévalence à l'entrée de 0,8% en 2003 (contre 2,3% en 1997). Cette valeur était semblable à la prévalence de 0,6% signalée par Jacomet et coll. en 2016 (3), basée sur des analyses sanguines à l'admission.

### **Concernant le traitement de substitution aux opiacés (TSO) en prison**

Depuis 1996, la méthadone et la buprénorphine sont disponibles dans les prisons françaises pour les patients dont le traitement a déjà été commencé à l'extérieur de la prison. Mais jusqu'en 2002, seule la buprénorphine pouvait être administrée en prison (8) (sauf si le patient avait consulté un médecin spécialisé). Depuis 2002, tous les médecins hospitaliers (y compris en prison) sont autorisés à commencer un traitement par méthadone. Concernant l'organisation des soins de santé en milieu carcéral et la disponibilité des TSO, un rapport (9) a été publié en 2010 dans le cadre de l'étude Prevacar et montre que 100% des établissements déclarent avoir accès à au moins un des deux types de TSO (Buprénorphine ou Méthadone).

La proportion de détenus sous TSO a été estimée à 7,9% dans l'étude Prevacar (9) (ce qui correspond à 5000 personnes détenues dans l'ensemble du pays). En appliquant cette proportion à l'ensemble de la population carcérale en 2017 (68 432 détenus), cela signifierait qu'environ 5 400 détenus se trouvent aujourd'hui sous TSO. Cependant, on peut supposer qu'il existe un risque de sous-estimation puisque la proportion de détenus

en TSO continue d'augmenter depuis 1998 (2% en 1998, 3,3% en 1999, 5,4% en 2001 et 6,7% en 2004, selon une étude nationale (8,10) mais aussi en milieu libre où le nombre total de détenus en TSO est en augmentation (11).

Une enquête transversale (12) du ministère de la Santé réalisée en 2014 sur les données agrégées des unités sanitaires de 2012 dans toutes les prisons françaises (122 prisons sur 174 ont répondu - 70%) a révélé une proportion de détenus sous TSO de 9% (5,5% avec buprénorphine, 3,5% avec méthadone).

En 2010, 68,5% des détenus sous TSO étaient traités par buprénorphine et les autres par méthadone, selon l'étude Prevacar. La proportion de détenus traités à la méthadone augmente chaque année depuis 2002, selon les données publiées précédemment (8).

### 1.3.2 Usage de drogues en prison

#### **Prévalences des consommations**

Les données disponibles sur la consommation de substances pendant l'incarcération sont difficiles à interpréter. Cela s'explique principalement par la sous-déclaration et le manque d'échantillons représentatifs dans les études. De plus, bien que certaines études aient tenté de mesurer le fardeau de la dépendance dans les prisons françaises (13,14), peu d'entre elles ont rapporté des résultats spécifiques sur la consommation d'opiacés. Une étude (2) menée par Sannier et coll. en 2012 dans une seule prison a montré que 8,1% ont déclaré consommer de l'héroïne, 7,1% de la cocaïne, 3,7% du crack, et 7,1% ont déclaré avoir fait un mésusage de TSO (43,6% ont déclaré consommer des drogues illicites). Dans une autre étude menée à Lyon en 2017 (15), seuls 16,4% (95% CI [13,2-20,0]) déclaraient ne pas consommer de substance psychoactive (licite ou non), parmi les consommateurs 7,7% consommaient de l'héroïne (95% CI [5,2-10,6]) et 10,3% (95% CI [7,5-13,6]) de la cocaïne. Une étude menée dans 134 prisons françaises par le

ministère de la Santé (5) a montré une diminution importante de la consommation d'opiacés entre 1997 et 2003 (de 14,4% à 6,5%). Des études plus récentes (2,3) mais réalisées sur très peu de sites, ont montré une prévalence à l'entrée de 12,3% (en 2011) et 8,3% (en 2016).

### **Pratiques d'injection**

Concernant les pratiques d'injection, une étude (16) basée sur les données de l'enquête ANRS-Coquelicot (2011-2013) portait sur un échantillon aléatoire de 1 718 personnes avec un trouble de l'usage de drogue en milieu libre. Parmi ceux ayant déclaré des pratiques d'injection et au moins une incarcération par le passé, 14% [10,4-18,6] ont déclaré des pratiques d'injection en prison. De plus, parmi ceux qui ont signalé des pratiques d'injection en prison, 40,5% [28,1-54,3] ont déclaré avoir partagé des seringues ou des aiguilles en prison.

#### *1.4 Préparation à la sortie chez les personnes présentant un trouble de l'usage de drogues (PTUD)*

En France, un plan gouvernemental (2008-2011) a tenté d'améliorer la continuité des soins et de renforcer la préparation à la sortie chez les PTUD (17,18). Ils ont proposé la mise en place d'un centre référent de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui serait affilié à chaque prison. Ce CSAPA référent est censé organiser la continuité des soins après la libération pour tous les détenus souffrant de problèmes de drogue ou d'alcool. A cet effet, un poste d'assistant social à mi-temps est financé pour chaque prison (ajusté en fonction de la taille de la prison). De plus un accès à une quarantaine de lieux d'hébergement pour les consommateurs de drogue/alcool sortant de prison a été organisé dans 4 établissements spécialisés sur tout le territoire français. Il permet un accès plus facile aux soins et au soutien social pour les PTUD sans domicile juste après leur sortie de prison mais sa durée ne devrait pas dépasser 3 mois et le nombre de places est encore très limité. D'autres initiatives locales ont vu le jour

(18,19) (l'une d'elles reproduit l'expérience " housing first " expérimentée aux États-Unis, par exemple) et sont toujours en cours d'évaluation.

Cependant, ce plan gouvernemental et celui qui a suivi (20) ne comprenaient pas de préparation spécifique pour les PTUD ni la prévention des overdoses durant l'incarcération. Toutes les préparations spécifiques à la sortie concernant ce sujet sont donc sous la responsabilité du personnel local.

### *1.5 Naloxone*

Depuis décembre 2016, le ministère de la Santé a autorisé la distribution de naloxone (un antidote des opiacés qui constitue la base du traitement de l'overdose en urgence). La délivrance de naloxone est gratuite. Cette mesure inclut les unités sanitaires en prison et vise particulièrement les anciens consommateurs d'opiacés qui seront bientôt libérés. La mise en place de cette mesure est toujours en cours, de plus la distribution de la naloxone en prison est loin d'être introduite dans tous les établissements. Il est donc trop tôt pour évaluer correctement cette nouvelle mesure.

### *1.6 Assurance-maladie et accès aux soins chez les personnes présentant un trouble de l'usage de drogues (PTUD)*

#### *1.6.1 En milieu libre*

En temps normal, les PTUD sont couvertes à 100% pour leur TSO, leur traitement anti-VIH ou leur traitement anti-VHC grâce à une prise en charge au titre d'une affection longue durée (ALD). L'accès aux soins n'est en revanche pas toujours possible pour les personnes en situation irrégulière en l'absence d'Aide Médicale d'Etat (AME). Seuls certains CSAPA peuvent délivrer des TSO gratuitement, sans tenir compte du statut du patient.

### 1.6.2 En milieu carcéral

L'organisation des soins en milieu carcéral relève du Ministère de la santé. L'affiliation des personnes détenues au régime général est obligatoire à compter de la date de mise sous écrou « quelle que soit la situation au regard de l'assurance maladie dont elles relevaient à titre personnel ou en qualité d'ayant droit avant leur incarcération. » selon l'article L.381-30 du Code de la sécurité sociale. Les dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale, en tiers payant intégral. Cela signifie que les personnes écrouées n'ont pas à avancer d'argent pour leurs soins. Au terme de différentes étapes et de plusieurs navettes entre la greffe et les CPAM, les droits au régime général sont censés être reportés sur la Carte Vitale à l'occasion de sa mise à jour.

Sous conditions de ressources, la personne écrouée peut bénéficier de la CMU-C pendant sa mise sous écrou afin de couvrir les dépenses non prises en charge par l'assurance maladie, notamment les frais d'optique et de prothèses dentaires. Cette démarche est normalement effectuée par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

### 1.6.3 Après la sortie

En principe, les personnes sortant de prison restent rattachées au régime général mais ne sont plus couvertes à 100% de leur frais de santé. Si la personne bénéficiait lors de sa mise sous écrou de la CMU-C, la prise en charge perdure jusqu'à 12 mois. Si la personne n'en bénéficiait pas, elle doit en faire la demande auprès la CPAM de son nouveau lieu de résidence. En principe une attestation de sortie est délivrée, celle-ci comporte à la fois la date d'écrou et la date de libération et fait office de justificatif de résidence. Plusieurs démarches sont ensuite à réaliser auprès de la CPAM par l'assuré et par l'administration pénitentiaire pour assurer un maintien des droits (21).

Les personnes en situation irrégulière doivent quant à elles faire une demande d'AME pour être couvertes.

### *1.7 Typologie des établissements pénitentiaires*

Toutes les prisons ne présentent pas la même population, et surtout les mêmes durées d'incarcérations. Les maisons d'arrêt sont par exemple un véritable challenge en termes de continuité des soins car elles brassent beaucoup de personnes détenues, qui restent peu de temps.

#### **Maison d'arrêt**

Établissement pénitentiaire pour les personnes prévenues, les personnes condamnées dont la durée de peine restant à purger est inférieure ou égale à deux ans et les personnes condamnées en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale).

#### **Centre pénitentiaire**

Établissement pénitentiaire qui comprend au moins deux quartiers de régime de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale.

#### **Centre de détention**

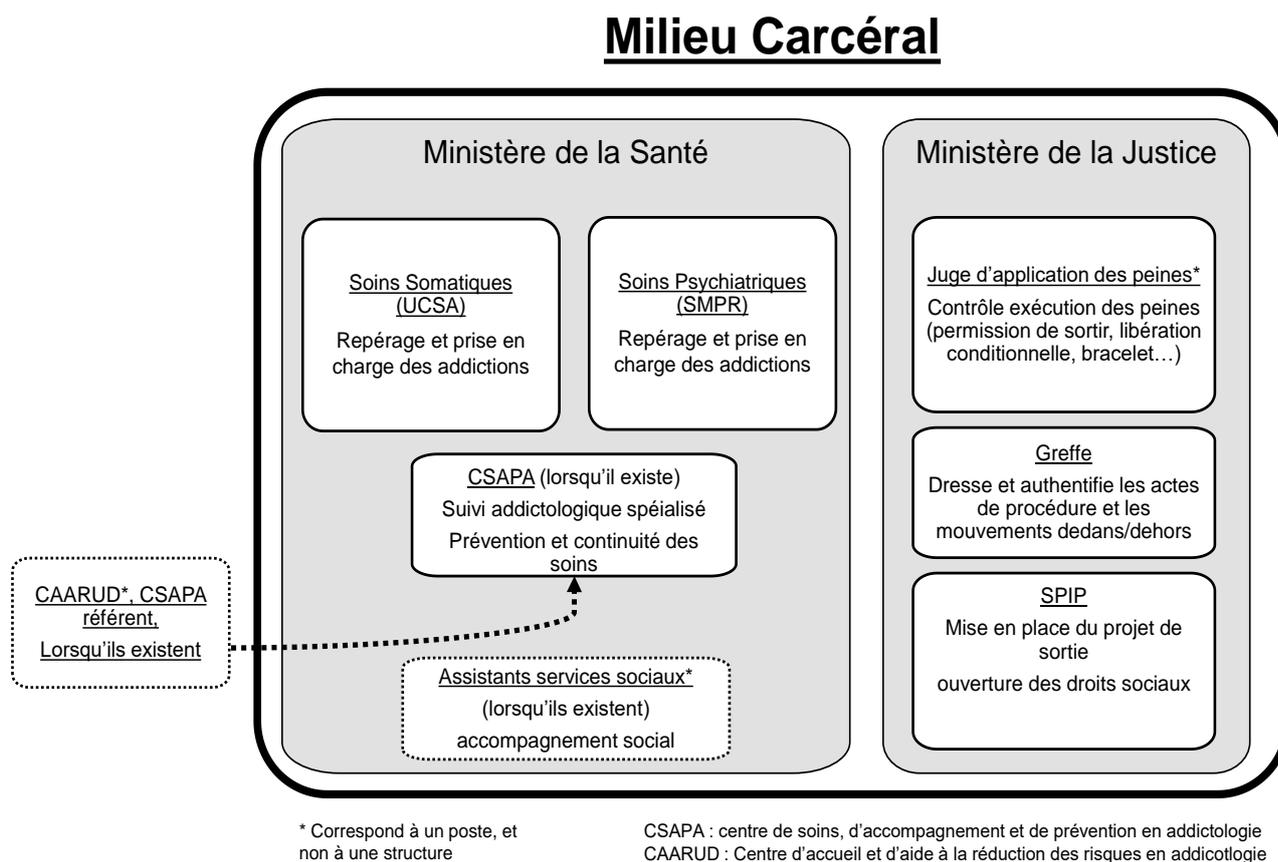
Établissement pénitentiaire accueillant les personnes majeures condamnées à une peine supérieure à deux ans et présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Leur régime de détention est orienté principalement vers la resocialisation des personnes détenues.

#### **Maison centrale**

Établissement pénitentiaire pour les personnes condamnées à de très longues peines et les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

## 1.8 Organisation des soins en détention dans le cadre des addictions

La figure ci-dessous récapitule les acteurs impliqués directement ou indirectement dans la continuité de soins en addictologie. Les précisions sur ces acteurs sont ensuite fournies une à une.



**Figure 1a. Structures du milieu carcéral impliquées dans la continuité des soins en addictologie**

## 1.9 Acteurs du milieu carcéral impliqués dans la continuité de soins en addictologie

Les structures listées ci-dessous sont directement impliquées dans la continuité des soins pour les personnes faisant usage de drogue (18), néanmoins certaines d'entre elles ne sont pas systématiquement présentes dans les établissements pénitentiaires.

### **Le dispositif de soins somatiques (DSS, correspond aux anciennes UCSA)**

Il est en charge du repérage des conduites addictives lors de la visite médicale d'entrée.

Il travaille en coopération avec les autres professionnels, notamment les professionnels

de l'addictologie, dans l'objectif de proposer à la personne détenue une prise en charge pluridisciplinaire, et gère dans de nombreux établissements les TSO.

### **Le dispositif de soins psychiatriques (DSP)**

Il peut participer au repérage et à la prise en charge des addictions. Il est impliqué parfois dès l'entrée en détention ou en deuxième intention suite à une orientation du DSS.

### **Le SMPR (Service médico-psychologique régional)**

Ce sigle désigne désormais l'unité sanitaire psychiatrique de niveau 2. Les 26 établissements pénitentiaires sièges de SMPR disposent tous d'un DSP. Le SMPR permet donc l'accueil de patients de la zone de ressort géographique de l'établissement en hospitalisation de jour.

### **Le CSAPA interne (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)**

Dans les établissements qui en bénéficient, il assure la prise en charge des personnes ayant une problématique addictive. Il a souvent été désigné CSAPA référent de l'établissement pénitentiaire.

### **Le CSAPA externe/de proximité**

Dans certains établissements, un CSAPA de proximité intervient afin d'assurer une partie de la prise en charge en addictologie pendant la détention. Ses interventions se déclinent sous la forme de groupes de parole, d'actions en matière de prévention, d'un suivi psychologique de la personne détenue, etc. Ce CSAPA peut avoir été désigné CSAPA référent ou intervenir en complément.

### **Les CSAPA "référent"**

En théorie, chaque Agence Régionale de Santé a désigné un CSAPA référent par établissement pénitentiaire. Il correspond à un 0,5 ETP / établissement en moyenne. Il

s'agit souvent d'un travailleur social mais pas nécessairement. Il participe à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention et s'assure de la préparation à la sortie. Le CSAPA référent peut être un CSAPA de proximité ou un CSAPA interne. Son action peut être complétée par l'intervention d'un autre CSAPA (interne ou de proximité).

### **Le CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues)**

Dans certains établissements, un CAARUD peut intervenir afin de proposer de l'information sur la réduction des risques, d'animer des groupes de parole voire d'accompagner les détenus dans leurs démarches après la sortie.

### **Les intervenants associatifs**

Ils proposent des groupes de parole, des informations, etc. (AIDES, Alcooliques anonymes, Sidaction...).

### **Au niveau du ministère de la justice**

Les différents acteurs listés ci-dessous sont impliqués dans le projet de sortie de la personne détenue (aménagement de peine, liberté conditionnelle, permissions...), leurs actions impactent donc directement son projet de soins.

Le juge d'application des peines est en charge du contrôle de l'exécution des peines d'emprisonnement (permission de sortir, libération conditionnelle, semi-liberté, bracelet électronique) avec pour objectif la réinsertion et la prévention de la récidive.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) signale au service médical d'éventuelles problématiques addictives et participe à l'organisation de la mise en place du projet de sortie de détention. Il contribue également à la mise à jour et à l'ouverture des droits sociaux.

Le greffe judiciaire veille à la régularité de l'incarcération et de la détention de la population pénale. Il enregistre et contrôle tous les mouvements d'entrée et de sortie, gère la situation pénale et administrative des détenus. Ce greffe est assuré par des personnels pénitentiaires.

## 2 Problématique et objectifs de l'étude

### *2.1 Intégration de la problématique au contexte actuel*

En France comme dans le monde, le nombre de personnes détenues augmente continuellement et la surpopulation carcérale atteint des niveaux critiques (22,23). En 2018, onze millions de personnes étaient incarcérées à travers le monde, dont 71 000 en France (23,24). Chez ces personnes détenues, les données françaises et internationales montrent une prévalence importante de personnes présentant un trouble de l'usage de drogues (2,13,25) nettement supérieur à la population générale (26). La dernière méta-analyse en date rassemblant les données de 10 pays développés (26) fait état d'une prévalence de 30% (95% CI [22-38]) chez les hommes et de 51% [43-58] chez les femmes détenues. De plus la prévalence des hépatites virales et du VIH atteint également des niveaux alarmant (27).

A la sortie de prison, on observe dans cette population particulièrement vulnérable des taux élevés de rechute vers l'addiction (28), de réincarcération (16,29–32) et d'overdose (33–35). Les risques relatifs d'overdose après un séjour en prison par rapport à la population générale varient entre 30 et 130 (35). Le fardeau sanitaire, social et financier lié à cette situation semble donc extrêmement important (36,37). Il a été établi que les premières semaines qui suivent immédiatement la sortie de prison sont les plus à risque de décès chez les personnes faisant usage de drogues (35,38).

Pour enrayer ce phénomène, une bonne continuité des soins à la sortie de prison paraît donc décisive (35,39), or celle-ci semble souffrir de lacunes importantes (40–43). Dès lors, il paraît pertinent de se poser la question des freins actuels à cette continuité afin de repérer les réponses possibles face à un tel problème.

Les données quantitatives permettent d'attester du problème et d'établir par exemple des corrélations entre incarcération et overdose (35,44) mais celles-ci montrent leurs limites (42) lorsqu'il s'agit d'étudier plus finement le contexte, les mécanismes et les causes et

donc d'identifier les leviers disponibles pour améliorer la prise en charge de cette population de PTUD sortant de prison.

Le recueil du point de vue des patients et des professionnels, tout comme l'analyse croisée des parcours de soins et des trajectoires de consommation par une méthode qualitative paraissent donc adéquat pour comprendre finement les causes et de proposer des solutions.

## *2.2 Objectifs de l'étude*

L'objectif de notre étude était donc d'identifier les obstacles à la continuité des soins au moment de la sortie de prison chez les personnes présentant un trouble d'usage de drogues (TUD) au travers d'entretiens semi-directifs réalisés chez ces derniers et chez des professionnels impliqués dans leur suivi.

Afin de répondre à cette question, deux sous-objectifs ont été fixés.

- Déceler des mécanismes de rechute et de reconsommation à partir des expériences des personnes présentant un TUD,
- Examiner les dispositifs de soins actuellement en place à partir des expériences qu'en ont les professionnels du secteur médico-social et les personnes présentant un TUD.

# METHODES

## 1 Le projet européen « My first 48h out »

Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet européen « My First 48 hours out » financé par la Commission Européenne et mené simultanément dans 4 pays : Allemagne, Belgique, Portugal et France. Les structures associées au projet sont listées ci-après :

- University of Applied Sciences, Institute of Addiction Research (ISFF), Frankfurt, Germany
- Department of Special Needs Education, Ghent University, Belgium
- Cermes3, Inserm U988, UMR CNRS 8211, EHESS, Université Paris Descartes, Paris, France
- Centre Pierre Nicole, Croix-Rouge Française, CESP/Inserm U1018, Paris, France
- APDES, Agência Piaget para o Desenvolvimento, Villa Nova de Gaia, Portugal

Ce projet vise à aborder, chez les PTUD, les obstacles à la continuité des soins en prison et au moment de leur sortie, en favorisant les actions de prévention des overdoses et des autres risques liés à l'usage de drogue, et en soutenant le maintien d'un parcours de soins sans interruption à la sortie de prison.

Le projet est organisé en 5 modules, associés pour chacun à des objectifs spécifiques.

La présente étude étant basée sur les modules 1 et 3.

### **Module n°1**

Ce module vise à enrichir les connaissances sur les conduites à risque chez les usagers de drogues, en prison et à la sortie, ainsi que sur leur accès au soin et à la réduction des risques. Une série d'entretiens semi-directifs est réalisée sur ce sujet auprès de personnes détenues et sorties de prison dans quatre pays européens.

## **Module n°2 et 4**

L'objectif est de diffuser et promouvoir l'implémentation de prévention de l'overdose pour les usagers de drogues, en prison et à la sortie. Des recommandations destinées aux autorités sanitaires et aux professionnels de santé seront formulées (protocole naloxone). Une plateforme de e-learning est mise en place au niveau européen.

De plus, des documents pédagogiques pratiques et accessibles sont rédigés afin d'informer les intervenants en milieu libre et les personnes qui font usage de drogues, ainsi que les professionnels travaillant avec eux en prison, sur les risques liés à l'usage de drogue et sur les mesures de réduction des risques.

## **Module n°3**

Avec ce module, l'objectif est de produire et diffuser des connaissances et bonnes pratiques de continuité des soins, concernant à la fois la prise en charge médicale (traitements de substitution, antirétroviraux et traitement des hépatites) et la prise en charge sociale.

Une série d'entretiens semi-directifs est réalisée sur ce sujet auprès de professionnels de santé, de travailleurs sociaux et d'anciens détenus dans quatre pays européens.

## **Module n°5**

L'objectif est de construire et diffuser, au niveau européen, des connaissances scientifiques et les bonnes pratiques au sujet de la continuité des soins et la réduction des risques en prison et à la sortie. Un portail web européen sera créé dans cet objectif. Ce portail aura pour rôle d'encourager les interactions entre les acteurs des différents pays.

## 2 Choix de l'approche qualitative et de l'entretien semi-directif

Le choix d'une méthode qualitative s'impose rapidement dès lors qu'il s'agit d'analyser les trajectoires de consommation et d'adopter le point de vue des personnes faisant usage de drogue. Afin de mieux comprendre les comportements ou les prises de risques dont le retentissement est reflété par les données quantitatives, la restitution précise de la chronologie et des motivations permise par l'approche qualitative peut mettre en lumière les mécanismes causaux des phénomènes observés (45). Par ailleurs, le rapport au soin et avec les professionnels du secteur médico-social est crucial dans le cadre des addictions, a fortiori dans le cadre de notre objectif de recherche. Dans cette étude, nous avons eu recours à l'entretien semi-directif plutôt qu'à l'entretien libre. Ce choix repose sur deux motivations :

- Garantir l'exploration des tous les thèmes sélectionnés, dans chacune des périodes d'intérêt (entrée, sortie et détention), afin de faire ressortir le maximum d'obstacles possibles.
- Assurer une certaine reproductibilité dans la mesure afin de pouvoir comparer autant que possible les données entre les pays.

Un questionnaire thématique a donc été construit avec les pays partenaires après plusieurs séances de travail

### 3 Population étudiée

#### 3.1 Types de populations inclus dans l'échantillon

Afin de mieux appréhender la problématique de la continuité des soins et de croiser les points de vue des différentes parties prenantes, plusieurs populations ont été inclus dans notre étude :

- Des professionnels, travaillant à l'intérieur et/ou à l'extérieur de la prison, qui participent au soin et/ou à la réinsertion des personnes détenues ou sortant de prison,
- Des personnes détenues présentant un TUD et qui ont déjà connu au moins une sortie de prison,
- Des personnes présentant un TUD et sorties de prison depuis moins de 5 mois.

Le premier volet de cette étude, intitulé « Usage de drogues et comportements à risque, en prison puis durant la période suivant la sortie » dans les résultats, était basé uniquement sur les entretiens réalisés auprès des personnes détenues ou sortant de détention présentant un TUD.

Le deuxième volet, intitulé « Les soutiens disponibles en prison puis à la sortie, et les facteurs freinant leur accès » était, quant à lui, basé sur la totalité des entretiens.

#### 3.2 Critères d'inclusion

Pour participer à l'étude, les personnes présentant un TUD, actuellement incarcérées ou non, devaient répondre aux critères suivants :

- Avoir au moins une expérience de sortie de prison,
- Présenter ou avoir présenté un trouble de l'usage de drogue illicite (autre que le cannabis),
- Parler couramment le français,

- Pour les personnes n'étant plus incarcérées : avoir vécu une sortie de prison il y a moins de 5 mois.

Concernant la sélection des professionnels, ils devaient simplement être impliqués dans le suivi médical ou social des personnes détenues ou sortant de prison et présentant un TUD. Nous avons essayé de couvrir autant que possible l'hétérogénéité des expériences, c'est-à-dire d'inclure des professionnels du domaine social, médical et institutionnel, avec différentes durées d'expérience.

### *3.3 Stratégie de recrutement*

Tous les participants ont été inclus dans l'étude entre juillet 2017 et juillet 2018, les entretiens se sont déroulés en région lilloise et en région parisienne.

Les personnes sortant de prison ont été recrutées par l'entremise des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et les centres thérapeutiques résidentiels (CTR). Le contact avec les personnes détenues a été établi par des professionnels de santé travaillant en prison. Dans tous les cas, la participation à l'étude a été proposée par le professionnel de santé, avant qu'une rencontre entre le participant et le chercheur soit organisée.

Le contact avec les professionnels en milieu libre a d'abord été établi par le biais des structures d'addictologie, en utilisant le réseau professionnel de chercheurs, puis nous avons contacté des professionnels travaillant en prison par le biais de ces premiers répondants et avons continué à recruter selon une méthode similaire à l'échantillonnage en boule de neige (respondent driven sampling). Le recrutement s'est attaché à couvrir l'hétérogénéité des pratiques.

## 4 Mesures

### 4.1 Questionnaires

Les questionnaires utilisés pour ces entretiens semi-structurés sont disponibles en annexe, ils étaient identiques d'un pays à l'autre. Les thèmes suivants ont été explorés :

- L'usage de drogue et les comportements à risque liés à l'usage de drogue (en prison et à la sortie),
- L'expérience de la dernière sortie,
- Le soutien reçu avant pendant et après la sortie de prison,
- Les freins perçus quant à la continuité des soins.

Certains thèmes abordés étaient spécifiques au type de population interrogée.

- Chez les professionnels de santé : collaboration entre les services,
- Chez les personnes présentant un TUD : expérience overdose, connaissance des facteurs de risque d'overdose, gestion des overdoses, stratégies individuelles pour faire face au risque associé à l'usage de drogue.

Les entretiens ont duré entre quarante-cinq minutes et une heure et demie.

### 4.2 Recueil, traitement et anonymisation des données :

Le recueil des données (entretiens enregistrés) a été effectué par Philippe Trouiller (29 entretiens) et Carole Chauvin, ingénieure d'étude sur le projet (2 entretiens). L'entretien était anonyme et une seconde étape d'anonymisation de ces entretiens était effectuée lors de leur retranscription écrite, la retranscription étant effectuée par des membres de l'équipe (Carole Chauvin, Christine Caldéron). L'enregistrement audio était détruit sous 10 jours et étaient exclues de la retranscription toutes les informations directement nominatives (nom, date de naissance, lieu de naissance, lieu de résidence). Chaque numéro d'entretien était un numéro aléatoire, ne comprenant aucun lien avec l'identité

de la personne interrogée. Aucune table de correspondance et aucun couplage de données n'ont été mis en place.

