



**L'OFFRE DE SOINS EN ALCOOLOGIE  
DANS LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES DE FRANCE  
Rapport d'enquête**

**Agnès Dumas & Philippe Michaud**

**Avril 2006**

**Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie  
154 rue Legendre – 75017 Paris  
Té l : 01 42 28 65 02 Fax : 01 46 27 77 51**

<b>RESUME .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
• LA FEDERATION DES ACTEURS DE L'ALCOOLOGIE ET DE L'ADDICTOLOGIE, F3A. ....	5
• LA COMMISSION SANTE-JUSTICE DE LA F3A .....	6
• OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	7
<b>PREMIERE PARTIE : DONNEES DE CADRAGE .....</b>	<b>9</b>
I – L'ORGANISATION DES SOINS EN MILIEU PENITENTIAIRE .....	9
1. <i>La réforme de 1994</i> .....	9
2. <i>La prise en charge des dépendances aux substances psychoactives</i> .....	9
2. <i>La note interministérielle de 2001</i> .....	10
II – DONNEES SUR LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DES ENTRANTS EN PRISON .....	11
1. <i>L'enquête EMPAD</i> .....	11
2. <i>La santé des entrants en prison (DREES, 1999 et 2005)</i> .....	12
3. <i>Les détenus accueillis par les SMPR (DREES, 2002)</i> .....	13
<b>SECONDE PARTIE : OBJET DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE .....</b>	<b>14</b>
I – CHAMP DE L'ETUDE .....	15
II – DEFINITION DES CATEGORIES DE RECUEIL .....	16
1. <i>Les structures pénitentiaires</i> .....	16
2. <i>Les interventions alcoologiques</i> .....	16
III – LE QUESTIONNAIRE .....	17
IV – POPULATION DE L'ENQUETE .....	18
1. <i>Le taux de réponse</i> .....	18
2. <i>Les interlocuteurs</i> .....	18
3. <i>La population carcérale de l'enquête</i> .....	20
<b>TROISIEME PARTIE : RESULTATS .....</b>	<b>22</b>
I – LES INTERVENTIONS ALCOOLOGIQUES .....	23
1. <i>Répartition des interventions alcoologiques</i> .....	24
• <i>Répartition des interventions selon leur type</i> .....	25
• <i>Répartition du type d'intervention selon le type d'établissement</i> .....	26
2. <i>Les interventions individuelles professionnelles</i> .....	27
• <i>Nombre d'intervenants</i> .....	27
• <i>Qualité et employeur des intervenants</i> .....	28
• <i>Temps de travail des intervenants</i> .....	29
• <i>Régularité et fréquence de l'intervention individuelle</i> .....	30
• <i>Les objectifs de l'intervention individuelle professionnelle</i> .....	31
• <i>Lieu des interventions individuelles professionnelles</i> .....	32
• <i>Ancienneté de l'intervention individuelle</i> .....	32
• <i>Modalités de recrutement pour l'intervention individuelle</i> .....	32
• <i>Evaluation d'activité de l'intervention individuelle</i> .....	33
• <i>Les demandes non satisfaites</i> .....	34
• <i>Les difficultés ressenties par les intervenants</i> .....	34
• <i>Présence d'une intervention par le passé</i> .....	36
3. <i>Les interventions groupales professionnelles</i> .....	37
• <i>Nombre d'intervenants</i> .....	37
• <i>Qualité et employeur des intervenants</i> .....	38
• <i>Temps de travail des intervenants</i> .....	38
• <i>Régularité, fréquence et durée de l'intervention groupale professionnelle</i> .....	39
• <i>Lieu des interventions</i> .....	39
• <i>Les objectifs de l'intervention groupale professionnelle</i> .....	39
• <i>Ancienneté de l'intervention groupale professionnelle</i> .....	40
• <i>Modalités de recrutement pour l'intervention de groupe</i> .....	40

• Evaluation de l'intervention de groupe.....	40
• Les demandes non satisfaites.....	40
• Les difficultés ressenties par les intervenants de groupe .....	41
• Présence d'une intervention dans le passé .....	41
4. Financement des interventions alcoologiques professionnelles .....	42
5. Les visiteurs de prison .....	43
6. Les réunions des associations néphalistes.....	44
II – LA PRISE EN CHARGE INTERNE .....	45
1. Le dispositif interne.....	45
• Existence d'un protocole de sevrage .....	45
• Présence d'un référent en alcoologie au sein de l'UCSA ou du SMPR .....	45
• La collaboration entre intervenants externes et services internes à l'établissement pénitentiaire .....	46
2. La préparation à la sortie .....	46
• Les actions entreprises .....	46
• Lien avec un intervenant ou une structure extérieurs .....	47
3. Difficultés ressenties par les professionnels internes à l'établissement .....	48
III – QUESTIONS TRANSVERSALES.....	49
1. Utilisation d'un questionnaire d'évaluation .....	49
2. Approche commune pour les drogues illicites et l'alcool dans l'établissement pénitentiaire .....	49
IV – LES INTERVENTIONS LIEES AU TABAC.....	50
• Financement des interventions sur le tabac.....	50
• Utilisation de substituts nicotiques.....	50
• Financement des substituts nicotiques .....	51
<b>QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION .....</b>	<b>52</b>
I – SYNTHÈSE COMPARATIVE : DONNÉES DE 2004 .....	52
1. Les interventions alcoologiques .....	52
<b>a. Caractéristiques générales.....</b>	<b>52</b>
<b>b. Les interventions professionnelles .....</b>	<b>53</b>
2. Un bilan nuancé.....	56
2. La prise en charge interne.....	58
3. Utilisation d'un questionnaire d'évaluation .....	59
4. Le tabac .....	59
II – ANALYSE COMPARATIVE : 1993/2004.....	60
CONCLUSION .....	62
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>64</b>
ANNEXE 1 : GLOSSAIRE.....	64
ANNEXE 2 : LISTE DES SIGLES .....	66
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE .....	67

## Résumé

L'objectif principal de cette étude, conduite par voie téléphonique, était de dresser un état des lieux de la prise en charge des problèmes d'alcool en milieu carcéral et d'apporter une description détaillée des interventions alcoologiques proposées aux détenus dans l'ensemble des établissements pénitentiaires français du milieu fermé.

Cette étude transversale constitue la réplique d'une enquête conduite en 1993, qui avait mis en évidence une carence globale de l'offre de soins. La comparaison des deux enquêtes a donc permis de mesurer les évolutions conduites durant la dernière décennie.

Deux interlocuteurs différents étaient sollicités dans le recueil des données, permettant d'obtenir des informations d'un point de vue interne à l'établissement (soit au niveau de l'UCSA, du SMPR ou du SPIP), puis d'un point de vue spécialisé (auprès des responsables des interventions alcoologiques).

Quatre grands types d'interventions alcoologiques ont été répertoriés, se distinguant selon le type d'intervenant (bénévole ou professionnel) et selon le type de public visé (un détenu ou un groupe de détenus).

Sur un total de 185 établissements pénitentiaires identifiés au cours de cette enquête, 258 interventions alcoologiques (toutes interventions confondues), réparties sur 155 établissements, ont été recensées. Ce premier constat suggère que l'offre de soins est amplement répartie, d'un point de vue quantitatif. Cependant, une analyse plus fine, à partir de la fréquence de l'intervention, du nombre d'intervenants et de leur temps de travail, révèle la faiblesse qualitative du dispositif.

## Introduction

### • *La Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie, F3A.*

La F3A a été créée en 1994 dans le but d'atténuer l'isolement existant entre les différents acteurs de l'alcoologie ambulatoire. L'association, tout d'abord créée en tant que Fédération Française des Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (FFCHAA), puis dénommée Fédération Française de l'Alcoologie Ambulatoire (FFAA), a adopté en 2003 le titre de :

### **FEDERATION DES ACTEURS DE L'ALCOOLOGIE ET DE L'ADDICTOLOGIE (F3A)**

#### **La F3A a pour objet :**

- De **regrouper** toutes les personnes et structures engagées dans la prise en compte des problèmes associés à l'usage de substances psychoactives, en premier lieu l'alcool, quelles que soient leurs formes réglementaires.
- De **promouvoir l'alcoologie et l'addictologie pratiques**, centrées sur le patient dans le cadre du dispositif ambulatoire et fondées sur la prise en compte des conduites de consommation dangereuse et d'addiction. Cette prise en compte, menée par des équipes pluridisciplinaires dans une approche médico-psycho-sociale, comprend la prévention, la réduction des risques, l'écoute, l'aide, le soin et l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool ou d'autres substances psychoactives.
- De constituer une **force de propositions** auprès des instances décisionnaires, locales, régionales, nationales, européennes et internationales.
- De **favoriser le développement** des équipes et des structures de terrain, quels que soient leurs modes de gestion, les missions qu'elles sont amenées à conduire dans les dispositifs sanitaires et sociaux.
- De **représenter** les membres, les structures et l'ensemble des instances gestionnaires locales, régionales, nationales et européennes et internationales adhérentes.
- De **féderer** les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA, tels que définis par la Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions et le Décret n° 98-1229 du 29 décembre 1998), les Consultations hospitalières d'alcoologie et d'addictologie, les Unités d'alcoologie et d'addictologie de liaison intra hospitalières (circulaire DHOS du 8 septembre 2000 sur les Equipes hospitalières de liaison en addictologie), les Consultations et Unités d'alcoologie des prisons, les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (tels que définis par la Loi 2002-1 du 2 janvier 2002-2), et plus généralement, toute structure intervenant en alcoologie, tabacologie et addictologie.
- D'aider les structures intervenant dans tout le champ de l'addictologie à **coopérer**, à développer des projets communs.
- De mettre en œuvre des recherches permettant aux structures et aux équipes d'addictologie pratique / de terrain de **participer** à l'élaboration des politiques de santé publique.

L'action de la F3A consiste à faire vivre un système d'échange d'expériences entre les personnes, les métiers et les équipes de l'addictologie, à nourrir ces échanges de connaissances nouvelles ou revisités, et à ouvrir l'addictologie à d'autres disciplines. Réciproquement nous voulons faire en sorte que l'addictologie soit approchée par d'autres professions, d'autres cultures que celles du soin.

La fédération dispose pour cela :

- ▶ De commissions qui organisent les différentes activités, dont **la commission Santé-Justice**, au sein de laquelle la présente étude s'inscrit.
- ▶ Des journées thématiques de formation.
- ▶ Des « Journées de Nîmes », carrefour annuel de l'addictologie de terrain.
- ▶ D'un service d'intervention conseil, en direction des structures adhérentes ou d'institutions confrontées à des problématiques d'addiction.
- ▶ D'outils de communication : lettre aux adhérents, site Internet ([www.alcoologie.org](http://www.alcoologie.org)).

A partir de ce socle, la F3A détient un rôle de proposition et de représentation des diverses structures d'alcoologie et d'addictologie au sein de réseaux de partenariat, dans le cadre d'activités de recherche, d'animation et de formation.

#### • **La commission Santé-Justice de la F3A**

**La commission Santé-Justice de la F3A**, créée en 2003, a pris le relais des missions de l'Association pour la Prévention et l'Étude des Conduites d'Alcoolisation des populations Pénales (**APECAPP**).

Le souhait de ses membres est :

- de réfléchir à l'accueil et à la prise en charge des publics « justice » incarcérés ou non, en obligation de soins ou non,
- de renforcer les relations avec les professionnels intervenants en milieu pénitentiaire.

Il s'agit non seulement de diffuser les expériences, de les rendre visible, de valoriser les initiatives mais aussi de faire en sorte qu'elles puissent être adaptées, reprises au sein d'autres structures, par d'autres équipes.

La commission souhaite donc compiler les informations relatives au travail en milieu carcéral. Ceci afin de définir les points de convergences, les problématiques liées à ces actions et envisager l'organisation de rencontres d'échanges sur les pratiques pour les acteurs impliqués et leurs partenaires (SPIP, UCSA, SMPR, CSST, Associations néphalistes, professionnels du milieu judiciaire et pénitentiaire, etc.)

Cette étude s'inscrit donc directement dans le cadre des missions de la commission Santé-Justice, et plus largement dans l'esprit d'interdisciplinarité recherché par la F3A, puisqu'elle a été réalisée par une équipe composée d'un médecin alcoologue, d'une sociologue et d'une psychosociologue.

## • Objectifs de l'étude

Les populations pénales semblent particulièrement concernées par les problèmes d'alcool : les études sur la prévalence de la consommation d'alcool des détenus suggèrent qu'un tiers des entrants en prison présentent une consommation excessive d'alcool, voire que plus de **20 % des détenus souffrent d'une alcoolodépendance**.

Depuis le début des années 1970, des interventions locales à l'attention des détenus souffrant d'un problème lié à l'alcool ont commencé à apparaître. Une seule enquête, conduite en 1993, a répertorié les interventions alcoologiques menées dans l'ensemble des prisons françaises<sup>1</sup>. Celle-ci avait mis en évidence une carence globale de l'offre de soins. Nous avons cherché à prendre la mesure des évolutions dans ce domaine en renouvelant le même type d'enquête. Cette étude transversale, réalisée dix ans après la première, peut donc donner une **perspective dynamique** des évolutions de l'offre de soins en alcoologie dans les établissements pénitentiaires français.

Par ailleurs, depuis 1994, **l'organisation des soins** en milieu pénitentiaire a été radicalement bouleversée, puisque la prise en charge sanitaire des détenus ne dépend plus de l'administration pénitentiaire mais du service public hospitalier. L'organisation des soins, et plus particulièrement quand il s'agit de problèmes liés à l'alcool (par exemple pour le repérage à l'entrée ou l'orientation post-carcérale) requiert discrétion et confidentialité, ce qui s'oppose parfois aux contraintes imposées par le contexte carcéral. Comment les professionnels de santé conçoivent-ils leur action ? Quelles sont leurs difficultés ?

L'objectif principal de cette étude était de dresser **un état des lieux** de la prise en charge des problèmes d'alcool en milieu carcéral, et ce à un double niveau :

- Au niveau des **interventions alcoologiques** spécifiques proposées aux détenus, interventions individuelles et interventions de groupe, réalisées par des professionnels ou par des bénévoles.
- Au niveau de **la prise en charge interne** menée par les services de l'établissement (dispositif interne, préparation à la sortie, difficultés ressenties).

### Les interventions alcoologiques

Dans les établissements pénitentiaires, les interventions en alcoologie sont effectuées soit par des bénévoles, soit par des professionnels. Elles s'adressent à deux types distincts de public, soit un individu, soit un groupe. Afin de dresser un état des lieux exhaustif, quatre types d'interventions ont été identifiés.

#### • Dans un cadre bénévole :

- *Les visiteurs de prison* sont des bénévoles provenant d'associations néphalistes qui rendent visite à des détenus, individuellement.
- *Les réunions d'associations néphalistes* s'adressent à plusieurs détenus à la fois ; il s'agit le plus souvent de groupes de parole.

#### • Dans un cadre professionnel :

- *Les interventions individuelles professionnelles*, menées par des intervenants (médecins, psychologues, travailleurs sociaux) du secteur alcoologique, s'articulent spécifiquement autour de la prise en charge individuelle de détenus autour des problèmes liés à l'alcool.
- *Les interventions groupales professionnelles* se définissent par l'organisation de réunions régulières ayant pour thème principal l'alcool, animées par un ou plusieurs intervenants professionnels du secteur alcoologique.

<sup>1</sup> Cette étude a été réalisée par Daniel Karinthi dans le cadre d'une thèse pour le doctorat de médecine encadrée par Bernard Rueff et Philippe Michaud (Karinthi, 1994).

Sur l'ensemble du territoire national, tous les établissements pénitentiaires (à l'exception des centres de semi-liberté) identifiés grâce au répertoire fourni par le ministère de la justice ont été sollicités au cours de l'année 2004. A chaque fois, un premier entretien téléphonique a été mené auprès d'un soignant travaillant au sein de l'établissement. Il était suivi, si la prison accueillait une intervention alcoologique, par un deuxième entretien auprès du responsable de cette intervention, désigné par le premier interlocuteur.

La méthodologie adoptée ici a donc permis de dresser un **bilan exhaustif** des interventions : l'interview systématique d'un soignant bien inséré au sein de chaque prison a permis de repérer toutes les interventions, puis d'en répertorier les différents types précisément grâce au deuxième entretien.

Ainsi, le professionnel travaillant au sein de la prison a été interviewé sur les modalités de **prise en charge spécifique au sein de l'établissement**, et plus précisément sur :

- l'existence d'un protocole de sevrage,
- la présence d'un référent en alcoologie,
- la préparation à la sortie,
- les difficultés ressenties par les professionnels du pénitentiaire.

Pour décrire **les interventions alcoologiques**, des données ont été recueillies sur :

- les interventions alcoologiques (objectifs, ancienneté, fréquence, durée, lieu, modalités de recrutement, évaluation de la file active et des actes, financement),
- les intervenants (qualité, temps de travail, perception de leurs difficultés),

De plus, les professionnels du milieu pénitentiaire et les intervenants extérieurs ont été interrogés sur leur pratique concernant l'utilisation d'un **questionnaire de repérage** de la situation alcoologique des détenus rencontrés.

Enfin, à titre de comparaison, des renseignements sur les interventions liées au **tabac** (recensement et financement des interventions, utilisation et financement de substituts nicotiques) ont été collectés.

## Première partie : Données de cadrage

Dans un premier temps, une description de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire et un rappel des directives récemment adoptées en matière de prise en charge des détenus consommant des substances psychoactives permettront de comprendre quels moyens sont alloués et quels objectifs sont poursuivis en matière de prise en charge des problèmes liés à l'alcool en milieu carcéral.

Puis les données existantes sur la prévalence déclarée des consommations de substances psychoactives des détenus, et plus particulièrement sur la prévalence de la consommation d'alcool, donneront une estimation de l'ampleur du phénomène.

### ***I – L'organisation des soins en milieu pénitentiaire***

Depuis la réforme de 1994, l'organisation des soins en milieu pénitentiaire, et notamment la prise en charge des dépendances aux substances psychoactives, ont été profondément modifiées. De plus, de nouvelles directives prises en 2001 ont précisé les objectifs poursuivis en matière de prise en charge des détenus présentant des consommations excessives de substances psychoactives.

#### **1. La réforme de 1994**

Depuis la loi du 18 Janvier 1994 (loi n°94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale), les détenus peuvent être affiliés, dès leur incarcération, au régime général de la Sécurité sociale, et depuis 2000 ils peuvent bénéficier de la CMU (Couverture maladie universelle).

Mais par-dessus tout, depuis 1994, la prise en charge sanitaire des détenus ne dépend plus de l'administration pénitentiaire mais du service public hospitalier, et, par-delà, du Ministère de la Santé. Les détenus sont désormais soignés au sein des **Unités de consultation et de soins ambulants (UCSA)**, qui remplacent les anciennes infirmeries. L'UCSA dispose d'une équipe pluridisciplinaire le plus souvent composée de médecins et d'infirmiers d'un hôpital public. Chaque établissement pénitentiaire signe un protocole avec l'hôpital de proximité désigné pour assurer la prise en charge sanitaire des détenus.

#### **2. La prise en charge des dépendances aux substances psychoactives**

Le suivi médical des personnes présentant une dépendance à une drogue ou à l'alcool est assuré essentiellement par les Unités de consultation et de soins ambulants (UCSA) et le Service médico-psychologique régional (SMPR).

**Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR)** sont chargés depuis 1986 de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Il en existe 26 pour l'ensemble du territoire français. Ils sont rattachés le plus souvent à un centre hospitalier spécialisé (psychiatrique), quelquefois à un hôpital général (y compris CHU). Lorsqu'il n'y a pas de SMPR dans l'établissement pénitentiaire, un établissement public de psychiatrie doit pouvoir dispenser les soins.

Ce dispositif est complété dans 16 établissements par un Centre de soins spécialisés en toxicomanie (CSST) intracarcéral (anciennement « antenne toxicomanie ») qui fonctionne sous la responsabilité du médecin en charge du SMPR.

A ces structures peuvent s'ajouter des antennes d'alcoologie : en 1993, il en existait quatre officielles, intervenant dans six établissements répartis sur quatre sites, Fleury-Mérogis, Grenoble, Lyon et Paris (Karinthi, 1994). Celles-ci ont pu acquérir ultérieurement le statut de CCAA intracarcéral.

## 2. La note interministérielle de 2001

La note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001<sup>2</sup>, qui a redéfini les orientations relatives à la prise en charge sanitaire et sociale des détenus présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, poursuit cinq objectifs :

- repérer systématiquement des situations d'abus ou de dépendance,
- proposer une prise en charge adaptée aux besoins des détenus,
- développer la prévention,
- favoriser les aménagements de peine,
- préparer la sortie.

Pour répondre à ces objectifs, les services pénitentiaires et sanitaires intervenant dans les prisons ont été invités à dresser un état des lieux des besoins et à définir des pistes d'amélioration. Puis les services concernés étaient chargés d'établir un protocole de prise en charge qui définisse les modalités d'intervention de chaque acteur, et en particulier la procédure de repérage (avec la mise en place de la grille d'observation « minigrade »<sup>3</sup>). En 2004, dans un rapport sur l'application de cette note interministérielle, l'OFDT constatait que, si une réflexion avait été engagée dans une grande partie des établissements pénitentiaires, un protocole de prise en charge n'avait été signé que dans 36 établissements à la fin de l'année 2003, distribués sur 24 départements. Et lorsqu'un protocole d'action a été mis en place, il avait simplement permis de « formaliser l'existant », mais il n'avait pas suffi, « quand la collaboration était problématique, à modifier la situation » (OFDT, 2004).

S'appuyant sur le rapport de l'OFDT, la MILDT, dans son Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, insiste sur l'importance de la mise en place de partenariats, et elle réitère son invitation pour le développement de la prévention et pour l'amélioration de l'accompagnement à la sortie.

Conscients de ces problèmes, les Ministères de la Santé et de la Justice, dans une circulaire du 10 janvier 2005<sup>4</sup> sur l'actualisation du *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*<sup>5</sup>, réaffirmait encore la nécessité de mettre en œuvre les orientations définies par la note interministérielle de 2001.