## 5 Analyse

L'analyse principale des données d'entretiens et des observations empiriques a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo©. Une lecture attentive des entretiens associés aux axes problématiques de la recherche a permis de construire un arbre de codage), constitué d'unités de sens (nœuds), et construit en collaboration avec tous les pays impliqués dans l'étude. Une analyse thématique a ensuite été réalisée, dans une logique inductive, à partir de données empiriques, c'est-à-dire à partir de l'expérience des personnes et en essayant de comprendre le sens qu'elles donnent aux thèmes explorés dans les questionnaires. Une fois le codage des entretiens réalisé, les divergences, confirmation et infirmation des données au regard de leur thème de rattachement étaient discutées au sein de l'équipe française d'une part, et entre les différents pays participant au projet d'autre part.

Dans la section des résultats, les principaux thèmes sont discutés en fonction du nombre de fois qu'un point ou un thème a été discuté (du plus fréquent au moins fréquent). Pour illustrer les résultats, des citations littérales sont utilisées et retranscrites en caractères italiques.

## 6 Contraintes méthodologiques et éthiques liées au milieu pénitentiaire

### *6.1 Les difficultés posées par notre recherche en milieu pénitentiaire*

La phase exploratoire de l'enquête nous a montré que nous avons pu réunir les conditions de confidentialité nécessaires à la mise en confiance permettant un espace de prise de parole libre sur les pratiques d'injection en détention, pourtant particulièrement stigmatisées. Des conditions optimales de réalisation des entretiens ont pu être obtenues grâce aux négociations mises en œuvre avec l'administration

pénitentiaire. Nous avons toutefois conscience des difficultés à transposer les méthodes d'enquête classiques utilisées en milieu libre au sein du milieu carcéral. Nous sommes restés ainsi particulièrement vigilants sur la nécessité de veiller à ce que notre enquête ne vienne pas dévoiler des pratiques de détenus pouvant être l'objet d'une stigmatisation par la suite.

## *6.2 Comité d'éthique*

Avant de commencer les entretiens, le consentement écrit et éclairé de tous les participants a été obtenu. Un avis favorable du comité d'évaluation éthique pour les recherches en santé a été obtenu (CERES, avis n° 201744). Les données stockées n'étaient pas directement ou indirectement identifiables.

# **RESULTATS**

## **1 Usage de drogues et comportements à risque, en prison puis durant la période suivant la sortie.**

### *1.1 Participants*

Dix-huit sujets ont été inclus pour ce premier volet sur l'usage de drogues : sept personnes incarcérées et onze personnes sortant de prison, dont trois femmes. Leur âge variait entre 24 et 52 ans. Les personnes incarcérées ont été recrutées dans un centre pénitentiaire (établissement polyvalent regroupant des peines courtes et longues) et leur dernière entrée en détention ne remontait pas à plus de 25 mois. Les personnes sortant de prison ont été recrutées dans des centres de soins en addictologie, résidentiels ou non, et des centres de réduction des risques (CTR, CSAPA et CAARUD), et trois d'entre eux étaient suivis en ambulatoire (Tableau 1). Le nombre médian d'incarcérations dans notre échantillon était de 5,5 et le temps médian passé en prison était de 5 ans.

**Tableau 1. Caractéristiques des participants : personnes faisant usage de drogue (N = 18)**

ID	Sexe	Age	Statut carcéral	Niveau d'éducation	Statut sérologique			Nombre d'incarcérations	Durée totale des incarcérations (en mois)	Durée depuis la dernière sortie de	Incarcéré depuis (en mois)	Situation professionnelle	Solution d'hébergement durable (ou solution)	Inclusion via
					VIH	VHC	VHB							
10	H	35	Libéré	Bac	neg	neg	neg	3	36	2	-	Sans emploi	Non	CTR
11	H	33	Libéré	Collège	neg	neg	neg	4	24	2	-	Sans emploi	Non	CTR
12	H	28	Semi-liberté	Collège	neg	neg	neg	1	10	1	-	Sans emploi	Oui (logement familial)	CTR
13	H	45	Libéré	Collège	neg	guéri	neg	4	30	3	-	Sans emploi	Non	CTR
14	F	24	Libéré	Collège	neg	neg	neg	1	10	1	-	Sans emploi	Oui (logement familial)	CTR
16	H	45	Libéré	Collège	neg	positif (suivi)	neg	8	146	1	-	Sans emploi	Non	CTR
18	H	43	Libéré	Collège	neg	guéri	neg	18	48	2	-	Sans emploi	Non	CSAPA (suivi ambulatoire)
27	H	33	Libéré	Collège	neg	neg	neg	3	150	3	-	Sans emploi	Non	CTR
28	H	44	Libéré	Bac	neg	neg	neg	4	80	2	-	Sans emploi	Non	CTR
32	H	33	Libéré	Collège	positif (non suivi)	positif (non suivi)	neg	5	24	1	-	Sans emploi	Non	Salle de consommation à moindre risque
33	H	48	Libéré	Bac	neg	positif (non suivi)	neg	15	96	2	-	Sans emploi	Non	Salle de consommation à moindre risque
20	H	29	Détenu	Collège	neg	guéri	neg	6	60	-	24	Sans emploi	Non	CSAPA prison
21	F	46	Détenu	Bac	neg	neg	neg	5	250	-	3	Sans emploi	Non	CSAPA prison
22	F	48	Détenu	Collège	neg	positif (traité)	neg	35	120	-	7	Emploi en milieu carcéral	Oui (logement familial)	CSAPA prison
23	H	37	Détenu	Licence	neg	neg	neg	8	60	-	11	Sans emploi	Non	CSAPA prison
24	H	44	Détenu	Collège	neg	neg	neg	20	NSP	-	15	Proposition d'embauche à la sortie	Non	CSAPA prison
25	H	43	Détenu	Bac	neg	positif (traité)	neg	10	120	-	1	Sans emploi	Non	CSAPA prison
26	H	52	Détenu	Bac	positif (traité)	neg	neg	30	336	-	2	Sans emploi	Non	CSAPA prison

**CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie;**  
**CTR : centre thérapeutique résidentiel**

## *1.2 Niveau de consommation dans l'échantillon, et motivations à consommer*

Environ un tiers des participants ont déclaré avoir consommé une drogue lors d'une récente incarcération. La plupart du temps, il s'agissait de prises très occasionnelles plutôt qu'une consommation régulière. Un seul participant a signalé une consommation récente d'héroïne en prison, et aucun d'eux n'a signalé une injection récente en prison.

A noter, la prévalence de la consommation de cannabis était très élevée dans notre échantillon puisque la quasi-totalité des personnes interrogées ont déclaré en avoir consommé régulièrement au cours d'une récente incarcération. Les participants ont signalé une grande accessibilité du produit, avec une grande facilité à consommer ouvertement, dans la cour ou dans la cellule. Ce phénomène se traduisait par la poursuite d'une consommation préexistante et, pour certains d'entre eux, une initiation à la consommation. Certaines personnes considéraient la prise de cannabis comme un moyen de traiter leurs symptômes d'état de manque, ou simplement pour traiter leur anxiété ou leur insomnie :

*Participant #12 (28 ans homme, sorti de prison)*

***Et vous consommez [de la cocaïne] en prison ?***

*Non*

***Ça vous a obligé à arrêter la prison ?***

*Non, en prison, je fumais beaucoup de shit. Mais bien avant de rentrer en prison, j'avais déjà commencé à arrêter [la cocaïne]. La prison, c'était un sevrage mais je pouvais en avoir en prison, il y en avait. Mais prendre de la cocaïne en prison, c'est pas trop top. La cocaïne, c'est une drogue festive, c'est pas une drogue où faut rester enfermé, tu vas devenir fou. En prison, je fumais beaucoup de shit pour essayer d'oublier, pour essayer de dormir.*

Concernant l'ensemble des substances, deux autres motifs récurrents de consommation ont été identifiés au cours des entretiens :

- La nécessité de « passer le temps », de gérer l'inactivité ;
- La volonté d'altérer sa conscience pour passer une « mauvaise période » durant l'incarcération, pour contourner une humeur négative.

### *1.3 Modifications de la consommation*

Au final, nous avons observé une modification des consommations pour l'ensemble des participants. Ceux qui consommaient des drogues illicites avant leur incarcération ont déclaré avoir presque totalement cessé de consommer de la cocaïne, de l'héroïne et du crack. Plusieurs raisons ont été identifiées par les participants pour expliquer cette cessation :

- Même si le produit était en théorie disponible, il était difficile à faire rentrer et très coûteux à obtenir ;
- Le contexte de consommation n'était pas favorable (détention peu compatible avec les substances considérées « festives ») ;
- Certains participants ont profité de la rupture et des « temps morts » apportés par l'incarcération pour « prendre du recul » et examiner leurs trajectoires de vie et en particulier leurs trajectoires de consommation, pour ensuite les modifier.

Les participants décrivent souvent un entremêlement de ces facteurs : l'inaccessibilité des produits peut conduire à la nécessité de se sevrer, qui peut elle-même se muer en une volonté de rester abstinent. Puis à l'inverse, la volonté de rester abstinent éloigne la personne des sources d'approvisionnement.

Un participant a décrit ce phénomène et a mis en lumière certains facteurs expliquant le basculement vers le cannabis, notamment la nécessité de « *passer le temps mais de toujours être alerte quand même, parce qu'il faut être méfiant* » :

*Participant #23 (patient de 37 ans, actuellement incarcéré)*

***Vous avez déjà consommé en prison autre chose que du cannabis ?***

*Alors j'ai eu de la cocaïne dans les mains, j'en ai pas sniffé. Du crack, ça m'est arrivé une fois d'en fumer, ce qui m'a rendu très, très mal. En sachant que lorsque je suis en prison, je vis assez différemment, c'est-à-dire que le sevrage se fait automatiquement. Je n'ai pas envie d'en consommer. Il m'est même arrivé d'en avoir les mains et de ne pas en prendre. J'ai goûté une fois et ça m'a fait très, très peur [...] [On peut dire que] la détention modifie la consommation.*

***Ça signifie un arrêt pour la plupart des produits ?***

*Sauf le cannabis qui devient quotidien, régulier. Alors on va pas dire que c'est parce que beaucoup de personnes fument du cannabis, mais c'est vrai que c'est quelque chose de tout à fait courant, commun, qu'on trouve partout. Tout le monde fume, j'ai envie de dire. Et c'est une activité de fumer. Donc, je m'imagine pas, et ce serait très, très compliqué d'imaginer l'arrêt total du cannabis en prison. Ce serait très, très problématique. Donc, il y a toujours une consommation mais la consommation est beaucoup plus douce en prison. Et on ne cherche pas à être totalement modifié, altéré à outrance. En prison, le tout est de passer le temps mais de toujours être alerte quand même, parce qu'il faut être méfiant.*

De plus, certains participants ont signalé des niveaux élevés de stigmatisation à l'égard des personnes qui consomment des drogues (à l'exclusion du cannabis). Un des problèmes majeurs soulevés par les participants était le manque de confidentialité vis-à-vis de la délivrance du TSO : dans les prisons investiguées chaque patient était appelé tour à tour par les gardiens pour descendre recevoir son TSO au niveau du poste infirmier, laissant peu de doutes aux autres détenus et au reste du personnel quant à la présence d'un trouble d'usage d'opiacés chez ces personnes. Les participants ont donc relaté les expériences de personnes détenues refusant d'aller dans la cour ou dans les parties communes afin d'éviter le mépris ou les insultes continues de la part d'autres personnes incarcérées, et restant donc dans leur cellule toute la journée.

## 1.4 Overdose

### 1.4.1 Connaissances sur l'overdose

Presque tous les participants ont reçu leurs connaissances sur les risques d'overdose et de leur prévention lorsqu'ils étaient en milieu libre. L'éducation thérapeutique se faisait à l'extérieur principalement par les structures de soins orientés vers la réduction des risques (CAARUD et/ou CSAPA) et par le réseau personnel du participant.

Pour la majorité d'entre eux, c'était avant tout la quantité de produit qui pouvait conduire à une overdose. Le mélange de plusieurs substances était également incriminé. Il était en revanche très rare qu'ils mentionnent clairement la période de sevrage durant l'incarcération, et donc la diminution de la tolérance, comme un facteur de risque d'overdose. De plus, une idée répandue parmi les participants était l'impossibilité d'une overdose chez les non-injecteurs, voire l'impossibilité d'une overdose déclenchée par un psychostimulant comme la cocaïne.

*Participant #21 (46 ans, femme, détenue)*

***C'est une source d'angoisse l'overdose ?***

*Non*

***Vous y pensez en détention, vous vous dites : à la sortie, j'ai peur de faire une overdose ?***

*Non, on peut pas faire une overdose comme ça à la pipette, ça existe pas. Si quelqu'un vous dit qu'il peut se faire une overdose à la pipe, c'est pas vrai.*

Il est important de souligner que l'appréhension d'une overdose après la sortie n'a pas été spontanément exprimée par les personnes détenues, et lorsqu'une question leur a été posée pour explorer le sujet, ils ont eu de la difficulté à se projeter dans cette situation puisque la plupart d'entre eux étaient dans une perspective de traitement et d'abstinence totale vis-à-vis des drogues illicites, avec pour quelques-uns une certaine confiance de maintenir cette abstinence dehors puisque ils sont restés plusieurs mois sans consommer en prison.

## 1.4.2 Gestion des overdoses

Quatre participants ont déclaré avoir vécu une overdose (ou du moins une perte de conscience liée à la consommation de drogues). Dans certains cas, une personne qui partageait le produit avec le participant juste avant l'overdose a réussi à appeler à l'aide, et deux d'entre eux étaient seuls au moment des faits. Une personne détenue, âgée de 25 ans à l'époque, a décrit une perte de conscience lors d'un congé qu'il a obtenu de l'administration pénitentiaire pour se rendre dans un centre de traitement :

*Participant #20 (29 ans, homme, détenu)*

### **Est-ce que vous avez déjà été confronté à une overdose ?**

*Ouais, c'était en 2014 je crois. J'ai eu une permission, je devais aller visiter un CTR et première chose que j'ai faite en sortant [de prison], c'est prendre le RER. J'ai fait la manche dans le métro jusqu'à Gare du Nord. Je me suis retrouvé avec 30 € et j'ai été chercher du Skénan. Je me suis injecté deux Skénan alors que j'étais stabilisé à la métha depuis un certain temps, et je m'envoie 200 mg de Sken. Donc, j'ai commencé à avoir ma vision qui se troublait, mon cœur qui a ralenti. Il a fallu que je m'assois, la tête comme un tambour. Le mec qui était avec moi, il s'est barré, il avait peur. Il m'a laissé comme ça et moi, j'ai mis une demi-heure à contrôler ma respiration, à essayer de bien me ventiler, à me dire : c'est rien, ça va passer. Et vraiment, la tête, elle allait exploser, je sentais mon cœur qui était emballé, mais pas emballé genre à fond, mais c'est vraiment qu'il était super lent. J'étais à deux doigts de la crise cardiaque, j'arrivais plus à respirer. Il fallait que je me pose, que je mette la tête comme ça, contre le mur.*

### **Comment ça s'est terminé au final ?**

*Justement, j'ai pris sur moi. J'ai attendu.*

### **Vous n'avez pas été pris en charge par les secours ?**

*Non, c'était pas grave, en fait. Et après, il y a eu une autre aussi, c'était de l'opium. En fait, j'étais malade et j'arrivais pas à la fumer et je l'ai injecté. J'ai failli clamser. Grosse piqûre, grosse douleur et au final, il a fallu que je prenne un grand coup de respiration. Mais il y a eu quatre, cinq secondes où j'étais plus là.*

Un autre participant s'est réveillé directement à l'hôpital après une perte de connaissance liée à la consommation de drogue, sans savoir comment il avait été amené là-bas puisqu'il était seul au moment de la prise. Par ailleurs, six participants avaient déjà été témoins d'une overdose chez autrui (qui fut fatale environ la moitié du temps), tous ont

exprimé une absence de contrôle sur la situation et aucun n'avait connaissance d'un antidote comme la naloxone.

### *1.5 Partage et confection d'équipement de consommation*

Les participants semblaient bien informés sur le risque de transmission du VIH et du VHC lié au partage d'aiguilles, de pailles et de pipes. Ces informations provenaient d'autres utilisateurs de leur réseau personnel ou de structures de réduction des risques à l'extérieur de la prison. Une participante a expliqué qu'on l'avait informée sur la réduction des risques lorsqu'elle s'est rendue dans un CAARUD pour chercher des seringues stériles :

*Participant #14 (24 ans, femme, sortie de prison)*

#### ***Est-ce que c'est un conseil d'un autre usager ?***

*Oui, parce que l'autre personne justement qui prenait de l'héroïne, qui se piquait, m'a dit : « renseigne-toi à telle adresse, appelle-les, dis-leur que tu vas passer chercher du matériel ». Et comme eux là-bas c'est anonyme, je remplissais une feuille et ils me donnaient de quoi faire, même pour sniffer ils donnaient du matériel. Là-dessus, ils ont été super, ils m'ont appris plein de choses, ils m'ont montré plein de choses.*

#### ***Au CAARUD ?***

*Oui, c'est avec eux aussi, la première fois que j'ai pris un traitement de substitution.*

Conséquence de ces connaissances du risque, aucun d'entre eux n'a déclaré avoir partagé une aiguille récemment, même si certains participants ont déclaré partager d'autres outils, comme leur paille ou leur pipe. Ils expliquent cette prise de risque par une vigilance décroissante après la première prise de drogue, et une forte envie de consommer le plus rapidement possible, même en dehors de la prison.

*Participant #23 (37 ans, homme, détenu)*

***Et à l'extérieur, vous partagiez ?***

*Ça m'arrive, ça m'arrive. On sait tous très bien qu'il faut éviter, que c'est très personnel comme une brosse à dents. A la première prise, encore faudrait-il qu'on ne soit pas trop pressé, on prend des précautions mais à mesure qu'on commence à consommer, on baisse la garde. On baisse la garde et puis il y a aussi les outils qui deviennent défectueux et oui, on se les passe.*

Une raison plus spécifique à l'incarcération était la nécessité de consommer la substance très rapidement et discrètement afin de ne pas être vu par les gardiens ou d'autres détenus.

*Participant #27 (33 ans, homme, sorti de prison)*

***Est-ce que vous avez déjà utilisé du matériel pour consommer des drogues en prison ?***

*Des pailles oui, ça m'est arrivé. Ça m'est arrivé des pailles.*

***Comment vous vous les procuriez ?***

*Des gens qui font des pailles artisanales avec du papier ou des choses comme ça ? Et, dans l'euphorie, vous prenez une trace et c'est après que vous vous dites : ben mince. Mais c'est trop tard. Quand vous voyez que tout le monde a pris avec la même paille et que vous avez envie du produit, le désir est tellement trop fort que vous prenez même le risque. Moi, je pense que j'ai consommé, je voyais même pas le risque.*

***D'habitude, vous êtes plutôt prudent vis-à-vis du partage de matériel ?***

*A l'extérieur oui, je suis prudent. Je préfère prendre mon temps et aller chercher, me faire une paille à moi. Mais en détention comme tout est fait en cachette...*

***Vous consommiez parfois avec plusieurs personnes en détention ?***

*Ouais, tout à fait.*

En ce qui concerne la fabrication d'outils « artisanaux », même si certains détenus et ex-détenus ont déclaré avoir fait leurs propres pailles à un moment donné pendant leur incarcération, d'autres équipements, comme des pipes, ont été apportés de l'extérieur, et aucun d'eux n'a signalé la présence de seringues artisanales.

Si les participants connaissaient assez bien les risques d'infection associés au partage d'équipement, la mise en pratique de méthodes conçues pour les réduire était plus

difficile. Un détenu a décrit comment il peut mettre de côté sa « conscience du risque », même lorsqu'il consomme à l'extérieur. Comme si la connaissance du risque et des moyens de prévention n'était pas suffisante, il fallait aussi et surtout être en mesure d'appliquer les principes de réduction des risques pendant l'utilisation.

*Participant #23 (37 ans, homme, détenu)*

*La pipe, on change les embouts. En sachant que, des fois, il nous arrive aussi de pas changer les embouts mais juste de retourner l'embout. Alors que ça marche vraiment, je suis pas sûr. On fait, entre guillemets, des sortes de... On prend des sortes de précaution, en sachant que c'est des semblants. On occulte un peu tous ces trucs-là. Parce que se droguer, c'est un peu baisser la garde aussi. C'est se laisser aller, quoi.*

### 1.6 Expériences récentes de sortie de prison

Lors des entretiens, l'expérience de la sortie était spontanément associée à la question du retour vers l'usage de drogue, le reste du soin leur paraissait donc de facto conditionné à la problématique addictologique.

#### 1.6.1 Consommation à la sortie

Environ un tiers des participants rapportaient avoir consommé dans les deux semaines suivant leur dernière libération (principalement cocaïne ou héroïne). Ils ont souligné les différences entre l'état d'esprit qu'ils avaient juste avant leur sortie et celui qu'ils avaient juste après concernant leur dépendance : même lorsqu'ils se considéraient motivés pour s'appuyer sur le soin et ne plus consommer, ils faisaient progressivement une concession après l'autre et se retrouvaient très vite dans la même situation qu'avant leur incarcération. Certains participants ont néanmoins décrit une évolution entre les premières libérations qu'ils ont vécues et les suivantes. Lors des premières sorties ils ressentaient le besoin de les célébrer pendant deux ou trois jours par la fête et la consommation, comme pour compenser le plus vite possible les privations qu'ils ont endurées durant l'incarcération. Cependant, après plusieurs incarcérations ils décrivent une tendance à se méfier d'eux-mêmes et de cette envie, considérant que le passage vers la consommation régulière pouvait survenir « en un éclair ».

Les participants voulant absolument maintenir leur abstinence mais devant faire face à un manque de TSO ou à d'autres éléments négatifs au moment de la mise en liberté se tournaient parfois vers une importante consommation d'alcool, éventuellement associée aux benzodiazépines (obtenues légalement ou non).

Un participant a décrit précisément son état d'esprit concernant la consommation de drogues lors d'une de ses dernières sorties de prison. Trois éléments importants ressortent de ce récit :

- A la libération, l'envie de consommer était contrebalancée par la volonté de poursuivre les progrès réalisés pendant l'incarcération, et tirer profit de son abstinence complète ;
- Afin de « regoûter » au produit sans retomber dans une consommation régulière, il a pris une dose plus forte de produit en pensant qu'il s'agissait « d'une seule fois », et s'est ainsi exposé à un risque accru d'overdose ;
- Et enfin, à chaque libération, il observait une période de plus en plus courte avant de recommencer à consommer de la drogue.

*Participant #23 (37 ans, homme, détenu)*

*C'est vrai que quand on ressort [...], on n'a pas envie de replonger dedans parce qu'on a l'impression d'en être sorti par rapport au sevrage fait en prison. Mais on a quand même envie d'y regoûter. Donc, ce qu'on fait, c'est d'essayer en une seule taffe en sachant que la meilleure, c'est la première et qu'à partir de la deuxième, on rentre dans le pluriel et on rentre dans le truc un peu fou. J'ai voulu mettre plus que ce que je ne pouvais en fumer, en me disant qu'après ça allait calmer. Mais ce qui s'est passé après, c'est que la surdose que j'avais mise, étant donné que je voulais encore reconsommer après, je pouvais plus l'assumer. Donc, je consommais pour consommer mais en même temps en ayant une sorte de frustration à la prise. Mais le surdosage effectivement [...], enfin pour mon cas, c'est plutôt le surdosage [pour gérer le] craving. Chaque fois que je ressorts et que je me mets à reconsommer, je reconsomme, avec un laps de temps plus court, plus. J'ai envie de consommer plus. Pourquoi ? Je sais pas.*

## 1.6.2 Éléments négatifs durant la période suivant la sortie

Tous les participants ont décrit des tentatives infructueuses de maintenir l'abstinence durant leur dernière sortie ou les précédentes. Plusieurs thèmes sont ressortis des entrevues lorsqu'il s'agissait d'expliquer leur rechute.

### **Au niveau individuel**

Un élément particulièrement fréquent dans les récits des participants a été la perte de leurs repères au moment de la remise en liberté. Même après une période d'incarcération relativement courte d'une douzaine de mois, ils dépeignent un état d'esprit abasourdi et perplexe dans les premiers jours suivant la sortie. Certains ont clairement rapporté un besoin de s'accrocher à de vieilles habitudes, à « d'anciens réflexes », pour faire face à la transition, ce qui signifiait un retour rapide vers leurs activités et leur environnement antérieurs.

*Participant #16 (45 ans, homme, sorti de prison)*

#### ***Si on se concentre sur la première semaine [...] qu'est-ce qui vous vient à l'esprit comme principaux obstacles à la sortie ?***

*Moi, je parle pour moi, ma grosse difficulté, c'est de retrouver le contact avec les gens. Encore une fois, ça dépend. Si la personne a fait trois mois, ça va. Mais pour les personnes qui font plus d'un an, plus de 15 mois, plus de 18 mois, plus de 20 mois, c'est pas évident de prendre un bain de foule. Des trucs tout cons, tout simples. Le stress, les voitures qui roulent, tout le bruit. Tout ça, ça fait un genre de stress. La personne, elle peut être amenée à consommer juste pour se calmer déjà. Après, s'il y a des problèmes familiaux. Pour moi, c'est au cas par cas. Après, il y a des problèmes qui sont basiques pour tous les gens qui consomment.*

#### ***Comme quoi ?***

*C'est de pas retomber sur les mêmes personnes, enfin de pas retomber, c'est de retomber sur les mêmes personnes qu'on voyait avant, style les dealers ou les personnes qui consomment. Quand tu prends ça en pleine gueule, soit tu suis le troupeau, soit tu prends ta route. C'est dans la tête que ça se passe. Il y a ça, il y a plein de choses.*

Associé au facteur précédent on retrouve le rôle joué par l'ancien réseau social. Les personnes qui retournent dans un quartier qu'ils connaissent pour chercher du soutien relationnel craignaient de rencontrer une connaissance qui consommait encore de la

drogue et pourrait facilement en fournir, incitant ainsi à reprendre la consommation. Souvent, le réseau social du participant était principalement constitué de personnes faisant usage de drogue, le laissant devant un choix difficile : chercher un soutien relationnel pour supporter l'angoisse d'une sortie au risque de consommer à nouveau, ou s'éloigner du produit au risque de rester isolé. Un dilemme résumé par la formulation d'un des participants : « *Le consommateur, c'est comme une famille, ils se soutiennent dans la consommation* ».

Les centres d'hébergement d'urgence augmentaient également les chances de rencontrer des personnes consommatrices et étaient considérés par les participants comme un facteur de risque important de rechute.

*Participant #10 (35 ans, homme, sorti de prison)*

*Du coup, la seule possibilité que j'aie eue, c'était de dormir dans des foyers... Même avec la meilleure volonté possible, quand tous les matins vous devez partir... parce que le [foyer où j'allais], vous devez appeler dans la journée [pour demander une place pour le soir]. Ça, plus une population de consommateurs actifs, au final, je me suis retrouvé de nouveau avec la conso dans mon quotidien. Même en travaillant et en essayant de pas dormir entre guillemets sous les ponts, la conso était là. C'est pas gérable.*

*Participant #11 (33 ans, homme, sorti de prison)*

***Et vis-à-vis de la consommation, qu'est-ce qui pousse à reconsommer à la sortie ?***

*Si t'as pas le moral ou si t'as pas de soutien ça peut te pousser à consommer facilement. Très généralement, le consommateur... Comment on dit ? **Le consommateur, c'est comme une famille, ils se soutiennent dans la consommation. Donc, si tu n'as pas d'autre soutien, tu peux tomber dans la consommation vite fait.** Tu vas aller chercher du soutien auprès de tes amis, des consommateurs. Donc, ça t'amène à la consommation.*

*Participant #27 (33 ans, homme, sorti de prison)*

***La dernière fois que vous êtes sorti de prison, vous aviez un plan de logement à la sortie ?***

*Non, j'étais retourné chez ma mère, enfin dans la famille, à droite et à gauche. Du coup après, c'est les anciennes connaissances, les fréquentations et comme on n'a pas de nouveaux amis, parce qu'on n'est pas bien, on va vers des personnes qui sont pas fréquentables. Du coup, il y a qu'eux qui arrivent à nous entendre et on reconsomme, on reconsomme. Et ça avance pas. C'est*

*de la consommation excessive, tous les jours, au point de plus vouloir affronter les problèmes, au point de fuir.*

Le réseau social pouvait aussi avoir un impact négatif sur l'expérience de la sortie d'une autre manière : un participant a parlé de ses attentes émotionnelles envers sa famille ou ses amis et qui n'ont pas été satisfaites au moment de la remise en liberté. L'absence ou l'attitude de certains proches a entraîné une forte désillusion qui a ouvert la voie à l'usage de drogue.

*Participant #23 (37 ans, homme, détenu)*

*Maintenant, je suis sorti il y a un mois et demi en aménagement pour partir dans un centre de cure. Là, à ma sortie, je devais voir ma famille qui devait venir me chercher, ils sont pas venus me chercher, ça s'est mal passé. J'avais des attentes affectives, je pensais les voir, ils sont pas venus. J'ai cinq frères, je devais en voir trois, les trois sont pas venus pour des raisons personnelles. Là, j'ai pété les plombs. Qu'est-ce que j'ai fait ? Je me suis remis à consommer. Je suis pas allé à mon centre de soin. J'étais en évasion et je suis revenu ici [en prison].*

### **Au niveau structurel**

Au moment de la libération, les participants étaient la plupart du temps sans solution de logement durable, alors même que le logement était leur principale préoccupation avant de sortir. Certains ont eu du mal à trouver un hébergement d'urgence dans des refuges et d'autres ont dû se résigner à dormir dans la rue. Certains ont réussi à organiser une solution d'hébergement dans un des rares centres spécifiquement conçus pour accueillir en post-libération un public ayant des antécédents d'usage de drogue. Enfin, peu de participants ont eu la possibilité de résider dans un logement privé.

Il est intéressant de noter que l'obtention d'une chambre privée à la sortie, sans réelle transition, était perçue par certains comme une victoire à double tranchant : cela leur donnait une sorte de confiance piègeuse, et les poussait parfois à baisser leur garde face à une dépendance qu'ils estimaient, à tort, avoir dépassée (surtout lors des premières libérations). Un participant a tenté d'expliquer ce phénomène et de souligner son besoin

d'un accompagnement associé au logement, afin que la solution ne soit pas contre-productive :

*Participant #11 (33 ans, homme, sorti de prison)*

***Et vis-à-vis du logement, comment ça se passe à la sortie ?***

*Si tu n'as pas de logement, si tu as une situation, ils peuvent te donner quelques nuitées d'hôtel.*

***Ça vous a aidé ?***

*Oui, ça m'a aidé. Ça m'a aidé mais pas autant que ça.*

***Pourquoi ?***

*Parce que j'ai reçu quelques nuitées d'hôtel et ça m'a donné une certaine liberté. Je sais pas comment expliquer. Ça m'a livré à moi-même. Ça m'a livré à moi-même, j'ai fait ce que je veux. Seulement je connaissais pas la dépendance encore, donc je me suis dit : comme je suis là, je dors bien, tranquille, et je vais aller consommer. Et j'ai continué de consommer jusqu'au jour où je suis venu ici. Ça, c'était l'avant-dernière sortie.*

***Pour vous, c'est non seulement avoir un logement mais être entouré dans le logement, et d'être en soin ?***

*Au début, mais pas maintenant. Maintenant, je connais, j'ai appris pas mal de choses sur les produits et sur la dépendance. Donc maintenant, j'ai les moyens maintenant de m'éloigner des produits. Ça dépend de moi, de moi et le mental. Et ça compte beaucoup.*

Un autre participant a relaté une impression similaire :

*Participant #23 (37 ans, homme, détenu)*

*Moi, j'ai envie de me soigner, j'ai envie de me sentir bien pour pouvoir reprendre ma vie correctement. Pour ça, je joue la carte de la sécurité. Cette carte d'autonomie, à savoir prendre un appartement tout seul, rapidement entre guillemets, je le sens pas spécialement. Ce que j'ai besoin, c'est de me sentir, déjà d'avoir une zone de confort. En prison, j'ai une zone de confort, j'ai pas besoin de me soucier. En étant chez mes parents, j'aurais peut-être pas besoin de me soucier, je me sentrais utile et progressivement, je pense que je me réapproprierais ma vie.*

Un autre élément négatif souvent mentionné par les personnes interrogées était la complexité et la lourdeur des procédures administratives nécessaires pour obtenir les services de base comme les documents d'identité, l'assurance maladie et les prestations sociales. Ces procédures sont souvent commencées à partir de zéro : sans domiciliation,

sans compte bancaire et sans pièce d'identité. Une tâche très laborieuse qui devient à leurs yeux un obstacle insurmontable, provoquant ensuite une déception et une frustration importante chez des personnes déjà fragilisées sur ce plan.

Les participants ont souligné que l'inactivité immédiatement après la sortie était un facteur de risque supplémentaire pour l'usage de drogues. Même lorsque des mesures de soutien en matière de santé ou des procédures administratives ont été enclenchées, les participants font état de longues périodes d'attente avant que ce soutien social n'aille de l'avant. Pendant cette période post-libération, ils manquent souvent d'une solution de logement durable et ne peuvent pas chercher d'emploi car leur situation administrative n'est pas encore réglée. Dans ce contexte de résultats incertains et de transition difficile, ces longs vides semblaient favoriser l'anxiété et la désorientation.

*Participant #20 (29 ans, homme, détenu)*

*A la sortie d'avant, j'avais déjà demandé à avoir une place en CHRS [Centre d'hébergement à durée limitée] mais il y avait toujours pas de place. Donc, j'étais dehors. Le problème, c'est que, pour passer le temps, je commençais à boire, à picoler. J'ai commencé à me refaire des injections en me disant : si j'en fais une aujourd'hui et que j'en fais pas pendant quatre, cinq jours, c'est pas grave, je vais pas retomber en manque. Mais au final, tu rapproches à chaque fois les prises. Du coup, j'ai commencé à me coucher à plus d'heures, à passer des nuits blanches, à louper des rendez-vous, à carrément oublier que j'avais un rendez-vous ce jour-là. Au final, ça a été un échec. J'entrevois plus d'issue, à part, encore une fois, la prison.*

Enfin, les personnes de notre échantillon ont décrit un écart conséquent entre les soins reçus en prison et ceux reçus une fois sortis. Les participants relatent une transition brutale et très difficile, passant d'un soutien très cadré en détention vers un soutien plus volatile et sporadique à l'extérieur. De leur point de vue, les soins à l'intérieur étaient reçus plus ou moins "passivement", et les soins à l'extérieur exigeaient quant à eux une recherche très active, nécessitant beaucoup d'efforts et souvent ponctuée d'échecs, le tout dans un contexte de situation sociale instable. Or les entretiens ont montré que leur sevrage et leur mise sous traitement ne résulte pas forcément d'une démarche mûrie et/ou travaillée avec les soignants, comme cela est plus souvent observé en milieu libre.

Le travail motivationnel et l'alliance thérapeutique paraissent nettement plus difficiles en milieu carcéral qu'en population générale.

L'écart observé avec le traitement par méthadone illustre bien ce problème : en prison, ils sont appelés chacun leur tour dans l'unité médicale pour recevoir leur traitement quotidiennement. Une routine stricte est mise en place, dans laquelle la personne incarcérée doit se contraindre aux consignes. En revanche, une fois libérés, le cadre saute subitement et ils doivent parfois trouver un moyen d'obtenir un TSO sans couverture maladie, voire sans ordonnance. Si certaines unités médicales en prison fournissaient parfois l'équivalent de deux ou trois jours de traitement au moment de la sortie, cela semblait rarement suffisant pour faire le pont entre la prison et milieu libre :

*Participant #13 (45 ans, homme, sorti de prison)*

***Lors de la dernière sortie qu'est-ce qui s'est bien passé, qu'est-ce qui s'est mal passé ? Qu'est-ce qui a manqué ?***

*[...] Le problème, c'est que j'avais que deux jours de méthadone et comme je devais me rendre au troisième jour au [centre thérapeutique résidentiel], le fait de plus avoir de traitement, avec les sacs, ça pouvait être compliqué. Ce qui fait que la veille, j'avais consommé une moitié de traitement et gardé l'autre moitié pour le matin. Mais c'est vrai que le soir, j'étais pas très bien et je suis reparti dans mon quartier. J'avais pris, j'avais consommé, fumé un peu d'héroïne pour enlever le manque. C'était pas vraiment une envie que j'aurais eue si j'avais eu tout mon traitement. Mais bon, ça s'est passé comme ça. Ça a pas eu trop d'influence puisque j'ai consommé qu'une fois et après, j'ai repris le traitement normalement. Voilà, c'est des choses qui arrivent. On nous donne pas des traitements comme ça, pour plusieurs jours. C'est presque jour par jour, donc le temps d'aller d'un endroit à un autre pour faire tout le suivi médical, c'était ça le seul petit incident...*

Dans un autre témoignage un participant aborde l'automédication par les benzodiazépines et l'alcool afin de pallier l'absence de TSO, mettant en évidence un mécanisme reconnu d'overdose :

*Participant #18 (43 ans, homme, sorti de prison)*

***On vous attendait [au CSAPA à la sortie] ?***

*Ouais, tout ça, c'était déjà prévu avant de sortir, que je vienne [au CSAPA].*

***On vous avait donné des médicaments pour les premiers jours ?***

*Non, j'ai été là-bas. Pour la méthadone, je devais aller la chercher, mais le maton m'a dit : « non, vous devez pas aller au SMPR [service médico-psychologique régional de la prison] », je lui dis : « si, je vous dis que je dois aller au SMPR chercher une ordonnance pour aller chercher ma métha ». Et puis en fait, je l'ai pas eue cette ordonnance. Il m'a dit : « non, vous êtes libéré », il s'est pas fait chier quoi. Quand je suis sorti, j'étais en galère. Mais comme j'étais à 20 mg ça allait. J'ai un peu bu, je me suis bu une bouteille de rosé quand je suis sorti, j'avais pris du Valium. Ouais, je me suis mis un peu la gueule en l'air, mais pas avec les produits forts. J'ai pas consommé de galette, rien. J'ai pas pris de crack.*

***Au final il y a eu combien de temps entre la sortie et le CSAPA ?***

*Une semaine, deux semaines.*

***[...] Donc, pendant deux semaines, vous n'aviez pas de méthadone ?***

*Voilà. C'est pour ça que j'étais au Valium. J'avais besoin, fallait que je me défonce. Quand j'ai la métha, j'évite, même quand on me propose. Si je prends du Seresta ou n'importe, c'est trois, quatre, pas plus.*

Un autre participant a résumé clairement les principaux obstacles auxquels il a dû faire face lors des libérations précédentes et la difficulté à se réinsérer :

*Participant #27 (33 ans, homme , sorti de prison)*

**Qu'est-ce qui vous a aidé, c'est votre mère ?**

*Ouais, la famille. Grâce à la famille et puis comme c'est des longues incarcérations, c'est aussi faire un travail sur moi, me dire que, à un moment donné, la prison c'est plus une solution. Essayer de me réinsérer le mieux possible. Mais c'est pas évident parce qu'on se retrouve confronté à l'extérieur avec plein de problèmes, comme la Sécurité Sociale pour pouvoir prendre son traitement de substitution qui n'est pas fait tout de suite. On sort de détention, ils nous donnent que trois jours de traitement, donc si vous avez pas la chance de pouvoir avoir un médecin qui vous prescrit votre traitement, c'est la re-consommation en attendant que votre traitement se remet en place. Et puis après, tous les problèmes qui se passent à côté, administratifs, pour pouvoir percevoir de l'argent, pour retrouver un logement, retrouver du travail. Surtout pour les personnes avec une addiction, c'est pas évident parce qu'on se retrouve souvent confronté à la même problématique de consommation. Enfin, on consomme pour faire face [...], on consomme parce qu'on se retrouve dans l'incapacité de se réinsérer normalement.*

### 1.6.3 Éléments positifs durant la période suivant la sortie

#### **Au niveau individuel**

De façon prévisible, les très rares personnes de notre échantillon qui avaient un domicile personnel et qui sont restées en contact avec leur famille ont présenté ces facteurs comme étant déterminants dans leur capacité à maintenir l'abstinence et les soins initiés en prison. Avoir « quelqu'un qui attend » (et qui ne consomme pas) en milieu libre leur a apporté une grande partie du soutien dont ils avaient besoin immédiatement après leur sortie de prison. Une participante a décrit l'expérience qu'elle a vécue lorsqu'elle est retournée chez elle sans avoir accès au TSO. Bien qu'elle soit attendue dans un centre thérapeutique résidentiel immédiatement après sa sortie elle a préféré rendre visite à sa famille pendant quelques jours avant d'aller au centre, expliquant qu'elle avait besoin d'un sas, d'un « recul ».

*Participant #14 (24 ans femme, sortie de prison)*

*Surtout que moi, quand je suis arrivée ici, on m'a dit : « vous restez ici pendant trois semaines ». J'ai dit : « non, c'est pas possible, il faut que je prenne un ou*

*deux jours de recul, que je voie ma famille ». Pour moi, c'est vital. Toute ma vie, elle tourne autour de ma famille. C'est pour ça d'ailleurs que je les remercie.*

***[Puisque vous n'aviez pas d'ordonnance] comment vous avez géré le retour dans la famille sans le [traitement de substitution] ?***

*C'était dur. Après, c'était dur ? Oui et non, comme j'étais avec ma famille, sincèrement j'y ai pas tant pensé que ça. J'avais pas tant de mal de tête, tant d'angoisse, tant de bouffées de chaleur. J'étais pas si mal que ça, franchement. Même moi, je me suis étonnée, je me suis dit : ça fait quatre jours que j'ai pas pris mon traitement, alors qu'en dix mois de temps, j'ai pas loupé une journée. Mais non, j'ai pas eu de souci là-dessus, tant mieux.*

### **Au niveau structurel**

Outre le logement, l'autre facteur de protection majeur selon eux était de trouver rapidement du travail, ou du moins une formation professionnelle. Le travail était pour eux un support triplement précieux puisqu'il était lié à la réinsertion sociale, à des revenus financiers et surtout, une occupation. Un des participants a présenté le travail comme un moyen de « retrouver un épuisement la nuit », et de retrouver un « rythme normal » dans sa vie.

En ce qui concerne l'accès aux soins de santé, certains participants ont fait part d'expériences positives de coordination entre les professionnels externes et internes à la prison, ce qui leur a permis de se sentir plus en sécurité juste avant et après leur sortie. Certains ont mentionné la permission qu'ils ont obtenue de l'administration pénitentiaire pour aller rencontrer les équipes des centres thérapeutiques résidentiels sur place, pendant une journée. Une ordonnance fournie avant la libération par l'unité médicale de la prison et/ou un dispensaire de TSO gratuits en milieu ouvert ont souvent été mentionnés comme décisifs par les participants. Ces deux éléments leur auraient épargné d'avoir à justifier leur besoin de TSO, soit par un test sanguin ou urinaire, soit par une autre forme de preuve.

## **Spécificités des centres de traitement résidentiel**

En raison de notre stratégie de recrutement, les participants rapportaient souvent un séjour actuel ou récent dans un centre de traitement semi-ouvert spécialement conçu pour les personnes en sortie d'incarcération avec des antécédents d'usage de drogue, pendant les deux ou trois premiers mois suivant leur libération.

Au niveau individuel, ces structures, qui s'apparentent à des communautés thérapeutiques, leur ont avant tout permis d'avoir un cadre. De plus, les formations et les nombreuses activités (sport, balade, courses pour la communauté, etc.) leur ont accordé deux choses importantes à leurs yeux : une occupation et une opportunité de revenir progressivement dans le monde, de faire leur transition à leur propre rythme. Une personne interrogée dans un de ces centres a décrit les étapes qu'il s'est autorisé à franchir durant son séjour dans une de ces structures : d'abord un après-midi/semaine dehors, puis un jour/semaine, puis retourner voir un vieil ami qui consomme peut-être encore de la drogue, et enfin essayer de revoir ses enfants :

*Participant #28 (44 ans, homme, sorti de prison)*

*Quand on ressort la première fois, on a nos automatismes d'avant l'incarcération. Donc, c'est d'autres automatismes que je dois reprendre. Mais j'avais toujours ces automatismes-là à ma première sortie.*

***C'est le point de travail prioritaire pour vous ?***

*Voilà, mais c'était travailler avec l'équipe éducative. J'ai travaillé sur mes émotions et mes ressentis. Enfin moi, je travaille tout doucement. Donc, j'ai pris une demi-journée pour commencer, après ça a été une journée. Comme là, le week-end prochain ce sera une journée complète. Après, c'est aussi pour se réadapter et pour savoir où on en est par rapport à des modes de consommation, ça peut être l'alcool, ça peut être la drogue. Là, au niveau de mes amis, mon frère de cœur comme je dis, je veux pas me confronter directement à aller chez lui, mais à essayer d'avoir un lieu neutre pour essayer d'avoir une autre relation avec lui parce que lui consomme encore.*

***Donc, vous y allez crescendo mais vos relations sont plutôt bonnes, que ce soit avec votre ami ou même vos enfants à qui vous parlez ?***

*Pour l'instant, j'en suis pas arrivé là avec mes enfants. On va y aller par étape parce que les enfants, si je vais les voir tout de suite ça peut être perturbant pour eux et ça peut être perturbant pour moi aussi dans ma démarche, parce*

*que je voudrais pas refaire les mêmes erreurs que j'ai faites. Penser qu'à mes enfants, c'est bien mais il faut penser aussi à soi d'abord. Si moi, je vais bien, mes enfants, ils iront bien aussi.*

## 2 Les soutiens disponibles en prison puis à la sortie, et les facteurs freinant leur accès

### 2.1 Participants

En plus des participants présentant un TUD, treize professionnels ont été inclus pour ce second volet (six travaillant en prison et sept à l'extérieur). Leur âge variait entre 27 et 65 ans, et la moitié d'entre eux étaient des hommes. Le temps médian d'expérience dans un domaine pertinent pour cette étude était de 5 ans. Les secteurs social, médical et institutionnel étaient représentés (Tableau 2).

**Tableau 2. Caractéristiques des participants : professionnels (N = 13)**

ID	Sexe	Age	Milieu d'exercice	Profession	Lieu d'exercice	Années d'expérience (au poste actuel)
1	F	57	Ouvert	Médecin	CSAPA	20
2	F	27	Ouvert/carcéral	Travailleur social	CSAPA référent	1
3	H	37	Ouvert	Travailleur social	CSAPA, CTR, UARCS	2
4	H	58	Ouvert	Infirmière	CSAPA, CTR	20
5	H	35	Ouvert	Travailleur social	CSAPA, CTR	5
6	F	50	Ouvert	Travailleur social	CSAPA, CTR, UARCS	17
9	H	55	Ouvert	Médecin	UARCS	21
7	F	30	Carcéral	Travailleur social	CSAPA, CTR	3
8	H	50	Carcéral	Médecin	SMPR	20
19	H	49	Carcéral	Médecin	UCSA	5
29	H	40	Carcéral	Travailleur social	CAARUD	6
30	F	65	Carcéral	Institutionnel	Ministère de la Santé	5
31	F	33	Carcéral	Médecin	SMPR	4

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie;

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

CTR : centre thérapeutique résidentiel ;

UARCS Unités d'Accès Rapide et de Court Séjours pour Sortants de prison

SMPR : Service médico psychologique régional

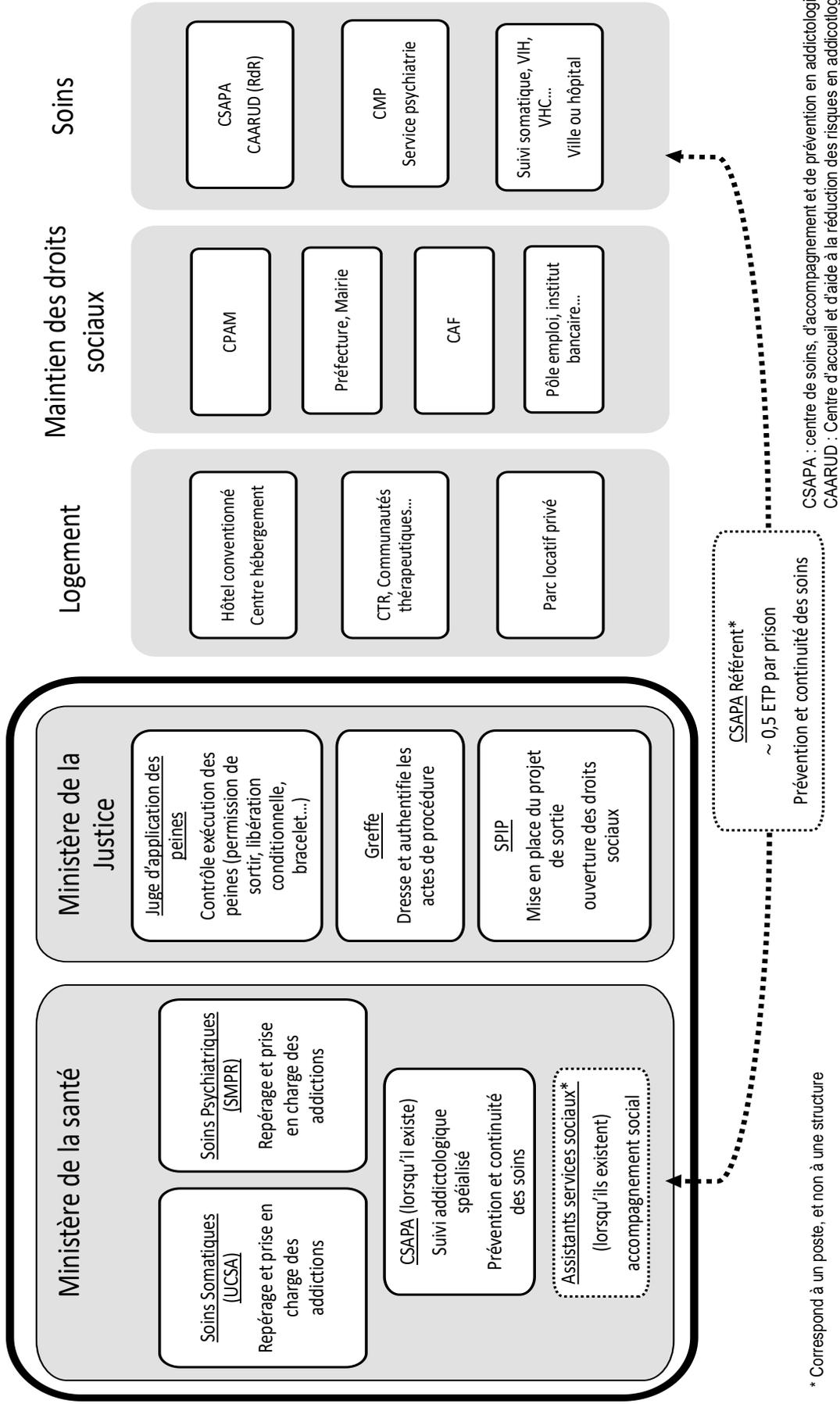
UCSA : Unité de consultation et soins ambulatoire (soins somatiques)

## *2.2 Quelles sont les structures impliquées ?*

La figure ci-après tente de représenter les acteurs impliqués dans la préparation et le soutien à la sortie de prison chez les personnes présentant un trouble d'usage de substance, telles qu'identifiées dans les entretiens (se référer à l'introduction pour le détail des rôles de chaque structure en milieu carcéral).

# Milieu Carcéral

# Milieu libre



\* Correspond à un poste, et non à une structure

Figure 1b. Structures impliquées dans la préparation et le soutien à la sortie de prison chez les personnes présentant un trouble d'usage de substance, telles qu'identifiées dans les entretiens

## 2.3 Soutien médical

### 2.3.1 VIH ET VHC

Tous les participants ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH et VHC, et la plupart d'entre eux ont été vaccinés contre le VHB lors d'une précédente incarcération. Il est apparu dans notre échantillon que des tests de dépistage étaient systématiquement proposés à l'entrée. Des taux plus faibles de dépistage ont été observés dans les grands centres de détention provisoire (par rapport aux centres de détention de longue durée) et dans les centres où les tests de dépistage n'ont pas été effectués directement après le consentement du patient et ont nécessité une seconde visite à l'unité médicale.

La prise en charge du VIH parmi la population des personnes incarcérées qui consomment des drogues était considérée comme « moins problématique qu'auparavant » par les professionnels. D'après leur expérience, l'accès au traitement s'est amélioré et la transmission du virus aurait diminué dans cette population.

En ce qui concerne le VHC, même si la prévalence demeure élevée de l'avis des professionnels, l'accès au traitement et le taux de guérison s'améliorent de plus en plus. Cette évolution est en grande partie attribuable au nouveau traitement antiviral direct.

Dans l'ensemble, l'accès aux thérapies contre le VIH ou le VHC en prison n'était pas considéré comme problématique pour la plupart des professionnels et des personnes présentant un TUD. Les préoccupations se dirigeaient plutôt vers le contexte social individuel dans lequel le traitement était initié puis poursuivi, car son succès dépendait en grande partie d'une situation sociale stable. Afin d'augmenter l'observance du traitement, les professionnels avaient tendance à associer le traitement à une solution de logement post-incarcération comme un centre thérapeutique résidentiel. De même, le début du traitement anti-VHC pouvait être volontairement retardé si le patient devait être

libéré dans les prochaines semaines. Les professionnels travaillant à l'intérieur de la prison tentaient plutôt d'établir un lien avec un centre de traitement en milieu libre, afin d'assurer une prise en charge complète du VHC dans ce centre, du début à la fin.

Des ordonnances pour 3 mois de traitement anti-VIH étaient parfois remises aux patients à leur sortie de prison afin de faire une jonction entre le traitement mis en place en prison et celui mis en place dehors. Cette pratique n'a apparemment pas été transposée au traitement anti-VHC en raison de son coût extrêmement élevé. De plus, après l'envoi d'un courrier à la structure de soins en milieu libre, le dossier médical était remis directement au patient à sa sortie, ce qui signifie qu'il n'y avait aucune garantie qu'il retombe dans les mains d'un médecin une fois dehors.

Un autre obstacle à la continuité des soins a été observé par les professionnels : certaines personnes ne déclareraient pas leur diagnostic de VIH et refuseraient de se soumettre à un dépistage à leur entrée en prison afin d'éviter une stigmatisation venant d'autres détenus.

### 2.3.2 Traitement de substitution aux opiacés (TSO)

Les traitements de substitution aux opiacés semblaient être largement disponibles en prison et à l'extérieur. En détention, la méthadone devait être prise devant un professionnel de santé et était le plus souvent administrée au jour le jour, en cellule ou dans l'unité médicale. Cependant, la buprénorphine était administrée au patient une ou deux fois par semaine, de sorte qu'il ne pouvait se retrouver avec plus de sept jours de traitement. Dans la communauté, l'accès à des TSO gratuits dans les rares centres identifiés a constitué une aide substantielle pour les patients qui ont pu s'y rendre, même si la délivrance quotidienne l'après-midi a été considérée comme peu compatible avec une activité professionnelle.

Que ce soit depuis la prison vers l'extérieur ou l'inverse, la poursuite du TSO s'est faite avec fluidité lorsque le patient était déjà connu par le personnel carcéral ou

communautaire. Par ailleurs, les professionnels sociaux et médicaux ont souligné le rôle « relationnel » du TSO, le fait de voir régulièrement un patient leur permettait d'établir un climat de confiance, surtout à l'extérieur où la personne est plus difficile à atteindre.

Les participants ont signalé plusieurs éléments liés au contrôle du trafic et du mésusage qui pourraient constituer un obstacle à la continuité des soins concernant les TSO. D'abord, la personne qui demandait un TSO devait souvent prouver qu'elle en avait besoin, soit en présentant une ordonnance antérieure, soit en faisant un test biologique. Cette pratique a été observée tant à l'extérieur qu'à l'intérieur mais s'est avérée particulièrement problématique à l'intérieur car le patient entrant en prison était souvent déjà perdu de vue par les soignants en milieu libre (il ne pouvait donc pas présenter une « preuve » de traitement). Un patient s'est souvenu avoir subi une interruption d'une semaine dans sa thérapie à cause de cette procédure :

*Participant #27 (33 ans, homme, sorti de prison)*

*[...] Quand je suis rentré en détention, j'ai voulu me mettre sous traitement de substitution parce que j'étais héroïnomane. Comme j'avais pas de traitement à l'extérieur, ils m'ont pas mis sous traitement, pas avant une semaine. Donc, pendant une semaine, je suis resté sans traitement, à faire des prises de sang pour voir si j'avais bien consommé, pour pouvoir me mettre un traitement de substitution.*

Deuxièmement, certains patients ont été contraints de passer de leur buprénorphine habituelle à la buprénorphine/naloxone (Suboxone®) car cette dernière était la seule disponible dans certaines prisons, selon un intervenant institutionnel.