Selon l'Observatoire international des prisons (OIP), ces rappels témoignent du « retard et des carences » qu'endure la mise en œuvre de cette politique de soins (OIP, 2005).

---

<sup>2</sup> Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

<sup>3</sup> Trame d'entretien permettant de diagnostiquer et d'évaluer l'abus et la dépendance aux substances licites et illicites.

<sup>4</sup> Circulaire DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

<sup>5</sup> La circulaire relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et son guide méthodologique, publiés en décembre 1994, ont accompagné la mise en place de la réforme relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

## **II – Données sur les consommations de substances psychoactives des entrants en prison**

Autrefois autorisée, la consommation d'alcool est interdite aux détenus depuis 1995. Il existe très peu d'études sur le tabagisme, l'alcoolisation ou l'usage de drogues chez les détenus, puisque l'alcool, et *a fortiori* les drogues illicites, ne sont pas censés être accessibles. De plus, ces études ne concernent que les entrants en prison, et donc uniquement les maisons d'arrêt.

On dispose actuellement de quatre études, dont l'une a été menée en 1994 à l'initiative de l'APECAPP (Association pour la prévention et l'étude des conduites d'alcoolisation des populations pénales, aujourd'hui commission justice et soins de la F3A) ; cette enquête nommée EMPAD (Etude métropolitaine des problèmes d'alcool des personnes détenues) était une enquête transversale par sondage sur 800 hommes et 500 femmes entrant dans les maisons d'arrêt du territoire métropolitain, s'appuyant sur des diagnostics opérés par des médecins formés (et non l'utilisation de questionnaires). Ses principaux résultats ont été publiés dans la « Revue française des affaires sociales » en 1997.

Les trois autres ont été réalisées par la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) :

- L'enquête sur la santé des entrants en prison, réalisée pour la première fois en 1997 et renouvelée en 2003, recueille à l'occasion de la visite médicale d'entrée des informations sur les facteurs de risque pour la santé de la population des entrants dans l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires (DREES, 1999 et 2005).
- Une enquête a également été conduite en 2001 sur la santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les Service médico-psychologique régional, ou SMPR (DREES, 2002). Demandée par la Direction générale de la santé (DGS) et l'Administration pénitentiaire (AP), elle a été menée dans 23 établissements pénitentiaires (26 établissements disposent d'un SMPR sur l'ensemble du territoire français).

### **1. L'enquête EMPAD**

En 1994-5, cette étude a mesuré la prévalence des problèmes d'alcool chez les entrants et les entrantes dans les prisons françaises, en organisant, sur un échantillon aléatoire des maisons d'arrêt du territoire métropolitain, le diagnostic alcoologique de l'ensemble des entrants, sur 15 jours pour les hommes et sur 11 semaines pour les femmes.

Cette enquête concluait que **22,5 % des entrants hommes souffraient d'une alcoolodépendance** définie selon les critères du DSM III-R, **dont 18 % avec une dépendance physique**, et que **37 % avaient un problème lié à l'alcool** (incluant les dépendances, les ivresses à répétition et les consommations supérieures à 280g d'alcool pur par semaine et les incarcérations pour conduite sous l'emprise de l'alcool). Lors de cette année où 91 000 incarcérations ont eu lieu, on pouvait donc estimer à 34 000 le nombre d'entrants ayant un problème avec l'alcool. Les femmes présentaient pour **11 % d'entre elles une alcoolodépendance**, et 20 % un problème lié à l'alcool selon la définition ci-dessus. Les polyconsommations étaient minoritaires chez les hommes alcoolodépendants, si l'on considérait les consommations actuelles et sans tenir compte de la consommation occasionnelle de cannabis. Elles représentaient par contre la moitié des situations d'alcoolodépendance chez les femmes, où se retrouvaient également plus souvent un lien entre alcoolodépendance et motif d'incarcération pour violence (Michaud, 1997).

## 2. La santé des entrants en prison (DREES, 1999 et 2005)

Réalisée dans l'ensemble des maisons d'arrêt (maisons d'arrêt et quartiers maisons d'arrêt des centres pénitentiaires) en 1997 et en 2003 par les équipes médicales de médecine générale chargées des visites d'entrée, cette étude estimait qu'environ **30 % des entrants en prison cumulaient les consommations à risque** (alcool, tabac, drogues, psychotropes).

### • L'alcool

Dans les deux enquêtes de la DREES sur la santé des entrants en prison, **un tiers des entrants en prison** déclarait une consommation excessive d'alcool<sup>6</sup>.

Deux tendances se profilent entre 1997 et 2003 :

- Par rapport à 1997, la proportion d'entrants en prison se déclarant buveurs excessifs avait légèrement diminué (31 % en 2003 contre 33 % en 1997).

- Parallèlement, la prise en charge de l'alcoolisation excessive était un peu plus fréquente en 2003 : 6 % des entrants en prison se sont vus prescrire une consultation spécialisée en alcoologie en 2003 contre 4 % en 1997.

Toutefois, la consommation d'alcool demeure, comme le reste des substances psychoactives, plus fréquente en prison que dans l'ensemble de la population (19 % en 2002 chez les hommes métropolitains âgés de 18 à 54 ans avaient une consommation excessive d'alcool<sup>7</sup>).

### ○ Les mineurs

Les deux enquêtes révèlent que la proportion de buveurs excessifs augmente avec l'âge et que le type de consommation évolue avec l'âge. Avant 25 ans il s'agit très majoritairement d'une consommation discontinue. Ainsi, près d'un mineur nouvellement incarcéré sur cinq déclarait une consommation d'alcool excessive en 2003, qui se rapportait pour 80 % d'entre eux à un mode discontinu. Ensuite la consommation régulière devient prédominante, une consommation discontinue lui étant toutefois associée dans environ 40 % des cas.

### ○ Les femmes

En 1997 et en 2003, les femmes entrant en prison déclaraient faire usage de substances psychoactives moins souvent que les hommes. Ainsi, à l'arrivée en prison, la déclaration d'une consommation excessive d'alcool concernait environ une femme sur cinq (17 %) contre près d'un homme sur trois (32 %). En revanche, la prévalence d'une consommation excessive d'alcool était quatre fois plus élevée parmi les femmes entrant en prison que parmi l'ensemble des femmes de la population générale.

De plus, par rapport à 1997, l'enquête de 2003 a enregistré une forte hausse de la prévalence de l'alcoolisme excessif, déclaré par environ une femme nouvellement incarcérée sur six contre environ 10 % en 1997.

---

<sup>6</sup> La consommation excessive d'alcool est définie dans ces deux études comme supérieure ou égale à cinq verres par jour pour les hommes et trois verres par jour pour les femmes quand la consommation était régulière, et supérieure ou égale à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois quand elle était discontinue.

<sup>7</sup> La DREES avance cette estimation à partir des résultats de l'enquête ESPS réalisée par l'IRDES (Enquête santé et protection sociale réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé).

- **Le tabac :**

La prévalence du tabagisme quotidien parmi les entrants en prison était la même en 1997 et en 2003 : près de 80 % des entrants fumaient quotidiennement et près de 20 % consommaient quotidiennement plus de vingt cigarettes en 1997, contre 15 % en 2003.

- **Les drogues illicites :**

Concernant les drogues illicites, 30 % des entrants déclaraient avoir consommé régulièrement du cannabis dans les douze mois précédant leur incarcération, tandis que les autres drogues représentaient moins de 10 % des consommations. A leur arrivée en prison, environ 7 % des personnes nouvellement incarcérées déclaraient bénéficier d'un traitement de substitution, dont huit fois sur dix par Subutex®.

- **Les médicaments psychotropes :**

Un peu moins de 15 % des entrants en prison en 2003 déclaraient avoir un traitement en cours par médicament psychotrope, pour la plupart des anxiolytiques (tranquillisants) ou des hypnotiques (sédatifs).

- **Les polyconsommations :**

**L'association la plus fréquente était alcool et drogues illicites**, et concernait un peu plus de la moitié des personnes arrivant en détention qui se déclaraient polyconsommatrices. Un quart des consommateurs de drogues illicites autres que le cannabis fumaient plus de vingt cigarettes par jour (contre 30 % en 1997) et 42 % avaient une consommation excessive d'alcool (contre 43 % en 1997).

### **3. Les détenus accueillis par les SMPR (DREES, 2002)**

L'enquête sur la santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux (DREES, 2002) a concerné 23 établissements pénitentiaires (26 établissements disposent d'un SMPR sur l'ensemble du territoire français).

Les équipes de soignants travaillant dans les SMPR, chargées de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, ont été sollicitées afin de mener une enquête auprès des détenus rencontrés lors de l'entretien d'accueil à l'entrée en détention ou auprès des détenus suivis régulièrement dans leur service.

- **Les entrants dans les établissements disposant d'un SMPR**

Parmi les entrants, environ 12 % avaient déjà bénéficié d'une prise en charge spécialisée en matière de toxicomanie ou d'alcool. Lors de l'entretien d'accueil réalisé par le psychiatre du SMPR, au moins un trouble psychiatrique avait été repéré chez 55 % des entrants. Parmi ces personnes présentant un trouble, 54 % avaient des tendances addictives, ou une consommation d'alcool importante.

- **Les détenus suivis par les SMPR**

Parmi les détenus suivis, 20 % avaient déjà bénéficié d'une prise en charge spécialisée en matière de toxicomanie ou d'alcool. Un quart des détenus suivis souffrait de troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, dont 29 % relatifs à une dépendance à l'alcool. Le diagnostic de dépendance aux substances psychoactives était équivalent chez les femmes (26 %, dont un quart dépendantes à l'alcool) et chez les hommes (un quart, dont 30 % dépendants à l'alcool) suivis par les SMPR.

## Seconde partie : Objet de l'étude et méthodologie

A l'exception des centres de semi-liberté, tous les établissements pénitentiaires de France (DOM et TOM inclus) ont été sollicités par téléphone. Grâce à l'accord et au soutien du Ministère de la Justice<sup>8</sup>, nous avons pu identifier 185 établissements pénitentiaires et joindre directement un membre du personnel médical de l'UCSA, l'unité de soins de la prison. Puis, si une intervention alcoologique était réalisée, le personnel de l'UCSA interviewé transmettait les coordonnées téléphoniques du responsable de l'intervention. Si plusieurs interventions alcoologiques étaient menées au sein du même établissement, le personnel de l'UCSA fournissait les coordonnées des responsables de chaque intervention.

A partir de chaque établissement pénitentiaire, il était donc possible de remonter aux interventions et de dresser un bilan exhaustif des interventions alcoologiques menées dans l'ensemble des prisons françaises. Cependant, il ne faut pas oublier que l'intégralité des informations retranscrites ici est de nature **déclarative**.

Une seule enquête, conduite en 1993 par Daniel Karinthi et Philippe Michaud, a répertorié les interventions alcoologiques menées dans l'ensemble des prisons françaises (Karinthi, 1994). Cette étude transversale constitue la réplique de l'enquête de 1993 : le questionnaire de l'enquête, issu de l'enquête de 1993, a été affiné et validé par une enquête exploratoire auprès de cinq établissements.

Les directeurs des établissements pénitentiaires ont été prévenus par courrier du déroulement de l'enquête. Le recueil des données s'est effectué entre les mois de juin et de décembre 2004. Les entretiens téléphoniques ont duré 20 minutes en moyenne. La saisie des données a été réalisée sous Excel®, puis elles ont été analysées sous Epi-Info (OMS) entre juin et décembre 2005 par Philippe Michaud et Agnès Dumas.

Parmi les questions d'ordre méthodologique, il est nécessaire de préciser le champ de l'étude, la définition des catégories de recueil utilisées pour l'enquête, les dimensions explorées par le questionnaire, et enfin la population de l'enquête.

---

<sup>8</sup> Ces établissements étaient recensés dans le « Répertoire des UCSA et des services médicaux » que le Ministère de la justice a mis à notre disposition.

## ***I – Champ de l'étude***

Les établissements pénitentiaires sont classés en deux grandes catégories : maisons d'arrêt et établissements pour peine.

• **Les maisons d'arrêt (MA)** : Elles reçoivent les prévenus (détenus en attente de jugement) ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas un an lors de leur condamnation définitive. Il existe au moins une maison d'arrêt par département (sauf dans le Gers).

• **Les établissements pour peine** : Ils sont divisés en **maisons centrales (MC)**, **centres de détention (CD)**, centres de semi-liberté (CSL) et centres pour peines aménagées, en fonction du type de population pénale qu'ils accueillent.

- Les détenus dont les peines sont plus courtes, ou qui témoignent de possibilités concrètes de réinsertion sociale, sont orientés vers **les centres de détention (CD)**.
- Les détenus condamnés à une longue peine et/ou présentant des risques sont dirigés vers **les maisons centrales (MC)**, à vocation sécuritaire.
- Plusieurs types d'établissements (MA, CD, MC) peuvent être regroupés géographiquement : on parle alors de **centres pénitentiaires (CP)**. Nous n'avons pas gardé cette distinction dans l'analyse et la présentation des résultats : ainsi, les quartiers maison d'arrêt, les quartiers centre de détention et les quartiers maison centrale implantés dans des centres pénitentiaires ont été répartis dans les trois grandes catégories d'établissements précitées (MA, CD, et MC).
- **Les condamnés soumis au régime de semi-liberté**, qui peuvent exercer une activité professionnelle durant la journée et suivre un enseignement ou une formation hors de l'enceinte pénitentiaire, sont tenus de regagner le soir le centre de semi-liberté auxquels ils sont rattachés. Etant donné que dans les centres de semi-liberté l'organisation et la prise en charge des détenus divergent radicalement des autres établissements, **ils ont été exclus de cette étude.**

**Pour cette étude, nous avons donc retenu trois grandes catégories d'établissements, qui appartiennent tous au « milieu fermé » :**

- **Les maisons d'arrêt (MA)**
- **Les établissements pour peine :**
  - **Les centres de détention (CD)**
  - **Les maisons centrales (MC)**

## II – Définition des catégories de recueil

Nous avons adopté des définitions particulières, aussi bien pour les structures pénitentiaires que pour les interventions alcooliques, qui se doivent d'être précisées.

### 1. Les structures pénitentiaires

Au 1<sup>er</sup> avril 2004, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP, 2004)) recensait 189 établissements pénitentiaires sur le territoire français (métropole, départements, territoires d'outre-mer et collectivités territoriales), dont :

- 117 maisons d'arrêt,
- 58 établissements pour peine dont :
  - 25 centres de détention (25 CD et 26 CP avec un quartier centre de détention),
  - 5 maisons centrales (5 MC et 8 CP avec un quartier maison centrale),
  - 28 centres pénitentiaires (dont 8 avec un quartier maison centrale, 26 avec un quartier centre de détention et 2 avec un quartier centre pour peines aménagées),
- 1 établissement public de santé national à Fresnes,
- 13 centres autonomes de semi-liberté.

A la fin de l'année 2004, période à laquelle les données ont fini d'être recueillies, et tenant compte de la classification précédemment décrite<sup>9</sup>, les résultats de cette étude recensaient **185 établissements pénitentiaires regroupés sur 167 sites** en France métropolitaine et sur le territoire Outre-mer, dont :

- **128 maisons d'arrêt** (114 Ma dont 14 CP avec un quartier maison d'arrêt),
- **51 Etablissements pour peine** dont :
  - 43 Centres de détention (28 CD et 15 CP avec un quartier centre de détention),
  - 8 Maisons centrales (4 MC et 4 CP avec un quartier maison centrale).
- **3 centres pénitentiaires « spéciaux »** : Longuenesse, Châteauroux et Fort-de-France qui comprennent chacun un quartier MA, un quartier CD, un quartier MC et un quartier CSL.
- De plus, **3 établissements** ont été classés dans une catégorie « **autre** » : l'établissement public de santé national à Fresnes, le centre pour peine aménagée de Metz et le centre pour mineurs de Pontet.

### 2. Les interventions alcooliques

Dans les établissements pénitentiaires, les interventions en alcoolologie sont effectuées soit par des bénévoles, soit par des professionnels. Elles s'adressent à deux types distincts de public, soit un individu, soit un groupe. Afin de dresser un état des lieux exhaustif, quatre types d'interventions ont été répertoriés.

**Tableau 1. Critères de distinction entre les types d'interventions alcooliques**

	<b>Travail bénévole</b>	<b>Travail salarié</b>
<b>Mode individuel</b>	« Visiteurs de prison »	« Intervention individuelle professionnelle »
<b>Mode groupal</b>	« Réunions des associations néphalistes »	« Interventions groupale professionnelle »

<sup>9</sup> Les 31 établissements pénitentiaires recensés par la Direction de l'administration pénitentiaire étaient soit exclus soit comptabilisés en tant que Maisons d'arrêt, Centres de détention ou Maisons centrales.

● **Dans un cadre bénévole :**

- **Les visiteurs de prison** sont des bénévoles provenant d'associations néphalistes qui rendent visite à des détenus, individuellement.

- **Les réunions d'associations néphalistes** s'adressent à plusieurs détenus à la fois ; il s'agit le plus souvent de groupes de parole.

● **Dans un cadre professionnel :**

- **Les interventions individuelles professionnelles**, menées par des intervenants (médecins, psychologues, travailleurs sociaux) du secteur alcoologique, s'articulent spécifiquement autour de la prise en charge individuelle de détenus autour des problèmes liés à l'alcool.

- **Les interventions groupales professionnelles** se définissent par l'organisation de réunions régulières ayant pour thème principal l'alcool, animées par un ou plusieurs intervenants professionnels du secteur alcoologique.

### **III – Le questionnaire**

Le questionnaire de l'enquête, qui figure en annexe [annexe 4], a été élaboré par le Dr Philippe Michaud en collaboration avec le Dr Daniel Karinthi, auteur de la thèse sur l'enquête EMPAD en 1993, la *commission justice* de la F3A et avec les enquêteurs, deux professionnels des sciences sociales. Le questionnaire a été validé après une enquête exploratoire auprès de cinq établissements.

Le questionnaire explorait les deux axes de l'enquête :

- Les **interventions alcoologiques** spécifiques proposées aux détenus, interventions individuelles et interventions de groupe, réalisées par des professionnels ou par des bénévoles.
- **La prise en charge interne** menée spécifiquement autour de l'alcool par les services de l'établissement.

Afin d'appréhender les caractéristiques de **la prise en charge interne** menée par les services de l'établissement, des questions étaient posées sur :

- l'existence d'un protocole de sevrage,
- la présence d'un référent en alcoologie,
- la préparation à la sortie,
- les difficultés ressenties par les professionnels du pénitencier.

Pour décrire **les interventions alcoologiques**, des données ont été recueillies sur :

- les caractéristiques relatives aux interventions alcoologiques (objectifs, ancienneté, fréquence, durée, lieu, modalités de recrutement, évaluation de la file active et des actes, financement),
- les caractéristiques relatives aux intervenants (qualité, temps de travail, perception de leurs difficultés),

De plus, les professionnels du milieu pénitencier **et** les intervenants extérieurs étaient interrogés sur leur pratique concernant l'utilisation d'un **questionnaire de repérage** de la situation alcoologique des détenus rencontrés.

Enfin, à titre de comparaison, des renseignements d'ordre général sur les interventions liées au **tabac** (recensement et financement des interventions, utilisation et financement de substituts nicotiniques) ont été collectés.

Le questionnaire était composé d'une majorité de questions à codification binaire (oui/non), ou demandait une réponse chiffrée précise (par exemple : nombre de détenus vus au cours de l'année). Dans le cas d'une liste de choix (par exemple : objectif de l'intervention), le choix « autre réponse » était toujours disponible, à l'aide d'une question à codification ouverte, afin d'éviter toute perte d'information.

## ***IV – Population de l'enquête***

### **1. Le taux de réponse**

Au total, des données ont été recueillies sur 184 établissements, sur un total de 185 établissements recensés au moment de l'enquête, un établissement situé en Outre-mer n'ayant pu être contacté. Ce taux de réponse général est satisfaisant, et témoigne de la bonne acceptation de l'enquête par les différents professionnels interrogés.

Un responsable a pu être contacté pour chaque intervention professionnelle répertoriée. En revanche il n'a pas été possible de contacter l'ensemble des associations néphalistes (pour les visites ou les réunions). Les informations les concernant ont été fournies par un professionnel de la prison ou un intervenant extérieur.

Globalement, le taux de non-réponses partielles était inférieur à 3 %. Pour l'expression des résultats, le parti pris a été le suivant : quand la part des non-réponses est inférieure à 3 %, elle n'est pas retranscrite dans l'expression des résultats ; dans le cas contraire, les résultats notifient la proportion de « sans réponse ».

### **2. Les interlocuteurs**

Pour mener l'enquête, nous avons suivi la distinction établie dans l'enquête de P. Michaud et D. Karinthi, qui s'étaient inspirés d'une méthodologie employée auparavant en Angleterre et au Pays de Galles (Mc Murran & Baldwin, 1989). Deux interlocuteurs différents étaient sollicités dans le recueil des données, permettant d'obtenir tout d'abord des informations d'un point de vue interne à l'établissement (soit au niveau de l'UCSA, du SMPR ou du SPIP), puis d'un point de vue spécialisé et externe à l'établissement pénitentiaire. Le recueil des données a donc été réalisé auprès de *deux interlocuteurs distincts*, suivant un schéma identique pour l'ensemble des établissements :

- le premier interlocuteur était un professionnel travaillant *au sein* du système pénitentiaire, le plus souvent au niveau de l'UCSA, du SMPR ou du SPIP, et il n'était *pas spécialisé* dans la prise en charge des problèmes liés à l'alcool. On lui demandait malgré tout de répondre à l'intégralité du questionnaire, et notamment aux questions portant sur les interventions alcoologiques. Le premier interlocuteur désignait ensuite un second interlocuteur :
- le second – et éventuel – interlocuteur travaillait dans le cadre d'une *intervention alcoologique spécifique* menée dans l'établissement. S'il n'y avait pas d'intervention alcoologique menée dans l'établissement, le recueil des données s'arrêterait au premier interlocuteur. Si plusieurs interventions alcoologiques étaient menées au sein du même établissement, le premier interlocuteur fournissait les coordonnées des responsables de chaque intervention.

### • **Premier interlocuteur**

Le responsable de l'UCSA était sollicité en priorité, dans la mesure où l'UCSA joue un rôle privilégié dans l'organisation et la prise en charge des soins accordés aux détenus. De plus, les établissements pénitentiaires ont été contactés grâce au « Répertoire des UCSA et des services médicaux » fourni par le Ministère de la Justice. En conséquence, 76 % des premiers interlocuteurs étaient des personnels de l'UCSA, employés par l'hôpital général ; 10 % des premiers interlocuteurs étaient des personnels du SMPR, employés par un hôpital psychiatrique. Enfin, 3 % des premiers interlocuteurs étaient employés par l'administration pénitentiaire. Les premiers interlocuteurs étaient en très grande majorité des infirmiers ou des cadres infirmiers (72 %), puis des médecins alcoologues ou addictologues (12 %), ou des médecins généralistes (10 %), ou des psychologues (6 %).

**Au total, 89 % des premiers interlocuteurs travaillaient au sein de la prison et ont répondu à l'intégralité du questionnaire.** Environ 10 % des premiers répondants n'ont répondu qu'aux questions concernant l'organisation de la prise en charge au sein de l'établissement pénitentiaire. Lorsque le premier répondant ne répondait que partiellement au questionnaire, c'est le *second répondant*, le plus souvent un responsable d'une intervention alcoologique, qui était comptabilisé comme « *premier interlocuteur* ». Ainsi, 7 % des premiers interlocuteurs sont des personnes employées par un CCAA.

### • **Second interlocuteur**

Le second interlocuteur, désigné par le premier, devait être lui-même un intervenant travaillant dans le cadre d'une intervention alcoologique, afin de donner une idée précise de la nature de l'intervention. L'interlocuteur n°2 était en priorité un infirmier (33 %), un psychologue (26 %), un éducateur ou un visiteur social (21 %), ou un médecin alcoologue ou addictologue (20 %). L'ensemble de ces intervenants était en majorité employé par des structures non pénitentiaires, prioritairement dans un CCAA (45 %), dans une antenne de l'ANPAA (20 %), ou dans un CSST (6 %). Des interventions alcoologiques pouvant par ailleurs être réalisées par des personnes appartenant à des structures du milieu carcéral (UCSA, SMPR, SPIP), les seconds interlocuteurs pouvaient également être employés par l'hôpital général ou psychiatrique (19 %), ou par l'administration pénitentiaire (6 %).

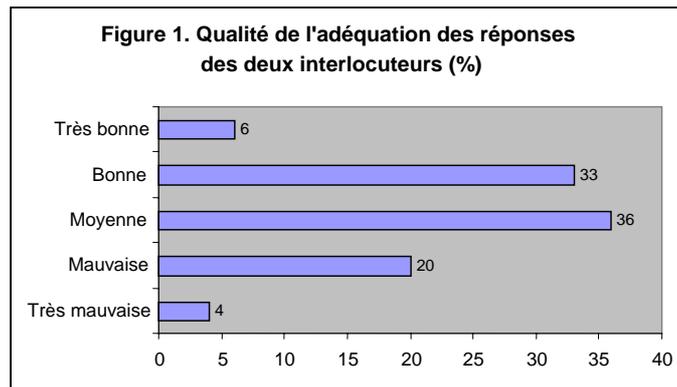
**Dans 34 % des établissements, aucun contact n'a été enregistré avec un second interlocuteur**, la plupart du temps car aucun intervenant extérieur ne travaillait spécifiquement autour de la prise en charge des problèmes liés à l'alcool.

### • **Adéquation de la réponse entre les deux interlocuteurs**

La partie du questionnaire concernant la description des interventions alcoologiques était doublement renseignée, dans un premier temps par un professionnel travaillant au sein de la prison, et dans un second temps par le responsable de l'intervention.

Pour chaque établissement où deux interlocuteurs ont intégralement répondu au questionnaire, le taux d'adéquation entre les réponses de chaque interlocuteur a été noté sur une échelle allant de 1 (très mauvaise adéquation) à 5 (très bonne).

Parmi les établissements où deux interlocuteurs ont intégralement répondu au questionnaire, l'échelle de correspondance se situe en moyenne à 3,2 (figure 1).



### 3. La population carcérale de l'enquête

Sur ce point, une distinction a été établie entre :

- *la capacité* de l'établissement, c'est-à-dire le nombre de places prévues par établissement,
- et *la population réelle*, c'est-à-dire le nombre de détenus réellement présents dans l'établissement.

D'après la Direction de l'administration pénitentiaire, au 1<sup>er</sup> avril 2004, le nombre de places de détention disponibles dans les établissements pénitentiaires était ainsi réparti (DAP, 2004) :

- 29 539 places en maisons d'arrêt et quartiers maisons d'arrêt,
- 14 749 places en centres et quartiers centres de détention,
- 2 107 places en maisons centrales et quartiers maisons centrales,
- 164 places en quartier centre pour peine aménagée (CPA),
- 207 places dans l'établissement public de santé national de Fresnes,

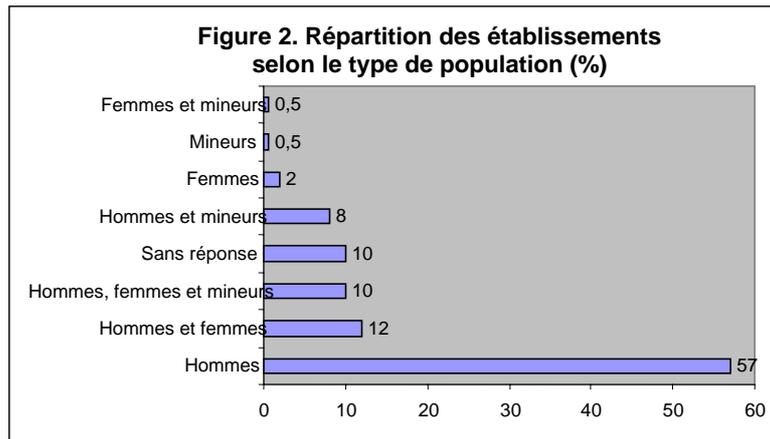
Soit un **total de 46 766 places** (exception faite des centres de semi-liberté).

**La population réelle était de 62 569 détenus** au 1<sup>er</sup> avril 2004 (59 246 au 1<sup>er</sup> janvier 2004), ce qui inclut la population des centres de semi-liberté, dont la capacité théorique est d'environ 2000 places (DAP, 2004).

Dans la présente enquête, l'ensemble des établissements n'a pas pu nous fournir des données sur les capacités théoriques et réelles. Néanmoins, à partir des évaluations fournies par les établissements<sup>10</sup>, on dénombre, pour l'année 2004, **une capacité théorique de 43 037 places** (sur 167 établissements répondants) **et une population réelle de 52 577 détenus** (pour 165 établissements répondants), soit un taux d'occupation moyen de 122 %. En moyenne, la capacité est de 257 détenus par établissement, et la population réelle de 315 détenus.

La population carcérale est très majoritairement masculine (95 % des détenus sont des hommes). Cela se traduit dans les affectations des établissements recensés : 2 % sont réservés aux femmes et 22 % sont mixtes, le restant ne recevant que des hommes (figure 2). Les mineurs disposent d'un seul établissement réservé, et dans tous les autres cas, de quartiers séparés (un cinquième des établissements).

<sup>10</sup> Le CD de Liancourt qui a ouvert courant 2004, et qui n'est pas recensé dans les chiffres de la DAP, a été inclus dans l'enquête.



## Troisième partie : Résultats

Les résultats présentent tout d'abord les deux **axes majeurs** de l'étude, à savoir :

- I) **La description des interventions alcoologiques** spécifiques proposées aux détenus, interventions individuelles et interventions de groupe, réalisées par des bénévoles ou par des professionnels.
- II) **La prise en charge interne** menée par les services médicaux de l'établissement (dispositif interne, préparation à la sortie, difficultés ressenties).

Puis deux axes mineurs sont présentés :

- III) Le premier concerne une question transversale, c'est-à-dire l'utilisation d'un **questionnaire de repérage** de la situation alcoologique des détenus rencontrés par les professionnels du milieu pénitentiaire et les intervenants en alcoologie.
- IV) Le second se rapporte aux interventions liées au **tabac** (recensement et financement des interventions, utilisation et financement de substituts nicotiques).

Les résultats présentés ici sont de nature descriptive : les dimensions de chaque axe sont présentées indépendamment les unes des autres. Par la suite, la discussion dresse les grandes tendances qui se dessinent au travers d'une synthèse générale des résultats et offre des points de comparaison avec l'étude menée en 1993.

## ***I – Les interventions alcoologiques***

Deux critères de distinction ont été retenus pour répertorier les différents types d'intervention autour des problèmes d'alcool en milieu pénitentiaire (tableau 1) :

<b>Tableau 1. Critères de distinction entre les types d'interventions alcoologiques</b>		
	<b>Travail bénévole</b>	<b>Travail salarié</b>
<b>Mode individuel</b>	« Visiteurs de prison »	« Intervention individuelle professionnelle »
<b>Mode groupal</b>	« Réunions des associations néphalistes »	« Interventions groupale professionnelle »

La présentation des résultats concernant les interventions alcoologiques est organisée de la façon suivante :

1) Avant de décrire distinctement chaque type d'intervention, une vue d'ensemble de la répartition des interventions alcoologiques est fournie.

Puis chaque intervention est précisément décrite, selon l'ordre suivant :

- 2) Les interventions individuelles professionnelles
- 3) Les interventions groupales professionnelles
- 4) Le financement des interventions professionnelles (individuelles et groupales)
- 5) Les visiteurs de prison
- 6) Les réunions d'associations néphalistes

Pour chaque intervention alcoologique professionnelle, plusieurs dimensions sont décrites :

- Les caractéristiques relatives aux intervenants (qualité, temps de travail, perception de leurs difficultés).
- Les caractéristiques relatives aux interventions alcoologiques (objectifs, ancienneté, fréquence, durée, lieu, modalités de recrutement, évaluation de la file active et des actes, financement).

Pour les interventions bénévoles, seules quelques caractéristiques ont été retenues (ancienneté, régularité, fréquence et durée de l'intervention).

## 1. Répartition des interventions alcoologiques

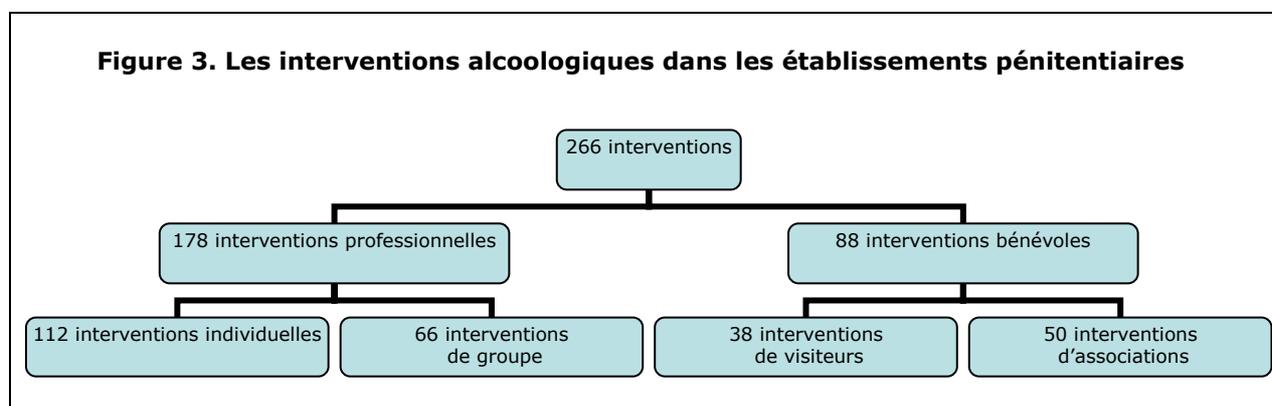
Parmi les 185 établissements inclus dans l'enquête, **30 établissements ne proposent aucune intervention**, soit **16 %** de l'ensemble des établissements pénitentiaires recensés dans l'enquête.

- Sur ces 30 établissements, 15 n'ont pas de projet d'intervention sur l'alcool en préparation. En revanche, 11 établissements ont déclaré travailler sur un projet de mise en place d'une intervention sur l'alcool.

### → Nombre total d'interventions

Dans cette enquête, l'unité d'observation principale est l'établissement : l'ensemble des résultats se rapporte à la proportion d'établissements concernés par telle ou telle intervention. Cependant, on peut également estimer le nombre total d'interventions alcoologiques répertoriées.

Un seul établissement pénitentiaire peut accueillir plusieurs interventions alcoologiques. Néanmoins, il accueille généralement un seul exemplaire de chaque type d'intervention, exception faite des interventions bénévoles (visiteurs de prison et réunions d'associations), qui sont assurées dans quatre établissements par deux associations distinctes. C'est pourquoi on recense davantage d'interventions que d'établissements pénitentiaires, soit un total de **266 interventions alcoologiques** (toutes interventions confondues), réparties sur **155 établissements pénitentiaires**. Parmi ces 266 interventions alcoologiques, 178 interventions professionnelles (112 interventions individuelles, 66 interventions de groupe) et 88 interventions bénévoles (38 interventions de visiteurs de prison et 50 réunions d'associations) ont été recensées (figure 3).



### → Nombre d'établissements accueillant chaque type d'intervention

Sur un total de **155 établissements** pénitentiaires accueillant une ou plusieurs interventions alcoologiques :

- **112 établissements** accueillent une intervention individuelle professionnelle,
- **66 établissements** accueillent une intervention groupale professionnelle,
- **46 établissements** reçoivent des réunions d'associations néphalistes,
- **34 établissements** reçoivent des visiteurs de prison.

La proportion du nombre d'établissements concernés par chaque type d'intervention peut être représentée selon le nombre total d'établissements pénitentiaires recensés dans l'enquête (n=185) ou selon le nombre total d'établissements concernés par une ou plusieurs interventions (n=155) (tableau 2).

<b>Tableau 2. Proportion d'établissements où chaque type d'intervention est recensé</b>			
Selon le nombre total d'établissements recensés dans l'enquête (n=185) et selon le nombre d'établissements concernés par une ou plusieurs interventions alcoolologiques (n=155)			
	<b>Nombre d'établissements</b>	<b>% (n=185)</b>	<b>% (n=155)</b>
Interventions individuelles professionnelles	112	60 %	72 %
Interventions groupales professionnelles	66	31 %	43 %
Réunions d'associations néphalistes	46	25 %	30 %
Visiteurs de prison	34	18 %	22 %

### • Répartition des interventions selon leur type

**L'intervention professionnelle est majoritaire** : elle est deux fois plus importante que l'intervention bénévole (178 interventions professionnelles contre 88 interventions bénévoles).

**L'intervention individuelle professionnelle constitue très nettement le type d'intervention le plus répandu.** Elle représente 60 % de l'ensemble des établissements pénitentiaires recensés dans l'enquête (n=185), et 72 % de l'ensemble des établissements accueillant une ou plusieurs interventions alcoolologiques (n=155). Au contraire, les visiteurs de prison représentent la forme d'intervention la moins courante, soit 18 % de l'ensemble des établissements pénitentiaires recensés dans l'enquête (n=185) et 22 % des établissements concernés par une ou plusieurs interventions (n=155).

**Quatre établissements** (3 % des 155 établissements accueillant une ou plusieurs interventions alcoolologiques) **offrent les quatre types d'interventions alcoolologiques.** Ce sont les établissements de Belfort, Angoulême, Ensisheim et Liancourt.

**En revanche, dans 76 établissements** (49 % des 155 établissements accueillant une ou plusieurs interventions alcoolologiques), **il n'existe qu'un seul type d'intervention :**

- 48 établissements reçoivent uniquement une intervention individuelle professionnelle,
- 14 établissements reçoivent uniquement une intervention groupale professionnelle,
- 11 établissements reçoivent uniquement des réunions d'associations,
- 3 établissements reçoivent uniquement des visiteurs de prison.

Les interventions individuelles professionnelles sont **plus nombreuses mais elles** représentent souvent la seule forme d'intervention dans l'établissement : 48 établissements accueillent uniquement une intervention individuelle professionnelle, soit 43 % des 112 établissements accueillant une intervention individuelle professionnelle et 31 % des 155 établissements accueillant une ou plusieurs interventions alcoolologiques.

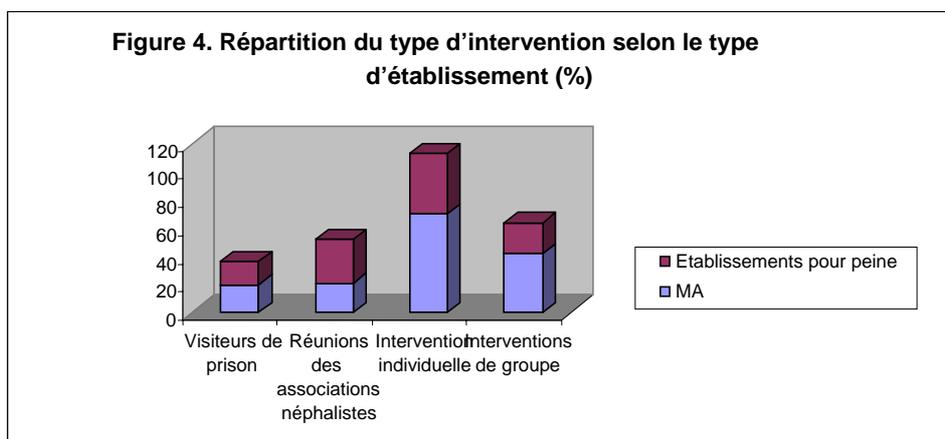
Les interventions de type groupal (interventions groupales professionnelles et/ou réunions d'associations d'anciens buveurs) sont **moins répandues** mais viennent souvent **s'ajouter** à un autre type d'intervention (11 établissements sur 46 accueillent uniquement des réunions d'associations néphalistes et 14 établissements sur 66 reçoivent uniquement des interventions de groupe professionnelles). De même, l'intervention

bénévole est minoritaire et le plus souvent accompagnée d'une intervention professionnelle : 19 établissements accueillent uniquement une intervention bénévole (visiteurs de prison et/ou réunions d'associations néphalistes).

### • Répartition du type d'intervention selon le type d'établissement

Pour cette étude, trois grandes catégories d'établissements ont été retenues :

- Les maisons d'arrêt (128 établissements, comprenant les maisons d'arrêt et les quartiers maisons d'arrêt des centres pénitentiaires)
- Les établissements pour peine (51 établissements), qui incluent :
  - Les centres de détention (CD et CP avec un quartier CD)
  - Les maisons centrales (MC et CP avec un quartier MC)



Les maisons d'arrêt ont davantage tendance à accueillir des interventions professionnelles tandis que les établissements pour peine accueillent davantage des réunions d'anciens buveurs. Les différences de pratiques sont plus particulièrement significatives concernant les maisons d'arrêt, qui font plus souvent appel aux interventions individuelles professionnelles.

**Tableau 3. Répartition du type d'intervention selon le type d'établissement.**

	Maisons d'arrêt (n=128)	Etablissements pour peine (n=51)
Interventions individuelles professionnelles	<b>89 (70 %)*</b>	<b>22 (43 %)*</b>
Interventions groupales professionnelles	54 (42 %)**	11 (22 %)**
Réunions des associations néphalistes	27 (21 %)***	16 (31 %)***
Visiteurs de prison	26 (20 %)	8 (16 %)

\* Cette différence se révèle particulièrement significative ( $p=0,1$  %).

\*\* Cette différence se révèle significative ( $p=1$  %).

\*\*\* La différence observée ne s'est pas avérée particulièrement significative, mais on observe néanmoins une tendance à accueillir davantage de réunions d'anciens buveurs dans les établissements pour peine.

Par ailleurs, l'analyse de la répartition des interventions, rapportée à la capacité théorique et la population réelle des établissements, ne fait pas apparaître de différence significative : la taille de la population carcérale n'est pas liée à l'absence ou à la présence d'une intervention <sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Sur les 30 établissements ne disposant d'aucune intervention, la moyenne de la population carcérale est de 198 détenus (pour les 13 maisons d'arrêt, la population moyenne est de 105 détenus et pour les 17

## 2. Les interventions individuelles professionnelles

Les interventions individuelles professionnelles, menées par des intervenants (médecins, psychologues, travailleurs sociaux) du secteur alcoologique, s'articulent spécifiquement autour de la prise en charge individuelle de détenus autour des problèmes liés à l'alcool.

Plusieurs dimensions vont être successivement décrites ici :

- Les caractéristiques relatives aux intervenants (nombre, qualité, employeur, temps de travail).
- Les caractéristiques relatives aux interventions alcoologiques (objectifs, ancienneté, fréquence, durée, lieu, modalités de recrutement, évaluation de la file active et des actes, demandes non satisfaites, difficultés ressenties par les intervenants, existence d'une intervention par le passé).

**En 2004, 112 établissements accueillent une intervention individuelle professionnelle, soit 60 % des 185 établissements pénitentiaires inclus dans l'enquête et 72 % des 155 établissements accueillant une ou plusieurs interventions alcoologiques.** Parmi ceux-ci, 48 établissements (31 % des 155 établissements concernés par une ou plusieurs interventions alcoologiques) accueillent uniquement une intervention individuelle.

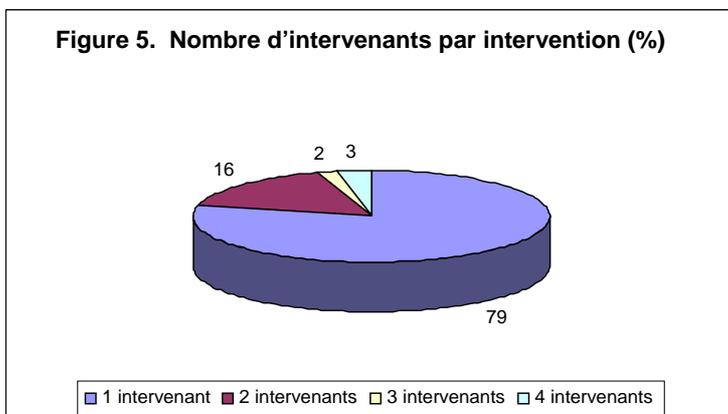
### • Nombre d'intervenants

**Au total, 143 intervenants réalisent une intervention individuelle salariée dans 112 établissements.**

Plusieurs intervenants peuvent se relayer dans le même établissement pour réaliser une intervention individuelle, mais dans la majorité des cas (79 %), une seule personne s'occupe de l'intervention.