Un autre détenu se souvient d'avoir été libéré sans aucune forme de TSO, le gardien de prison ne lui ayant pas permis de passer par l'unité médicale avant de quitter la prison. Il ne pouvait donc pas prendre l'ordonnance que le personnel médical avait préparée pour sa libération. Dans d'autres cas, le manque d'information donnée au personnel de santé sur la date de sortie a été la cause d'une libération non préparée, et donc d'une absence de traitement pour la sortie.

*Participant #30 (65 ans, Institutionnel, santé en milieu carcéral)*

***Selon vous, quelles sont les principales difficultés auxquelles sont confrontés les patients qui sortent de détention ? On parle des 48 premières heures, première semaine.***

*Je pense qu'il y a un certain nombre de fois où ils sont sortis sans que l'unité sanitaire ait été au courant. Dans ce cas-là, il sort sans rien, avec son petit baluchon. Quelquefois, il a un petit pécule pour deux jours, il a parfois deux nuits d'hôtel qui sont payées. Mais si l'unité sanitaire n'était pas au courant, il a pas forcément une ordonnance, il a pas forcément un rendez-vous. Ceux-là, je pense que c'est vraiment très compliqué*

### 2.3.3 Naloxone

La naloxone est un antidote des opiacés, ce produit constitue la base du traitement de l'overdose en urgence. La plupart des professionnels avaient déjà entendu parler des vaporisateurs nasaux de naloxone, mais seuls ceux qui travaillaient dans les structures spécialisées à l'extérieur en avaient vus et avaient reçu une formation pour les prescrire. (Les entretiens ont été menés à un moment où les autorisations pour les vaporisateurs nasaux étaient encore en attente, donc leur utilisation a été faite dans un contexte d'autorisation temporaire d'utilisation).

Tous les professionnels et utilisateurs interrogés étaient favorables à l'utilisation de ces vaporisateurs nasaux dans la prise en charge des overdoses.

### 2.1.3 Réduction des risques

En ce qui concerne les préservatifs, bien que leur accès n'ait pas été mentionné comme problématique en milieu libre, la distribution en prison (lorsqu'elle était disponible) consistait uniquement en une boîte ouverte en libre-service, sur un bureau dans l'unité médicale. Les personnes interrogées n'ont pas exprimé d'inquiétude au sujet des infections sexuellement transmissibles au cours des entretiens, car elles n'ont signalé aucune activité sexuelle au sein de la détention. En fin de compte, peu de discussions semblaient s'être engagées sur ce sujet qui ferait l'objet d'un tabou persistant chez les personnes détenues.

Un détenu a signalé qu'un programme informel d'échange de seringues avait été mis sur pied en prison ; l'échange avait lieu à l'intérieur de l'unité médicale lorsque le patient s'y rendait pour recevoir son TSO. Il s'agissait toutefois du seul exemple d'échange de seringues signalé. Dans notre échantillon, les personnes qui consomment des drogues n'ont pas exprimé le besoin actuel d'outils d'injection stérilisés, car aucune d'entre elles n'a fait état de pratiques d'injection, et elles avaient toutes en vue un objectif de sevrage. Les professionnels n'ont pas observé directement ce type de mesure de réduction des risques en prison. Les pailles jetables semblaient quant à elles plus fréquemment disponibles en détention, mais la distribution était encore rare et inconstante selon les professionnels. Il est intéressant de noter que l'équipement donné pendant l'incarcération a pu s'avérer précieux au cours de la sortie, puisqu'un participant l'avait gardé sur lui.

Un autre participant a expliqué qu'il ne demandait pas de matériel de réduction des risques à l'équipe médicale parce qu'il craignait que sa cellule ne soit fouillée par le gardien s'il le faisait, soulignant la d'une part la méfiance envers le personnel (médical ou non), et d'autre part nécessité d'une distribution plus active.

A l'extérieur, l'information sur l'accès aux seringues stérilisées dans les centres communautaires de réduction des risques semblait bien transmise par les utilisateurs et les professionnels de la santé : ceux qui injectaient des drogues dehors savaient bien comment et où se procurer des seringues propres.

En fin de compte, l'information sur les outils de réduction des risques n'était pas uniforme et dépendait beaucoup du personnel de soins de santé en place. Les associations travaillant dans les centres de détention ont apporté un soutien précieux aux équipes soignantes sur place. Ainsi, dans une prison, les interventions de réduction des risques ont été presque entièrement déléguées à un service associatif communautaire qui était autorisé à venir à l'intérieur toutes les deux semaines pour une rencontre/atelier avec les

détenus et qui pouvait distribuer des outils de réduction des risques (à l'exclusion des seringues).

Dans d'autres prisons, certains détenus trouvèrent regrettable le manque de communication sur la nature et l'objectif des interventions de réduction des risques, et souhaiteraient qu'ils furent mieux expliqués. Pour eux, une affiche dans un couloir ne suffisait pas à informer les personnes détenues, surtout ceux qui n'étaient pas régulièrement suivis par le personnel médical.

#### 2.3.4 Soins psychiatriques

En ce qui concerne l'évaluation des besoins psychiatriques à l'entrée en prison, la plupart des professionnels ont indiqué qu'un examen de routine était effectué pour tous les nouveaux détenus. Soit les nouveaux arrivants étaient systématiquement vus par un psychiatre (ou une infirmière spécialisée), soit ils étaient examinés par un médecin généraliste qui les référerait ensuite à un psychiatre si nécessaire.

Un problème de « seuil » a été soulevé : un professionnel a estimé que seuls les troubles psychiatriques les plus graves étaient pris en charge, privant certaines personnes d'un suivi, et ce malgré la présence d'une comorbidité comme la dépendance.

Le défi des soins psychiatriques ne semblait pas tant d'entretenir un suivi correct à long terme, mais bien de l'initier, de trouver le temps et les moyens d'établir la relation de confiance nécessaire à ce type de suivi. Le délai entre l'examen de dépistage psychiatrique et la première consultation individualisée était parfois trop long pour atteindre cet objectif.

Pendant l'incarcération, le délai entre les consultations variait grandement une fois le suivi amorcé (de deux semaines à trois mois dans notre échantillon). Il semblait nettement plus long dans les centres de détention provisoire ou de courtes peines (maisons d'arrêt)

que dans les centres de détention de longue durée. Des consultations à la demande étaient disponibles (les demandes étaient faites par courrier à l'unité médicale), mais le temps de réponse variait aussi énormément et constituait parfois une raison d'abandonner le soutien psychiatrique.

Au moment de la sortie, il a été rapporté de fréquentes ruptures dans les soins à cause d'un relais avec les centres médico-psychologique (CMP) qui n'aboutissait pas. Soit parce que le contact en amont avait été insuffisant, soit parce que les listes d'attente étaient trop longues. Le manque de ressources dans ces centres, qui sont souvent la principale source de soutien psychologique pour cette population, a aussi été souligné par les participants. Un professionnel a également mentionné un phénomène de stigmatisation dirigé vers les sortants de prison présentant un TUD, et faisait état de CMP réticents à l'idée d'inclure ces personnes dans leur file active.

Une PTUD a mis en évidence une limite inhérente au soutien psychologique à l'intérieur de la prison, qui fut aussi corroborée par les professionnels : puisque le patient incarcéré n'est pas dans son environnement habituel il peut être difficile de l'aider à faire face aux défis quotidiens auxquels il sera confronté plus tard à l'extérieur, il était difficile selon lui de « faire le travail ».

*Participant #10 (35 ans, homme, sorti de prison)*

*Après, je pense qu'au fond de moi, il y a toujours le deuil. Je pense que, ça, je mettrai du temps à vraiment l'accepter. J'ai eu deux incarcérations successives après le décès [de ma conjointe], donc c'est pas forcément une période où on peut vraiment faire un travail là-dessus, même si j'en ai parlé en prison, même si j'avais un suivi à ma demande avec le psy. Mais c'était pas dans la vie de tous les jours, donc ça m'a pas forcément permis de rencontrer d'autres personnes, ça m'a pas permis de me remettre en couple, donc c'est sûr que le travail mettra peut-être un peu plus de temps que si j'avais été libre.*

## 2.4 Soutien social

### 2.4.1 Hébergement

L'accès au logement était considéré par les détenus et les professionnels comme la pierre angulaire du soutien social. Il était perçu comme le soutien prioritaire à fournir et la principale préoccupation des services sociaux, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur.

Ce soutien consistait à remplir un dossier de demande avec la personne incarcérée et si possible à obtenir l'autorisation de visiter les centres thérapeutiques d'hébergement. Si la personne possédait déjà un logement personnel (ce qui était exceptionnel dans notre échantillon), l'objectif était évidemment de le conserver, principalement en demandant le maintien de l'aide personnalisée au logement (APL) fournie par la Caisse d'allocations familiales, mais sa durée ne pouvait excéder un an après l'entrée en détention.

Les participants ont décrit plusieurs types d'hébergements proposés aux personnes qui sortent de prison avec des troubles d'usage de drogue, mais tous n'étaient pas disponibles à l'échelle nationale. Ces mesures de soutien sont décrites ci-dessous, par ordre décroissant de places disponibles (selon les participants) :

- Un hébergement en hôtel peut être financé, pour un maximum de 3 mois. Cette aide est supposément accompagnée d'un soutien médico-social spécialisé.
- Des séjours de trois mois dans un « centre thérapeutique résidentiel » (ou centres « post-cure » de sevrage) pouvaient être mis sur pied (pour une durée maximale d'un an). Ici, la personne disposait d'une chambre privée mais vivait néanmoins dans une

communauté, un environnement bien défini, avec des règles de vie à respecter et un suivi médical et social étroit. Ce type de logement pouvait s'allier avec une remise de peine validée sur le plan judiciaire.

- Un séjour en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), non spécifique aux personnes en soins, pouvait être organisé.

- Des Unités d'Accès Rapide et de Court Séjours pour Sortants de prison (UARCS) accueillant spécifiquement des personnes sous main de justice, en situation d'addiction. (Il en existe 4 au niveau national, pour un total de 44 places, leur création remonte à 2010).

- Une personne ayant un certain niveau d'autonomie (ayant par exemple une source de revenu) tout en ayant besoin d'un soutien médical pourrait se voir proposer un « appartement thérapeutique ». Cette solution permettrait plus d'autonomie qu'un CTR tout en maintenant un suivi social et médical.

- Deux professionnels ont également mentionné un soutien spécialement conçu pour les personnes vulnérables et présentant une hépatite C (personnes détenues, faisant usage de drogues injectées, migrants...) afin d'assurer un traitement intégral et continu. Il leur était proposé des appartements thérapeutiques si leur prise en charge le nécessitait.

L'aide au logement présentait plusieurs limites. Selon les professionnels et les PTUD, il y avait un manque important de places disponibles et de ressources humaines pour les gérer. En particulier, les professionnels ont souligné le manque de places dans les structures à « bas seuil » (c. a. d. avec très peu de critères d'admission). Pour les détenus condamnés à de courtes peines (6 mois ou moins), il a été souligné par plusieurs professionnels que les services sociaux en prison « *n'avaient absolument pas le temps de lancer quoi que ce soit concernant l'aide au logement* ». Le système national centralisé d'attribution des places dans les centres d'hébergement (SIAO) a également été critiqué.

L'opacité entourant ce dispositif rendait le travail du travailleur social local d'autant plus difficile qu'il pouvait attendre une information pendant plusieurs mois et ne savait souvent qu'au dernier moment (c. a. d. au moment de la libération) si la demande était acceptée ou non.

#### 2.4.2 Travail et formation

L'accès à la formation professionnelle pendant l'incarcération était théoriquement possible même si les places semblaient très limitées. Les conditions d'inscription à ces formations n'étaient pas claires, et une participante a indiqué s'être vu refuser par l'administration pénitentiaire l'accès à un diplôme de coiffure au motif que « *la priorité était donnée aux plus jeunes* ».

En prison, le soutien à la recherche d'emploi se matérialisait par des bilans de compétences, d'aide à la rédaction de CV et de lettres de motivation, et l'organisation d'une permission pour voir un conseiller Pôle emploi à l'extérieur. Ce soutien était principalement assuré par des travailleurs sociaux en prison et des associations. Pour les plus grands centres de détention, l'agence nationale pour l'emploi envoie régulièrement un conseiller en prison pour un conseil groupé ou individuel. Néanmoins ce dispositif semblait souffrir d'un manque de communication car certains participants nécessitant pourtant ce soutien n'en n'avaient eu connaissance que par l'intermédiaire d'associations extérieures à la prison ou par d'autres détenus, après plusieurs incarcérations.

Comme pour l'accès au logement, les peines de moins de 6 mois semblaient trop courtes pour lancer un plan de réinsertion professionnel. En outre, la recherche d'un emploi venait souvent après le logement et le soutien médical dans les priorités post-libération, ce qui signifie que le soutien au travail n'était concevable que pour les longues peines. De plus, l'incertitude quant à la date de libération a souvent entravé le soutien à l'emploi.

Une fois libérés de prison, les travailleurs sociaux des associations et ONG apportent souvent leur soutien. Ils aidaient le patient à fournir les documents requis par Pôle emploi ou l'orientaient directement vers un employeur potentiel. Il a été souligné qu'il existait en pratique un « effet seuil » clair pour l'accès à l'agence pour l'emploi : seuls ceux qui avaient une formation, un logement et un suivi médical stable pouvaient en bénéficier. Ce constat a amené certains professionnels à dire que le soutien au travail proposé par Pôle Emploi n'était pas adapté à une population d'ex-détenus ayant des antécédents de consommation de drogues illicites.

En outre certains participants ont expliqué qu'ils avaient besoin d'être accompagnés pour les entretiens d'embauche : d'abord pour pallier un manque d'estime de soi, mais surtout car ils estimaient que l'employeur ne leur ferait confiance que si un travailleur social était là pour « valider » leur bonne volonté et s'assurer qu'il n'y aurait aucun problème. Ces éléments sont résumés dans le témoignage suivant :

*Participant #26 (52 ans, homme, actuellement incarcéré)*

*Vis-à-vis de la recherche d'emploi, si tu y vas de toi-même, t'es pas accompagné, ça marchera jamais. Ils savent qui ils ont en face. Ils savent qui ils ont en face. Il faut que quelqu'un soit à côté pour les rassurer : « non, il a changé », « non, le monsieur peut le faire ». Il faut un accompagnement puisque moi-même, j'aurais du mal à faire comprendre à ces gens que j'ai changé. S'il y a un collègue qui arrive, qui dit : « il peut le faire, je le sais, il peut le faire », ils croient plus facilement que si c'est moi qui leur explique.*

#### 2.4.3 Couverture santé

En prison, tous les détenus sont couverts à 100% pour leurs frais médicaux grâce à un programme dédié (cf. introduction).

Toutefois, presque tous les participants ont déjà vécu un arrêt des soins au moment de leur libération, même ceux qui suivaient un traitement lourd. Les difficultés ne tenaient pas tant à leur éligibilité à une couverture complète qu'à l'ouverture effective de leurs droits. Alors que la quasi-totalité des patients avaient droit à une couverture à 100% pour leurs TSO et leurs antiviraux, une minorité d'entre eux ont pu exercer ce droit

immédiatement après leur sortie de prison. Dans ce cas, les patients étaient donc contraints de payer le reste à charge, voire la totalité du traitement dans le cas où l'affiliation au régime général tardait également à se mettre en place.

Une attestation de couverture médicale est censée être délivrée lorsque le détenu est libéré de prison, mais au vu des témoignages elle était rarement remise. De plus, ce certificat n'était souvent pas suffisant pour obtenir un TSO sans avance de frais dans une pharmacie. Les procédures pour obtenir une couverture efficace étaient difficiles à mettre en place avant la libération et, une fois en milieu libre, il fallait présenter une pièce d'identité valide et une domiciliation (cette dernière était parfois fournie par des associations et des foyers pour sans-abri). Pour beaucoup de participants, un changement soudain de la date de libération entraînaient souvent une « sortie sèche » sans transition ni suivi défini, et donc sans couverture médicale adéquate. Au total, l'accès à l'assurance maladie à laquelle ils avaient droit n'était pas systématique et mettait en moyenne 3 mois pour être effectif, selon les professionnels et les patients.

*Participant #6 (50 ans, Travailleur social, Milieu libre)*

*Normalement, en termes de droit, tout sortant de prison doit avoir sur lui, à le droit de posséder une attestation de Sécurité Sociale qu'on lui remet à la sortie de l'incarcération. Avec ça, il a une protection sociale en tant que sortant de prison, sauf que dans les faits, on les voit pratiquement jamais. Alors je pense que c'est aussi complexe parce que, suivant les prisons où ils se trouvent, il y a pas forcément des assistantes sociales qui peuvent les informer de ces droits-là. Toutes les prisons n'ont pas d'assistante sociale ou d'éducateur, donc automatiquement, ils sortent et ils ont rien. Moi, à la sortie, le premier truc que je fais, c'est effectivement d'ouvrir des droits. Mais pour ouvrir des droits, il faut trois mois d'attente, donc c'est compliqué*

*Participant #22 (48 ans, femme, détenue)*

***Et la couverture médicale, ça s'est passé comment pour vous ?***

*Ça a été dur. Ça a été dur, j'ai attendu six mois. Il fallait que je paye mes médicaments à un moment donné. Bon, quand vous sortez d'ici, vous avez plus votre couverture sociale. Le temps que vous ayez tous les papiers à*

*donner parce que la CPAM aussi, il y a un manque d'effectif partout, on le sait ça. C'est pareil, j'ai attendu six mois. J'ai payé mes médicaments moi-même.*

***[...] Du coup, vous avez dû payer vous-même vos boîtes de Subutex ?***

*Oui, le Subutex, je le payais 20 € à l'époque.*

***Pendant le gap de trois, quatre mois ?***

*Exactement ça, le temps de faire les papiers ça a dû faire trois, quatre, six mois. Les deux premiers mois, mon pharmacien, il me connaît, il m'a dit : « oui, c'est bien ». Mais après, ça a commencé à avoir beaucoup de rouge, il m'a fait voir, il me dit : « regardez, tout ce qui est en rouge ».*

Par conséquent, les quelques centres spécialisés délivrant des TSO gratuitement en milieu libre ont servi de solution de rechange pour de nombreux patients à leur libération, mais nécessitaient une visite quotidienne au centre. De plus, ce type de délivrance n'était pas concevable pour le traitement anti-VHC (au moment de l'étude un traitement antiviral direct coûtait environ 29000 euros pour une cure complète de 3 mois).

#### 2.4.4 Sources de revenus

Les détenus ont la possibilité de travailler en prison, mais les places sont limitées et sont incompatibles avec une peine courte. L'argent recueilli pendant l'incarcération n'est presque jamais suffisant pour répondre aux besoins fondamentaux de nourriture ou de logement pendant plus d'un mois après la libération.

A leur sortie de prison, les participants pouvaient bénéficier de deux types d'aide financière : l'allocation temporaire d'attente (environ 350 euros/mois) pendant un an maximum, accessible uniquement après leur première sortie de prison (supprimée depuis 2018). Ils peuvent aussi prétendre au Revenu de solidarité active (RSA), qui est donc un dispositif de droit commun. Le délai d'accès à cette dernière aide sociale a été qualifié de « rapide » (moins d'un mois) lorsque la personne avait déjà des documents d'identité et préparait sa demande pendant son incarcération, ce qui était rare. Il fallait en moyenne plus de trois mois lorsque ces conditions n'étaient pas remplies.

#### 2.4.5 Accompagnement au sein du labyrinthe administratif

Les professionnels et les patients ont convenu qu'il était quasiment impossible de mener à terme les procédures d'accès aux aides sociales sans un suivi étroit par un travailleur social, a fortiori lorsque la personne repart de zéro au niveau du logement, des revenus et des pièces d'identité. Or le manque de moyen humain dans ce secteur était constaté par toutes les personnes interrogées.

Ce témoignage d'un professionnel détaille précisément le labyrinthe administratif parfois absurde qui attend la personne sortant de prison. En nous faisant adopter le point de vue de cette personne il met au jour un frein majeur en termes de continuité des soins :

*Participant #9 (55 ans, médecin addictologue)*

*Vous sortez de prison, on vous demande vos papiers. La plupart du temps, vous avez pas votre carte d'identité à jour, votre compte en banque est bloqué, vous n'avez pas de carte de Sécurité Sociale parce qu'elle est pas encore faite, vous n'avez pas de carte de mutuelle parce qu'elle est pas encore faite. Le moment où vous sortez de prison, vous redémarrez tout à zéro, vous n'avez aucun de tous ces documents. Pour pouvoir ouvrir un compte en banque, il faut une pièce d'identité. Pour faire une pièce d'identité, il faut une adresse. Pour avoir une adresse, il faut arriver à rentrer dans un dispositif, et si on vous demande de payer 3 € par jour, vous pouvez pas parce que vous avez pas accès à votre compte en banque...*

*Il y a tout un circuit à faire, un ordre en fonction de la situation des papiers que le mec possède, pour arriver à mettre à jour. Si le mec suit pas ça, il y arrivera pas. Et des fois, c'est circulaire, c'est-à-dire que pour pouvoir ouvrir un compte en banque, il faut une carte d'identité mais pour avoir une carte d'identité, il faut une adresse et pour avoir une adresse, il faut un compte. Enfin des fois, c'est hallucinant.*

*Et on a affaire à des types [...] qui sont intolérants à la frustration. Vous imaginez bien que rentrer dans le circuit administratif, nous, on s'arracherait les cheveux alors eux, ils abandonnent à la deuxième démarche et c'est foutu. Souvent, on dit : « ces mecs-là, ils vont jamais au bout de leurs démarches ». Nous, on essaye d'aller au bout de leurs démarches avec eux et je peux vous dire que l'assistante-sociale, elle s'arrache les cheveux pour mettre à jour leur situation.*

*Donc au moment où vous sortez de prison, vous pouvez rentrer dans les dispositifs de droit commun, mais les conditions dans lesquelles vous êtes vous privent d'un certain nombre d'outils pour rentrer dans le droit commun.*

#### 2.4.6 Soutien psycho-social spécifique aux personnes incarcérées présentant un TUD

Dans la plupart des prisons, les services communautaires de réduction des risques et les groupes de soutien comme Narcotiques Anonymes étaient autorisés à intervenir régulièrement. Des ateliers ont été organisés une à deux fois par mois mais les informations sur l'existence, la nature et le but de ce soutien n'ont pas été suffisamment transmises à la population cible, selon les participants. Le soutien par les pairs, y compris les personnes anciennement détenues, faisait également défaut, selon les professionnels. Des activités thérapeutiques telles que la sophrologie ou le théâtre étaient parfois disponibles mais toujours limitées à une ou deux fois par mois, ce qui était également considéré comme insuffisant par les participants.

#### *2.5 Préparation spécifique pour la sortie de prison*

Globalement, il n'a pas été mis en évidence au cours des entretiens de programme dédié visant à préparer la sortie chez les personnes suivies pour un TUD et à articuler les problématiques sociales, sanitaires et judiciaires.

Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) semblaient notoirement débordés et leur travail serait de plus en plus axé sur le versant judiciaire du suivi.

Les plans de réinsertion pour les personnes incarcérées ayant des antécédents de drogues illicites étaient principalement effectués par un travailleur social de l'unité médicale de la prison (si le poste existait) ou par des associations. Comme vu plus haut, le soutien social assuré par le personnel de santé de la prison était largement axé sur le logement et la liaison avec les centres de traitement. L'éventail du soutien fourni par les associations en milieu libre était plus large mais leurs actions étaient limitées avant la sortie, en raison d'un accès aux prisonniers difficile et de moyens réduits.

Il a également été observé qu'une préparation à la sortie, même minimale, était quasiment impossible à mettre sur pied pour les peines de moins de six mois.

La préparation médicale, dans la mesure du possible, consistait à établir des contacts avec les associations en milieu libre, à donner au patient quelques jours de traitement d'avance et à remettre une ordonnance reprenant l'ensemble des médicaments le jour de la sortie. Cependant, la consultation médicale de sortie prévue par les textes ne semblait pas systématiquement réalisée, du fait notamment d'un manque de personnel et de dates de sorties imprévisibles.

Il n'y avait pas de préparation spécifique à l'overdose en prison, sauf des mises en gardes générales données par le personnel médical et, rarement, des avertissements plus ciblés donnés par les services de réduction des risques intervenant en prison. La plupart du temps, cependant, le patient devait rechercher activement l'information sur la prévention des overdoses (soit en se joignant à un groupe de parole, soit en demandant au personnel médical). Par conséquent, la prévention des overdoses était loin d'être systématique.

### *2.6 L'expérience de la sortie de prison, du point de vue des professionnels*

Comme pour les personnes incarcérées, les professionnels ont été interrogés sur les principaux défis auxquels les personnes présentant un TUD font face à leur libération.

Le logement a aussi été présenté comme la principale préoccupation à la libération, peu de détenus avaient une solution de logement organisée avant leur libération, a fortiori un logement privé.

L'équilibre délicat dans le choix du centre thérapeutique résidentiel a été mentionné, en raison de son effet sur l'expérience post-sortie : lorsque le patient connaît déjà le lieu et l'équipe soignante, la relation de confiance est plus facile à construire, mais les chances de rencontrer une connaissance qui pourrait déclencher une reconsommation sont plus grandes.

Comme chez les personnes présentant un TUD, presque tous les professionnels ont fait état d'une transition brutale entre un cadre très étroit à l'intérieur et un manque de repère total à l'extérieur. Ils ont évoqué l'impact négatif sur l'accession à l'autonomie d'avoir quelqu'un « *qui pense pour eux* », « *qui leur dit où aller et quoi faire* » à tout moment. Toutes les initiatives nécessaires à la sortie en matière de soins seraient d'autant plus difficiles à avoir, et nécessiteraient un reconditionnement particulièrement laborieux. Un professionnel a également rapporté un risque fréquent de dépression à la sortie et détaille son mécanisme d'apparition, tout en expliquant le rôle que viendra y jouer le produit :

*Participant #9 (55 ans, médecin addictologue)*

*La sortie de prison est souvent un moment de grande dépression. [...] Avant, tout était vécu sous produits. Dans la prison parfois, c'est vécu sous produits mais pas dans des mêmes quantités. Donc, ils se prennent, au moment où ils sortent, tout le poids de retour à la vie normale et aussi tout le poids de ce qui n'a pas pu leur être reprochés quand ils sont tombés. Il y a ce retour à la vie normale dans lequel on n'a pas sa place, on n'a pas retrouvé sa place. On vous renvoie les fautes. Vous êtes conscient de ce que vous avez fait comme mal aux uns et aux autres. C'est souvent un moment de dépression. C'est difficile d'admettre que vous déprimez quand vous êtes sorti de prison, que vous étiez mieux à l'intérieur. C'est difficile quand même. Donc, les mecs, si c'était des problèmes addicto comme ceux qu'on a [dans notre centre], la re-consommation vient soulager très vite l'état dépressif.*

Les professionnels ont mis l'accent sur le piège auquel s'expose le soutien psychologique et le soutien addictologique en prison, en expliquant qu'un patient peut prendre confiance dans la gestion de sa dépendance en prison, et penser qu'il en est sorti, mais sans réaliser que « *le travail sur lui-même a été fait sans les difficultés et tentations du monde réel* ». Par conséquent, ils auraient tendance à baisser leur garde et à rechuter dès qu'ils retournent dans leur environnement social habituel.

Les professionnels ont également remarqué la nécessité pour certains d'avoir quelques jours de « fête intense » et/ou d'usage de drogue juste après leur libération (ces quelques jours étaient souvent synonyme de rupture durable avec le soin mais pouvaient parfois

se terminer par un retour vers la structure qui l'attendait après la sortie). Ils expliquent ce phénomène par le sevrage et l'abstinence « forcés » réalisé en prison, insistant sur le fait que l'initiation d'un traitement en prison est parfois due à des circonstances (inaccessibilité de la drogue) plutôt qu'à une décision mûrement réfléchie du patient de se sevrer. L'abstinence ne résulte pas forcément d'une démarche travaillée avec les soignants, comme c'est le cas en milieu libre où le travail motivationnel et l'alliance thérapeutique sembleraient nettement plus atteignables.