L'intervention individuelle professionnelle concerne (figure 5) :

- **1 seul intervenant dans 89 établissements (79 % des 112 interventions),**
- 2 intervenants dans 18 établissements (16 %),
- 3 intervenants dans 2 établissements (2 %),
- 4 intervenants dans 3 établissements (3 %).



établissements pour peine, de 269 détenus). Parmi les 155 établissements où une intervention alcoologique est réalisée, la moyenne de la population carcérale est de 239 détenus.

En moyenne, il y a 1,3 ( $\pm 0,6$ ) intervenant sur les 112 établissements concernés par une intervention individuelle professionnelle.

Si on rapporte cette évaluation à l'ensemble des 185 établissements recensés dans l'enquête, **on peut considérer qu'il y a 0,78 intervenant individuel professionnel par établissement pénitentiaire français.**

### • Qualité et employeur des intervenants

Sur les 112 établissements accueillant une intervention individuelle, les intervenants sont majoritairement des médecins alcoologues, des infirmiers, des éducateurs ou des psychologues provenant d'une structure de soins ou de prévention spécialisée en alcoologie (CCAA privé, CCAA dépendant de l'ANPAA, antenne de l'ANPAA<sup>12</sup>).

Sur les 143 intervenants (141 répondants), on recense :

- 37 médecins alcoologues ou addictologues (26 % des 143 intervenants),
- 35 infirmiers (24 %),
- 26 éducateurs ou des visiteurs sociaux (18 %),
- 24 psychologues (17 %),
- 3 médecins (2 %),
- enfin, 16 intervenants (11 %) ont été classés dans une catégorie « autre » (8 animateurs, 5 assistantes sociales, 2 directeurs d'une antenne de l'ANPAA, une conseillère d'économie sociale et familiale).

Au total, 57 % des intervenants travaillant dans le cadre d'interventions individuelles professionnelles sont employés par un CCAA. Plus largement, 77 % des intervenants sont issus du secteur alcoologique (CCAA/antenne de l'ANPAA), tandis que 17 % appartiennent au milieu pénitentiaire (UCSA/SMPR).

Parmi les 143 intervenants (141 répondants), on compte :

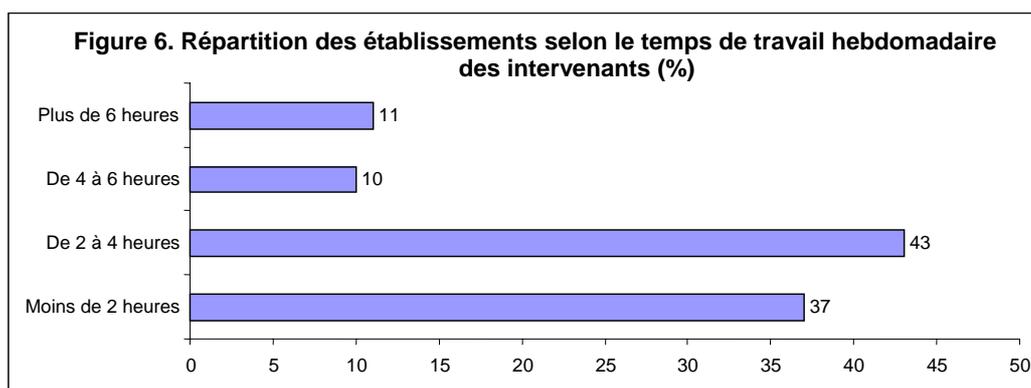
- 46 intervenants employés par un CCAA privé (32 % des 143 intervenants),
- 36 par un CCAA dépendant de l'ANPAA (25 %),
- 28 par une antenne de l'ANPAA (20 %),
- 18 par un hôpital général (13 %),
- 7 par un CSST (5 %),
- 6 par un hôpital psychiatrique (4 %).

<sup>12</sup> Pour cette question, le responsable a été distingué des intervenants ; s'il n'y avait qu'un seul intervenant, il était immédiatement considéré comme responsable. Puis chaque intervenant était successivement appelé intervenant « A », « B » ou « C » suivant l'ordre d'importance de son activité.

## • Temps de travail des intervenants

### • Par semaine

En moyenne, les intervenants (tous intervenants confondus) travaillent 197 minutes ( $\pm$  154) par semaine, soit environ 3 heures et quart. Dans 43 % des établissements concernés (n=112) les intervenants professionnels travaillent de 2 à 4 heures par semaine, mais une part importante des intervenants (37 % des établissements) y consacre moins de 2 heures hebdomadaires (figure 6).



Le détail du temps de travail hebdomadaire de chaque intervenant montre une forte variabilité :

- Les responsables (n= 112) travaillent sur site 197 mn par semaine ( $\pm$  154)
- les intervenants « A » (n=22) 194 minutes par semaine ( $\pm$  235).
- les intervenants « B » (n=5) 98 minutes par semaine ( $\pm$  104).
- les intervenants « C » (n=3) 80 minutes par semaine ( $\pm$  86).

Pour les 112 établissements concernés par une intervention individuelle, la moyenne du temps de travail par intervenant est de 191 mn, et par établissement de 217 minutes par semaine ( $\pm$ 168), soit un peu plus de 3 heures et demi. Si on prend pour dénominateur les 185 établissements recensés dans l'enquête, la moyenne est de 131 minutes par semaine, soit 2,2 heures.

**Tous intervenants confondus, la somme du temps de travail recensé sur une semaine est de 27 095 minutes, soit 451,6 heures. En somme, cela équivaut à 13 ETP par semaine sur la base des 35 heures, 13 personnes à temps plein pour s'occuper des problèmes liés à l'alcool dans les prisons françaises.**

Par ailleurs, on peut estimer que 30 % des entrants en prison déclarent une consommation d'alcool excessive et que 20 % des entrants souffrent d'une alcoolodépendance physique ou psychologique (Michaud, 1997 ; DREES, 1999, 2002, 2005).

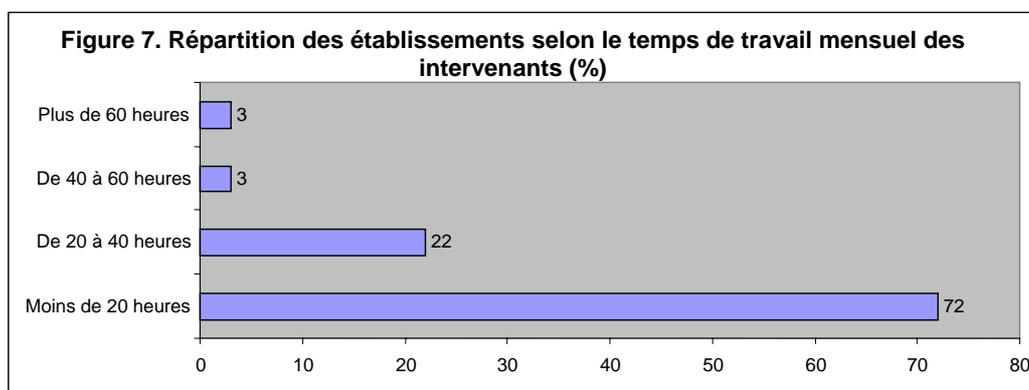
Selon le ministère de la justice, il y a eu 77 832 entrants en prison sur 188 établissements pénitentiaires (dont les CSL) en 2003<sup>13</sup>. On peut donc grossièrement estimer, pour l'année 2003, le nombre de personnes alcoolodépendantes entrant en prison à 15 500.

<sup>13</sup> Ministère de la justice, Les chiffres clés de la justice 2004, <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/ferm2.pdf>

**Si on rapporte le temps de travail hebdomadaire total de tous les intervenants confondus (451 heures) à l'ensemble de la population carcérale connaissant un problème de dépendance (15 500 détenus), il apparaît que 3 minutes d'offre de soin spécialisée sont disponibles, par semaine, pour chaque personne alcoolodépendante incarcérée.**

#### • Par mois

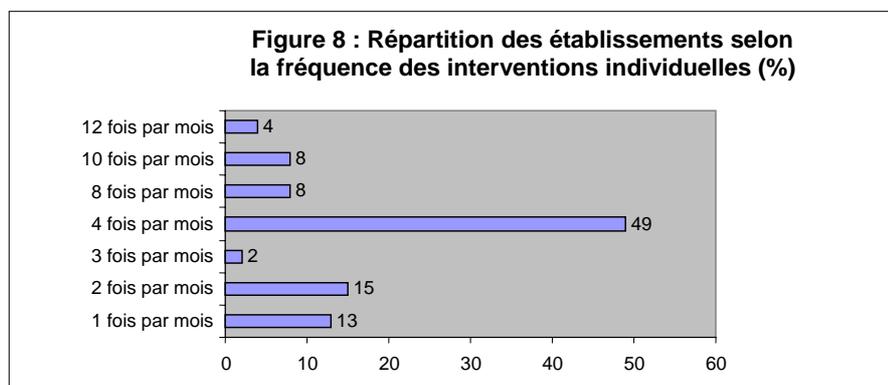
On a également demandé une estimation du temps de travail mensuel des intervenants. Dans 7 % des établissements, le temps de travail est considéré comme négligeable (10 à 20 minutes par mois). La figure suivante (figure 7) s'intéresse donc aux réponses relatives à 104 établissements : dans la grande majorité des cas (75 établissements), on y consacre moins de 20 heures mensuelles.



En moyenne, les intervenants consacrent 17 heures 20 mn à leur activité dans ces établissements, entre 90 minutes et 136 heures par mois. Pour mémoire, un temps plein équivaut à 151 heures par mois. **Dans aucun établissement le temps consacré à l'intervention spécialisée en alcoologie n'atteint un équivalent temps plein.**

#### • Régularité et fréquence de l'intervention individuelle

Dans 94 % des établissements accueillant une intervention individuelle professionnelle, l'intervention est réalisée de façon régulière. En moyenne, les interventions ont lieu 4,4 fois par mois ( $\pm 2,9$ ), soit une fois par semaine (55 établissements, soit 49 % des 112 établissements concernés), 30 % des établissements se situant au-dessous de cette moyenne, et 20 % au-dessus (figure 8).



## • Les objectifs de l'intervention individuelle professionnelle

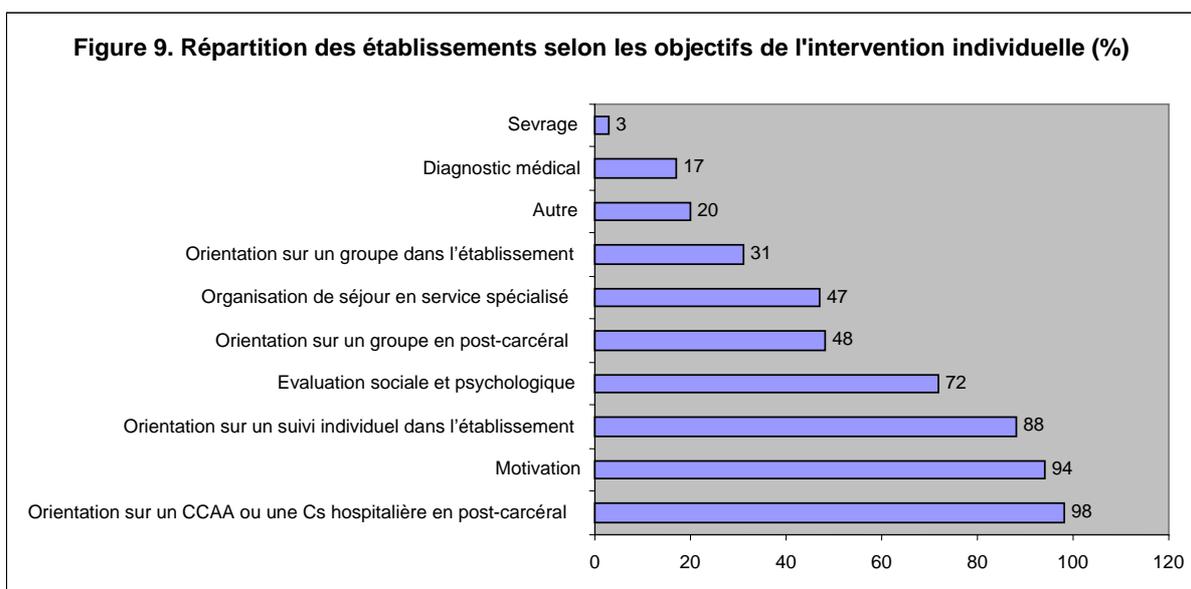
Pour la quasi-totalité des intervenants interviewés, **l'orientation post-carcérale vers un CCAA** est l'objectif principal de l'intervention individuelle professionnelle (97 % des 112 interventions répertoriées), puis viennent le travail sur la motivation du patient (94 %), l'orientation sur un suivi individuel dans l'établissement (88 %) et l'évaluation sociale et psychologique du patient (72 %).

Concernant les objectifs des interventions individuelles (figure 9), les neuf modalités identifiées (plusieurs réponses possibles) se rapportent à :

- l'orientation vers un CCAA ou une consultation hospitalière à la sortie de prison (109 établissements, soit 97 % des établissements concernés).
- le travail sur la motivation du patient (105 établissements, soit 94 %).
- l'orientation sur un suivi individuel dans l'établissement<sup>14</sup> (99 établissements, 88 %).
- l'évaluation sociale et psychologique du patient<sup>15</sup> (81 établissements, 72 %).
- l'orientation sur un groupe de parole à la sortie de prison (54 établissements, 48 %).
- l'organisation d'un séjour en service spécialisé à la sortie de prison (53 établissements, 47 %).
- l'orientation sur un groupe de parole dans l'établissement (35 établissements, 31 %).
- le diagnostic médical (19 établissements, 17 %).
- le sevrage (3 établissements).

La catégorie « autre » des objectifs renvoie essentiellement à :

- la préparation à la sortie (8 interventions),
- la diffusion d'informations sur l'alcool (6 interventions),
- la prévention (4 interventions),
- l'orientation vers un groupe (5 interventions).



<sup>14</sup> Dans ce cas, l'intervenant cherche à instaurer un suivi régulier pendant la durée de la détention, en opposition à une intervention ponctuelle.

<sup>15</sup> Les enquêtés pouvaient choisir plusieurs modalités.

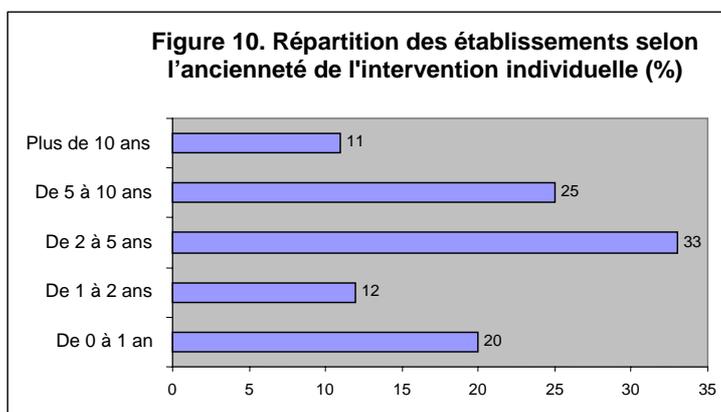
### • Lieu des interventions individuelles professionnelles

Le lieu de l'intervention peut différer selon l'intervenant (pour une même intervention, différents intervenants vont travailler dans différents lieux). C'est pourquoi, concernant le lieu des interventions (sur 140 répondants) :

- 87 intervenants réalisent leur intervention individuelle au sein de l'UCSA (62 %),
- 33 dans les parloirs (24 %),
- 7 dans des lieux divers (5 %),
- 6 au sein des SMPR (4 %),
- 5 au sein du service social (4 %),
- 2 dans des salles de classe (1 %).

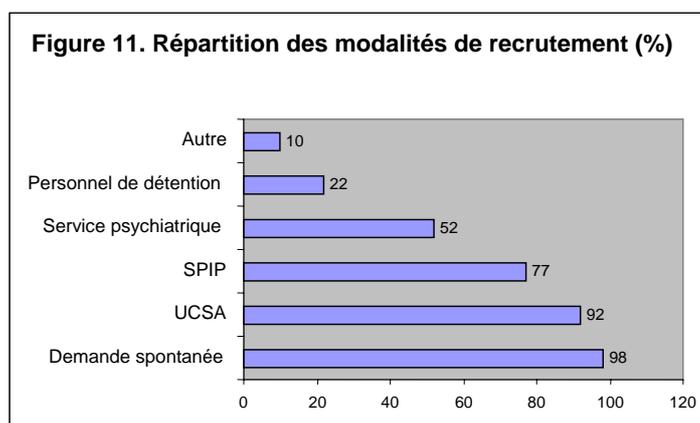
### • Ancienneté de l'intervention individuelle

Les interventions individuelles professionnelles sont réalisées depuis 0 à 20 ans, en moyenne depuis 5 ans (figure 10). Les interventions ont moins de deux ans d'ancienneté dans 31 % des cas (n=112), de 2 à 5 ans dans 33 % des cas, de 5 à 10 ans d'ancienneté dans 25 % des cas.



### • Modalités de recrutement pour l'intervention individuelle

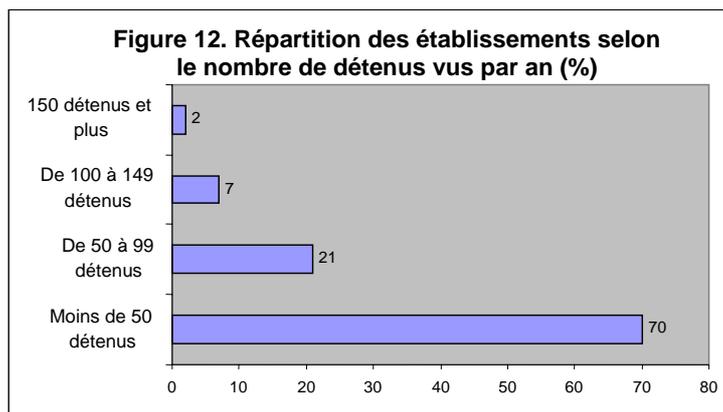
Dans cette partie, on a exploré les modalités de recrutement des interventions individuelles professionnelles, c'est-à-dire les orientations effectuées vers les intervenants par les professionnels du milieu pénitentiaire (figure 11). Ce sont l'UCSA et le SPIP qui signalent le plus souvent des détenus aux intervenants (respectivement dans 92 % et 77 % des interventions). Une demande spontanée des détenus reste cependant la forme la plus générale de recrutement (98 % des interventions).



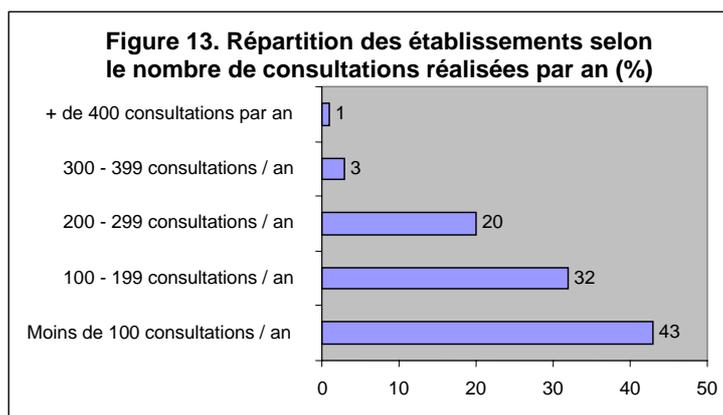
## • Evaluation d'activité de l'intervention individuelle<sup>16</sup>

Dans les 112 établissements accueillant une intervention individuelle professionnelle, près de **70 % d'entre elles touchent moins de 50 détenus par an** (78 établissements), et **43 % recensent moins de 100 consultations par an** (30 établissements).

Au total, en 2003, sur les 112 établissements concernés par une intervention individuelle, 3 822 détenus ont été vus en 2003 dans le cadre d'une intervention individuelle professionnelle (figure 12), avec une moyenne de 53 détenus par an et par établissement concerné.

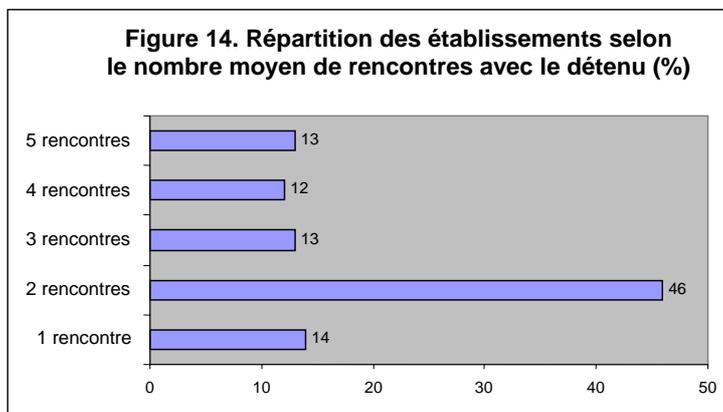


Si les répondants ont estimé facilement le nombre de détenus vus en consultation (les 112 établissements ont donné une estimation), 38 % des établissements n'ont pas pu donner une estimation du nombre de consultations par an. Les données concernant le nombre d'actes reposent donc sur les 69 établissements répondants (62 %), qui ont déclaré un total de **9146 actes pour l'année 2003** (figure 13), avec une moyenne de 130 actes par an et par établissement concerné.



<sup>16</sup> Les évaluations chiffrées, qu'elles soient relatives aux interventions individuelles ou groupales, portent sur l'année 2003 puisque seule l'évaluation de 2003 est disponible en 2004, année du recueil des données. A défaut d'une évaluation chiffrée connue des professionnels interviewés, on a demandé une estimation à partir de l'activité mensuelle ou hebdomadaire.