En ce qui concerne l'état d'esprit après la sortie, certains professionnels ont observé deux éléments qui étaient moins visibles dans les entretiens avec les personnes présentant un TUD et qui peuvent aider à expliquer une continuité difficile des soins parmi ces patients :

- La croyance qu'ils ne resteront pas longtemps hors de prison. D'abord parce qu'ils ne le sont jamais restés dans le passé, et ensuite parce qu'ils ont sans cesse vécu des aller-retours entre prison et extérieur au cours de leur vie adulte, jusqu'à y trouver une forme de résignation.
- Ils n'ont pas l'habitude de faire valoir leurs droits (un professionnel mentionne par exemple que leur vie à l'extérieur et à l'intérieur de la prison était « souvent régie par la loi du plus fort »), ce qui pourrait les conduire à renoncer au soutien auquel ils ont pourtant droit.

## *2.7 Coopération entre professionnels*

### *2.7.1 Entre professionnels en milieu libre*

La transmission de l'information semblait plutôt fluide et la collaboration a été jugée satisfaisante.

## 2.7.2 Entre professionnels en milieu carcéral

La circulation de l'information était moins fluide qu'à l'extérieur et pouvait constituer un obstacle à une bonne continuité des soins dans certains cas signalés par les patients et les professionnels. Trois blocages majeurs ont été identifiés :

1. Le premier était un manque de communication et de coordination entre les SPIP et le greffe d'une part, et le personnel de santé d'autre part, illustrant une coupure nette entre les deux ministères santé et justice en prison. Or le parcours pénal d'une personne était étroitement lié à son projet de soins.

*Participant #2 (27 ans, travailleur social exerçant en milieu libre et carcéral)*

***Avec qui vous collaborez dans la prison ?***

*L'unité sanitaire et les SPIP.*

***C'est tout ?***

*Oui, et moi j'aurais voulu qu'on ait accès au greffe mais le greffe, il y a pas trop de liaison parce que le greffe, c'est une institution assez importante. C'est une personne qui détient beaucoup de pouvoir dans une prison, mais on n'y a pas accès.*

***En quoi est-ce un problème pour la continuité des soins ?***

*Dès qu'il manque un document, normalement faut le demander au greffe. Un truc débile mais quand une personne sort, elle a un billet de sortie. Sans billet de sortie, administrativement, elle peut rien faire puisque ça prouve qu'elle s'est pas échappée. La seule personne à qui on peut demander le billet de sortie, si jamais la personne l'a perdu, c'est le greffe. En général, un SDF qui sort de prison, il perd tout ou il se fait voler ses affaires. Le fait de pas pouvoir demander ça à un greffe, c'est bête, et c'est comme une personne sans carte d'identité, on peut rien faire. On collabore aussi avec l'association, uniquement à [grand centre de détention], le point d'accès aux droits.*

2. Un deuxième problème était lié au flou entourant la notion de secret médical partagé, comme l'explique le professionnel suivant, formé aux problématiques juridiques :

*Participant #2 (27 ans, travailleur social exerçant en milieu libre et carcéral)*

*Il y a aussi un problème, c'est l'histoire du secret médical. Il y a pas une très bonne compréhension de ce qu'est le secret partagé. Et peut-être former les SPIP et le personnel des unités sanitaires à une compréhension de la notion législative du secret partagé, pour qu'ils aient pas chacun l'impression de trahir leur patient ou de trahir le détenu quand ils collaborent.*

***Ils pêchent un peu par excès au niveau de la rétention d'information ?***

*Oui, et je pense que c'est juste une mauvaise compréhension de la définition légale.*

3. Un troisième blocage fréquent a été identifié entre professionnels de santé, au niveau des unités médicales somatique et psychiatrique. Les professionnels ont fait état d'une « séparation historique » entre les deux unités, en plus d'une séparation physique, alors même que les deux services étaient impliqués dans la gestion du trouble de l'usage de drogues. Cette collaboration sous-optimale n'était pas systématique mais pouvait apparemment entraver ou retarder les soins dans certaines prisons.

Un professionnel travaillant en prison a regretté l'absence de réunions transversales : entre l'équipe somatique et l'équipe psychiatrique, et entre les services de santé et de justice, même si une grande partie du personnel demandait ces réunions régulières.

### 2.7.3 Entre les professionnels du milieu carcéral et ceux du milieu libre

L'obtention d'informations sur le TSO ou le suivi médical d'un patient semblait systématiquement possible (si le service en milieu libre était identifié), mais les informations semblaient mieux transiter de l'extérieur vers l'intérieur que l'inverse. De plus, certains professionnels travaillant en milieu libre ont rapporté que les informations obtenues via la prison restaient trop souvent « strictement factuelles », sans éléments de contexte, sachant que certaines unités de soins en prison ne pouvaient communiquer que par fax. Enfin, les professionnels ont convenu qu'il était difficile de construire une

véritable relation de travail, principalement en raison de la « *séparation étanche entre les deux milieux* » et de l'absence de rencontres « en personne ».

Néanmoins, au niveau de la coordination l'élément le plus préjudiciable à la continuité semblait être le manque de communication entre l'administration pénitentiaire et le reste des professionnels, principalement au niveau de la date de sortie. **L'incertitude quant à la date définitive de sortie semblait grandement entraver les projets de soins post-libération**, elle a été citée par la totalité des professionnels. La date de sortie pouvait changer à tout moment, en fonction du décompte des remises de peines ou de la réévaluation des décisions pénales.

Dans l'exemple suivant, le changement imprévu dans la date de sortie a fait complètement échouer la longue préparation sociale et médicale d'une personne présentant un TUD :

*Participant #5 (35 ans, travailleur social exerçant en milieu ouvert)*

*Ça nous est arrivés il y a moins d'un mois. L'administration pénitentiaire s'est aperçue au dernier moment qu'il le faisait sortir un jour trop tard. Donc évidemment, ça, c'est la hantise de l'administration pénitentiaire de laisser quelqu'un en détention arbitraire. Du coup, ils sont très forts pour s'en apercevoir, même si c'est au dernier moment. Du coup, ils ont fait sortir la personne une journée plus tôt, mais personne n'était au courant, ni le médical, ni le CPIP [conseille d'insertion et de probation]. C'est le greffe qui fait son truc, qui dit : « le monsieur sort ». Et puis le monsieur sort, sauf que, nous, on l'attendait une journée après. [...] Evidemment, le mec a disparu dans la nature. C'est plusieurs mois de boulot, juste parce que l'administration pénitentiaire a décidé que. Tant pis si le mec avait des choses prévues, tant pis si ça fout dans la panade, mais au moins il est pas en détention arbitraire. Ça, c'est pas nos préoccupations à nous, mais la personne en paie complètement les pots cassés alors qu'elle aurait pu venir ici [en CTR], se poser, faire un truc un peu transitoire.*

# DISCUSSION

## 1 Synthèse des principaux résultats

### *1.1 Une vie structurée par la prison et la rechute*

Les résultats de cette étude mettent en lumière un cycle incarcération–précarité-rechute-incarcération dont il paraît extrêmement difficile de se défaire et qui reflète toute la problématique de la continuité des soins à la sortie de prison. Les personnes interrogées ont décrit des allers et retours incessants entre la prison et l'extérieur, souvent en y associant une forme de résignation. Pour certains la question n'était plus vraiment de savoir s'ils retourneront en prison mais combien de temps ils arriveront à rester dehors. L'analyse des trajectoires dans notre échantillon de PTUD révèle donc des incarcérations souvent multiples, pour des durées souvent courtes, qui une fois cumulées rendent compte d'une vie structurée par ce cycle sur lequel plane toujours la menace de l'overdose.

Seuls les principaux facteurs observés paraissant entretenir ce phénomène sont résumés ci-après, avant d'être confrontés aux données françaises puis à la littérature internationale.

### *1.2 Principaux obstacles au niveau individuel*

**L'arrêt et la diminution des consommations observées durant la détention s'imposaient souvent au patient par un manque d'accès au produit, ce qui laissait une base fragile pour le travail motivationnel et le maintien de l'abstinence une fois dehors.** Un patient ne consommant pas pendant plusieurs mois peut rapidement se sentir en confiance vis-à-vis de son addiction et baisser la garde une fois sorti. Cet obstacle pointe une limite inhérente à la prise en charge addictologique en prison : s'il ne peut quitter la détention il est difficile de travailler les situations à risque de rechute à partir de l'environnement « réel » du patient, à partir de son quotidien à l'extérieur. S'en suit

donc un exercice de projection dans le futur d'autant plus délicat à réaliser qu'ils savent rarement ce qui les attend dehors. Il en va de même pour les mesures de réduction des risques associés aux consommations (notamment la prévention de l'overdose) qui peuvent être ardues à transmettre chez ceux qui ne s'imaginent pas reconsommer une fois dehors.

**La perte de repères au moment de la sortie revenait aussi dans la totalité des entretiens, et ce même après des incarcérations de seulement douze mois.** Les participants ont décrit un retour brutal à la vitesse et aux pressions du monde extérieur, à l'impossibilité de retrouver sa place au niveau social. Ces facteurs généraient un stress et une angoisse qui pouvaient mener à la consommation, puis à la rechute et à l'éloignement du soin.

**Le problème du retour vers un réseau social fortement lié à la consommation** était souvent mentionné : à la sortie beaucoup étaient contraints de choisir entre l'isolement social et l'exposition au produit.

Enfin, dans l'esprit des PTUD interrogées **la santé était reléguée après le logement et les sources de revenus**, or l'accès à ces formes de soutien relevait souvent d'un labyrinthe administratif nécessitant un accompagnement rapproché.

### *1.3 Principaux obstacles au niveau structurel*

#### 1.3.1 Une autonomisation difficile durant l'incarcération

En termes de parcours de soins, presque tous les professionnels ont décrit **la transition brutale entre les prises en charge très cadrées en détention et la désorientation totale à l'extérieur face à une offre de soins éclatée.** L'accession à l'autonomie paraissait difficile durant l'incarcération, les patients ayant l'habitude que l'on « pense pour eux, qu'on leur dise où aller et quoi faire à tout moment ». Toutes les initiatives nécessaires à la sortie en matière de logement, de finances et de traitement sembleraient

d'autant plus difficiles à avoir, et nécessiteraient un reconditionnement particulièrement laborieux.

### 1.3.2 Une rupture des droits à l'assurance maladie

**Les procédures pour obtenir une couverture efficace étaient très difficiles à mettre en place avant la libération**, a fortiori pour les courtes peines. Une fois dehors, la mise en place de cette couverture nécessitait de nombreuses pièces justificatives que les patients possédaient rarement.

**L'accès à la couverture maladie à laquelle les personnes sortant de prison avaient pourtant droit n'était pas systématique et prenait en moyenne trois mois une fois dehors.** Une attestation des droits à la couverture médicale (via le bulletin de sortie) est censée être délivrée lorsque le détenu est libéré de prison, mais ne semblait pas fréquemment remise et n'était parfois pas suffisante.

### 1.3.3 Une mise en place laborieuse du soutien social

**Le délai avant l'accès aux aides financières était estimé à deux voire trois mois en moyenne.** Ce délai pouvait descendre à 4 semaines lorsque la personne avait déjà ses justificatifs à jour et préparait la demande pendant son incarcération, ce qui était très rare.

De plus, les professionnels et les patients ont convenu qu'il était **extrêmement difficile de mener à terme les procédures d'accès aux aides sociales en repartant de zéro sans un suivi étroit par un travailleur social**, et un manque criant de moyen humain dans ce secteur semblait limiter ce soutien.

**L'inoccupation durant les délais nécessaires à la mise en place du soutien social une fois sorti de prison était un facteur favorisant la rechute.** L'importance d'une activité, professionnelle ou non, démarrante le plus vite possible après la libération a été soulevée par la totalité des participants. **Cependant, celle-ci devait impérativement être couplée à une solution durable d'hébergement afin d'être efficace**, rendant la

tâche d'autant plus complexe. En effet, le manque de place dans les structures d'hébergement adaptées, l'exposition aux drogues illicites au sein des foyers d'hébergement d'urgence, et la difficulté d'accès au parc locatif privé étaient constatés par la totalité des personnes interrogées.

**Au final, il ressortait des entretiens une interdépendance forte entre le logement et le travail** : si le travail sans logement stable pouvait vite mener à l'épuisement et la rechute, le logement stable sans activité pouvait également conduire à la re-consommation.

#### 1.3.4 Un manque de préparation socio-médicale à la sortie

**Il a été observé qu'une préparation à la sortie, même minimale, était quasiment impossible à mettre sur pied pour les peines de moins de six mois.** Quant à la consultation de sortie, pourtant prévue par les textes, elle semblait loin d'être systématiquement assurée.

**Globalement, il n'a pas été mis en évidence de programme dédié visant à préparer la sortie** chez les personnes suivies pour un TUD au sein des prisons françaises. Les rares exemples de préparation efficace semblaient plutôt découler d'initiatives individuelles que d'un programme formel et soutenu par l'administration.

**Dans notre échantillon il n'a pas été rapporté de préparation spécifique à l'overdose en prison**, hormis les mises en gardes générales données par le personnel médical et, rarement, des avertissements plus ciblés donnés par les services associatifs de réduction des risques intervenant en prison.

#### 1.3.5 Une coordination aléatoire entre les différents acteurs de la prise en charge

**La multiplicité des acteurs compliquait, de facto, la coordination entre professionnels** (figure 1b).

Au niveau de la circulation de l'information, un des éléments les plus préjudiciables à la continuité des soins était **l'incertitude quant à la date définitive de sortie. Celle-ci semblait grandement entraver les projets de soins post-libération.**

De façon plus générale, le manque de communication et de coordination entre les SPIP et le greffe d'une part, et le personnel de santé d'autre part, pouvait porter atteinte à la continuité des soins et illustre une **coupure nette entre les deux ministères : justice et santé.**

**La notion de secret médical** semblait également poser un problème au niveau du parcours de soins : certains renseignements pouvaient être gardés inutilement confidentiels quand les professionnels (tant au niveau Justice que Santé) ne comprenaient pas assez bien ce qui pouvait être partagé et ce qui ne pouvait l'être. À l'inverse, l'organisation de la délivrance des TSO pouvait poser un souci majeur en termes de confidentialité car elle exposait le statut médical du patient au reste des détenus et du personnel pénitencier (détenus appelés par les gardiens depuis les coursives pour aller chercher leur traitement à l'infirmerie), avec pour conséquences directes une stigmatisation et un éloignement du soin.

Concernant le suivi psychiatrique, qui est un élément fréquemment associé à la prise en charge addictologique, **le relais ambulatoire avec les centres médico-psychologiques à la sortie** échouaient souvent à cause des files d'attente trop longues, et, plus rarement, d'une réticence à inclure dans la file ce public jugé difficile.

Enfin, la séparation quasi-étanche entre milieu carcéral et milieu libre rendait difficile la construction d'une véritable relation de travail car **les rencontres en personne étaient extrêmement limitées.**

### 1.3.6 Un manque notoire de ressources humaines et matérielles

Les CPIP et soignants semblaient devoir prioriser les demandes au vu de la file active et des nombreux problèmes présentés par les personnes incarcérées. **Le manque de moyens humains et matériels était unanimement constaté, il obligeait les professionnels à se focaliser uniquement sur l'essentiel et le plus urgent, dans un contexte de surpopulation carcérale.** Les mesures de prévention et de préparation à la sortie se retrouvaient donc reléguées au second plan.

## 2 Cohérence externe de l'étude

### 2.1 Le phénomène de « revolving prison door »

Le cycle prison-précarité-consommation mis en relief dans notre étude (figure 2, présentée ci-après) a déjà fait l'objet de plusieurs travaux à l'international (31,32,46,47). Le terme de « revolving prison door » vient décrire ce phénomène d'allers et retours incessants entre la prison et le milieu extérieur (dont l'hôpital constitue une étape, pour certains) ; il revient souvent dans les travaux réalisés chez les PTUD mais s'étend également au reste des troubles psychiatriques (29) ou aux personnes infectées par le VIH (48). En France, nous n'avons pas retrouvé de recherches qualitatives centrées sur ce phénomène, du moins chez les PTUD, qui paraît pourtant bien connu des professionnels du milieu (28,49). De plus, des données françaises récentes, qui présentent une bonne validité externe, révèlent très clairement un lien entre les troubles d'usage de substances et les incarcération multiples (16,30).

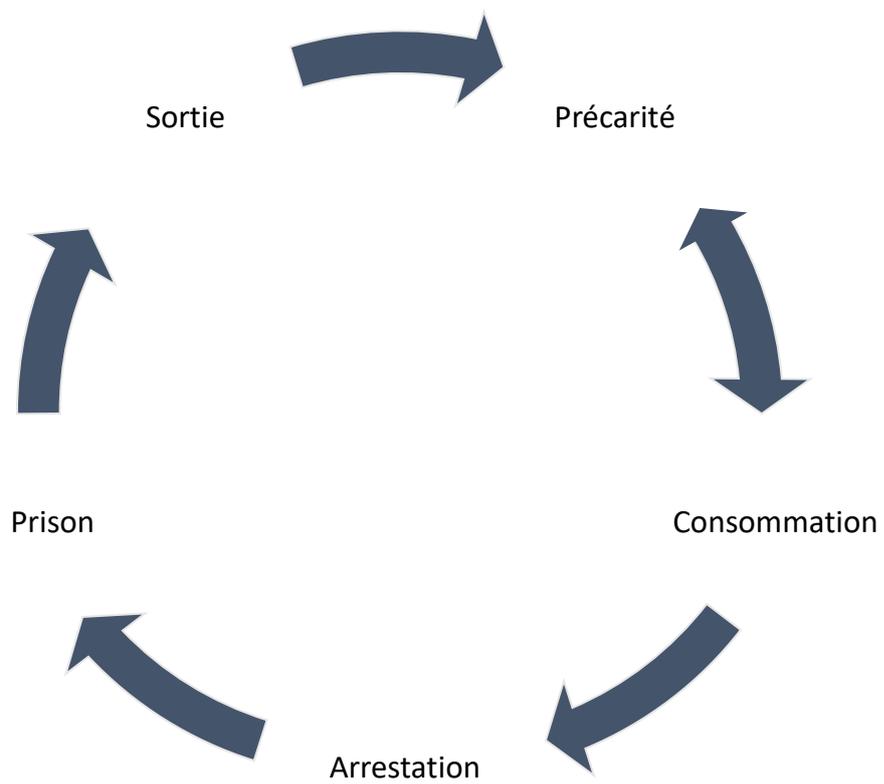


Figure 2. Illustration du phénomène de « revolving prison door » retrouvé dans notre étude et dans la littérature (les flèches n'indiquent pas nécessairement une relation causale)

## *2.2 Données françaises*

Au vu des changements réguliers de politiques publiques en matière de soins et d'incarcération, seules les données les plus récentes ont été conservées pour les confronter aux principaux résultats de cette étude.

### 2.2.1 Obstacles au niveau individuel

Plusieurs travaux ont fait état des modifications de trajectoires de consommation liées à l'incarcération, ils indiquent également une tendance à la diminution en partie attribuable à l'inaccessibilité des produits (25,50,51). Néanmoins, plusieurs auteurs soulignent un transfert des consommations vers les produits licites durant la détention, médicaments psychotropes en premier lieu (25,52,53), qu'ils soient prescrits ou issus d'un trafic. Il est donc facile d'imaginer que ce système de vases communicants entre produits illicites et licites peut encore aggraver le risque d'overdose à la sortie en diminuant la tolérance aux opiacés sans modifier le comportement addictif. Nous sommes ici face à un obstacle d'ordre structurel tant les pratiques de prescriptions des benzodiazépines et hypnotiques en détention semblent poser problème au niveau national (52,54,55).

La problématique de l'alliance thérapeutique et du travail motivationnel dans un lieu de privation de liberté a déjà été soulevée, dans un cadre dépassant celui des PTUD (56,57). Une bonne continuité des soins nécessite une adhésion du patient qui perçoit les enjeux du traitement au-delà de la sortie, or celui-ci se trouve implicitement enjoint durant l'incarcération à montrer des gages de réinsertion (51), ce qui peut être un frein pour bâtir une motivation suffisante.

De même, la perte de repères lors de la libération et les difficultés de réadaptation exprimées par les participants de notre étude trouvent écho dans plusieurs travaux français (50,58–60) qui citent également le fardeau du statut d'ancien détenu et les stigmates associés comme facteur aggravant ce choc de la sortie de prison. Tous les

facteurs expliquant ce choc ne semblaient pas adressables par une préparation socio-médicale à la sortie (comme les chocs sensoriels) mais pouvaient trouver une réponse dans les aménagements de peine (permission et semi-liberté).

## 2.2.2 Obstacles au niveau structurel

### **Manque d'information quant à la date de sortie**

L'obstacle que présente l'imprévisibilité de la date de sortie a été pointé par tous les rapports, gouvernementaux ou non, parus ces dernières années sur le sujet des soins en détention (17,61–65). Les organismes en aval de la sortie sont totalement dépendants des dates de sortie qui sont modifiées régulièrement avec les réductions de peine, les aménagements de peine, et le prononcé de nouvelles sentences au moment où la personne devait sortir. Si les revirements de parcours judiciaires sont parfois inévitables, une nette amélioration de cette situation semble néanmoins atteignable par une meilleure coordination et un meilleur partage d'information entre Justice et Santé. Il a également été observé un mauvais partage d'information au sein même du pôle justice, entre les juges d'application des peines et les SPIP (66).

### **La couverture santé et les démarches administratives qui en découlent**

Sur ce sujet, une étude de 2018 dirigée par la Sécurité Sociale (66), un rapport de 2015 de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) (61), un rapport de 2014 de la Cour des comptes (62), le rapport de la Conférence de Consensus de 2013 (63), et une étude de 2010 de l'EHESP (65) dressent un tableau remarquablement homogène et viennent rejoindre les résultats de notre étude. Il est même frappant de voir à quel point les différentes missions partagent leur constat : celles-ci rappellent que si le processus de maintien des droits sociaux pendant et après la détention est « théoriquement » bouclé

et affirmé par les textes, il fait face en pratique à un manque évident de ressources humaines, de coordination et de problèmes techniques :

- Ressources humaines : les sous dotations se concentreraient au niveau des CPIP et des assistants sociaux, bien que leur nombre soit en augmentation croissante, il reste toujours inférieur aux besoins. Or ces professionnels jouent un rôle charnière dans l'ouverture des droits sociaux (61,62,66)
- Manque de coordination : le manque d'information sur la date de sortie entravait évidemment les démarches, tout comme le manque de coordination entre Greffe et CPAM, ou juge et CPIP, qui sont pourtant rattachés au même ministère (17,64,66,67). Le rapport de l'e3ns paru en 2018 était à ce sujet univoque : « *En matière de droits sociaux, les CPIP gèrent les demandes de CMU-C, en liaison avec les assistants de service social (ASS) lorsqu'ils existent. La nécessaire coordination entre ces deux acteurs d'une part, mais aussi entre ces intervenants et le juge d'application des peines d'autre part, apparaît parfois déficiente. Les sorties peuvent en effet être prononcées sans que les CPIP n'en aient été informés.* »
- Problèmes techniques : Des obstacles d'ordre informatique sont également recensés, avec des défauts d'harmonisation des logiciels entre les greffes et les CPAM. De plus, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) veille à ce que chacun utilise son propre langage. En effet, la CPAM n'a pas le droit de parler d'entrée ou de sortie de détention dans ses bases de données. Enfin, les enquêteurs déploraient un accès à Internet restreint en détention, alors que les offres des organismes de sécurité sociale passent de plus en plus par les interfaces numériques (66).

### **Une couverture à 100% des frais de santé parfois contre-productive**

Il apparaissait (66) que, déjà en détention, seuls 16% des personnes étaient couvertes par la CMU-C, alors qu'elles seraient 80% à y avoir droit. Ce résultat pointe un problème insidieux de continuité des soins :

- Les personnes incarcérées sont déjà couvertes à 100% pour leur frais de santé (la CMU-C apportant seulement quelques avantages supplémentaires pour les soins optiques et dentaires), la nécessité de l'ouverture des droits à la CMU-C n'est donc pas perçue par le patient durant l'incarcération.
- Or, cette couverture à 100% prend fin avec la levée d'écrou.
- Le patient se retrouvera donc à payer le ticket modérateur une fois dehors, en attendant que sa demande de CMU-C aboutisse, si elle est entreprise.

Enfin, les délais des procédures étaient incompatibles avec les courtes peines : les « formalités lourdes et itératives » rendaient impossible un suivi des dossiers pour les peines de quelques mois. Et les cas de situations irrégulières, pourtant fréquents dans la population de PTUD (titre de séjour non renouvelé durant la détention par exemple) présentaient un risque majeur de rupture de droits car la demande d'AME depuis la détention était jugée très difficile.

En ajoutant les transferts et libérations ayant lieu pendant les traitements des demandes de Carte d'identité, il apparaît que les CPIP et ASS sont confrontés à un travail de Pénélope structurellement haché (61,63).

## **Accès au logement**

Les données disponibles sur les obstacles à l'accès au logement à la sortie font ressortir un constat similaire à celui qui transparaît dans nos entretiens, avec toujours un fort impact du calendrier judiciaire sur l'accès à ces solutions.

Une enquête de 2018 (68) commandée par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) a mis en lumière le parcours difficile de l'accès au logement après la détention. Elle pointe les aléas de la date de sortie comme problème majeur, et un manque de sensibilisation des acteurs de l'hébergement et du logement aux besoins des sortants de prison, notamment aux contraintes liées aux condamnations pénales. Elle pointe enfin toutes les difficultés rencontrées par la personne accompagnée en termes de démarches administratives (difficulté à obtenir des documents d'identité, des ressources, une domiciliation, l'ouverture d'un compte courant, un avis d'imposition...), des démarches qui ne sont pas forcément entreprises en détention et qui butent face à un manque de coordination entre l'administration pénitentiaire et les services administratifs. De plus, une forme de sélection de profils semble s'opérer au niveau des CHRS au détriment des sortants de prison, et a fortiori les PTUD (69).

## **Stigmatisation des personnes sortant de prison**

Les centres d'hébergement de réinsertion sociale sont soumis à des contrats d'objectifs qui peuvent les pousser à « *privilégier l'accueil des personnes dont la situation a le plus de chances d'évoluer positivement durant le séjour* » et donc à exclure les personnes jugées plus « difficiles » comme les sortants de prison ou les PTUD (58). Plus largement, un filtrage dans l'ensemble des dispositifs d'accompagnements a été constaté dans une étude de 2018 réalisée à partir d'entretiens chez 80 professionnels et bénévoles œuvrant en milieu carcéral et à l'extérieur (69). Les structures extérieures privilégieraient ainsi un public « *pas encore totalement désaffilié socialement (estimé « récupérable »), pas très*

*jeune, qui n'a pas de problème de santé affectant l'autonomie et l'autocontrôle sur le plan physique, qui n'est pas concerné par des pathologies mentales lourdes déniées ou non stabilisées, et qui ne manifeste pas de signes ostensibles d'alcoolisme ».*

### **Préparation à la sortie et consultation médicale de sortie**

Une mission de l'IGAS en 2015 (61) relevait que la consultation médicale de sortie était loin d'être systématique. L'article 53 de la loi pénitentiaire de 2009 qui dispose que toutes les personnes détenues doivent être vues avant leur sortie n'avait apparemment pas trouvé de traduction concrète.

Une enquête de 2012 confirmait le flou entourant les dispositifs de préparation à la sortie : celui-ci n'existait pas pour un quart des professionnels, et sa définition semblait différer d'un professionnel à un autre, même au sein d'un même établissement (64). La prise de contact et les rencontres avec les structures extérieures semblaient difficiles à mettre en œuvre. Les actions mises en place au moment de la sortie les plus citées étaient la prise de rendez-vous et la transmission de coordonnées d'une structure à l'extérieur. Par ailleurs, plus de 80% des professionnels du milieu carcéral disaient prescrire une ordonnance relai et donner quelques jours de traitement, sans toutefois préciser la fréquence de ces pratiques.

### **Ressources humaines et matérielles**

Le manque de ressource humaine, qui est étroitement lié au phénomène de surpopulation carcérale actuel, est particulièrement criant au niveau des CPIP, qui jouent un rôle charnière entre le parcours judiciaire et le parcours de soins. De plus ces professionnels de la réinsertion rattachés au ministère de la Justice voient leur mission de plus en plus axée vers la prévention de la récidive délictuelle et le suivi judiciaire. Ils jonglent entre de nombreux dossiers (de 80 à 120 dossiers suivis en moyenne, pour un jour donné (70)) et présentent un taux de turn-over très important (62,70,71).