Les professionnels interviewés ont eu quelques difficultés pour évaluer le nombre moyen de rencontres avec le détenu au cours de son séjour, et plus spécifiquement dans les maisons d'arrêt, où la durée des séjours varie énormément. Seuls 61 % des établissements concernés ont pu fournir une réponse à cette question. **Dans 32 établissements (46 % des répondants), l'intervenant rencontre le détenu deux fois au cours de son séjour** (figure 14).



Cette estimation du nombre moyen de rencontres avec le détenu au cours de son séjour peut être précisée si on rapporte le nombre déclaré de détenus vus pendant l'année au nombre d'actes réalisés. Afin d'établir une moyenne des établissements ayant fourni des évaluations chiffrées aux deux questions précédentes, nous avons calculé le nombre de détenus vus par les 69 établissements ayant donné une évaluation précise du nombre d'actes réalisés par an, soit 3630 détenus. Le nombre d'actes rapporté au nombre de détenus vus par an donne donc une moyenne de **2,52 actes par détenu rencontré**, ce qui confirme l'estimation donnée par les professionnels.

#### • Les demandes non satisfaites

Pour cette, question, on a demandé aux professionnels interviewés d'estimer la part de demandes non satisfaites à laquelle ils ne pouvaient pas répondre, c'est-à-dire la proportion de détenus qui n'a pas accès à l'intervention individuelle.

**Dans 55 établissements (49 % des 112 établissements concernés, soit 30 % des 185 établissements inclus dans l'enquête), les professionnels estiment que l'offre de soins n'est pas à la hauteur de la demande, tandis que l'autre moitié estime que l'offre correspond à la demande.**

Afin de voir dans quelle mesure la demande était supérieure à l'offre, 25 responsables ont essayé de quantifier la proportion de demandes non satisfaites, au regard de leur propre file active : 6 responsables estiment que la demande non satisfaite équivaut à moins de 25 % de leur file active, 9 responsables à 25 %, 7 à 50 % et 3 à 100 %.

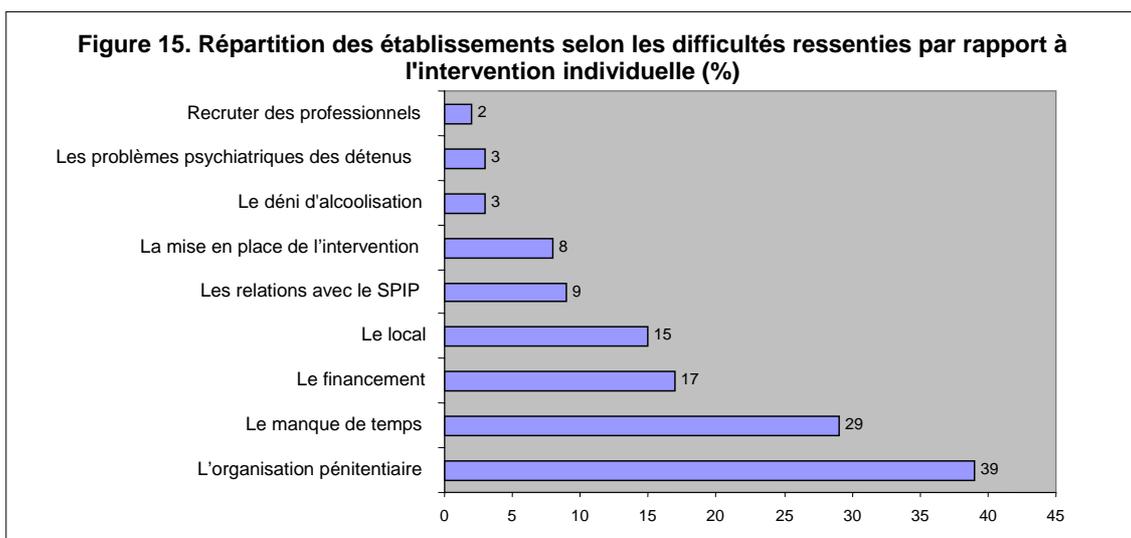
#### • Les difficultés ressenties par les intervenants

Une question ouverte (plusieurs réponses possibles) interrogeait les professionnels sur les difficultés ressenties dans leur activité. La régularité des réponses a permis d'identifier neuf types de difficultés (figure 15).

**Les intervenants ont rapporté des difficultés liées à :**

- **L'organisation pénitentiaire** : les délais d'attente pour rentrer dans la prison, pour recevoir les détenus, pour mettre en place une intervention, etc.
- **Un manque de temps** pour réaliser leur intervention, parce qu'ils ne peuvent pas dégager plus de temps à consacrer à l'intervention sur leur emploi du temps.
- **Un manque de financement**, qui renvoie au manque de fonds pour créer des postes ou augmenter la durée de l'intervention.
- **Un problème de local** : de nombreux intervenants se plaignent du local dans lequel ils interviennent, le local le plus problématique étant le parloir. Parmi les interventions individuelles, 24 % ont lieu dans des parloirs, malgré une volonté de changer de lieu de consultation. En effet, non seulement le parloir manque de tranquillité et de confidentialité pour la réalisation d'une telle intervention, mais les détenus ont également tendance à mal interpréter le rôle des soignants, qui est assimilé à la justice et non aux soins, puisque c'est au parloir que les détenus peuvent s'entretenir avec leur avocat ou un conseiller du SPIP.
- **Un problème concernant les relations avec le SPIP** : en tant que soignants, ils sont tenus au secret professionnel, mais en tant que partenaires de la justice et du pénitentiaire, ils sont censés l'informer des éléments pouvant contribuer à une meilleure compréhension du dossier, ce qui peut être à l'origine de situations de tension intense.
- **Des difficultés dans la mise en place de l'intervention** : nombreux délais d'attente, poids de la décision du directeur d'établissement, lenteur de la mise en place de partenariats avec les différents services de la prison.
- Des difficultés attribuées au **déni d'alcoolisation** des alcoolodépendants.
- Des problèmes pour **recruter** des professionnels pour réaliser des interventions.
- Des éventuels **problèmes psychiatriques** des détenus, qui perturbent le bon déroulement de la prise en charge.

Parmi les 112 responsables d'intervention interviewés, 44 enquêtés (39 %) ont désigné comme première difficulté **l'organisation pénitentiaire**, puis le manque de temps (29 %), d'argent (17 %) et le local (15 %).



Vingt trois pour cent des interventions individuelles professionnelles ont lieu dans des parloirs, malgré une volonté manifeste de changer de lieu. En effet, non seulement le

parloir manque de tranquillité et de confidentialité pour la réalisation d'une telle intervention, mais les détenus ont également tendance à mal interpréter le rôle des soignants, qui est assimilé à la justice et non aux soins, puisque c'est au parloir que les détenus peuvent s'entretenir avec leur avocat ou un conseiller du SPIP.

#### • **Présence d'une intervention par le passé**

Sur les **73 établissements** n'accueillant pas d'intervention individuelle en 2004 :

- **40 établissements (56 %) n'ont jamais mis en place d'intervention individuelle,**
- 24 établissements (33 %) ignorent si une intervention avait lieu dans le passé,
- 8 établissements (11 %) en accueillait une dans le passé.

L'intervention s'est interrompue depuis un an pour 4 établissements, depuis 3 ans pour 2 établissements et enfin depuis un an pour un établissement.

Sur les 8 établissements qui ont mis en place une intervention dans le passé, 5 établissements l'ont interrompu pour une raison financière et 3 établissements par manque de demande.

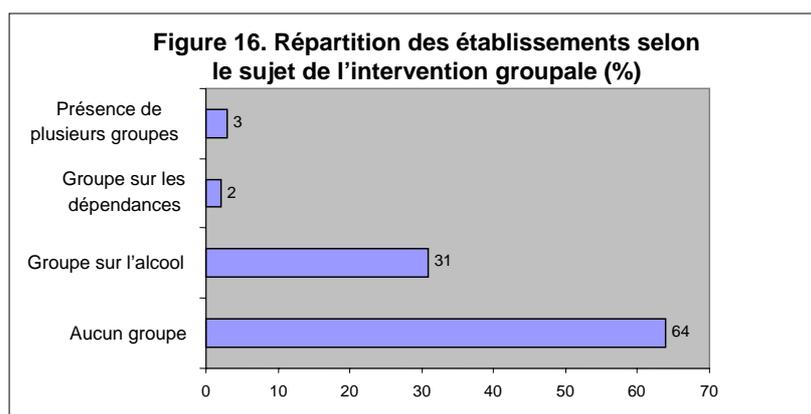
### 3. Les interventions groupales professionnelles

Les interventions groupales professionnelles se définissent par l'organisation de réunions régulières ayant pour thème principal l'alcool, animées par un ou plusieurs intervenants professionnels du secteur alcoologique.

Plusieurs dimensions vont être décrites ici, de la même façon que pour les interventions individuelles :

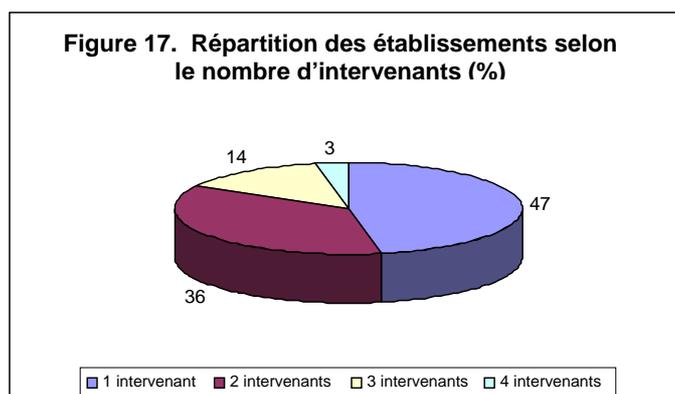
- Les caractéristiques relatives aux intervenants (nombre, qualité, employeur, temps de travail).
- Les caractéristiques relatives aux interventions alcoologiques (objectifs, ancienneté, fréquence, durée, lieu, modalités de recrutement, évaluation de la file active et des actes, demandes non satisfaites, difficultés ressenties par les intervenants, existence d'une intervention par le passé).

En 2004, **66 établissements pénitentiaires (31 % des 185 établissements inclus dans l'enquête, soit 43 % des 155 établissements accueillant une ou plusieurs interventions alcoologiques) accueillent une intervention groupale professionnelle.** Plus rarement il existe un groupe sur les dépendances, alcool, tabac, drogues illicites, ou même plusieurs groupes (figure 16). Quatorze établissements accueillent uniquement une intervention groupale professionnelle (soit 9 % des 155 établissements accueillant une ou plusieurs interventions alcoologiques).



#### • Nombre d'intervenants

L'intervention groupale concerne 114 intervenants travaillant sur 66 établissements (figure 17) ; dans **31 établissements il y a un seul animateur de groupe.** La moyenne est de 1,7 intervenant par établissement concerné ( $\pm 0,8$ ), alors que la moyenne se situe à 1,3 intervenant pour les interventions individuelles.



## • Qualité et employeur des intervenants

Les professionnels animant des groupes sont majoritairement des psychologues et des infirmiers, puis des médecins alcoologues et des éducateurs. Plus précisément, sur les 114 intervenants (111 répondants), on a recensé :

- 35 infirmiers (31 % des 114 intervenants),
- 31 psychologues (27 %),
- 13 médecins alcoologues ou addictologues (11 %),
- 12 éducateurs ou visiteurs sociaux (10 %),
- 3 médecins (3 %),
- 2 conseillers au SPIP (2 %),
- enfin, 15 intervenants (13 %) ont été classés dans la catégorie « autre » : acteurs, intervenants du Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES), relaxologues.

Concernant l'employeur des intervenants de groupe, sur 114 répondants :

- 28 sont employés par un hôpital général (25 % des 114 intervenants),
- 20 par un CCAA dépendant de l'ANPAA (18 %),
- 19 par un CCAA privé (17 %),
- 18 par un hôpital psychiatrique (16 %),
- 17 par une antenne de l'ANPAA (15 %),
- 12 (10 %) par un autre type d'employeur (Structures de prévention, CODES, CSST, Administration pénitentiaire).

Les responsables proviennent davantage de structures de soins ou de prévention spécialisées en alcoologie, et les intervenants sont plus souvent employés par l'UCSA ou le SMPR et financés par l'hôpital général ou psychiatrique.

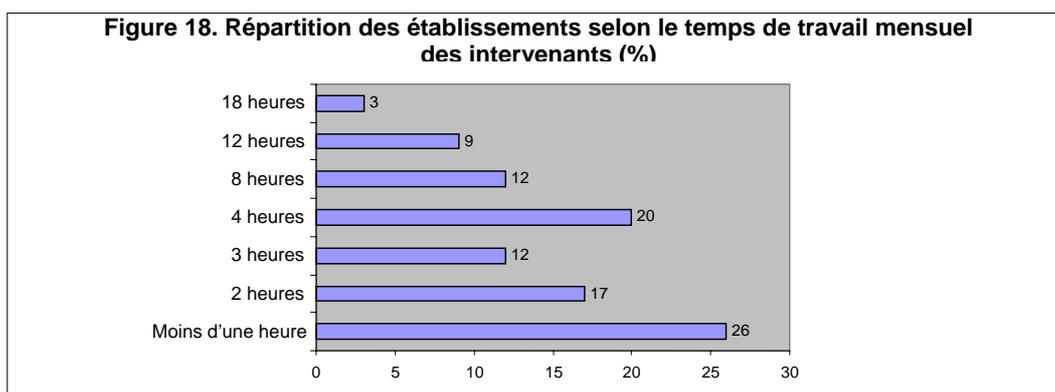
## • Temps de travail des intervenants

### • Par semaine

Les intervenants travaillaient au minimum 20 minutes et maximum 3 heures par semaine. Le temps de travail hebdomadaire moyen est relativement faible puisque tous intervenants confondus, il est **inférieur à une heure hebdomadaire**. En moyenne, les responsables des interventions groupales professionnelles travaillent 51 minutes par semaine ( $\pm 37$ ), au minimum 20 minutes et au maximum 3 heures, tandis que les deuxième et troisième intervenants travaillent respectivement 45 minutes ( $\pm 30$ ), et 38 minutes ( $\pm 13$ ). De plus, une intervention irrégulière, inférieure à 20 minutes par semaine, concerne 29 intervenants.

### • Par mois

Tous intervenants confondus, la durée du temps de travail mensuel est majoritairement inférieure à quatre heures (dans 36 établissements, soit 55 %) ; elle est inférieure à 1 heure mensuelle dans 17 établissements, soit 26 % des 66 établissements concernés.



### • Régularité, fréquence et durée de l'intervention groupale professionnelle

Sur les 66 établissements où une intervention de groupe a lieu, 55 établissements accueillent une intervention régulière : 29 % le font moins d'une fois par mois, 34 % à un rythme mensuel, 21 % à un rythme bimensuel, et 15 % à un rythme hebdomadaire.

Sur 64 établissements répondants, la réunion dure en moyenne 126 minutes ( $\pm 73$ ), soit **environ 2 heures**. Au minimum la réunion dure 1 heure, et au maximum 7 heures (lors d'une journée de prévention par exemple).

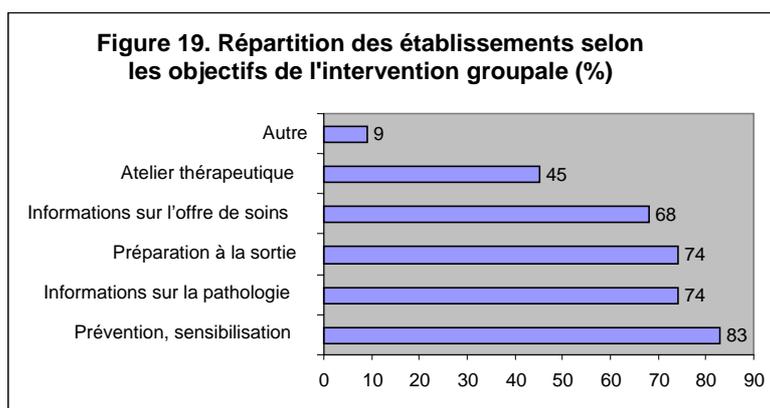
**Parmi les interventions professionnelles, celles consacrées aux groupes bénéficient habituellement d'un temps plus faible que celles qui s'adressent aux individus (en moyenne 17 heures par mois pour ces dernières).**

### • Lieu des interventions

La grande majorité des professionnels réalisent leur intervention de groupe dans des salles de classes (39 interventions) ; ce sont en effet souvent les salles les plus adéquates pour remplir les conditions de sécurité requises pour accueillir plusieurs détenus à la fois. Vingt-huit groupes ont lieu dans d'autres lieux très divers (salles de réunion, chapelle), et 26 se tiennent au sein du SMPR (les SMPR sont d'ailleurs en fréquence le second employeur des professionnels animant des groupes). Le reste des groupes se partage, pour la localisation, entre UCSA et service social.

### • Les objectifs de l'intervention groupale professionnelle

Les interventions professionnelles de groupe ont pour objectifs (figure 19) la prévention et la sensibilisation dans 55 établissements, la diffusion d'informations sur la pathologie et/ou la préparation à la sortie dans 49 établissements, la diffusion d'informations sur l'offre de soins dans 45 établissements, un atelier thérapeutique dans 30 établissements – qu'il repose sur un travail sur des supports, sur des contenus, ou sur une approche par les thérapies cognitives et comportementales (TCC) (plusieurs réponses possibles à cette question).



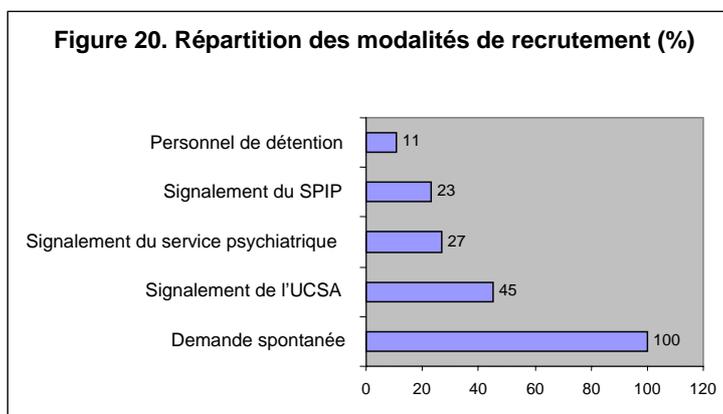
Les objectifs classés dans la catégorie « autre » recouvrent plusieurs types d'expériences plus ou moins originales (ont été cités : photolangage, titulbac, formation en alcoologie à l'attention des détenus, sophrologie, relaxation, théâtre, distribution de cocktails sans alcool, vidéos de prévention issues de la MILDT ou du programme de TCC « PHARE »).

### • Ancienneté de l'intervention groupale professionnelle

En moyenne, les interventions groupales professionnelles existent depuis 45 mois ( $\pm 36$ ), soit un peu moins de 4 ans, au minimum depuis un mois, et au maximum depuis 15 ans. Parmi les 66 interventions groupales répertoriées, 17 ont lieu depuis moins de 2 ans, 23 depuis 2 à 5 ans, 26 depuis plus de 5 ans.

### • Modalités de recrutement pour l'intervention de groupe

La totalité des interventions de groupe fonctionne sur le principe de la demande spontanée. L'UCSA, le SPIP ou le SMPR signalent également des détenus aux intervenants, mais dans une moindre mesure que pour les interventions individuelles (figure 20).



### • Evaluation de l'intervention de groupe

Soixante-six établissements sont concernés par une intervention groupale professionnelle, mais on ne dispose d'une évaluation chiffrée du nombre de détenus vus en 2003 que dans 38 établissements : le nombre total de personnes ayant participé est dans ces prisons de **2 470 détenus**. Par établissement le nombre varie de **10 à 170 détenus vus en 2003**, avec une moyenne de **65 détenus** ( $\pm 44$ ).

Par ailleurs, 49 établissements ont pu estimer le nombre de réunions avec les détenus organisées en 2003 dans le cadre de l'intervention de groupe. La somme atteint 680 réunions dans l'année, tous établissements confondus. **En moyenne, sur les 49 établissements répondants, 14 réunions ont été réalisées en 2003 par établissement**, avec une forte variance (entre 1 réunion et 50 réunions par an).

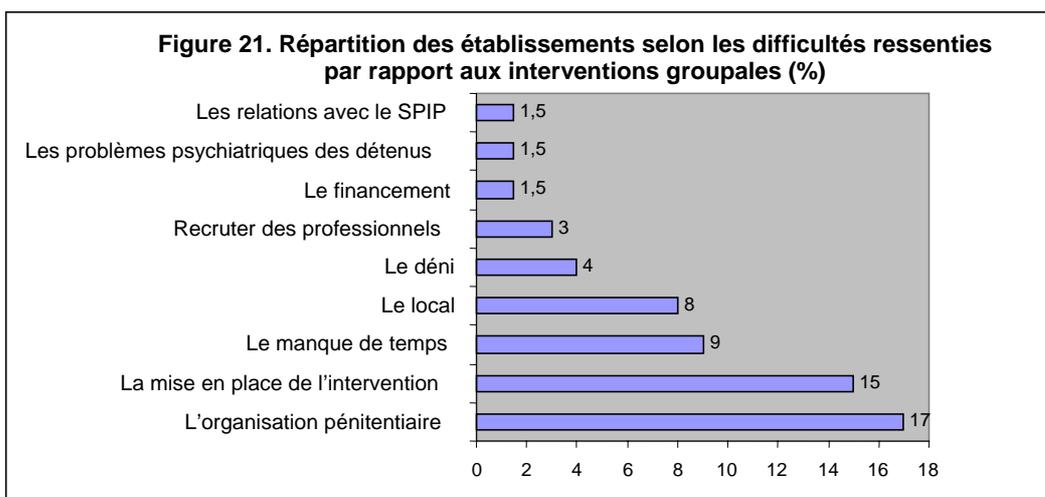
### • Les demandes non satisfaites

Sur 66 responsables d'interventions groupales interviewés, 46 responsables estiment répondre à la demande, 14 estiment ne pas pouvoir y répondre : parmi eux, la moitié a estimé que la proportion de demande non satisfaite était inférieure à 50 % de leur file active.