Quant aux personnels de santé, si leur nombre paraissait insuffisant dans les maisons d'arrêt, les contraintes matérielles et organisationnelles imposées par les mesures de sécurité semblaient jouer un rôle important dans le rallongement des délais d'attente et le manque d'accès aux soins.

Les difficultés d'accès au matériel informatique par les professionnels exerçant en prison furent corroborées par plusieurs rapports (61,62,66) et constituaient un obstacle de plus dans l'organisation du projet de soins.

Plus généralement un manque de coordination entre tous les acteurs concernés dans la mise en place du parcours de soins a été mis en évidence (17,61–63,65,72).

La mise en place des CSAPA référents a néanmoins permis d'améliorer la coordination entre professionnels. Ce dispositif souffre malheureusement d'une confusion des rôles, entretenue par le turnover des CPIP. Elle est aussi aggravée lorsque le CSAPA intervenant déjà en milieu pénitentiaire n'a pas été reconnu comme « référent » par l'ARS, ce qui crée des incohérences dans les prises en charge (17). De plus les CSAPA référents se heurtent souvent aux demandes d'accompagnement dans la recherche d'un logement et dans les démarches administratives, mission qu'ils ne sont pas adéquatement équipés pour remplir (pour mémoire, le dispositif correspond à un demi-ETP d'éducateur pour coordonner la continuité des soins).

### *2.3 Littérature internationale*

Bien que la diversité des systèmes de santé et de protections sociales limite les comparaisons internationales, nous avons cherché à savoir si les obstacles à la continuité des soins repérés dans notre étude se retrouvaient dans les autres pays. Il est à noter que les USA paraissent surreprésentés au niveau des données disponibles sur notre sujet d'étude. Si l'on met de côté la supériorité des ressources humaines et financières allouées à la recherche dans ce pays, l'intérêt porté à cette problématique peut aussi

s'expliquer par l'effet conjoint d'une guerre à la drogue particulièrement virulente et d'un système de santé libéral notoirement inégalitaire (73–75).

### 2.3.1 Obstacles au niveau individuel

#### **Le choc et les déceptions liés à la sortie**

Concernant le choc émotionnel et les déceptions engendrées par le retour en milieu libre, trois études qualitatives (76–78) viennent confirmer plusieurs éléments observés dans notre échantillon. On retrouve la chute soudaine de motivation entre dedans et dehors concernant le maintien de l'abstinence et le maintien des soins amorcés en prison, l'impression que les soins et services à l'extérieur sont hors d'atteinte par rapport à ceux reçus en prison, et la sous-estimation des besoins pour la sortie qui émane des personnes détenues effectuant leurs premières peines. Par ailleurs ces études font ressortir des états de dépression, voire des idées suicidaires (77,78) chez cette population cumulant les facteurs de vulnérabilité. Le surrisque de suicide à la sortie de prison, tout public confondu, a d'ailleurs été mis en évidence dans de larges cohortes (79–81), celui-ci étant estimé à cinq fois celui de la population générale (79,81).

#### **Retour vers un réseau social lié à la consommation**

Le manque de relations sociales à la sortie et le besoin de programmes aidant à entretenir les relations durant la prison ou favorisant la création de nouveaux liens a également été rapporté par plusieurs études (41,43,82,83). Le concept du soutien « à double tranchant » retrouvé dans notre étude (des proches qui soutiennent mais exposent aussi au produit) a également été souligné (82). On retrouvait également le problème de l'exposition aux produits dans les centres d'hébergement d'urgence, ces solutions de logement étaient présentées comme un facteur favorisant la rechute (77,83).

### 2.3.2 Obstacles au niveau structurel

#### **Le logement et les revenus via emploi reviennent comme facteurs décisifs de continuité des soins.**

Le rôle décisif du logement à la sortie de prison, en termes de réinsertion et plus précisément en termes de continuité des soins a été largement documenté dans la littérature internationale (43,84–87). Ce constat est d'ailleurs à l'origine du programme « Housing first » qui mise sur une priorité donnée au logement avec un accompagnement médico-social afin de prévenir la rechute et/ou la récidive délictuelle (88). L'accès au logement et à l'emploi font partie des besoins les plus fréquemment cités par les personnes sortant de prison, avant même l'accès aux soins, y compris ceux présentant des pathologies chroniques nécessitant un suivi médical rapproché. La hiérarchie des besoins dans cette population, illustrée ci-dessous et reprenant la théorie de Maslow (89) (figure 3) a d'ailleurs été proposée par une revue de la littérature sur les besoins des patients sortant de prison infectés par le VIH (90).

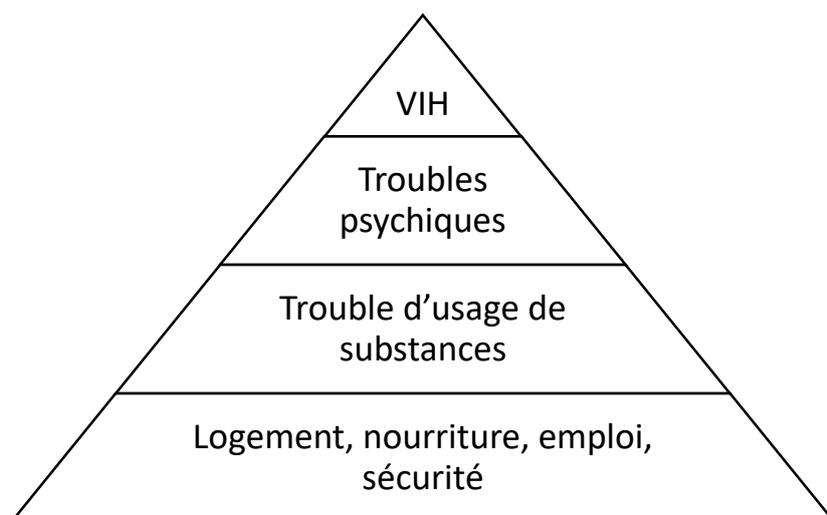


Figure 3. Hiérarchie des besoins selon Maslow, appliquée aux patients sortant de prison infectés par le VIH, d'après Springer et al (90).

La question de l'efficacité des communautés thérapeutiques agissant comme un pont entre prison et logement privé par rapport à un accès immédiat au logement personnel anime toujours le débat (84). Néanmoins l'utilité d'un suivi individualisé et personnalisé par un « case manager » qui accompagne le patient dans ses démarches semble quant à elle faire consensus (43).

Se dresse donc le tableau d'une population de PTUD qui cumule les besoins, et donc les facteurs de stress à la sortie (31). Or la réponse à l'anxiété chez ces sujets est justement susceptible de passer par l'automédication et les substances psychoactives, qu'elles soient licites ou non (91,92).

### **Accès à l'assurance santé**

Le problème de l'accès à la couverture santé pour les personnes sortant de prison a souvent été pointé dans la littérature internationale, et particulièrement aux USA (93–96) avec de nombreux cas de couvertures Medicaid suspendues ou résiliée (95).

Malgré les espoirs placés dans l'Affordable Care Act sous la présidence de Barack Obama sur le problème de la sortie de prison (97), la rupture des droits reste un problème majeur dans la continuité des soins chez les PTUD et la situation semble particulièrement alarmante chez les femmes (77,98). Les difficultés dans l'obtention d'une couverture santé chez les PTUD sortant de prison ont également été constatées dans plusieurs pays d'Europe et la nécessité d'un accompagnement individualisé a été mis en évidence (41).

### **Coordination et Manque moyens financiers et humains**

Au niveau international, on retrouvait également le manque de financement et de ressources humaines comme obstacle majeur à une bonne continuité des soins. En

accord avec nos résultats, il apparaissait que cette dernière n'était pas la priorité face à une demande de soins urgents qui peinait déjà à être satisfaite (41,96,99).

A noter, le manque de coordination entre Justice et Santé fut particulièrement souligné au Royaume-Uni (99).

### **Date de sortie**

Les blocages liés à l'incertitude de la date de sortie se retrouvaient notamment au Royaume-Uni, où la coordination Justice-Santé paraissait déficiente (99) mais également aux USA, (96,100) où la multiplicité des acteurs associatifs rendait la coordination difficile entre services.

### **3 Comparaison aux données européennes du projet « My first 48 hours out »**

Malgré l'adoption d'une méthode de mesures commune, l'état d'avancement du projet n'a malheureusement pas permis la comparaison des résultats de cette étude à ceux des trois autres pays. Néanmoins, celle-ci sera possible dans le futur.

En effet, la confrontation des données se heurte à la barrière de la langue pour les chercheurs qui doivent donc avancer de façon synchrone et coordonnée. Chacun étant dépendant de l'autre pour accéder aux données, il n'est pas possible de centraliser leur analyse.

### **4 Points faibles et forts de l'étude**

#### *4.1 Limites*

Notre étude concernait un échantillon de convenance de taille modeste, bien que semblable voire supérieure aux autres enquêtes qualitatives de ce champ d'étude (51,76,78,82,101,102). Néanmoins, la taille de l'échantillon ne constitue pas un élément primordial dans les études qualitatives où les notions de représentativité et de

reproductibilité sont reléguées derrière celles de fidélité et d'exactitude. La question est ici de savoir si les entretiens permettent de capter les trajectoires des sujets, leurs éléments biographiques, et les mécanismes causaux. On s'attachera plutôt à atteindre un maximum d'hétérogénéité, afin d'arriver à saturation des données. Il s'agit, de plus, d'une étude exploratoire visant à « débrouiller » les différents obstacles à la continuité des soins plutôt qu'à les classer par ordre de fréquence. La cohérence externe, la confrontation aux études antérieures présentée dans la discussion permet en revanche d'appuyer, ou non, les résultats avant d'émettre des suggestions de politiques publiques ou d'actions locales.

Les critères d'inclusions dans notre étude comprenaient les troubles d'usage de substances illicites autres que le cannabis et nos résultats ne peuvent donc s'étendre au-delà de cette population. Ainsi, les personnes consommant exclusivement du cannabis, ou exclusivement des substances légales ne seront pas nécessairement confrontées aux mêmes risques et aux mêmes obstacles en termes de continuité des soins.

Plusieurs limites sont liées à notre stratégie d'échantillonnage : tous les participants interrogés étaient en contact plus ou moins étroit avec le soin, laissant de côté les profils de PTUD « hard-to-reach ». Ces personnes vivent souvent dans une situation instable et il s'est avéré beaucoup plus difficile que prévu de réaliser les entretiens, car nous avons besoin à la fois que le patient respecte son rendez-vous et qu'un espace confidentiel soit disponible pour mener l'entretien. Par ailleurs, nous avons mis en place des incitations financières (chèque-service) mais cela a eu un effet négligeable. De plus la tenue de l'enquête a nécessité l'autorisation de l'administration pénitentiaire au niveau local et national, puis du chef de l'unité médicale à l'intérieur de la prison. En conséquence, nous n'avons finalement obtenu les autorisations que pour un seul centre de détention. Une fois celles-ci obtenues, nous avons dû solliciter tout le personnel de l'unité d'addictologie pour trouver des patients éligibles et acceptant de participer, puis trouver plusieurs dates

où les patients et un bureau confidentiel en prison étaient disponibles, ce qui s'est avéré également difficile et a réduit nos options d'échantillonnage.

Enfin, notre échantillon de professionnels n'incluait malheureusement aucun membre de l'administration pénitentiaire, nous privant donc de leur point de vue sur les questions de coordination Justice-Santé et sur les contraintes organisationnelles et matérielles qui sont les leurs. Cependant, nous nous sommes attachés à confronter nos résultats à ceux des travaux incluant ces professionnels (61,65,69) afin de les conforter.

#### *4.2 Forces*

Il n'existe, à notre connaissance, aucun travail similaire réalisé en France : bien que les problèmes de continuité des soins à la sortie de prison soient régulièrement soulevés, il s'agit de la première étude qualitative réalisée chez des PTUD avant et après la sortie de prison. De plus l'inclusion de professionnels nous a permis de croiser les points de vue, de dépister les défauts de coordination interprofessionnelle à leur source, et d'aller au plus près des mécanismes causaux. Ce design d'étude visait effectivement à dépasser le constat d'une mauvaise continuité des soins. Si les études recensées rendent compte du retentissement de ces ruptures au niveau de la rechute et de l'overdose, le détail des mécanismes les expliquant est lui rarement disponible.

En outre, notre recrutement s'est attaché à maximiser l'hétérogénéité des expériences : notre échantillon de PTUD incluait des hommes et des femmes, en soins ambulatoires ou en centre résidentiel, avec une grande étendue d'âge et de durées d'incarcération. De même, l'échantillon de professionnels comprenait des intervenants du champ social et médical, aux durées d'expériences différentes.

Enfin, l'adoption d'un codebook commun travaillé en amont et de méthodes de mesures communes permettra la comparabilité de nos données à celles de nos partenaires européens dans le cadre du projet « My first 48 hours out », une fois exposées les différences au niveau des systèmes de santé.

## 5 Perspectives

### 5.1 *Quelles avancées depuis 2017*

Nous listons ci-dessous plusieurs avancées observées depuis le recueil de nos données, il s'agit de changement de stratégies ou mesures annoncées ayant rapport avec notre axe de recherche.

#### 5.1.1 Au niveau de la couverture maladie

Depuis 2018, l'assurance maladie prend à sa charge l'ensemble des frais tout au long de la mise sous écrou (auparavant le ministère de la justice se voyait facturé le ticket modérateur).

Une tentative d'harmonisation des démarches a eu lieu avec la mise en place du CNPE (Centre National de gestion de la Protection sociale des Personnes Ecrouées, créé par l'arrêté du 10 août 2017). Désormais, la gestion des personnes écrouées est centralisée dans deux CPAM : la CPAM de l'Oise, compétente pour les établissements situés au Nord de la France et la CPAM du Lot, pour ceux du Sud.

Si la simplification des procédures pour l'administration pénitentiaire est évidente, l'impact concret de ces mesures au niveau du maintien des droits après la sortie de prison reste cependant à démontrer.

#### 5.1.2 Au niveau du système carcéral

Les structures d'accompagnement vers la sortie (SAS) sont de nouvelles structures pénitentiaires intermédiaires entre milieu ouvert et milieu fermé, qui accueillent des personnes détenues dont la peine ou le reliquat de peine est inférieur à un an, afin de mieux préparer leur sortie et ainsi favoriser leur insertion sociale et professionnelle. La première SAS a ouvert à Marseille en juin 2018, et de nouvelles ouvertures sont prévues d'ici 2022 pour accueillir 2 000 personnes (21).

Sont créées au sein des SAS des plateformes de préparation à la sortie, qui regroupent l'ensemble des acteurs concernés (caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales, service intégré d'accueil et d'orientation, Pôle Emploi, missions locales, préfectures, centre communal d'action sociale, associations...) selon différentes modalités (séances d'informations collectives, forum de préparation à la sortie, permanences, etc.).

### 5.1.3 Autres mesures annoncées par le gouvernement et la présidence

Lors de la séance des questions orales sans débat du mardi 17 avril 2018 à l'Assemblée nationale, Nicole Belloubet, ministre de la Justice, s'est exprimée sur la santé mentale des détenus en prison, elle a annoncé la mise en place de plusieurs mesures pour améliorer la continuité de la prise en charge à la sortie de prison (103) :

- le renforcement du lien avec les secteurs de psychiatrie et la médecine de ville, en particulier en lien avec les centres médico-psychologiques ;
- le développement du recours aux aménagements de peine pour raison médicale, aujourd'hui sous-utilisés. Sur ce point, la direction de l'administration pénitentiaire a piloté l'élaboration d'un guide méthodologique à destination des professionnels relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale, élaboré avec la direction des affaires criminelles et des grâces et la direction de la protection judiciaire de la jeunesse ainsi que le ministère des solidarités et de la santé ;
- le développement de l'accès à l'hébergement et au logement, par une meilleure coordination avec les acteurs du logement, les services intégrés d'accueil et d'orientation, les directions départementales de la cohésion sociale, les partenaires associatifs.

Dans un cadre plus large, Emmanuel Macron, Président de la République, a annoncé les mesures suivantes en 2018 (104) :

- Ecarter l'option de la prison pour les peines les plus courtes et élargir l'éventail des autres peines (bracelet électronique, travaux d'intérêt général) et des formules de probation (mise à l'épreuve).
- Une création de 1500 postes de CPIP afin de diminuer leur charge de travail et améliorer le suivi des dossiers.
- Une création de 15 000 places de prison afin de diminuer les taux de surpopulation carcérale.

### *5.2 Pistes d'amélioration*

Les principales pistes d'amélioration et les bonnes pratiques observées concernant la continuité des soins à la sortie chez les PTUD sont résumées ci-dessous.

#### **Prévenir l'incarcération, et les transitions brutales**

##### *Suggestions*

- Développer les alternatives à l'incarcération, a fortiori pour les courtes peines, dans l'esprit des « drug courts » développés en Ecosse ou en Norvège (105).
- Développer au maximum les aménagements de peine (permissions, voire semi-liberté) afin de permettre un contact avec les structures d'accueil en milieu libre et une meilleure autonomisation.

**Pendant l'incarcération, améliorer la préparation à la sortie et la rendre plus efficace.**

##### *Pratiques observées*

- Améliorer la communication Justice-Santé
  - o Rétablir une véritable collaboration entre SPIP et unités sanitaires en prison ;

- Remédier aux changements imprévus dans les dates de sortie, mieux communiquer à ce niveau avec l'unité sanitaire et les structures de soins et d'hébergement en aval
- Faciliter l'accès en prison aux associations et, en accord avec le personnel de santé, déléguer plus officiellement une partie du soutien aux services de réduction des risques existant en milieu libre ;
- Introduire un soutien par les pairs ;
- Développer un soutien psychologique basé sur l'amélioration de l'estime de soi ;
- Pour chaque patient, définir les services qui seront impliqués dans le suivi du TSO à l'extérieur dès l'introduction du TSO.

### *Suggestions*

- Convenir d'une définition commune d'un programme de préparation à la sortie,
- Créer plus de postes de travailleurs sociaux, rattachés aux unités sanitaires ou au SPIP,
- Créer davantage de postes de CPIP, et clarifier leur rôle vis-à-vis du projet de sortie notamment leur articulation avec les autres services sur la mise en place du soutien social,
- Permettre l'accès à Internet et au téléphone aux travailleurs sociaux à l'intérieur de la prison,
- Permettre à tous les services de santé d'utiliser les emails et les téléphones.

### **Améliorer la collaboration entre les professionnels**

#### *Suggestions*

- Faciliter l'accès au greffe pour les professionnels (notamment les travailleurs sociaux chargés de l'accompagnement dans les démarches administratives),

- Permettre aux professionnels travaillant à l'extérieur de rencontrer leurs collègues en prison,
- Établir plus de rencontres physiques entre les professionnels à l'intérieur et à l'extérieur, pour créer une véritable relation de travail.

**Dès la sortie de prison, garantir un accès immédiat aux traitements essentiels (TSO, VIH, VHC...)**

*Pratiques observées*

- En accord avec le patient, informer systématiquement la pharmacie à l'extérieur qu'elle doit s'attendre à une visite du patient, et confirmer la délivrance de TSO,
- Délivrer systématiquement une ordonnance comportant le traitement en cours et le remettre au patient juste avant sa sortie,
- Permettre à la pharmacie de la prison de fournir quelques jours de traitement après la libération,
- Développer l'offre de délivrance gratuite TSO en ville (« pharmacies humanitaires » sur le modèle de certains CSAPA).

*Suggestions*

- Maintenir les personnes détenues dans le droit commun au niveau de la couverture médicale :
  - o Initier les démarches PUMa et CMU-C dès le premier jour de détention si besoin afin d'assurer une couverture à 100% durant la détention,
  - o Garantir une carte vitale mise à jour à chaque sortant de prison,
  - o Etablir une présence effective d'assistants de service social en détention,
  - o Instaurer des permanences régulières des services publics dans les établissements pénitentiaires (CPAM, CAF, Pôle emploi),

- Permettre l'anticipation, en milieu fermé, de l'instruction des dossiers nécessaires à l'obtention des prestations sociales et à l'accès aux emplois aidés (Revenu de Solidarité Active, allocation chômage, emplois d'avenir, Contrat d'Insertion dans la Vie Sociale, Aide Médicale d'Etat, droit au logement et droit au logement opposable (DALO), etc.),
- Garantir systématiquement l'accès aux outils numériques pour les professionnels du milieu carcéral.

**Pendant la période suivant la libération, améliorer l'accès aux services de soutien socio-médicaux dans la collectivité**

*Pratiques observées*

- Etablir une relation de confiance entre le patient et les structures à l'extérieur avant la sortie de prison :
  - Autorisation d'une permission pour visiter les structures d'hébergement/de soins en aval, dans le cadre d'un projet de sortie, à défaut, organiser un rendez-vous téléphonique,
  - Avant la libération, organiser systématiquement une première rencontre téléphonique ou en personne avec les services qui soutiendront le patient dans la communauté,
  - Le jour de la sortie, proposer un accompagnement/transport depuis la porte de la prison jusqu'au structures de soins/d'hébergement, si besoin,
  - Permettre un suivi par les mêmes professionnels avant et après la sortie de prison.
- Développer les Unités d'Accès Rapide et de Court Séjours pour Sortants de prison (UARCS) accueillant spécifiquement des personnes sous main de justice, en situation d'addiction.

- Accroître le nombre de centres sans rendez-vous dans les services médicaux et sociaux de la collectivité,
- Juste avant la sortie, distribuer au patient un dépliant présentant les services locaux de soutien médico-social.

### *Suggestions*

- Création d'une équipe entièrement mobile qui peut se déplacer d'un site pénitentiaire à l'autre et qui offre un soutien et un suivi continu à l'intérieur et à l'extérieur,
- Créer un CAARUD référent sur le même modèle que les CSAPA référents, afin notamment d'améliorer la diffusion des mesures de réduction des risques.

## CONCLUSION

Cette étude a permis d'identifier de nombreux obstacles à la continuité des soins chez une population qui cumule les besoins et les comorbidités. Certains obstacles se retrouvaient au niveau individuel et le basculement psychologique vers l'indépendance semblait difficile à atteindre chez les PTUD sortant de prison. Néanmoins, la majeure partie des obstacles retrouvés semblaient d'ordre plus structurel. En effet, le manque de préparation à la sortie et les ruptures de prises en charge sociales et médicales après la libération reflétaient une coordination déficiente entre les professionnels théoriquement liés au projet de soins du patient, au niveau Santé comme au niveau Justice. Celles-ci se trouvaient aggravées par un manque notoire de ressources humaines et matérielles allouées à la santé et au suivi social des personnes détenues. Enfin les courtes peines, qui semblaient constituer la majeure partie des condamnations prononcées chez les PTUD, rendait la mise en place d'une bonne continuité des soins d'autant plus ardue, voire, dans de nombreux cas, impossible.

La plupart des obstacles retrouvés dans notre étude trouvaient écho dans la littérature française et internationale. Le tableau qui se dessine est donc celui d'une personne repartant de zéro, qui accumule les facteurs de vulnérabilité, et qui se retrouve face à des services, certes existants, mais trop souvent éclatés, étanches, désynchronisés et sous dotés. Une personne dont la situation nécessite impérativement des réponses rapides et renforcées, mais à qui les professionnels sont contraints de proposer un bricolage fragile de mesures parfois incomplètes. Or il apparaît que seules des mesures fortes et globales répondant simultanément aux besoins de logement, de sécurité et de soins pourront briser le cycle continu prison-précarité-consommation-prison et éviter les overdoses fatales.

Une fois mises de côté les réformes pénales qui permettraient de prévenir l'incarcération chez les PTUD, et qui réglerait de fait le problème de la sortie de prison, certains leviers

identifiés dans cette étude pourraient permettre d'améliorer la continuité des soins. Ils nécessitent cependant une politique d'envergure interministérielle, ils nécessitent de favoriser les réponses locales, de mieux identifier le rôle des acteurs, de développer les structures référentes agissant à la fois en milieu carcéral et en milieu ouvert et ils nécessitent, pour certains, des moyens importants.

Néanmoins, au vu du fardeau individuel et sociétal que représente la problématique de l'usage de drogue et de l'incarcération, le coût lié à ces changements semble largement couvert par les bénéfices qu'ils entraîneraient.

## REFERENCES

1. Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 11 juill 2013;18(28).
2. Sannier O, Verfaillie F, Lavielle D. [Risk reduction and drug use in detention: study about the detainees of Liancourt Penitentiary]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. juill 2012;41(7-8):e375-385.
3. Jacomet C, Guyot-Lénat A, Bonny C, Henquell C, Rude M, Dydymski S, et al. Addressing the challenges of chronic viral infections and addiction in prisons: the PRODEPIST study. *Eur J Public Health.* févr 2016;26(1):122-8.
4. Verneuil L, Vidal J-S, Ze Bekolo R, Vabret A, Petitjean J, Leclercq R, et al. Prevalence and risk factors of the whole spectrum of sexually transmitted diseases in male incoming prisoners in France. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis Off Publ Eur Soc Clin Microbiol.* avr 2009;28(4):409-13.
5. Mouquet. Rapport de la DRESS : La santé des personnes entrées en prison en 2003. DRESS; 2005.
6. Roux P, Sagaon-Teyssier L, Lions C, Fugon L, Verger P, Carrieri MP. HCV seropositivity in inmates and in the general population: an averaging approach to establish priority prevention interventions. *BMJ Open.* 19 oct 2014;4(10):e005694.
7. Dhumeaux. Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. ANRS - CNS; 2016.
8. Michel, Maguet. Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral - Ministère des affaires sociales et de la santé. 2015.
9. Barbier C. Enquête Prévacar - Volet offre de soins - VIH, Hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Direction générale de la santé; 2011 p. 88.
10. Michel, Carrieri, Wodak. Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review. *Harm Reduct J.* 2008;
11. Brisacier. Tableau de bord 2015 des traitement de substitution aux opiacés - OFDT. 2015.
12. Barbier C, Maache A. Enquête flash relative à la prise en charge des addictions en milieu carcéral. Direction générale de la santé; 2016.
13. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry.* 21 août 2006;6:33.
14. Sarlon E, Duburcq A, Neveu X, Morvan-Duru E, Tremblay R, Rouillon F, et al. Imprisonment, alcohol dependence and risk of delusional disorder: a cross-sectional study. *Rev Epidemiol Sante Publique.* juin 2012;60(3):197-203.