## • Les difficultés ressenties par les intervenants de groupe

**L'organisation du système pénitentiaire** est, là aussi, la difficulté principale à laquelle les intervenants professionnels déclarent être confrontés. **Puis vient la mise en place de l'intervention**, elle-même largement liée à l'organisation du système pénitentiaire, puisqu'une réunion est toujours plus difficile à organiser qu'une rencontre individuelle, à la fois pour des considérations de sécurité et de déplacement dans l'établissement.

Sur les 66 responsables d'interventions groupales interviewés (figure 21), 11 enquêtés ont évoqué l'organisation pénitentiaire, 10 la mise en place de l'intervention, 6 le manque de temps, 5 un problème de local, 3 la question du déni et 2 les difficultés à recruter des professionnels (plusieurs réponses possibles).



## • Présence d'une intervention dans le passé

Parmi les 119 établissements où il n'y a aucune intervention groupale professionnelle en 2004 :

- 20 établissements en accueillait une dans le passé,
- **59 établissements n'en ont jamais accueillie,**
- et dans 39 établissements on ignore si une intervention groupale a eu lieu dans le passé.

Parmi les 20 établissements qui accueillait une intervention de groupe dans le passé l'intervention a cessé depuis moins d'un an dans 9 cas, depuis 2 ans dans 3 cas, depuis 3 ans dans 2 autres et 3 interventions étaient arrêtées depuis 4 ans ou plus.

Les motifs de l'interruption sont :

- une raison financière (5 établissements),
- le non remplacement d'un intervenant faute de candidat (2).

Six interventions ont cessé car elles étaient trop ponctuelles, et 6 autres faute de demande.

Pour 1/3 des répondants, le manque de demande était à l'origine de l'interruption de l'intervention de groupe.

#### 4. Financement des interventions alcoologiques professionnelles

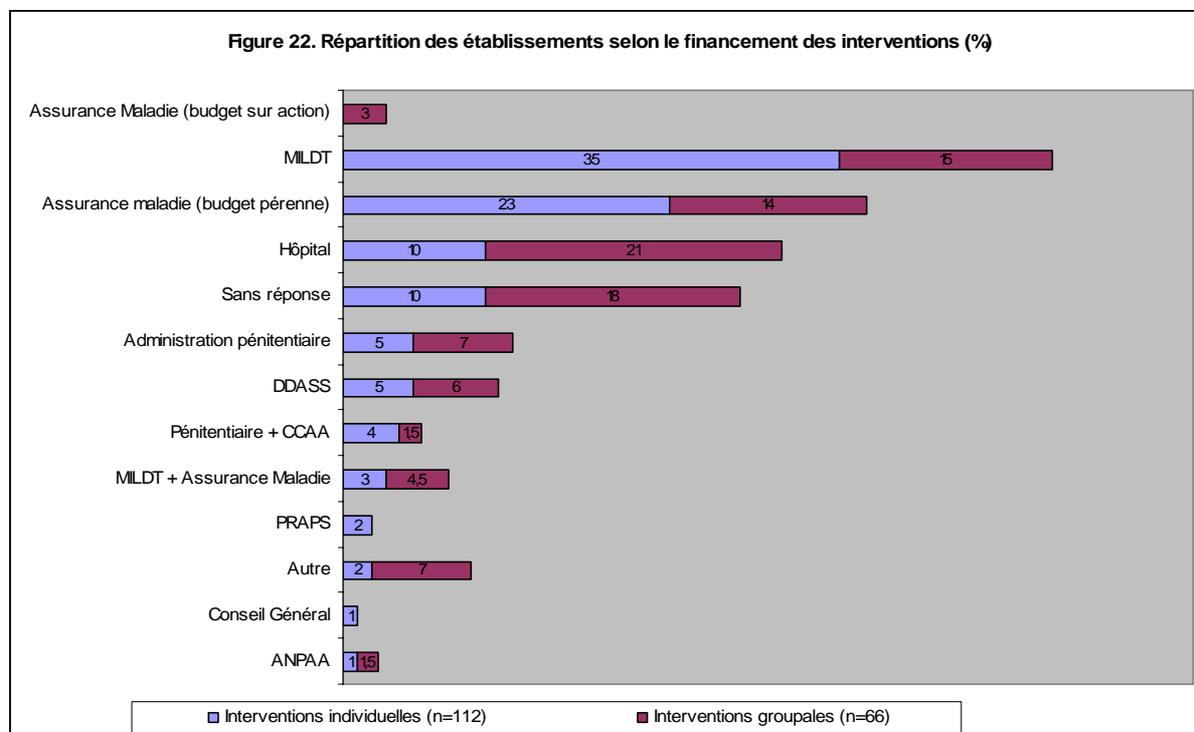
L'origine du financement est connue pour 156 interventions, sur un total de 178 interventions professionnelles (112 interventions individuelles, 66 interventions de groupe).<sup>17</sup>

**Toutes interventions confondues (n=178)**, le financement était assuré par:

- **La MILDT : 49 interventions, soit 28 %.**
- **L'Assurance maladie (budget pérenne) : 35 interventions, soit 20 %.**
- L'hôpital général : 16 interventions, soit 9 %.
- L'administration pénitentiaire : 11 interventions, soit 6 %.
- La DDASS: 10 interventions, soit 6 %.
- L'UCSA ou le SMPR : 9 interventions, soit 5 %.
- Un partenariat du pénitencier et d'un CCAA : 6 interventions, soit 3 %.
- Un partenariat de la MILDT et de l'Assurance maladie : 6 interventions, soit 3 %.
- Le PRAPS : 2 interventions, soit 1 %.
- L'ANPAA : 2 interventions, soit 1 %.
- L'Assurance maladie (budget sur action) : 2 interventions, soit 1 %.
- Le Conseil général : 1 intervention, soit 0,5 %.

Enfin, la catégorie « autre » (4 %) représente soit le FNPEIS (Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaires), soit un partenariat entre un hôpital et l'administration pénitentiaire, soit un partenariat entre la MILDT et l'administration pénitentiaire.

La figure suivante (figure 22) présente la présence et l'origine du financement des interventions professionnelles, au regard des 185 établissements pénitentiaires inclus dans l'enquête, en différenciant les interventions individuelles professionnelles des interventions groupales professionnelles.



<sup>17</sup> Cependant, il faut noter que de nombreux interlocuteurs ont hésité sur cette question particulière, notamment lorsque ils étaient rémunérés sur leur temps de travail habituel pour mener leur intervention et qu'ils ne connaissaient pas l'origine du financement (la réponse reflétant alors davantage l'employeur de l'intervé que l'origine du financement de l'intervention).

## 5. Les visiteurs de prison

Les visiteurs de prison sont des bénévoles provenant d'associations néphalistes qui rendent visite à des détenus, individuellement. Nous ne parlons ici que des visiteurs de prison dont l'intention est d'aborder avec les détenus les difficultés avec l'alcool. Notre enquête n'a pas tenu compte des interventions non spécifiques des associations de visiteurs de prison.

Pour chaque intervention bénévole, seules quelques caractéristiques ont été retenues (ancienneté, régularité, fréquence et durée de l'intervention).

**Dans cette enquête, les visiteurs de prison « alcool » sont présents dans 34 établissements, soit 18 % des 185 établissements pénitentiaires recensés. Ils représentent la seule forme d'intervention dans 3 établissements (2 %).**

Les visiteurs proviennent essentiellement de l'association Vie Libre (15 établissements, soit 44 % des établissements concernés) et de l'association des Alcooliques Anonymes (10 établissements, soit 29 % des établissements concernés) ; de plus, il faut ajouter les établissements où ces deux associations sont simultanément présentes (4 établissements) ; **au total, ce sont 85 % des visiteurs de prison** (29 établissements sur 34) qui proviennent des associations **Vie Libre et Alcooliques Anonymes**.

Sur les 34 établissements concernés, 23 ont pu fournir une estimation de l'ancienneté des visites. Les visiteurs sont présents dans l'établissement pénitentiaire depuis deux à cinq ans pour 15 établissements, depuis moins d'un an pour 3 établissements, et depuis plus de six ans pour 5 établissements. En moyenne, les visites ont lieu depuis 33 mois ( $\pm 3,8$  mois).

Dans 25 cas l'intervention d'un visiteur de prison est décrite comme régulière, dans 5 autres irrégulière. On a pu estimer la fréquence des visites pour 20 établissements. Dans 9 établissements l'intervention des visiteurs est hebdomadaire, dans 5 établissements elle est bimensuelle, et mensuelle dans 4 autres. Dans deux établissements les visiteurs de prisons viennent plus d'une fois par semaine.

Sur les **151 établissements** n'accueillant pas de visiteur de prison en 2004 :

- **dans 93 établissements (62 %), on déclare ne jamais avoir reçu de visiteur,**
- dans 46 établissements (30 %) on ignore s'il y avait eu un visiteur dans le passé,
- 12 établissements (8 %) ont connu une intervention de ce type auparavant.

Sur les 12 établissements où un visiteur se rendait dans le passé :

- dans 9 établissements on ignore la raison de l'arrêt des visites,
- dans 2 établissements on déclare qu'il n'y avait pas assez de demande pour maintenir l'intervention,
- 1 établissement n'a pas trouvé de remplaçant après la cessation d'activité d'un visiteur.

## 6. Les réunions des associations néphalistes

Les réunions d'associations néphalistes s'adressent à plusieurs détenus à la fois ; il s'agit le plus souvent de groupes de parole.

**Dans 46 établissements** (soit 25 % des 185 établissements pénitentiaires recensés dans l'enquête, soit 30 % des 155 établissements pénitentiaires accueillant une ou plusieurs interventions alcoologiques), **une association néphaliste organise des réunions**. Dans 11 établissements c'est la seule forme d'intervention alcoologique.

Comme pour les visiteurs de prison, il s'agit essentiellement des deux associations Alcooliques Anonymes et Vie Libre : **84 % des établissements accueillent des réunions organisées par Alcooliques Anonymes et/ou Vie Libre** (dans certains établissements les deux associations organisent deux réunions distinctes).

En moyenne l'ancienneté de l'intervention de l'association est de 53 mois, variant d'un mois à 11 ans (donnée ignorée dans un quart des établissements concernés).

Dans 44 établissements l'intervention est régulière, hebdomadaire (19 établissements), bimensuelle (5 établissements, soit 11 %) ou mensuelle (17 établissements).

En moyenne, ces réunions durent 85 minutes ( $\pm 29$ ), le plus souvent (37 % des cas) 1 heure.

Sur les 139 établissements où les associations néphalistes n'interviennent pas :

- dans 31 établissements on ignore si une telle intervention a existé,
- **92 établissements n'ont jamais accueilli de telles réunions,**
- 16 établissements accueilleraient une telle intervention dans le passé. L'interruption s'est produite il y a 1 an pour 1 établissement, 2 ans pour 3 autres, 3 ans pour encore 3 autres, enfin 8 ans pour 1 dernier.

Deux établissements ont interrompu l'intervention en raison d'un manque de demande, un établissement n'a pas pu poursuivre l'action après le départ d'un intervenant faute de candidat pour le remplacer, et un établissement y a mis fin car l'intervention était trop ponctuelle.

Nous allons maintenant aborder la prise en charge des problèmes d'alcool d'un point de vue interne, grâce aux interviews des soignants et professionnels travaillant au sein des établissements pénitentiaires sollicités pour l'enquête.

## II – La prise en charge interne

Cette dernière partie rend compte des pratiques et des difficultés propres aux professionnels intervenants au sein des établissements pénitentiaires. Elle explore :

- Le dispositif interne (existence d'un protocole de sevrage, présence d'un référent en alcoologie, collaboration avec les intervenants en alcoologie),
- La préparation à la sortie (actions entreprises pour assurer le lien post-carcéral, liens avec des structures extérieures),
- Les difficultés ressenties par les professionnels du pénitentiaire.

Les réponses relatives à ces différentes questions doivent néanmoins être interprétées prudemment. En effet, il est possible que l'interlocuteur ait parlé de ses propres pratiques et non des pratiques collectives (que celles-ci soient souhaitées ou déjà mises en place par certains) et il est probable que les résultats traduisent les pratiques individuelles des personnes interviewées.

### 1. Le dispositif interne

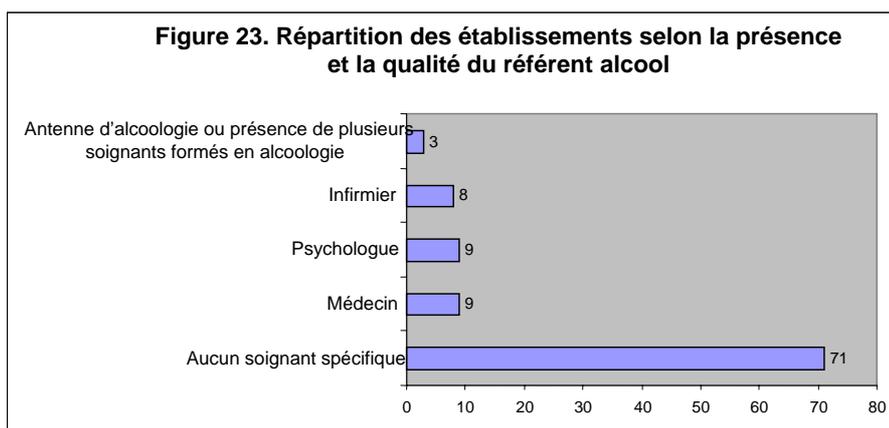
#### • Existence d'un protocole de sevrage

Dans 65 établissements (35 % des 185 établissements recensés dans l'enquête), on déclare utiliser un protocole spécifique pour le sevrage des détenus, alors que dans **108 établissements (58 %) le sevrage des détenus ne suit aucun protocole particulier**. La majorité des interlocuteurs est même surprise par cette question, dans la mesure où les détenus « *arrivent déjà sevrés* » après la garde à vue, et sont sevrés de fait, « *puisqu'ils ne boivent plus* ».

#### • Présence d'un référent en alcoologie au sein de l'UCSA ou du SMPR

Cette question cherchait à identifier la présence d'un soignant s'occupant plus spécifiquement des problèmes liés à l'alcool dans l'établissement pénitentiaire (figure 23). **Dans 132 établissements (71 % des 185 établissements pénitentiaires inclus dans l'enquête), aucun référent ne semble avoir été désigné**. Dans le reste des établissements (26 %), le référent peut être soit un infirmier, un médecin ou un psychologue, sans qu'une catégorie professionnelle soit plus représentée que les autres. Enfin, dans 5 établissements, soit l'établissement comporte une antenne d'alcoologie, soit plusieurs professionnels spécialisés en alcoologie travaillent au sein de l'UCSA et/ou du SMPR<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Seules deux antennes d'alcoologie ont été répertoriées, à Fleury-Mérogis et à Paris, alors que l'enquête de 1993 faisait état de six établissements répartis sur quatre sites, Fleury-Mérogis, Grenoble, Lyon et Paris (Karinthi, 1994). Les antennes d'alcoologie de Grenoble et Lyon ont disparu, et ces établissements offrent aujourd'hui des interventions alcoologiques « classiques » (interventions individuelles et groupales professionnelles). Par ailleurs, dans trois autres établissements (Maison d'arrêt de Rouen, Centre de détention de Lorient, Centre pénitentiaire de Laon), plusieurs soignants formés et/ou spécialisés en alcoologie travaillent au sein de l'UCSA ou du SMPR.



### • La collaboration entre intervenants externes et services internes à l'établissement pénitentiaire

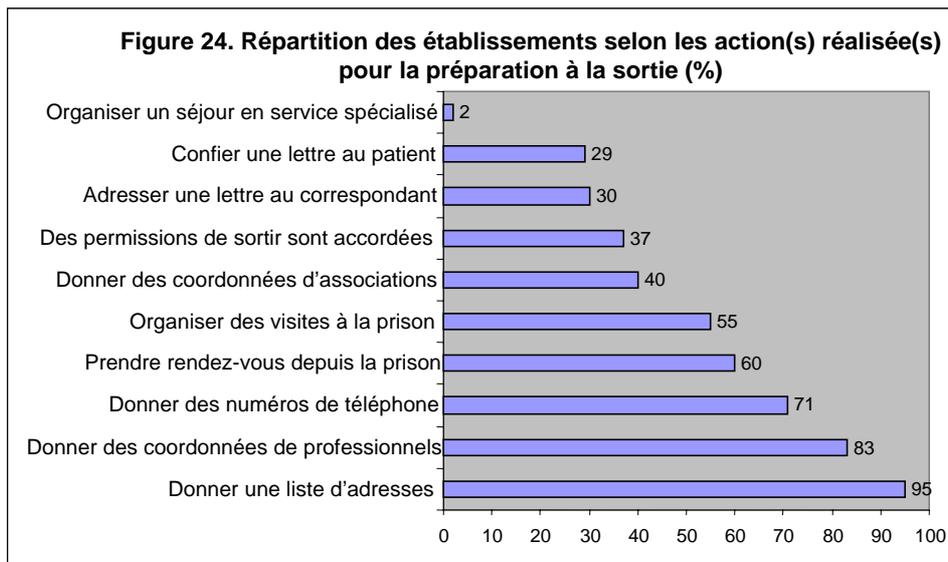
On a demandé aux responsables d'interventions (les intervenants professionnels, réalisant une intervention individuelle ou groupale) la qualité de la collaboration entretenue avec les différents services de l'établissement (UCSA, SPIP, SMPR, personnel de détention). Parmi les répondants, 74 % des intervenants (n=178) déclarent collaborer souvent avec l'UCSA. La collaboration avec le SMPR et le SPIP alterne entre une collaboration très régulière et régulière, tandis que la collaboration avec le personnel de détention est presque nulle (72 % des intervenants déclaraient ne jamais collaborer avec eux).

## 2. La préparation à la sortie

### • Les actions entreprises

Afin de préparer la sortie des détenus, les professionnels du pénitentiaire ont déclaré effectuer plusieurs types d'actions (figure 24) :

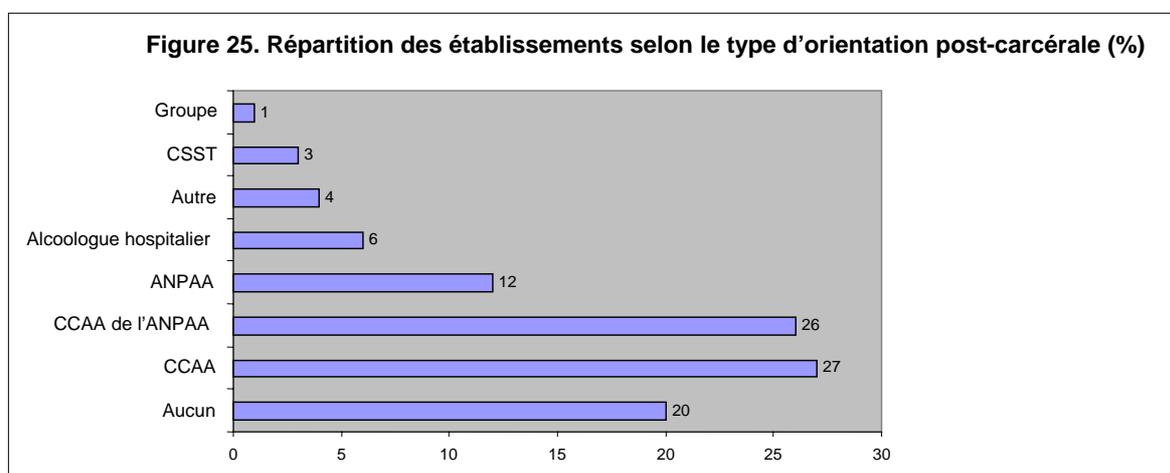
- Donner simplement une liste d'adresses ou des numéros de téléphone (respectivement 176 et 131 établissements).
- Donner les coordonnées complètes de professionnels ou d'associations (respectivement 153 et 75 établissements).
- Prendre rendez-vous depuis la prison dans une structure de soins (112 établissements).
- Organiser des visites à la prison pour permettre au détenu de rencontrer les futurs professionnels qui s'occuperont de lui à l'extérieur (102 établissements).
- Accorder des permissions de sortir au détenu afin qu'il prenne contact avec une structure de soins (69 établissements).
- Adresser une lettre au correspondant qui va prendre le relais de la prise en charge (55 établissements).
- Confier une lettre au patient afin qu'il la remette au correspondant qui va prendre le relais de la prise en charge (54 établissements).
- Organiser un séjour en service spécialisé (3 établissements).



La très grande majorité des professionnels **ne fait que donner des coordonnées au détenu sortant** (adresses, coordonnées complètes, téléphone). Dans 60 % des 185 établissements inclus dans l'enquête, il peut arriver qu'un rendez-vous à l'extérieur soit pris depuis la prison et dans 55 % des cas des visites peuvent être organisées dans la prison. Dans seulement un tiers des établissements un courrier peut être rédigé à l'attention d'un correspondant extérieur afin de transmettre des informations sur le suivi du détenu pendant son incarcération, soit en confiant une lettre au patient, soit en l'adressant directement au correspondant. Parmi les 55 établissements où une lettre au correspondant est adressée, 48 établissements (87 %) peuvent également confier une lettre au patient.

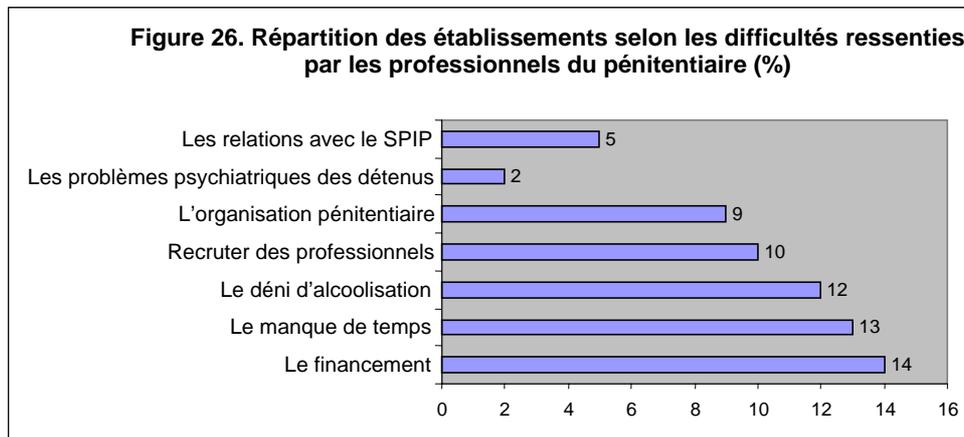
#### • Lien avec un intervenant ou une structure extérieurs

Les professionnels du pénitencier ont également été interrogés sur l'existence d'un lien privilégié avec un intervenant ou une structure extérieurs à la prison pour recevoir les sortants de prison. Les **CCAA**, qu'ils soient privés ou qu'ils dépendent de l'ANPAA, constituent des interlocuteurs privilégiés pour recevoir les sortants de prison (98 établissements, soit 53 % des 185 établissements inclus dans l'enquête). **L'absence de partenariat** relative à la préparation à la sortie des détenus reste cependant notable, puisque 38 établissements, soit 20 % des 185 établissements inclus dans l'enquête, déclarent ne pas orienter les détenus vers une structure particulière (figure 25).



### 3. Difficultés ressenties par les professionnels internes à l'établissement

Le plus souvent ce sont des personnels de l'UCSA qui ont exprimé leurs difficultés puisqu'ils constituaient 75 % des premiers interlocuteurs (figure 26). **Le manque de fonds pour financer des actions et le manque de temps arrivent au premier plan** (respectivement 26 et 25 professionnels interviewés, soit 14 % et 13 % des répondants). Ensuite viennent le recrutement de professionnels (18 enquêtés, soit 10 % des répondants) et l'organisation pénitentiaire (17 enquêtés, soit 9 % des répondants).



Le problème du « déni » d'alcoolisation est probablement surévalué par les professionnels des prisons : 12 % d'entre eux désignent cette difficulté, contre seulement 3,5 % des intervenants en alcoologie. Cette différence d'attitude repose probablement sur le manque de formation des professionnels du pénitencier : en effet, le concept du « déni » d'alcoolisation est souvent à l'origine d'un préjugé négatif que les professionnels de santé véhiculent à l'égard des alcoolodépendants, et par extension à l'égard de la prise en charge des problèmes liés à l'alcool (Playoust, 1996).

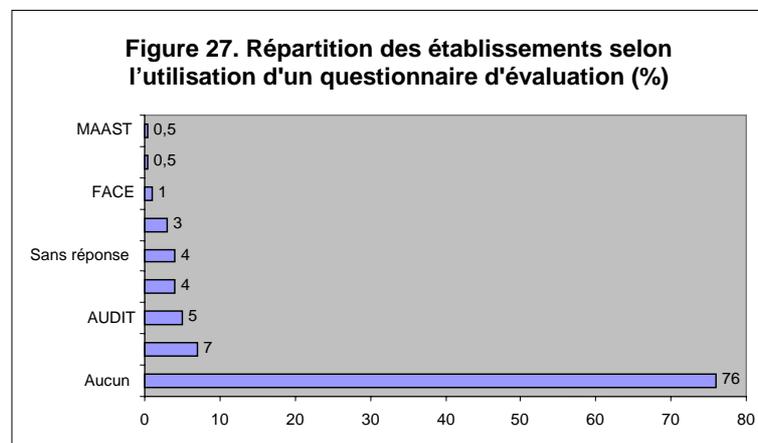
Enfin, deux questions subsidiaires, qui concernaient à la fois les intervenants en alcoologie et les professionnels du pénitencier, vont être présentées.

### III – Questions transversales

#### 1. Utilisation d'un questionnaire d'évaluation

Nous avons demandé aux interlocuteurs, qu'ils soient des professionnels travaillant au sein de l'établissement pénitentiaire ou des intervenants extérieurs, spécialisés ou non en alcoologie, s'ils utilisaient un questionnaire d'évaluation pour le dépistage des consommations d'alcool problématiques.

**Dans 140 établissements<sup>19</sup> (76 % des établissements pénitentiaires inclus dans l'enquête), aucun questionnaire d'évaluation n'est utilisé.** Dans les établissements concernés, c'est le DETA (Rueff, 1989) – la version française du CAGE (Mayfield *et al.*, 1974) – qui est le plus utilisé (13 établissements), suivi de l'AUDIT (Saunders *et al.*, 1993) dans 9 établissements et du Minigrade, un outil de repérage des conduites d'abus et de dépendances aux substances psychoactives (OFDT, 2004), dans 5 établissements. L'ordre d'utilisation des questionnaires correspond à la longueur de la passation, le DETA étant le plus rapide, et le Minigrade le plus long.



#### 2. Approche commune pour les drogues illicites et l'alcool dans l'établissement pénitentiaire

Sur les 185 établissements pénitentiaires recensés dans l'enquête, 57 % estimaient qu'ils avaient une approche commune pour l'alcool et les drogues illicites dans leurs pratiques de prise en charge des détenus.

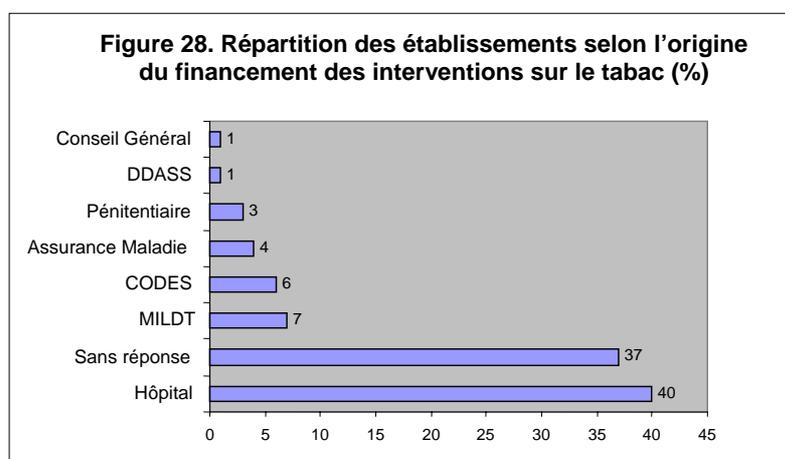
<sup>19</sup> Les réponses se rapportent aux établissements : une réponse positive a été attribuée à l'établissement dès que l'un des deux interlocuteurs répondait positivement.

## IV – Les interventions liées au tabac<sup>20</sup>

Soixante dix établissements (38 % des 185 établissements pénitentiaires inclus dans l'enquête) accueillent une intervention sur le tabagisme, le plus souvent réalisée par les soignants de l'UCSA.

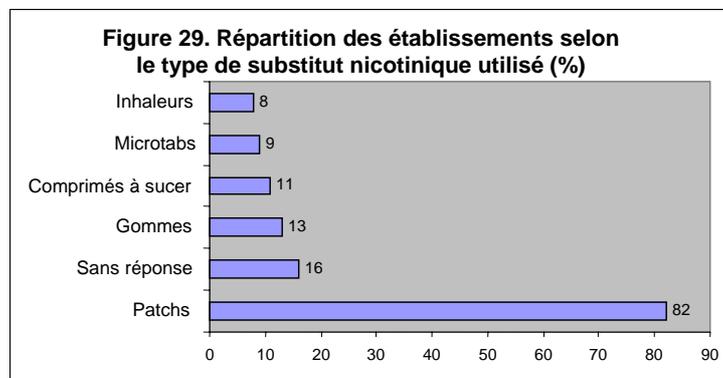
### • Financement des interventions sur le tabac

Parmi les 70 établissements qui accueillent une intervention tabac, 21 établissements (40 %) disposent d'un financement spécifique, et 31 (44 %) fonctionnent sur le budget de l'établissement pénitentiaire. Parmi les interventions dotées d'un financement spécifique, 28 (40 %) sont financées par l'hôpital général de référence (figure 28).



### • Utilisation de substituts nicotiques

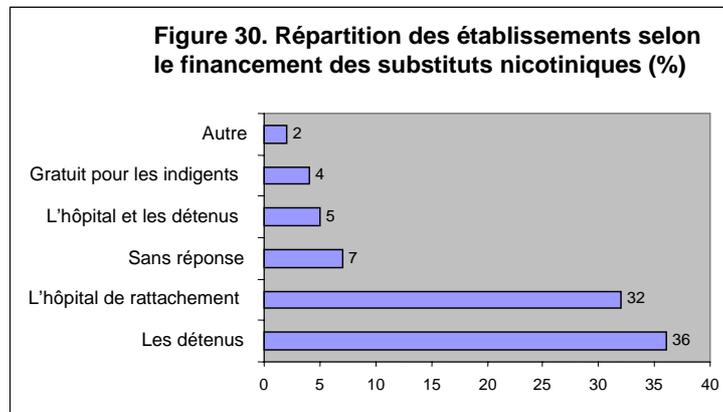
Qu'il y ait ou non une intervention sur le tabac dans l'établissement, les détenus **peuvent avoir des patchs à leur disposition dans 152 établissements** (82 % des 185 établissements pénitentiaires inclus dans l'enquête). La quasi totalité des établissements distribuant des substituts nicotiques fournit des patchs (151 établissements), les autres types de substituts représentant entre 8 % et 16 % des cas (figure 29). En revanche, 14 % des établissements ne donnent accès à aucun substitut nicotinique.



<sup>20</sup> Ces questions ont été posées aux soignants travaillant à l'intérieur de la prison, le plus souvent à l'UCSA. L'ensemble des réponses se rapporte aux 185 établissements pénitentiaires recensés dans l'enquête.

### • Financement des substituts nicotiques

Parmi les 152 établissements mettant des substituts nicotiques à disposition des détenus, dans 44 % des cas, les détenus payent les substituts nicotiques, et dans 39 % des cas c'est l'hôpital général de rattachement (figure 30).



## Quatrième partie : Discussion

Les caractéristiques de chaque type d'intervention vont maintenant pouvoir être comparées, au sein d'une synthèse globale.

### **I – SYNTHÈSE COMPARATIVE : DONNÉES DE 2004**

#### **1. Les interventions alcoologiques**

Quatre grands types d'interventions alcoologiques ont été identifiés, se distinguant selon le type d'intervenant (bénévole ou professionnel) et selon le type de public visé (un détenu ou un groupe de détenus). Un seul établissement peut accueillir plusieurs types d'interventions, voire plusieurs interventions du même type. Ainsi, on recense une totalité de 266 interventions alcoologiques (toutes interventions confondues), réparties sur 155 établissements pénitentiaires.

##### **† Sur les 185 établissements pénitentiaires recensés dans l'enquête :**

- **30** établissements (16 %) ne proposent aucune intervention alcoologique. Onze d'entre eux déclarent travailler sur un projet de mise en place d'une intervention.

##### **† Sur les 155 établissements accueillant une ou plusieurs interventions alcoologiques :**

- **112** établissements accueillent une intervention individuelle professionnelle (72 % des 155 établissements),
- **66** établissements accueillent une intervention groupale professionnelle (43 %),
- **46** établissements reçoivent des réunions d'associations néphalistes (30 %),
- **34** établissements reçoivent des visiteurs de prison (22 %),
- **76** établissements (49 %) n'accueillent qu'un seul type d'intervention.
- **4** établissements (3 %) offrent les quatre types d'interventions alcoologiques.

#### **a. Caractéristiques générales**

**L'intervention professionnelle** est majoritaire : elle est deux fois plus importante que l'intervention bénévole (178 interventions professionnelles contre 88 interventions bénévoles).

**L'intervention individuelle professionnelle** constitue très nettement le type d'intervention le plus répandu. Elle représente 72 % de l'ensemble des 155 établissements concernés par une ou plusieurs interventions alcoologiques. Cependant, si les interventions individuelles professionnelles sont plus nombreuses, elles sont plus souvent exclusives de tout autre type d'intervention.

**Les interventions de type groupal** (interventions groupales professionnelles et/ou réunions d'associations néphalistes) sont moins répandues mais viennent souvent s'ajouter à un autre type d'intervention. De même, **l'intervention bénévole** (visiteurs de prison et/ou réunions d'associations néphalistes) est minoritaire et le plus souvent accompagnée d'une intervention professionnelle.

**L'intervention bénévole** est essentiellement assurée par les deux associations qui se sont toujours impliquées dans l'intervention en milieu carcéral, Vie Libre et Alcoologiques Anonymes. Ces deux associations représentent 85 % des visiteurs de prison et 84 % des réunions d'associations néphalistes.

## → Ancienneté, régularité et fréquence des interventions

La majorité des interventions, tous types confondus, est mise en place depuis deux à cinq ans.

Interventions individuelles professionnelles	60 mois
Associations néphalistes	53 mois
Interventions de groupe professionnelles	45 mois
Visiteurs de prison	33 mois

La plupart des interventions sont régulières. Les interventions groupales professionnelles, qui relèvent plus souvent d'actions ponctuelles (avec par exemple des journées de prévention sur l'alcool organisées annuellement), ont une régularité globale moindre, mais les interventions « classiques » (mensuelles, hebdomadaires, etc.), une fois mises en place, sont aussi régulières que les autres types d'interventions alcoologiques. L'intervention des visiteurs de prison est moins régulière, mais cette estimation doit être lue au regard du faible nombre de répondants sur cette question.

Interventions individuelles professionnelles	94 % des interventions sont régulières
Associations néphalistes	96 % des interventions sont régulières
Interventions de groupe professionnelles	80 % des interventions sont régulières
Visiteurs de prison	73 % des interventions sont régulières

Les interventions individuelles professionnelles sont réalisées relativement fréquemment, à un rythme hebdomadaire. En revanche, la moyenne de la fréquence des interventions bénévoles se situe à un rythme bimensuel. Les interventions groupales professionnelles sont les interventions les moins fréquentes, fonctionnant plutôt sur un rythme mensuel.

Interventions individuelles professionnelles	Une fois par semaine
Associations néphalistes	Deux fois par mois
Visiteurs de prison	Deux fois par mois
Interventions de groupe professionnelles	Une fois par mois

### **b. Les interventions professionnelles**

Au total, 143 intervenants réalisent une intervention individuelle professionnelle dans 112 établissements et 114 intervenants réalisent une intervention groupale professionnelle sur 66 établissements. Au total, 257 intervenants professionnels ont été recensés. Dans une minorité de cas, un même intervenant pouvait réaliser une intervention de type individuel et une intervention de type groupal.

La MILDT est le premier financeur des interventions (28 % des 178 interventions professionnelles répertoriées), puis vient l'Assurance maladie, sur des budgets pérennes (20 %), et l'hôpital général de rattachement (9 %), qu'ils s'agissent des interventions individuelles ou groupales.

Le tableau suivant résume les différentes caractéristiques relatives aux deux types d'interventions professionnelles.

<sup>21</sup> Pour calculer la fréquence des interventions, les établissements où les interventions étaient ponctuelles ont été exclus.

**Tableau 7. Comparaison des interventions professionnelles individuelles et groupales**

	Intervention individuelle		Intervention groupale			
Nb d'établissements concernés	112 établissements		66 établissements			
Nombre d'intervenants	143 intervenants		114 intervenants			
Nb moyen d'intervenants par étab. concerné	1,3		1,7			
Nb d'étab. où un seul intervenant travaille	n	% (n=112)	n	% (n=66)		
	89	79 %	31	47 %		
Qualité des intervenants		n=141	% (n=143)	n=111	% (n=114)	
	<b>Médecins spécialisés</b> en alcoologie	37	<b>26 %</b>	Médecins spécialisé en alcoologie	13	11 %
	<b>Infirmiers</b>	35	<b>24 %</b>	<b>Infirmiers</b>	35	<b>31 %</b>
	Educateurs ou des visiteurs sociaux	26	18 %	Educateurs ou des visiteurs sociaux	12	10 %
	Psychologues	24	17 %	<b>Psychologues</b>	31	<b>27 %</b>
	Autre	16	11 %	Autre	17	15 %
	Médecins	3	2 %	Médecins	3	3 %
Employeurs des intervenants		n=141	% (n=143)	n=114	% (n=114)	
	<b>CCAA indépendant</b>	46	<b>32 %</b>	CCAA indépendant	19	17 %
	<b>CCAA géré par l'ANPAA</b>	36	<b>25 %</b>	CCAA géré par l'ANPAA	20	18 %
	Antenne ANPAA	28	20 %	Antenne ANPAA	17	15 %
	Hôpital général (UCSA)	18	13 %	Hôpital général ( <b>UCSA</b> )	28	<b>25 %</b>
	CSST	7	5 %	Autres	12	10 %
	Hôpital psychiatrique (SMPR)	6	4 %	Hôpital psychiatrique ( <b>SMPR</b> )	18	<b>16 %</b>
Temps de travail hebdomadaire	37 % des intervenants travaillent moins de deux heures par semaine		55 % des intervenants travaillent moins d'une heure par semaine			
Moyenne du temps de travail hebdo.	La moyenne est de 3 heures et ¼ par semaine		La moyenne est inférieure à une heure par semaine			
Lieu de l'intervention	% (n=143)		% (n=114)			
	UCSA	61 %	UCSA	5 %		
	<b>Parloirs</b>	<b>23 %</b>	<b>Salles de classe</b>	<b>34 %</b>		
	<b>Lieux divers</b>	<b>5 %</b>	<b>Lieux divers</b>	<b>25 %</b>		
	SMPR	4 %	SMPR	23 %		
	Service social	3 %	Service social	10 %		
Principaux objectifs des interventions	% (n=112)		% (n=66)			
	Orienter en post-carcéral vers une structure spécialisée	97 %	Prévention et sensibilisation	83 %		
	Motiver une démarche de soins	94 %	Informers sur la pathologie	74 %		
	Mettre en place un suivi dans l'établissement	88 %	La préparation à la sortie	74 %		
	Evaluation sociale et psychologique	72 %	Informers sur l'offre de soins	68 %		
Demande de soins supérieure à l'offre	<b>49 % des 112 établissements</b>		<b>21 % des 66 établissements</b>			
Difficultés ressenties par les intervenants	% (n=143)		% (n=114)			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'organisation pénitentiaire (39 %)</li> <li>- le manque de temps (29 %)</li> <li>- le manque de financement (17 %)</li> <li>- le local (15 %)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'organisation pénitentiaire (17 %)</li> <li>- la mise en place (15 %)</li> <li>- le manque de temps (9 %)</li> <li>- le local (8 %)</li> </ul>			

- **La qualité et l'employeur** des intervenants varient selon le type d'intervention :

Les interventions groupales professionnelles sont davantage réalisées par les structures de soins carcérales (UCSA/SMPR) et les interventions individuelles professionnelles dépendent plus souvent des CCAA :

- Les interventions individuelles professionnelles sont le plus souvent réalisées par des professionnels de santé (52 % des intervenants), des travailleurs sociaux (18 %) ou des psychologues (17 %), issus pour la grande majorité du secteur alcoologique (77 % des intervenants proviennent de CCAA ou de structures de l'ANPAA), mais également du milieu carcéral (17 % travaillent dans le cadre de l'UCSA ou du SMPR).
- Les interventions groupales sont le plus souvent assurées par des professionnels de santé (45 %) et des psychologues (27 %). La plupart des intervenants (50 %) sont issus du secteur alcoologique (CCAA/antenne de l'ANPAA), mais une part très importante d'entre eux provient également du milieu carcéral (41 % des intervenants travaillent dans le cadre de l'UCSA ou du SMPR).

- **Les moyens** accordés aux interventions groupales professionnelles sont plus faibles que ceux accordés aux interventions individuelles professionnelles :

- Sur les 66 établissements accueillant une intervention groupale professionnelle, la moyenne est de 1,7 intervenant par établissement concerné (+ ou - 0,8) – dans près de la moitié des établissements concernés (n=31), l'intervention groupale est réalisée par un seul intervenant – alors que la moyenne se situe à 1,3 intervenant pour les interventions individuelles professionnelles.
- Le temps consacré aux interventions groupales est nettement plus faible que celui accordé aux interventions individuelles, qu'ils s'agissent de la fréquence de l'intervention (un rythme moyen mensuel contre un rythme moyen hebdomadaire) ou du temps de travail hebdomadaire des intervenants (temps de travail hebdomadaire moyen inférieur à une heure contre un temps de travail moyen de 3 heures ¼ par semaine).

- **Les objectifs** sont très différents selon le type d'intervention :

L'objectif de l'intervention individuelle professionnelle réside essentiellement dans la mise en place d'une démarche de soins, aussi bien à l'intérieur de l'établissement qu'en post-carcéral. En revanche, l'intervention groupale professionnelle est davantage axée sur la prévention et la sensibilisation aux risques sanitaires, et sur la diffusion d'informations relative à l'offre de soins en vue de la préparation à la sortie. Cependant, l'intervention groupale professionnelle propose des expériences originales diverses.

## 2. Un bilan nuancé

Une part importante d'établissements pénitentiaires accueille une intervention alcoologique puisque sur 185 établissements recensés dans l'enquête, 155 établissements accueillent une ou plusieurs interventions alcoologiques. Ce premier constat suggère que l'offre de soins est amplement répartie, d'un point de vue quantitatif. Cependant, une analyse plus fine, à partir de la fréquence de l'intervention, du nombre d'intervenants et de leur temps de travail, révèle la faiblesse qualitative du dispositif.

### → Fréquence de l'intervention

- La part d'établissements où l'intervention a lieu moins d'une fois par semaine reste très importante, notamment pour les interventions groupales professionnelles : 85 % des établissements accueillent ce type d'intervention moins d'une fois par semaine.

**Tableau 8. Proportion d'établissements où l'intervention a lieu moins d'une fois par semaine**

Type d'intervention	%*	Nb d'établissements concernés par chaque type d'intervention
Interventions de groupe professionnelles	85 %	66
Associations néphalistes	48 %	46
Interventions individuelles professionnelles	30 %	112
Visiteurs de prison	27 %	34

\* Les pourcentages se rapportent au nombre d'établissements concernés par chaque type d'intervention.

### → Nombre d'intervenants

Si le nombre total d'intervenants (257) est rapporté à l'ensemble des 185 établissements recensés dans l'enquête, nous pouvons considérer qu'il y a **1,39 intervenant professionnel s'occupant de l'alcool par établissement pénitentiaire français.**

Plusieurs intervenants peuvent se relayer ou collaborer autour de la même intervention professionnelle. **Cependant, dans la majorité des cas, les intervenants travaillent seuls.** En effet, plus de trois quarts des établissements concernés (79 %) accueillent une intervention individuelle professionnelle réalisée par un seul intervenant. De même, presque la moitié des établissements concernés (47 %) accueillent une intervention groupale professionnelle réalisée par un seul intervenant.