15. Sahajjan F, Berger-Vergiat A, Pot E. Use of psychoactive substances in prison: Results of a study in the Lyon-Corbas prison, France. *Rev Epidemiologie Santé Publique*. sept 2017;Vol.65, n°5:361-7.
16. Michel L, Trouiller P, Chollet A, Molinier M, Duchesne L, Jauffret-Roustide M. Self-reported injection practices among people who use drugs in French prisons: Public health implications (ANRS-Coquelicot survey 2011-2013). *Drug Alcohol Rev*. avr 2018;37 Suppl 1:S268-76.
17. Obradovic I. « Mesures d'accueil des sortants de prison » - Synthèse du focus group [Internet]. France: OFDT; 2014 p. 27. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/mesures-daccueil-des-sortants-de-prison-synthese-du-focus-group-avril-2014/>
18. Gaubert. Guide pratique sur la continuité des soins chez les personnes détenues - ASEP & Fédération Addiction. 2014.
19. Obradovic I, Jauffret-Roustide M., Michel L. Drug-related health policies and services in prison, in *New Development, Trends and in-depth information on selected issues*. Lisbonne: EMCDDA; 2012.
20. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice - Plan d'action stratégique 2010-2014 - Ministère de la justice. 2010.
21. Guide relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice - 4e édition. France: Ministère des Solidarités et de la Santé - Ministère de la Justice; 2019 p. 488.
22. Prison Conditions in the Member States: Selected European Standards and Best Practices - Briefing: Civil Liberties. Strasbourg, France: European Parliament; 2017.
23. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Statistique des personnes écrouées et détenues en France - Situation au 1er juillet 2019. France: Ministère de la Justice; 2019.
24. Walmsley R. World Prison Brief - 12th Edition [Internet]. Institute for Criminal Policy Research; 2018. Disponible sur: [https://www.prisonstudies.org/research-publications?shs\\_term\\_node\\_tid\\_depth=27](https://www.prisonstudies.org/research-publications?shs_term_node_tid_depth=27)
25. Michel L. Usage de substances psychoactives en prison et risques associés. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 janv 2018;202(1):53-65.
26. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addict Abingdon Engl*. oct 2017;112(10):1725-39.
27. Mason LM, Duffell E, Veldhuijzen IK, Petriti U, Bunge EM, Tavoschi L. Hepatitis B and C prevalence and incidence in key population groups with multiple risk factors in the EU/EEA: a systematic review. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. juill 2019;24(30).
28. Marzo J-N, Rotily M, Meroueh F, Varastet M, Hunault C, Obradovic I, et al. Maintenance therapy and 3-year outcome of opioid-dependent prisoners: a

- prospective study in France (2003-06). *Addict Abingdon Engl.* juill 2009;104(7):1233-40.
29. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry.* janv 2009;166(1):103-9.
  30. REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge (RECAP) - Tableaux statistiques 2007 - 2017 [Internet]. Paris: OFDT; 2018. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/recap/>
  31. Link NW, Hamilton LK. The reciprocal lagged effects of substance use and recidivism in a prisoner reentry context. *Health Justice* [Internet]. 7 juin 2017 [cité 4 sept 2019];5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5462665/>
  32. Harrison LD. The Revolving Prison Door for Drug-Involved Offenders: Challenges and Opportunities. *Crime Delinquency.* 1 juill 2001;47(3):462-85.
  33. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, et al. Release from prison--a high risk of death for former inmates. *N Engl J Med.* 11 janv 2007;356(2):157-65.
  34. Bukten A, Stavseth MR, Skurtveit S, Tverdal A, Strang J, Clausen T. High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction.* 2017;112(8):1432-9.
  35. Europe WHORO for. Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2010 [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326483>
  36. Kinner SA, Wang EA. The Case for Improving the Health of Ex-Prisoners. *Am J Public Health.* août 2014;104(8):1352-5.
  37. EMCDDA. Estimating public expenditure on drug-law offenders in prison in Europe [Internet]. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2014 p. 22. Disponible sur: [http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/public-expenditure-drug-law-offenders-in-prison\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/public-expenditure-drug-law-offenders-in-prison_en)
  38. Merrall ELC, Kariminia A, Binswanger IA, Hobbs MS, Farrell M, Marsden J, et al. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addict Abingdon Engl.* sept 2010;105(9):1545-54.
  39. Stöver H, Casselman J, Hennebel L. Substitution treatment in European prisons: A study of policies and practices in 18 European countries. *Int J Prison Health* [Internet]. 1 janv 2006 [cité 8 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1080/17449200600743396/full/html>
  40. Binswanger IA. Opioid Use Disorder and Incarceration - Hope for Ensuring the Continuity of Treatment. *N Engl J Med.* 28 mars 2019;380(13):1193-5.
  41. MacDonald M, Williams J, Kane D. Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons. *Int J Prison Health.* 2012;8(2):68-84.

42. Gonzalez JMR, Connell NM. Mental Health of Prisoners: Identifying Barriers to Mental Health Treatment and Medication Continuity. *Am J Public Health.* déc 2014;104(12):2328.
43. Kendall S, Redshaw S, Ward S, Wayland S, Sullivan E. Systematic review of qualitative evaluations of reentry programs addressing problematic drug use and mental health disorders amongst people transitioning from prison to communities. *Health Justice.* 2 mars 2018;6(1):4.
44. Winter RJ, Stoope M, Degenhardt L, Hellard ME, Spelman T, Jenkinson R, et al. Incidence and predictors of non-fatal drug overdose after release from prison among people who inject drugs in Queensland, Australia. *Drug Alcohol Depend.* 1 août 2015;153:43-9.
45. Neale J, Allen D, Coombes L. Qualitative research methods within the addictions. *Addict Abingdon Engl.* nov 2005;100(11):1584-93.
46. Somers JM, Rezansoff SN, Moniruzzaman A, Zabarauckas C. High-frequency use of corrections, health, and social services, and association with mental illness and substance use. *Emerg Themes Epidemiol.* 18 déc 2015;12(1):17.
47. Lambdin BH, Comfort M, Kral AH, Lorvick J. Accumulation of Jail Incarceration and Hardship, Health Status, and Unmet Health Care Need Among Women Who Use Drugs. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health.* oct 2018;28(5):470-5.
48. Fu JJ, Herme M, Wickersham JA, Zelenev A, Althoff A, Zaller ND, et al. Understanding the Revolving Door: Individual and Structural-Level Predictors of Recidivism Among Individuals with HIV Leaving Jail. *AIDS Behav.* oct 2013;17(02):S145-55.
49. Observatoire International des Prisons. Addiction et sortie de prison : le bricolage forcé des accompagnants [Internet]. oip.org. 2017 [cité 7 sept 2019]. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/addiction-et-sortie-de-prison-le-bricolage-force-des-accompagnants/>
50. Canat AB. Facteurs influençant la toxicomanie en milieu carcéral : étude qualitative chez d'anciens détenus recrutés en Centres de Soins pour Toxicomanes. 2012.
51. Pereira PF, Simon C. Consommations de substances psycho-actives en milieu carcéral : étude qualitative rétrospective. *Psychotropes.* 26 sept 2017;Vol. 23(2):35-56.
52. Fovet T, Amad A, Adins C, Thomas P. [Psychotropic drugs in prison]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. mai 2014;43(5):520-8.
53. Rousselet M, Guerlais M, Caillet P, Mauillon D, Le Geay B, Jolliet P, et al. Quelles consommations en prison ? À partir de l'étude COnsommation de Substances et Médicaments au sein de pOpulations carcéraleS (COSMOS). *Therapies.* 1 déc 2018;73(6):577.
54. Keller MM, Ploton N. Vécu et perception des soins en milieu carcéral : étude qualitative auprès des personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces. In 2014.

55. Brillet E. La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique. Arch Polit Criminelle. 2009;n° 31(1):107-43.
56. Lancelevee C. Quand la prison prend soin - Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de l'EHESS [Internet]. EHESS - IRIS - Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux Sociaux - sciences sociales, politique, santé; 2016 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01395632>
57. Clavairoly E, Boyer G, Hochmann J. Soigner en prison ? : paradoxes : parcours d'une psychologue. Lyon, France: Cesura; 2013. 176 p.
58. Dindo S. Sortir de prison: le parcours d'obstacles. Dedans Dehors. 2014;(86):13-6.
59. Fernandez F. Emprises [Internet]. Boeck D, éditeur. Larcier; 2010. 370 p. Disponible sur: <https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-00563182>
60. Noali L. La peine après la peine. Le syndrome du sorti de prison. Champ PénalPenal Field [Internet]. 29 févr 2016 [cité 1 sept 2019];(Vol. XIII). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/champpenal/9314>
61. Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. France: Inspection générale des affaires sociales; 2015 p. 175.
62. Cour des comptes. La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables [Internet]. France: Cour des Comptes; 2014. (Rapport public annuel). Disponible sur: <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-publicannuel-2014>
63. Conférence de consensus pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive. Principes d'action et méthodes - Rapport du jury de consensus remis au Premier ministre. Paris; 2013 p. 33.
64. Fédération Addiction, Prison AA des P de SE en, Fédération Addiction. Addiction et milieu carcéral. Les articulations entre les professionnels de santé de l'intra-muros et de l'extra-muros. Rapport d'enquête [Internet]. Paris: Fédération Addiction; 2012. 25 p. Disponible sur: <http://www.federationaddiction.fr/la-continuite-des-soins-des-personnes-detenu-es-rapport-denquete/>
65. « Garantir la continuité des soins à la sortie de prison » - L'exemple de la prise en charge des addictions. EHESP; 2010 p. 54.
66. Morel A, Bouazza A, Guesdon N, Lombard L, Martin E, Monnier M. L'accès des personnes détenues aux assurances maladie et retraite : les marges de progrès pour une meilleur réinsertion à la sortie de prison [Internet]. France: Ecole des dirigeants de la protection sociale; 2018 p. 51. (Recherche-Action en protection sociale). Disponible sur: <https://en3s.fr/articles-regards/reac/2019/PRISON.pdf>
67. Obradovic I, Bastianic T, Michel L, Jauffret-Roustide M. Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison (thème spécifique 1) [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2011. 181-223 p. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/nr2011si1f.pdf>

68. Cazenave N, Muñoz G, (CEREMA). Organiser la sortie de détention : de la prison vers le logement [Internet]. France: Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement; 2017 p. 94. (Dihal). Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/nouvelle-publication-de-la-dihal-de-la-prison-vers-le-logement>
69. Joël M. Sélection et exclusion à l'œuvre dans les dispositifs d'aide, d'information et d'accompagnement sociosanitaires en prison et à la sortie. *Éthique Publique Rev Int D'éthique Sociétale Gouv* [Internet]. 1 déc 2018 [cité 31 août 2019];(vol. 20, n° 2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/3997>
70. Lacoche S, Monnet E, de LATOUR JR, Coppinger N, Berbain H, Cazaux H. Les services pénitentiaires d'insertion et de probation. France: Inspection générale des finances; 2011 p. 486.
71. Maestracci N. Repenser la sortie de prison. *Rev MAUSS*. 19 nov 2012;n° 40(2):202-12.
72. Hazan A. Soins psychiatriques aux détenus : les constats du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. *Santé Ment*. avr 2018;(227).
73. Krausz MR, Jang KL. North American opioid crisis: decline and fall of the war on drugs. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(1):6-8.
74. Flath N, Tobin K, King K, Lee A, Latkin C. Enduring Consequences From the War on Drugs: How Policing Practices Impact HIV Risk Among People Who Inject Drugs in Baltimore City. *Subst Use Misuse*. 03 2017;52(8):1003-10.
75. The Lancet Hiv null. The war on drugs is incompatible with the fight against HIV. *Lancet HIV*. mai 2019;6(5):e269.
76. Adams J, Nowels C, Corsi K, Long J, Steiner JF, Binswanger IA. HIV risk after release from prison: a qualitative study of former inmates. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 15 août 2011;57(5):429-34.
77. Johnson JE, Schonbrun YC, Peabody ME, Shefner RT, Fernandes KM, Rosen RK, et al. Provider Experiences with Prison Care and Aftercare for Women with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders: Treatment, Resource, and Systems Integration Challenges. *J Behav Health Serv Res*. oct 2015;42(4):417-36.
78. Binswanger IA, Nowels C, Corsi KF, Long J, Booth RE, Kutner J, et al. « From the prison door right to the sidewalk, everything went downhill, » a qualitative study of the health experiences of recently released inmates. *Int J Law Psychiatry*. août 2011;34(4):249-55.
79. Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet Lond Engl*. 8 juill 2006;368(9530):119-23.
80. Kariminia A, Butler TG, Corben SP, Levy MH, Grant L, Kaldor JM, et al. Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners—1988 to 2002: a data-linkage study. *Int J Epidemiol*. 1 avr 2007;36(2):310-6.

81. Zlodre J, Fazel S. All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. déc 2012;102(12):e67-75.
82. Cepeda JA, Vetrova MV, Lyubimova AI, Levina OS, Heimer R, Niccolai LM. Community reentry challenges after release from prison among people who inject drugs in St. Petersburg, Russia. *Int J Prison Health*. 2015;11(3):183-92.
83. Binswanger IA, Nowels C, Corsi KF, Glanz J, Long J, Booth RE, et al. Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors. *Addict Sci Clin Pract*. 15 mars 2012;7(1):3.
84. Pleggenkuhle B, Huebner BM, Kras KR. Solid Start: supportive housing, social support, and reentry transitions. *J Crime Justice*. 2 juill 2016;39(3):380-97.
85. Elison S, Weston S, Davies G, Dugdale S, Ward J. Findings from mixed-methods feasibility and effectiveness evaluations of the "Breaking Free Online" treatment and recovery programme for substance misuse in prisons. *Drugs Educ Prev Policy*. 3 mars 2016;23(2):176-85.
86. Hunter LJ, Dargan PI, Benzie A, White JA, Wood DM. Recreational drug use in men who have sex with men (MSM) attending UK sexual health services is significantly higher than in non-MSM. *Postgrad Med J*. mars 2014;90(1061):133-8.
87. Stavseth MR, Røislien J, Bukten A, Clausen T. Factors associated with ongoing criminal engagement while in opioid maintenance treatment. *J Subst Abuse Treat*. 1 juin 2017;77:52-6.
88. Padgett DK, Stanhope V, Henwood BF, Stefancic A. Substance Use Outcomes Among Homeless Clients with Serious Mental Illness: Comparing Housing First with Treatment First Programs. *Community Ment Health J*. 1 avr 2011;47(2):227-32.
89. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev*. 1943;
90. Springer SA, Spaulding AC, Meyer JP, Altice FL. Public health implications for adequate transitional care for HIV-infected prisoners: five essential components. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. sept 2011;53(5):469-79.
91. Norton GR. Substance use/abuse and anxiety sensitivity: what are the relationships? *Addict Behav*. déc 2001;26(6):935-46.
92. DeMartini KS, Carey KB. The role of anxiety sensitivity and drinking motives in predicting alcohol use: a critical review. *Clin Psychol Rev*. févr 2011;31(1):169-77.
93. Hopkin G, Evans-Lacko S, Forrester A, Shaw J, Thornicroft G. Interventions at the Transition from Prison to the Community for Prisoners with Mental Illness: A Systematic Review. *Adm Policy Ment Health*. 2018;45(4):623-34.
94. Bazelon C. Criminal justice experts call for immediate reinstatement of federal benefits for people with serious mental illness leaving prisons or jails. *Wash DC Bazelon Cent Ment Health Law*. 2010;
95. Rosen DL, Dumont DM, Cislo AM, Brockmann BW, Traver A, Rich JD. Medicaid policies and practices in US state prison systems. *Am J Public Health*. mars 2014;104(3):418-20.

96. Mellow J, Greifinger RB. Successful Reentry: The Perspective of Private Correctional Health Care Providers. *J Urban Health*. janv 2007;84(1):85-98.
97. Rich JD, Chandler R, Williams BA, Dumont D, Wang EA, Taxman FS, et al. How Health Care Reform Can Transform The Health Of Criminal Justice–Involved Individuals. *Health Aff Proj Hope*. mars 2014;33(3):462-7.
98. Abbott P, Magin P, Davison J, Hu W. Medical homelessness and candidacy: women transiting between prison and community health care. *Int J Equity Health*. 20 2017;16(1):130.
99. Public Health England. Continuity of care for adult prisoners with a substance misuse need Report on the London ‘deep dive’ [Internet]. London: Department of Health and Social Care; 2018. Disponible sur: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/760266/ContinuityofCareinLondon.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/760266/ContinuityofCareinLondon.pdf)
100. Booker CA, Flygare CT, Solomon L, Ball SW, Pustell MR, Bazerman LB, et al. Linkage to HIV care for jail detainees: findings from detention to the first 30 days after release. *AIDS Behav*. oct 2013;17 Suppl 2:S128-136.
101. Haley DF, Golin CE, Farel CE, Wohl DA, Scheyett AM, Garrett JJ, et al. Multilevel challenges to engagement in HIV care after prison release: a theory-informed qualitative study comparing prisoners’ perspectives before and after community reentry. *BMC Public Health*. 9 déc 2014;14:1253.
102. van Olphen J, Eliason MJ, Freudenberg N, Barnes M. Nowhere to go: how stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 8 mai 2009;4:10.
103. Assemblée nationale ~ Première séance du mardi 17 avril 2018 [Internet]. [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/cri/2017-2018/20180191.asp>
104. La prison en dernier recours : les pistes de Macron pour sa « refondation » pénale. *Le Monde.fr* [Internet]. 6 mars 2018 [cité 6 sept 2019]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2018/03/06/la-prison-en-dernier-recours-les-pistes-de-macron-pour-sa-refondation-penale\\_5266373\\_1653578.html](https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2018/03/06/la-prison-en-dernier-recours-les-pistes-de-macron-pour-sa-refondation-penale_5266373_1653578.html)
105. Observatoire International des Prisons. Juger autrement ceux qui ont besoin de soins : l'exemple de la Drug Court de Glasgow [Internet]. oip.org. 2017 [cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/juger-autrement-ceux-qui-ont-besoin-de-soins-lexemple-de-la-drug-court-de-glasgow/>

# ANNEXES

## 1 Questionnaires

### 1.1 Questionnaire personnes incarcérées

#### I. Caractéristiques démographiques

- Quel est votre sexe?
- Quel est votre âge?
- Quel est votre niveau d'éducation?
- Quelle était votre situation professionnelle avant votre incarcération?

#### II. Vécu de l'incarcération

- Durée de l'incarcération :
  - o Depuis combien de temps êtes-vous en prison ?
  - o Combien de fois avez-vous été incarcéré?
  - o Connaissez-vous la durée totale de vos incarcérations, en mois?
  - o Combien de temps reste-t-il avant sortie de prison?
- Séjour en prison:
  - o À quoi ressemble votre séjour en prison ? Nous voulons connaître votre ressenti vis à vis des activités, des occupations, des relations avec les autres détenus, votre soutien psychologique.
  - o Que pensez-vous du soutien que vous avez reçu en prison (en insistant sur la sortie de prison)?
    - Quels éléments vous aident?
    - Quelles sont les améliorations possibles?

#### III. Situation personnelle, santé et contexte social

- Logement:
  - o Concernant votre logement :
    - À quoi ressemblait votre situation avant votre dernière incarcération? (*Ou viviez-vous? Était-ce une situation stable?*)
    - Savez-vous où vous vivrez après votre sortie?
- Occupations et temps libre:
  - o Quelles étaient vos occupations avant votre séjour en prison? (*emploi, activité bénévoles, autres activités...*)
  - o Savez-vous quelles seront vos occupations après la sortie?
- Relations:
  - o Pouvez-vous décrire votre relation (si cela s'applique) avec:
    - Votre conjoint/partenaire?
    - Vos enfants?
    - Votre famille?
    - D'autres personnes qui comptent pour vous?
    - → *ces personnes sont elles des usagers de drogue ou non?*
  - o Qui vous soutenait avant que vous soyez en prison? Et durant votre séjour en prison?
  - o Comment gardez-vous contact pendant votre séjour en prison?
  - o Quel type de soutien avez-vous? Quel sens ce soutien avait-il pour vous?
- Santé
  - o Quel est votre statut VIH/VHC/VHB ? Choisissez entre : "je ne sais pas", "positif", "négatif", ou "guéri" (pour VHC).
    - Si "positif", quelle est la date de la découverte?
    - Si "négatif", quelle est la date du dernier test?
  - o Etes-vous vacciné contre l'hépatite B?
  - o Comment percevez-vous votre état général?

#### IV. Consommation de drogues (avant/durant/après prison)

- Profil d'utilisateur
  - o À quel âge avez-vous commencé à consommer des drogues?
  - o Avez-vous déjà consommé par injection?
  - o Pouvez-vous résumer votre trajectoire de consommation? Nous souhaitons connaître les principaux produits que vous avez consommés, ceux que vous consommez maintenant, les modes de consommation et les éventuelles périodes d'arrêt/ date d'arrêt définitif, ...
- Consommation de drogue en prison
  - o Avez-vous, au moins une fois, consommé des drogues en prison?
    - Si oui, lesquelles? A quelle fréquence?
    - Si oui, avez-vous déjà injecté en prison?
    - Avez-vous consommé durant votre dernière incarcération?
  - o Avez-vous modifié votre consommation durant votre séjour en prison, en ce qui concerne:
    - les produits (*explorer ici les NPS*)?
    - les modes de consommation (*injection, sniff, ...*)?
  - o Avez-vous déjà utilisé du matériel pour consommer des drogues en prison?
    - Si oui, lesquels? (*paille, seringue, aiguilles, coupelle, filtre, eau, pipe à crack, ...*)?
    - Comment vous-êtes-vous procuré ce matériel en prison?
    - Avez-vous déjà confectionné ce matériel vous-même? Où avez-vous appris à le faire?
  - o Avez-vous déjà consommé avec d'autres personnes :
    - A l'extérieur?
    - En prison?
    - Comment? Nous voulons savoir si vous avez partagé du matériel de sniff, d'injection ou d'aspiration avec d'autres (*explorer les pratiques dans les deux milieux : en prison et à l'extérieur*)
    - Si vous avez partagé du matériel, comment l'avez-vous nettoyé (*explorer les pratiques dans les deux milieux : en prison et à l'extérieur*)
    - Partagez-vous le matériel de manière différente en prison et à l'extérieur?

#### V. Perception de l'overdose ("overdose" définie comme une perte de connaissance avec une nécessité d'aide extérieure)

- Risques
  - o Selon vous, quels facteurs contribuent à une overdose? (*objectif : quel est leur connaissance du risque d'overdose associé à la consommation de drogue?*)
- Expériences d'overdose
  - o Certaines personnes redoutent une overdose lorsqu'ils sortent de prison, et d'autres non. Qu'en est-il pour vous? Cela a été/est une source d'inquiétude?
  - o Avez-vous déjà eu une overdose?
    - Si oui, combien de fois?
    - Si oui, en prison ou à l'extérieur?
    - Comment avez-vous géré cette (ces) overdose(s)?
- Préparation
  - o Vous sentez-vous préparé pour la sortie de prison vis à vis de l'overdose?
  - o Selon vous, qu'est-ce qui pourrait contribuer à prévenir une overdose?
  - o Avez-vous déjà reçu des informations, des conseils, ou une formation sur le risque d'overdose?
    - Si oui, quelle en est la source? (*amis, prisonniers, équipe médicale, ...*)?

#### VI. Soins médicaux et soutien social

- Soins médicaux

- Recevez-vous une prise en charge médicale en prison? (*explorer: médecins généralistes, infirmières...*)
  - Si oui, laquelle et pourquoi?
  - Quelle était la fréquence de cette prise en charge?
  - Recevez-vous une prise en charge médicale maintenant?
- Prenez-vous un traitement de substitution aux opiacés (TSO)?
  - Si oui, lequel? Depuis quand?
  - Si oui, comment prenez vous ce traitement ? (*dosage, schéma, ... investiguer un possible mésusage*)
- Prenez-vous un autre traitement en prison? (*antirétroviraux, traitement psy - benzodiazépines par exemple*)
  - Si oui, lequel et depuis quand ?
  - Si oui, comment prenez vous ce traitement ? (*dosage, schéma, ... investiguer un possible mésusage*)
- Soutien social
  - Bénéficiez vous d'une prise en charge sociale/de services sociaux?
    - Si oui, lesquels? (*explorer : soutien psychologique, logement, travail...*)
    - Si oui, à quelle fréquence?
  - Avez-vous entrepris une activité thérapeutique concernant les drogues pendant votre incarcération?
    - Si oui, lesquels?
    - Si non, pourquoi?
- Autres
  - Bénéficiez-vous d'autres services de soutien en prison ?
    - Si oui, lesquels et dans quel but?
    - Quelle en était la fréquence?
- Réduction des risques
  - Avez-vous déjà reçu des information/conseils sur la réduction lors de votre entrée en prison ou durant votre séjour? (*préservatifs, eau de javel, seringues, matériel de sniff, naloxone, etc.?*)
    - Si oui, lesquels?
  - Avez-vous eu l'opportunité d'avoir accès à du matériel, vis-à-vis de la réduction des risques? Dans quel contexte?

## VII. Sortie de prison

- Expérience de la sortie (incarcération précédente)
  - Pouvez-vous parler de votre dernière sortie de prison? En général nous souhaitons savoir ce qui s'est bien passé, ce qui s'est mal passé, et ce qui a manqué.
  - Pouvez-vous me parler de votre expérience avec les services en milieu libre juste après votre dernière sortie de prison?
  - Concernant la sortie de prison, quels sont les éléments qui pourraient être améliorés?
- Difficultés lors de la sortie (incarcération précédente)
  - Selon vous quels problèmes se posent juste après la sortie de prison (premières 24h - première semaine)?  
*Demander quelles étaient les difficultés dans les domaines suivants:*
    - *Services de santé*
    - *Recherche de logement*
    - *Situation financière*
    - *Recherche d'emploi*
    - *Consommation d'alcool/de drogues*
    - *Entretien et construction des relations (partenaires, amis, famille)*

- *S'éloigner des activités criminelles.*
- Préparation
  - Vous sentez-vous préparé cette fois-ci en ce qui concerne :
    - *Services de santé*
    - *Recherche de logement*
    - *Situation financière*
    - *Recherche d'emploi*
    - *Consommation d'alcool/de drogues*
    - *Entretien et construction des relations (partenaires, amis, famille)*
    - *S'éloigner des activités criminelles.*
  - Si non, quels sont les obstacles à cette préparation?
- Réintégration
  - Selon vous, quels facteurs aident à la réintégration? Quels facteurs vous ont aidé la dernière fois?
  - Lorsque vous pensez aux problèmes liés à la réintégration, quels services, selon vous, pourraient vous aider (vous et votre famille)?

#### **VIII. Conclusion générale**

- Concernant les drogues, à quoi ressemblerait le service d'aide idéal pour les prisonniers?
- Comment pourraient être améliorés les services d'aide, en particulier au niveau de la sortie de prison et de la continuité des soins?

## 1.2 Questionnaire personnes sorties de prison

### I. Caractéristiques démographiques

- Quel est votre sexe?
- Quel est votre âge?
- Quel est votre niveau d'éducation?
- Quelle est votre situation professionnelle?

### II. Vécu de l'incarcération

- Durée de l'incarcération :
  - o Depuis combien de temps êtes-vous sorti de prison?
  - o Combien de fois avez-vous été incarcéré?
  - o Connaissez-vous la durée totale de vos incarcérations, en mois?
  
- Séjour en prison:
  - o À quoi ressemblait votre dernier séjour en prison ? Nous voulons connaître votre ressenti vis-à-vis des activités, des occupations, des relations avec les autres détenus, votre soutien psychologique.
  - o Que pensez-vous du soutien que vous avez reçu en prison (en insistant sur la sortie de prison)?
    - Quels éléments vous ont aidé?
    - Quelles sont les améliorations possibles?

### III. Situation personnelle, santé et contexte social

- Logement:
  - o Concernant votre logement :
    - À quoi ressemblait votre situation avant votre dernière incarcération? (*Ou viviez-vous? Était-ce une situation stable?*)
    - À quoi ressemble votre situation actuelle?
- Occupations et temps libre:
  - o Quelles étaient vos occupations avant votre séjour en prison? (*emploi, activité bénévoles, autres activités...*)
  - o Quelles sont vos occupations maintenant?
- Relations:
  - o Pouvez-vous décrire votre relation (si cela s'applique) avec:
    - Votre conjoint/partenaire?
    - Vos enfants?
    - Votre famille?
    - D'autres personnes qui comptent pour vous?
    - → *ces personnes sont-elles des usagers de drogue ou non?*
  - o Qui vous soutenait avant que vous soyez en prison? Et durant votre séjour en prison?
  - o Comment gardiez-vous contact pendant votre séjour en prison?
  - o Quel type de soutien aviez-vous? Quel sens ce soutien avait-il pour vous?
  - o Qu'en est-il de ce soutien maintenant? Est-il toujours en cours?
- Santé
  - o Quel est votre statut VIH/VHC/VHB ? Choisissez entre : "je ne sais pas", "positif", "négatif", ou "guéri" (pour VHC).
    - Si "positif", quelle est la date de la découverte?
    - Si "négatif", quelle est la date du dernier test?

- Etes-vous vacciné contre l'hépatite B?
- Comment percevez-vous votre état général?

#### IV. Consommation de drogues (avant/durant/après prison)

- Profil d'usager
  - À quel âge avez vous commencé à consommer des drogues?
  - Avez-vous déjà consommé par injection?
  - Pouvez-vous résumer votre trajectoire de consommation? Nous souhaitons connaître les principaux produits que vous avez consommés, ceux que vous consommez maintenant, les modes de consommation et les éventuelles périodes d'arrêt/ date d'arrêt définitif,...
- Consommation de drogue en prison
  - Avez vous, au moins une fois, consommé des drogues en prison?
    - Si oui, lesquelles? A quelle fréquence?
    - Si oui, avez-vous déjà injecté en prison?
    - Avez vous consommé durant votre dernière incarcération?
  - Avez vous modifié votre consommation durant votre séjour en prison, en ce qui concerne:
    - les produits (*explorer ici les NPS*)?
    - les modes de consommation (*injection, sniff, ...*)?
  - Avez vous déjà utilisé du matériel pour consommer des drogues en prison?
    - Si oui, lesquels? (*paille, seringue, aiguilles, coupelle, filtre, eau, pipe à crack, ...*)?
    - Comment vous-êtes vous procuré ce matériel prison?
    - Avez-vous déjà confectionné ce matériel vous même? Où avez-vous appris à le faire?
  - Avez-vous déjà consommé avec d'autres personnes :
    - A l'extérieur?
    - En prison?
    - Comment? Nous voulons savoir si vous avez partagé du matériel de sniff, d'injection ou d'aspiration avec d'autres (*explorer les pratiques dans les deux milieux : en prison et à l'extérieur*)
    - Si vous avez partagé du matériel, comment l'avez-vous nettoyé (*explorer les pratiques dans les deux milieux : en prison et à l'extérieur*)
    - Partagez-vous le matériel de manière différente en prison et à l'extérieur?

#### V. Perception de l'overdose (*"overdose" définie comme une perte de connaissance avec une nécessité d'aide extérieure*)

- Risques
  - Connaissez-vous le risque d'overdose associé à la consommation de drogues?
  - Selon vous, quels facteurs contribuent à une overdose? (*objectif : quel est leur connaissance du risque d'overdose associé à la consommation de drogue?*)
- Expériences d'overdose
  - Certaines personnes redoutent une overdose lorsqu'ils sortent de prison, et d'autres non. Qu'en est-t-il pour vous? Cela a été/est une source d'inquiétude?
  - Avez-vous déjà eu une overdose?
    - Si oui, combien de fois?
    - Si oui, en prison ou à l'extérieur?
    - Comment avez-vous géré cette (ces) overdose(s)?
- Préparation
  - Vous sentez-vous préparé pour la sortie de prison vis à vis de l'overdose?
  - Selon vous, qu'est-ce qui pourrait contribuer à prévenir une overdose?
  - Avez-vous déjà reçu des informations, des conseils, ou une formation sur le risque d'overdose?
    - Si oui, quelle en est la source? (*amis, prisonniers, équipe médicale, ...*)?

- Naloxone

- Vous a-t-on informé de la possibilité de recevoir un kit de traitement de l'overdose à ramener chez soi?
- L'avez-vous reçu?
  - Si oui, quand ? En milieu libre? En prison juste avant la sortie? En prison pour l'utiliser dans la prison ?

## VI. Health care and social support

Nous allons maintenant vous questionner sur votre expérience avec les services de soin avant, pendant, et après la prison.

- En général
  - Vous souvenez-vous si à votre entrée en prison une évaluation des besoins a été réalisée?
    - Si oui, qui l'a réalisée, et quand ?
    - Que comprenait cette évaluation?
  - Savez-vous si un plan individuel d'intégration a été fait à un quelconque moment?
    - Qui l'a fait?
    - Etiez-vous impliqué dans son élaboration?
    - Que comprenait-il?
  
- Medical support
  - Avant votre entrée en prison, avez vous eu un quelconque soutien médical en milieu libre?
    - Si oui, lesquels et dans quel but?
  - Ce soutien a-t-il été continué en prison? *Si pas de soutien antérieur* : ont-ils initié un soutien médical en prison?
    - Spécifiez les prises en charge médicales dont vous avez bénéficié en prison
    - Quelle était leur fréquence?
    - Lesquelles n'ont pas été continuées?
  - Recevez-vous (encore) un soutien médical maintenant?
  
  - Prenez vous un traitement de substitution aux opiacés en prison?
    - Si oui : quel médicament et depuis quand?
  - Était-il poursuivi en prison? / *Si pas de TSO* : ont-ils initié un TSO en prison ?
    - Si oui : était-ce le même médicament?
    - Si oui : vous a-t-il fallu attendre longtemps avant de l'obtenir ?
    - Si oui : comment preniez-vous votre médicament en prison? (dosage, schéma... explorer un possible mésusage)
  - Prenez-vous (encore) un TSO maintenant?
  
  - Avez-vous pris un autre traitement/ d'autres médicaments avant votre entrée en prison? (*ARV, santé mentale par ex. benzos*)
    - Si oui : quel médicament et depuis quand?
  - Était-il poursuivi en prison? / *Si pas de TSO* : ont-ils initié un autre traitement en prison ?
    - Si oui : était-ce le même médicament?
    - Si oui : vous a-t-il fallu attendre longtemps avant de l'obtenir ?
    - Si oui : comment preniez-vous votre médicament en prison? (dosage, schéma... explorer un possible mésusage)
  - Prenez-vous (encore) un traitement (autre que TSO) maintenant?
  
  - Pouvez-vous me parler de l'accès à la prise en charge médicale:
    - En prison?

- En milieu libre? – surtout dans les premières 24h, et jusqu'aux 7 premiers jours.
- Prise en charge sociale
  - Avant votre entrée en prison, avez-vous reçu un soutien des services sociaux en milieu libre?
    - Si oui: lesquels et dans quel but? (*explorer le soutien psychologique , logement, traitement lié aux drogues, soutien financier, employ, formation*)
    - Quelle en était la fréquence?
  - Ce soutien social était-il poursuivi en prison? / *Si pas de soutien mis en place avant : Avez-vous eu un quelconque soutien social en prison?*
    - Spécifiez quel type de soutien social a été poursuivi en prison
    - Quel en était la fréquence?
    - Lesquels ont été interrompus?
    - Avez-vous tenté une activité (thérapeutique) particulière concernant les drogues en prison
      - Si oui, lesquels?
      - Si non, pourquoi?
  - Recevez-vous un soutien social maintenant?
  - Pouvez-vous me parler de l'accès à ces types de services sociaux:
    - En prison?
    - En milieu libre? – Principalement dans les premières 24h et jusqu'à la première semaine après la sortie.
- Autres
  - Y-avait-il d'autres services qui vous soutenaient avant votre incarcération?
    - Si oui, lesquels et dans quel but?
    - Quelle en était la fréquence?
  - Ont-ils été poursuivis en prison? / *si pas de soutien, avez-vous reçu un soutien provenant d'un autre service en prison?*
  - Recevez-vous un autre type de soutien maintenant?
  - Pouvez-vous me parler de l'accès à ces autres types de services:
    - En prison?
    - En milieu libre? – Principalement dans les premières 24h et jusqu'à la première semaine après la sortie.
- Réduction des risques
  - Avez-vous déjà reçu des information/conseils sur la réduction lors de votre entrée en prison ou durant votre séjour? (*préservatifs, eau de javel, seringues, materiel de sniff, naloxone, etc.?*)
    - Si oui, lesquels?
  - Avez-vous eu l'opportunité d'avoir accès à du matériel, vis-à-vis de la réduction des risques? Dans quel contexte?
- Soutien familial
  - Un member de votre famille/ un proche/ une personne importante était il impliqué dans votre soutien lors de votre séjour en prison. Etait-il impliqué dans les services de soutien que vous avez reçu?

## VII. Release

- Difficultés lors de la sortie
  - Selon vous quels problèmes se posent juste après la sortie de prison (premières 24h - première semaine)?  
*Demander quelles étaient les difficultés dans les domaines suivants:*

- *Services de santé*
  - *Recherche de logement*
  - *Situation financière*
  - *Recherche d'emploi*
  - *Consommation d'alcool/de drogues*
  - *Entretien et construction des relations (partenaires, amis, famille)*
  - *S'éloigner des activités criminelles.*
  
- Préparation
  - Vous sentiez-vous préparé lors de votre dernière sortie de prison en ce qui concerne :
    - *Services de santé*
    - *Recherche de logement*
    - *Situation financière*
    - *Recherche d'emploi*
    - *Consommation d'alcool/de drogues*
    - *Entretien et construction des relations (partenaires, amis, famille)*
    - *S'éloigner des activités criminelles.*
  - Si non, quels étaient les obstacles à cette préparation?
  - Quels autres moyens avez-vous utiliser pour vous préparer? Qu'est-ce qui vous a aide?
  - Quel était le role de votre famille/partenaire/autre importante personne lors de votre sortie?
  - Comment pourriez-vous être mieux préparé?
  
- Expérience de la sortie
  - Pouvez-vous parler de votre dernière sortie de prison? En général nous souhaitons savoir ce qui s'est bien passé, ce qui s'est mal passé, et ce qui a manqué.
  
- Experience avec les services en milieu libre
  - Pouvez-vous me parler de vos experiences avec les services en milieu libre immédiatement après votre sortie? Nous aimerions avoir une description détaillée de la continuité de votre traitement après votre sortie (assurance santé, traitement contre la drogue, logement...)
  - En particulier, pouviez-vous avoir accès immédiatement et librement à votre TSO/ARV/Hep C/ Naloxone ?
    - Si non, quell temps vous a t-il fallu pour obtenir chacun des traitements?
    - Quels étaient les obstacles dans l'obtention de ces traitements?
    - Avez-vous été obligé d'interrompre votre traitement? Combien de jours?
    - Avez-vous eu besoin de recourir au marché noir pour acheter votre TSO?
    - Avez-vous reçu votre TSO ou ARV quelques jour savant votre sortie par l'unité médicale de la prison?
  - Comment était l'accès aux autres services (par ex. traitement ,logement...)?
    - Avez-vous eu des contacts ou des adresses de centre/services spécialisés avant votre sortie
      - Est-ce que les professionnels en prison ont pris contact avec les professionnels du milieu libre avant votre sortie pour garantir une continuité des soins.
      - Avez-vous bénéficié d'une permission pour rencontrer les professionnels en milieu libre avant votre sortie (ou d'une communication téléphonique)
    - Qu'est-ce qui était bien ?
    - Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

- Réintégration
  - o Selon vous, quels facteurs aident à la réintégration? Quels facteurs vous ont aidé?
  - o Lorsque vous pensez aux problèmes liés à la réintégration, quels services vous ont aidé ou auraient pu vous aider (vous et votre famille)?

#### **VIII. Conclusion générale**

- Concernant les drogues, à quoi ressemblerait le service d'aide idéal pour les prisonniers?
- Comment pourraient être améliorés les services d'aide, en particulier au niveau de la sortie de prison et de la continuité des soins?
- Selon vous, y aurait-il d'autres éléments qui seraient nécessaires pour améliorer les chances de réinsertion et d'intégration pour les prisonniers
- Que suggérez-vous pour améliorer la prévention en prison et au moment de la sortie ?

### 1.3 Questionnaire professionnels en milieu pénitencier

#### I. Caractéristiques démographiques

- Sexe? Age?
- Quelle est votre fonction?
- Depuis combien de temps
  - o Travaillez-vous en prison ?
  - o Occupez-vous cette fonction ?

#### II. Continuité des soins (en général)

- Selon vous, quels éléments sont importants pour la continuité des soins ? Pourquoi ?
- En général, quels sont, selon vous, les principaux obstacles à la continuité des soins?
  - Avez-vous des suggestions/ bons exemples qui vous viennent à l'esprit sur les façons de les surmonter ?
  - Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien selon vous ?
- Que pensez vous de la surveillance/du suivi des prisonniers une fois qu'ils sont sortis ?
- Les services en charge de la continuité des soins (*throughcare services*) sont ils évalués en prison?
  - Si oui, comment?
  - Si non, pourquoi pas?

#### III. Entrée en prison

- Aspects du soin lorsque les détenus entrent en prison. Pouvez-vous me dire ce qui est fait concernant :
  - La prise en charge médicale:
    - Chez les détenus, y a-t-il un test/dépistage HIV/VHC/VHB
    - Les prisonniers bénéficient-ils d'une vaccination ?
    - Est-ce que des traitements pour le VHC sont initiés en prison
    - Des TSO sont-ils initiés en prison
    - Des ARV sont ils initiés en prison
    - Y a-t-il d'autres médicaments que les détenus peuvent recevoir à l'entrée ?
  - Prise en charge psychiatrique et psychologique:
    - Comment est évaluée la santé mentale des détenus ?
    - Qu'est-il entrepris lorsque le detenus a clairement besoin d'une prise en charge psychiatrique/psychologique ?
  - Administration?
    - Une évaluation des besoins est-elle réalisée?
    - Quels sont les éléments de cette évaluation?
- Quand les prisonniers reçoivent déjà un soutien/traitement en milieu libre (medical, psy...) y a-t-il une transition effectuée vers la prison ?
  - Si oui, quels services sont continués en prison et comment ?
  - Y a-t-il d'autres services qui sont interrompus lors de l'incarcération?
    - Si oui, lesquels?
    - Pourquoi cette interruption?
- Les détenus reçoivent ils une information concernant les outils de réduction des risques à leur entrée en prison (ou à un autre moment durant l'incarcération)? (disponibilité des préservatifs, javel / seringues/ materiel de sniff/ naloxone, etc.)
  - Si oui, cela concerne quels outils?

- Les détenus ont-ils accès à du matériel propre?
  - Si non, pourquoi?
  - Quel est votre avis à ce sujet?

#### **IV. Soutien en prison**

- Je vais vous poser des questions à propos du soutien disponible aux détenus concernant différents aspects de la vie. Nous voulons savoir pour chaque aspect:

- 1) Quel type de soutien est accessible en prison ?
- 2) Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien ?
- 3) Que manque-t-il dans ce soutien ou que peut-on améliorer ?
- 4) Y-a-t-il des suggestions d'amélioration ?

- Aspects:

- Systeme de soins

- 1) Quels sont les services sanitaires disponibles en prison ?
- Cela inclut-il les consultations spécialisées en addictologie/VIH/VHC-VHB?
- 2) Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien ?
- 3) Que manque-t-il dans ce soutien ou que peut-on améliorer ?
- 4) Y-a-t-il des suggestions d'amélioration ?

- Alcool et usage de drogues

- 1) Quel type de soutien est disponible en prison concernant l'alcool et l'usage de drogues?
- 2) Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien ?
- 3) Que manque-t-il dans ce soutien ou que peut-on améliorer ?
- 4) Y-a-t-il des suggestions d'amélioration ?

- Logement

- 1) Quel type de soutien est disponible en prison concernant le logement?
- 2) Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien ?
- 3) Que manque-t-il dans ce soutien ou que peut-on améliorer ?
- 4) Y-a-t-il des suggestions d'amélioration ?

- Finances

- 1) Comment les détenus sont-ils soutenus sur le plan financier?
- 2) Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien ?
- 3) Que manque-t-il dans ce soutien ou que peut-on améliorer ?
- 4) Y-a-t-il des suggestions d'amélioration ?

- Activités/emploi

- 1) Quel type de soutien est disponible en prison concernant l'emploi/la recherche d'une activité
- 2) Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien ?
- 3) Que manque-t-il dans ce soutien ou que peut-on améliorer ?
- 4) Y-a-t-il des suggestions d'amélioration ?

- Temps libre

- 1) Quel type de soutien est disponible en prison concernant le temps libre?
- 2) Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien ?
- 3) Que manque-t-il dans ce soutien ou que peut-on améliorer ?
- 4) Y-a-t-il des suggestions d'amélioration ?

- Relations (partner, children, family, friends)

- 1) Comment les détenus sont-ils soutenus sur le plan relationnel : entretenir/construire des relations ?
- De quelle façon les partenaires et la famille sont-ils impliqués dans le soutien au détenu ?
- 2) Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien à ce niveau?

- 3) Que manque-t-il dans ce soutien ou que peut-on améliorer ?
- 4) Y-a-t-il des suggestions d'amélioration ?
- Récidivisme
  - 1) Y-a-t-il un soutien spécifique pour prévenir la récidive criminelle ?
  - 2) Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien à ce niveau ?
  - 3) Que manque-t-il dans ce soutien ou que peut-on améliorer ?
  - 4) Y-a-t-il des suggestions d'amélioration ?
- a. Existent-ils d'autres types de soutien pour les détenus ?
- b. Quel type de soutien manque encore selon vous ?
- c. Comment la prison gère-t-elle les supports spécifiques pour les sous-groupes spécifiques de population ?
- d. Pouvez-vous me parler de l'accès aux services, qu'en est-il de leur fréquence ?
- e. Cette prison a-t-elle recours au soutien par les pairs ?
  - i. Que pensez-vous de ce type de soutien ?
- f. Existe-t-il un soutien à la famille (en dehors de la prison) ?

## V. **Sortie**

- Quels sont les challenges/difficultés pour les détenus lors de leur sortie? En particulier dans la période suivant immédiatement cette sortie ?
- Comment la prison les prépare-t-ils pour cela (*santé, logement, finances, recherche d'emploi, traitement alcool/drogues, relations, activités criminelles*) (possiblement répondu lors des questions précédentes)
- Un plan de réintégration est-il fait?
  - Quand est-il fait(début-milieu-fin) ?
  - A quel point l'opinion du prisonnier est-elle prise en compte dans ce plan ?
- Les détenus ont-ils facilement accès aux informations concernant les services qui leur sont disponibles en milieu libre après leur sortie ?
  - Si oui , comment?
  - Si non, quels sont les obstacles?
- Quels seraient les autres éléments nécessaires pour augmenter les chances d'insertion et de réhabilitation des détenus après leur sortie?
  - Quel rôle la prison pourrait-elle jouer à ce niveau?
- Je vais vous questionner à propos de la poursuite du traitement après la sortie. Pour chaque sujet, nous voulons savoir:
  - 1) Comment la continuité est assurée?
  - 2) Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien ?
  - 3) Que manque-t-il dans ce soutien ou que peut-on améliorer ?
  - 4) Y-a-t-il des suggestions d'amélioration ?

Que pouvez-vous me dire à propos de la poursuite :

### Du traitement médical

- 1) Comment la continuité des TSO/ARV/Hep C et autres est-elle assurée ?

- Les détenus reçoivent-ils des TSO ou ARV qqes jours avant la sortie (dispensés par l'unité médicale de la prison) ?
- 2) Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien ?
- 3) Que manque-t-il dans ce soutien ou que peut-on améliorer ?
- 4) Y-a-t-il des suggestions d'amélioration ?
- Services sociaux (f.e. drug treatment, psychotherapy, housing services, job services,...)
  - 1) Comment la continuité est-elle assurée?
  - 2) Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien ?
  - 3) Que manque-t-il dans ce soutien ou que peut-on améliorer ?
  - 4) Y-a-t-il des suggestions d'amélioration ?
- Comment les démarches administratives sont elles arrangées (assurance santé, autres..)
- Que peut-on améliorer à ce niveau ?
- Comment le transfert de prisonnier est-il arrangé?
- Fonctionne-il bien?
- Que peut-on améliorer à ce niveau ?
- La famille est-elle impliqué dans la libération d'un détenu ?

#### **VI. Overdose**

- Comment les détenus sont-ils préparés vis-à-vis de l'overdose?
- Que suggérez-vous pour améliorer la prévention de l'overdose?
- Que pensez-vous de la naloxone?

#### **VII. Formation des équipes**

- Avez-vous l'impression d'avoir eu une formation suffisante pour gérer les besoin sanitaires spécifiques des détenus ?
- Y-a-t-il des ateliers/séances de formation des équipes organisés (pour gérer les problèmes des détenus, pour souligner les problèmes des détenus au moment d'une réentrée, à propos de la continuité des soins...) ?

#### **VIII. Collaboration (avec le reste du staff de la prison / avec les autres services en dehors de la prison)**

La collaboration est essentielle pour garantir une continuité des soins. Je vais vous questionner sur la collaboration, que ce soit avec les autres membres de l'équipe de la prison, ou avec les autres services en dehors de la prison.

##### En prison

- Avec quels services travaillez-vous régulièrement ?
  - Comment décrieriez-vous la relation avec ces services ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées dans la collaboration avec les autres acteurs en prison (focus sur continuité des soins) ?
- Comment essayez vous de surmonter ces obstacles?

##### En dehors de la prison

- Avec quels services travaillez-vous régulièrement ?
  - Comment décrieriez-vous la relation avec ces services ?
- Quelles sont les collaborations qui sont une réussite et qu'est-ce qui fait qu'elles fonctionnent si bien ?

- Quelles sont les difficultés rencontrées dans la collaboration avec les autres acteurs en prison (focus sur continuité des soins) ?
- Comment essayez vous de surmonter ces obstacles?
  
- Comment se déroule la transition des services de soins en prison aux services en milieu libre ?
  - Quels services sont impliqués pour le suivi ?
  - Comment se déroule l'orientation des détenus vers ces services ?
    - Y-a-t-il un contact avec les professionnels du milieu libre avant la sortie ?
      - Si oui : les détenus sont-ils impliqués dans ce contact ?
      - Si oui : combien de temps avant la sortie ?
      - Les détenus bénéficient-ils d'une permission pour visiter un professionnel en milieu libre avant leur sortie ? Un contact téléphonique est-il possible ?
    - Quels sont les éléments qui fonctionnent déjà bien ?
    - Quels sont les éléments à améliorer ?
- Comment l'escorte/le transfert des détenus vers les services en milieu libre est-elle arrangée ?
- D'autres services ont-ils accès aux informations sur les détenus ?
  - Y-a-t-il un échange d'informations durant l'incarcération ou après la sortie ?

## **IX. Conclusion générale**

- A quoi ressemblerait le service de continuité des soins parfait ?
- Comment assurer une meilleure continuité des soins ?
  - Quelles conditions sont importantes pour une bonne continuité des soins ?
  - Quels éléments doivent être conservés
- Comment les services pourraient-ils être améliorés, (focus sur la sortie et la continuité des soins)

## 1.4 Questionnaire professionnels hors prison

### I. Caractéristiques démographiques

- Sexe? Age?
- Quel type de soutien apporte votre organisme aux (ex) détenus?
- Quelle est votre fonction?
- Depuis combien de temps occupez-vous cette fonction ? (*But : quelle est leur expérience*)

### II. Continuité des soins (en général)

- Les prisonniers ont le droit de recevoir les mêmes soins que ceux évoluant hors de la prison. Cela signifie qu'il devrait y avoir une continuité des soins, pas seulement à l'entrée et durant l'incarcération mais aussi à la sortie. Pouvez-vous décrire avec vos propres mots ce qu'est pour vous la continuité des soins ? (*but : que savent-ils à propos de la continuité des soins*)
- Selon vous, quels éléments sont importants pour la continuité des soins ? Pourquoi ? (*but : quelles sont leurs connaissances sur l'importance de la continuité des soins*)
- En général, quels sont, selon vous, les principaux obstacles à la continuité des soins?
  - Avez-vous des suggestions/ bons exemples qui vous viennent à l'esprit sur les façons de les surmonter ?
  - Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien selon vous ?
- Pensez-vous que les types de services (soutien) disponibles sont assez variés pour fournir une continuité des soins efficace? Quel type de soutien manqué-t-il?

### III. Collaboration avec la prison

- Comment votre organisme voit-il le l'intervention auprès des détenus ?
  - Est-il facile d'accéder aux détenus?
  - Des sous-groupes sont-ils exclus?
- Collaborez-vous avec l'équipe de la prison?
  - Si oui, avec qui?
  - Comment décrieriez-vous la relation avec ces services ?
  - Qu'est-ce qui fonctionne déjà bien ?
  - Quelles sont les difficultés rencontrées dans la collaboration avec les acteurs en prison (focus sur continuité des soins) ?
  - Comment essayez vous de surmonter ces obstacles?
  - Que suggérez-vous pour améliorer ces collaborations
- En pratique, comment est arrangée la continuité des soins ?
  - Comment les détenus vous sont-ils adressés ? (*laisser parler librement, si besoin spécifier avec les questions ci-dessous*)
    - Y-a-t-il un contact établi avec les professionnels travaillant en prison (quand le détenu entre/avant qu'il sorte ?)
      - Si oui, quand ?
      - Si oui, le prisonnier est-il impliqué dans ce contact
      - Si non, comment le (ex) détenu peut-il joindre votre organisme ?
    - Le détenu peut-il visiter ou joindre votre organisme avant la sortie ?
  - Si un détenu recoit déjà une forme de soutien/traitement de votre organisme avant l'incarcération, comment la continuité est-elle assurée pendant l'incarcération ?
    - Quels sont les éléments qui fonctionnent bien?
    - Quels sont les obstacles?
    - Que peut-on améliorer?

- Des informations sur le détenu sont-elles partagées avec votre organisme (durant l'incarcération/ après la sortie)
- Rencontrez-vous des obstacles administratifs lorsque vous travaillez avec la prison ?

#### **IV. Sortie**

- Quels sont les challenges/difficultés pour les détenus lors de leur sortie? En particulier dans la période suivant immédiatement cette sortie ?
- Comment la prison les prépare-t-ils pour cela (*santé, logement, finances, recherche d'emploi, traitement alcool/drogues, relations, activités criminelles*) (*possiblement répondu lors des questions précédentes*)
- Avez-vous l'impression que les détenus ont facilement accès à l'information concernant les services disponibles pour eux en milieu libre juste après la sortie?
  - Si non, quels sont les obstacles selon vous ?
  - Comment vous assurez-vous que les détenus soient informés de votre organisme ?
- Quels seraient les autres éléments nécessaires pour augmenter les chances d'insertion et de réhabilitation des détenus après leur sortie?
  - Quel rôle les services en milieu libre pourraient-ils jouer à ce niveau?
- Comment l'escorte/le transfert des détenus vers les services en milieu libre est-elle arrangée ?
  - Quels éléments fonctionnent bien à ce niveau?
  - Quels éléments peuvent-être améliorés ?

#### **V. Overdose**

- Comment les détenus sont-ils préparés vis-à-vis de l'overdose?
- Votre organisme joue-t-il un rôle dans la prévention de l'overdose?
- Que suggérez-vous pour améliorer la prévention de l'overdose?
- Que pensez-vous de la naloxone?

#### **VI. Conclusion générale**

- A quoi ressemblerait le service de continuité des soins parfait ?
- Comment assurer une meilleure continuité des soins ?
  - Quelles conditions sont importantes pour une bonne continuité des soins ?
  - Quels éléments doivent être conservés
- Comment les services pourraient-ils être améliorés, (focus sur la sortie et la continuité des soins)

**AUTEUR : TROILLER-GERFAUX Philippe**

**Date de Soutenance : 24 Septembre 2019**

**Titre de la Thèse : Les obstacles à la continuité des soins au moment de la sortie de prison chez les personnes présentant un trouble de l'usage de drogues : une étude qualitative.**

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : DES de santé publique et médecine sociale**

**Mots-clés : Prison, substances psychoactives, continuité des soins**

**Résumé :**

**Introduction :** En France comme dans le monde, le nombre de personnes détenues augmente continuellement. De plus, on observe dans cette population une prévalence importante des troubles de l'usage de drogues, ainsi que des taux élevés de rechute vers l'addiction, de réincarcération et d'overdose après la sortie de prison, a fortiori durant les premières semaines qui suivent la sortie. Pour enrayer ce phénomène, une bonne continuité des soins à la sortie de prison paraît donc décisive. L'objectif de notre étude était d'identifier les obstacles à la continuité des soins au moment de la sortie de prison chez les personnes présentant un trouble de l'usage de drogues (PTUD).

**Méthodes :** Une approche qualitative reposant sur des entretiens semi directifs a été choisie afin d'explorer la modification des trajectoires de consommation et les parcours de soins avant et après la sortie. Trois types de populations ont été inclus : des PTUD incarcérées, des PTUD sorties de prison et des professionnels de santé. Une analyse thématique a ensuite été réalisée.

**Résultats :** Les résultats de cette étude mettent en lumière un cycle prison-précarité-rechute-prison qui semble parfois inextricable. Au niveau des obstacles individuels à la continuité des soins on retrouvait une perte de repères au moment de la sortie, un retour vers un réseau social fortement lié à la consommation et une précarité sociale à la sortie reléguant au second plan les soins médicaux. Au niveau des obstacles structurels on retrouvait une transition brutale entre les prises en charge cadrées de la détention et l'offre de services éclatée du milieu libre. On observait une rupture des droits sociaux, un manque de solutions d'hébergement et un manque de programme dédié visant à préparer la sortie et prévenir l'overdose. S'ajoutait une coordination aléatoire entre les différents acteurs de la prise en charge aggravée par un manque notoire de ressources humaines et matérielles. Enfin, une préparation à la sortie, même minimale, semblait impossible à mettre sur pied pour les peines de moins de six mois, pourtant fréquentes dans notre population cible.

**Conclusion :** Seules des mesures répondant simultanément aux besoins de logement, de sécurité et de soins pourront briser le cycle continu prison-précarité-consommation-prison et éviter les overdoses fatales. Certains leviers permettant d'améliorer la continuité des soins ont été identifiés, le coût lié à ces changements semble justifié au vu des bénéfices qu'ils entraîneraient.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Monsieur le Docteur Vincent CHOURAKI**

**Directeur de Thèse : Madame la Docteure Marielle WATHELET**