### → Temps de travail des intervenants

Le temps de travail moyen, évalué sur une base hebdomadaire ou mensuelle, révèle plus particulièrement la faible intensité des moyens consacrés aux interventions.

Le temps de travail accordé aux interventions groupales professionnelles – qui s'articulent davantage sur la prévention et la diffusion d'informations – est particulièrement faible. Tous intervenants confondus, le temps de travail moyen est inférieur à une heure hebdomadaire. Ainsi, dans 55 % des 66 établissements concernés, les intervenants travaillaient moins d'une heure par semaine et dans 26 % des établissements les intervenants travaillaient moins d'une heure par mois.

Nous avons accordé une attention particulière aux **interventions individuelles professionnelles**, dans la mesure où elles sont davantage axées sur **la mise en pace d'une démarche de soins** que les interventions groupales professionnelles, qui se rapportent plutôt à la prévention :

- Dans 37 % des 112 établissements concernés par une intervention individuelle, les intervenants consacrent moins de 2 heures hebdomadaires à leur activité. Le temps de travail mensuel minimum correspond à 90 minutes, soit une heure et demi, et au maximum à 136 heures par mois. A titre de comparaison, un temps plein « traditionnel » sur la base des 35 heures équivaut à 151 heures par mois. Le maximum du temps de travail par mois équivaut donc à moins d'un seul ETP.
- La somme du temps de travail des intervenants, recensé sur une semaine, était de 451,6 heures, ce qui équivaut à 13 ETP, c'est-à-dire à 13 personnes pour s'occuper des problèmes liés à l'alcool dans les prisons françaises. D'après plusieurs enquêtes (Michaud, 1997 ; DREES, 1999, 2002, 2005), 20 % des entrants en prison seraient dépendants (physiquement ou psychologiquement) à l'alcool. Sur un peu moins de 78 000 entrants en prison, il est possible d'estimer le nombre de personnes dépendantes à 15 500 détenus. La somme du temps de travail hebdomadaire de tous les intervenants confondus (452 heures), rapportée à l'ensemble de la population carcérale connaissant un problème de dépendance (15 500 détenus), permet de déduire l'estimation suivante : **environ 3 minutes sont accordées, par semaine, à chaque personne alcoolodépendante incarcérée, soit un peu plus de deux heures par an et par détenu concerné.**

#### → Evaluation de l'activité des interventions professionnelles

En termes d'évaluation du nombre de détenus rencontrés et du nombre d'actes réalisés, le bilan reste modeste, puisque ce sont **un peu plus de 6 000 détenus**, toutes interventions professionnelles confondues, qui ont pu rencontrer un intervenant professionnel en 2003, alors que la population incarcérée souffrant d'une alcoolodépendance peut être estimée à 15 500 détenus.

**Moins de 4 000** de ces 15 500 détenus ont pu rencontrer un intervenant professionnel dans un cadre individuel. Parmi les 112 établissements accueillant une intervention individuelle professionnelle, près de **70 %** des établissements touchent **moins de 50 détenus par an** (78 établissements), et **43 %** des établissements recensent **moins de 100 consultations par an** (30 établissements). En moyenne, les intervenants rencontrent les détenus deux fois au cours de leur séjour.

<b>Pour l'année 2003</b>	<b>Intervention individuelle</b>	<b>Intervention groupale</b>
Nombre total de détenus	3822 détenus (112 répondants)	2470 détenus (38 répondants)
Nb moyen de détenus par établissement	53 détenus	65 détenus
Nombre total d'actes	9146 actes (69 répondants)	680 réunions (49 répondants)
Nombre moyen d'actes	130 consultations	14 réunions

## → Les difficultés mises en avant par les intervenants

**Dans la moitié des établissements accueillant une intervention individuelle (49 %), les intervenants estiment que l'offre de soins n'est pas à la hauteur de la demande.** Cette estimation est inférieure pour les interventions groupales professionnelles (21 % des établissements), probablement parce que le mode groupal permet de prendre en charge un nombre plus important de détenus par établissement.

Quant à l'organisation pénitentiaire, elle est désignée comme la première difficulté par tous les types d'intervenants. La mise en place de l'intervention groupale professionnelle apparaît au second rang : de nombreux professionnels ont évoqué la lourdeur de la démarche, puisque certains ont parfois dû attendre plusieurs années avant d'assister à la concrétisation d'un projet. De nombreux interlocuteurs nous ont rapporté des difficultés dans la mise en place de l'intervention, qu'ils s'agissent des nombreux délais d'attente, du poids de la décision du directeur d'établissement, ou de la lenteur de la mise en place de partenariats avec les différents services de la prison. Le local reste une difficulté importante pour les interventions individuelles professionnelles, puisque 23 % des interventions ont lieu au sein des parloirs, ce que de nombreux intervenants déplorent.

A titre de comparaison, dans le cadre de l'enquête de l'OFDT sur la prise en charge sanitaire et sociale des détenus présentant une dépendance ou une consommation abusive aux produits licites ou illicites, les contextes de prise en charge identifiés comme les plus problématiques par les DDASS interrogées étaient, par ordre décroissant : la sortie de prison, l'offre de soins concernant le tabac et l'alcool (1/3 des DDASS de l'enquête) et le repérage à l'entrée (OFDT, 2004).

## 2. La prise en charge interne

### → Le dispositif interne

**Dans 108 établissements** (58 % des 185 établissements pénitentiaires inclus dans l'enquête) le sevrage des détenus ne suit **aucun protocole particulier**. **Dans 132 établissements** (71 % des établissements pénitentiaires), **aucun référent « alcool » ne semble avoir été désigné**. Dans le reste des établissements (26 %), le référent peut être soit un infirmier, un médecin ou un psychologue, sans qu'une catégorie professionnelle soit plus représentée que les autres. Enfin, dans 3 % des cas, soit l'établissement comporte une antenne d'alcoologie, soit plusieurs professionnels spécialisés en alcoologie travaillent au sein de l'UCSA ou du SMPR.

### → La préparation à la sortie

La très grande majorité des professionnels ne fait que donner des coordonnées au détenu sortant (adresses, coordonnées complètes, téléphone). Dans 60 % des 185 établissements inclus dans l'enquête, il peut arriver qu'un rendez-vous à l'extérieur soit pris depuis la prison et dans 55 % des cas des visites peuvent être organisées dans la prison. Dans seulement un tiers des établissements un courrier peut être rédigé à l'attention d'un correspondant extérieur.

Les CCAA constituent des interlocuteurs privilégiés pour recevoir les sortants de prison (dans 98 établissements, soit 53 % des établissements inclus dans l'enquête). **L'absence de partenariat** relative à la préparation à la sortie des détenus reste cependant notable, puisque dans 38 établissements (soit 20 % des établissements inclus dans l'enquête), les professionnels interviewés déclarent ne pas orienter les détenus vers une structure particulière.

### → Difficultés ressenties par les professionnels du pénitentiaire

Le manque de fonds pour financer des actions et le manque de temps arrivent au premier plan (respectivement 14 % et 13 % des répondants), suivis par les difficultés pour recruter des professionnels (10 %) et par l'organisation pénitentiaire (9 %), ce qui renvoie aux réponses données par les intervenants en alcoologie. Par contre, le problème du « déni » d'alcoolisation est probablement surévalué par les professionnels des prisons.

### 3. Utilisation d'un questionnaire d'évaluation

Dans 140 établissements (76 % des 185 établissements inclus dans l'enquête), aucun questionnaire d'évaluation n'est utilisé, ni par les services internes, ni par les intervenants en alcoologie. Dans les établissements concernés, c'est le DETA qui est le plus utilisé (13 établissements), suivi de l'AUDIT (9 établissements) et du Minigrade (5 établissements).

### 4. Le tabac

Soixante dix établissements (38 % des 185 établissements pénitentiaires inclus dans l'enquête) accueillent une intervention sur le tabagisme, le plus souvent réalisée par les soignants de l'UCSA. Par ailleurs les détenus ont à leur disposition des patchs dans 152 établissements (82 %).

## II – ANALYSE COMPARATIVE : 1993/2004

Les résultats présentés ici peuvent être comparés à ceux recueillis dix ans auparavant par D. Karinthi et Philippe Michaud, et donner la mesure des changements intervenus dans l'offre de soins en alcoologie en milieu carcéral.

L'enquête de 1993 répertoriait 225 intervenants, dont 42 % étaient des travailleurs bénévoles issus d'associations néphalistes et 21 % étaient des professionnels des CHAA (ex-CCAA). Sur 186 établissements pénitentiaires, l'enquête ne recensait que 16 établissements (9 %) disposant d'un financement spécifique pour une intervention alcoologique. Les organismes financeurs étaient variés, soit associatifs, soit administratifs (Ministère de la Justice, de la Santé, DDASS) mais ils étaient « *le résultat d'initiatives et de partenariats isolés, et étaient souvent remis en question d'une année sur l'autre* » (Karinthi, 1994, p. 69). Le reste des établissements faisait donc appel à des intervenants qui pour la moitié travaillait bénévolement et qui pour l'autre moitié prenait le temps de l'intervention sur leur temps de travail extérieur. L'auteur soulevait à l'époque une hypothèse quant à l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins, dans la mesure où les groupes néphalistes tendent à s'adresser davantage à un profil particulier (alcoolo-dépendants psychologiques primaires âgés de plus de 40 ans) peu représenté en prison (Karinthi, 1994).

Le tableau suivant présente les principales évolutions constatées entre les deux enquêtes de 1993 et 2004. **En 1993, 112 établissements** accueillait une intervention alcoologique (bénévole ou salariée, individuelle ou groupale) **contre 155 établissements en 2004. Le nombre d'intervenants professionnels a doublé en 10 ans**, passant de 133 à 257 intervenants, toutes interventions professionnelles confondues. Alors qu'en 1993, 48 intervenants provenaient de CCAA (soit 36 % des 133 intervenants), ils sont 120 en 2004 (soit 47 % des 257 intervenants).

Enfin, le changement le plus frappant concerne le nombre d'établissement disposant d'un financement spécifique pour réaliser une intervention alcoologique, passant de 16 établissements<sup>22</sup> (9 % des 186 établissements alors recensés dans l'enquête) à 136 établissements, soit 74 % des 185 établissements inclus dans la présente enquête.

<b>Tableau 10. Comparaison des deux enquêtes (1993-2004)</b>		
<i>Les pourcentages se rapportent à l'ensemble des établissements pénitentiaires (en 1993, 186 établissements étaient recensés, et 185 en 2004).</i>		
	<b>Enquête de 1993</b>	<b>Enquête de 2004</b>
Nombre total d'établissements concernés par une intervention alcoologique	112	155
Nombre total d'intervenants professionnels	133 intervenants	257 intervenants
Intervenants professionnels issus de CCAA	48 intervenants	120 intervenants
Etablissements disposant d'un financement spécifique pour la prise en charge de l'alcool	16 (9 %)	136 (74 %)

Les résultats montrent une **profonde transformation de l'offre de soins**, qui s'inscrit dans un mouvement global de **professionnalisation** probablement récent puisque la majorité des interventions, tous types confondus, est mise en place depuis deux à cinq ans. **D'une intervention bénévole dominante, on est passé à une intervention majoritairement financée, assurée par des professionnels issus de structures de soins ou de prévention spécialisées (CCAA, ANPAA).**

<sup>22</sup> L'auteur pensait néanmoins que cette estimation devait être sous-estimée.

Parallèlement, on assiste à une **augmentation du nombre de détenus pris en charge**, notamment au travers de l'évaluation de l'activité annuelle relative aux interventions individuelles professionnelles. Ainsi, le nombre total de détenus et la moyenne de détenus vus dans l'année ont presque doublé. Le nombre de personnes rencontrées annuellement est passé, entre 1993 et 2004, de 1530 détenus (sur 55 établissements répondants) à 3822 détenus (sur 112 établissements répondants). De même, le nombre moyen de détenus vus par an et par établissement a presque doublé, passant de 28 à 53 détenus.

<b>Année de l'évaluation</b>	<b>1992</b>	<b>2003</b>
Nombre total de détenus	1530 détenus (55 répondants)	3822 détenus (112 répondants)
Nombre moyen de détenus par an et par établissement	28 détenus	53 détenus
Nombre total d'actes par an	1455 actes (10 établissements répondants)	9146 actes (69 établissements répondants)
Nombre moyen d'actes par an et par établissement	130 consultations	146 consultations

**Cependant, si le nombre de détenus rencontrés augmente, le nombre moyen d'actes réalisés par établissement, quant à lui, n'a pas significativement augmenté**, puisqu'il est passé de 130 à 146 consultations par an et par établissement entre 1993 et 2004.

## **Conclusion**

La loi du 18 janvier 1994 propose comme objectif « *d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalentes à ceux offerts à la population* ». L'intervention alcoologique en prison a connu une extension importante entre 1993 et 2004 en ce qui concerne le nombre d'établissements. Cependant, il reste encore de nombreux établissements qui ne disposent que d'une intervention bénévole, voire d'aucune intervention. L'intensité de l'intervention, quand elle existe, est variable et globalement faible, et ne permet pas de répondre aux besoins de soins et d'aide de l'ensemble des personnes alcoolodépendantes incarcérées. Le nombre d'actes réalisés par établissement demeure particulièrement modeste (146 consultations ou entretiens par an), tout comme le nombre d'équivalents temps plein sur l'ensemble du territoire national. Eu égard au flux des personnes souffrant d'alcoolodépendance dans les établissements pénitentiaires (population estimée à 15 500 détenus par an, soit 20 % des 78 000 entrants de 2005), les 3 minutes hebdomadaires accordées à chaque personne alcoolodépendante incarcérée ne permettent pas de répondre aux besoins de soins. A l'objectif d'une intervention par établissement devrait s'ajouter celui d'une rencontre au moins pour chaque alcoolodépendant incarcéré, ce qui implique de multiplier pratiquement par cinq le temps de travail disponible pour l'activité alcoologique en prison.

## Bibliographie

DAP (Direction de l'administration pénitentiaire), 2004, Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, Mai 2004 Paris, 12 p.

DREES, 1999, *La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque*, Etudes et résultats n° 4, janvier, 10 p.

DREES, 2002, *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux*, Etudes et résultats n° 181, juillet, 12 p.

DREES, 2005, *La santé des personnes entrées en prison en 2003*, Etudes et résultats n° 386, mars, 12 p.

Karinthi D., 1994, *Prise en charge alcoologique des sujets incarcérés dans les prisons françaises, Une enquête téléphonique en 1993*, Thèse pour le doctorat de médecine, Faculté de médecine Paris Sud, Université Paris IX, 86 p.

Mc Murrin M., Baldwin S., 1989, Services for prisoners with alcohol-related problems, a survey of U.K. prisons, *Brit. J. Addict.* (84) : 1053-1058.

Mayfield D, Mc Leod G , Hall P. The CAGE questionnaire. Validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J. Psychiatry* 1974 ; 131(10) : 1121-1123.

Michaud P., 1997, Les problèmes d'alcool dans les prisons françaises, *Revue française des affaires sociales* (1) : 191-197.

Ministère de la justice, 2004, Les chiffres clés de la justice 2004, <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/ferm2.pdf>.

OFDT, 2004, *Addictions en milieu carcéral – Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003*, Saint-Denis, OFDT, 99 p.

OIP, 2005, *Les conditions de détention en France*, Rapport 2005, Editions La Découverte, Paris, 285 p.

Playoust D. Reconnaître les alcoolisations. Des questionnaires au dialogue. *Alcoologie* 1996 ; 18 (3) : 289.

Rueff B. *Alcoologie clinique*. Paris : Flammarion, 1989.

Saunders J, Aasland O, Babor T, De La Fuente J , Grant. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption –II . *Addiction* 1993 ; 88 : 791-804.

## **Annexe 1 : Glossaire**

### • **Centre de détention (CD)**

Accueille les condamnés d'un an et plus considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. A ce titre, les CD ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

### • **Centre pénitentiaire (CP)**

C'est un établissement mixte qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

### • **Centre pour peines aménagées (CPA)**

Peut recevoir les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement extérieur ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

### • **Centre de semi-liberté (CSL)**

Reçoit des condamnés admis au régime de la semi-liberté ou du placement extérieur sans surveillance. La semi-liberté permet à un condamné d'exercer, hors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou une formation, ou encore de bénéficier d'un traitement médical. Le condamné doit rejoindre le centre de semi-liberté à l'issue de ces activités.

### • **Condamné**

Personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive.

### • **Établissement pour peine**

Établissement pénitentiaire qui reçoit exclusivement des condamnés dont le reliquat de peine est au moins égal à un an. On distingue différents types d'établissement pour peine : les centres de détention et les maisons centrales

### • **Intervention**

Deux critères de distinction ont été retenus pour répertorier les différents types d'intervention autour des problèmes d'alcool en milieu pénitentiaire :

· **Le type d'intervention** : l'intervention peut être soit « **individuelle** » et ne s'adresser qu'à un détenu à la fois, soit « **groupale** » et donc destinée à plusieurs détenus.

· **Le type d'intervenant** : D'une part les professionnels de l'alcoologie – du secteur médical, social, psychosocial – réalisent un **travail salarié**. Les **travailleurs à titre bénévole** sont des militants d'associations néphalistes, et interviennent soit à un niveau individuel en tant que **visiteurs de prison**, soit à un niveau collectif, dans le cadre de **réunions**.

### • **Maison d'arrêt (MA)**

Reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

- **Maison centrale (MC)**

Reçoit les condamnés les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

- **Néphaliste (Association)**

Association d'anciens buveurs (Alcooliques Anonymes, Vie Libre, etc.).

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

Service de psychiatrie implanté en milieu pénitentiaire ayant une vocation régionale et comprenant une unité d'hospitalisation, offrant des soins diversifiés incluant l'hospitalisation volontaire.

- **Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)**

Créé par le décret n°99-276 du 13 avril 1999, il a pour mission, auprès des établissements pénitentiaires et du milieu ouvert, de favoriser l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des détenus et des personnes placées sous son contrôle par les autorités judiciaires. Il existe un SPIP par département.

- **Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)**

Unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire, assure les soins somatiques et psychiatriques incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier ainsi que la continuité de soins à la sortie de détention.

- **Visiteur de prison**

Ce sont des bénévoles provenant d'associations néphalistes qui rendent plus ou moins régulièrement visite à des détenus, *individuellement*, pour les soutenir en premier lieu face à l'arrêt de la consommation d'alcool.

## ***Annexe 2 : Liste des sigles***

**ANPAA** : Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie

**AUDIT**: Alcohol Use Disorders Identification Test

**CCAA** : Centre de cure ambulatoire en alcoologie (ex-CHAA)

**CD** : Centre de détention

**CODES** : Comité départemental d'éducation pour la santé

**CP** : Centre pénitentiaire

**CSL** : Centre de semi-liberté

**CSST** : Centre de soins spécialisés en toxicomanie

**DAP** : Direction de l'administration pénitentiaire

**DDASS** : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

**DETA** : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

**DGS** : Direction générale de la santé

**DGAS** : Direction générale de l'action sociale

**DHOS** : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

**DREES** : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques

**DSS** : Direction de la sécurité sociale

**ETP** : Equivalent temps plein

**MA** : Maison d'arrêt

**MC** : Maison centrale

**MILDT** : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

**OFDT** : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

**OIP** : Observatoire international des prisons

**PRAPS** : Programme d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité

**SMPR** : Service médico-psychologique régional

**SPIP** : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

**UCSA** : Unité de consultations et de soins ambulatoires

## ANNEXE 3 : Questionnaire

**Etude sur la prise en charge des problèmes d'alcool dans les établissements  
pénitentiaires de France**  
**Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (F3A)**  
Dr Daniel Karinthi, médecin alcoologue

Nom de l'établissement pénitentiaire : .....

Téléphone standard : .....

Téléphone UCSA : .....

Ou téléphone de ..... : .....

Ou téléphone de ..... : .....

Ou téléphone de ..... : .....

Remarques :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### ENTRETIEN

N° [ ][ ][ ]

DATE .[ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]

### TYPE DE STRUCTURES

Maison d'arrêt	1	
Centre de détention	2	
Centrale	3	
Centre de semi-liberté	4	
Centre pénitentiaire	5	comportant [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]

dans ce dernier cas, remplir une fiche par structure

CAPACITE THEORIQUE (les renseignements seront vérifiés auprès du Ministère)

HOMMES [ ][ ][ ][ ]

FEMMES [ ][ ][ ][ ]

MINEURS [ ][ ][ ][ ] dont FEMMES [ ][ ][ ][ ] [ ][ ] NSP

POPULATION ACTUELLE (DERNIERE CONNUE) (idem)

HOMMES [ ][ ][ ][ ]

FEMMES [ ][ ][ ][ ]

MINEURS [ ][ ][ ][ ] [ ][ ] NSP

DUREE MOYENNE DE SEJOUR : (données 2004) : ..... mois ..... ans [ ][ ] NSP

## INTERLOCUTEURS

N°1

Téléphone [\_\_ ! \_\_ ! \_\_ ! \_\_ ! \_\_ ! \_\_ ! \_\_ ! \_\_ ! \_\_]

NOM M. [\_\_] Mme [\_\_].....

FONCTION (en clair).....

QUALITE [\_\_] voir codes qualités ci-dessous

EMPLOYEUR [\_\_] voir codes employeurs ci-dessous

Travaille ...

... à temps plein dans l'établissement pénitentiaire [\_\_]

... principalement dans l'établissement pénitentiaire [\_\_]

... surtout hors de l'établissement [\_\_]

... complètement hors de l'établissement [\_\_]

N° 2

Téléphone

NOM M. [\_\_] Mme [\_\_].....

FONCTION (en clair).....

QUALITE [\_\_] voir codes qualités ci-dessous

EMPLOYEUR [\_\_] voir codes employeurs ci-dessous

Travaille ...

... à temps plein dans l'établissement pénitentiaire [\_\_]

... principalement dans l'établissement pénitentiaire [\_\_]

... surtout hors de l'établissement [\_\_]

... complètement hors de l'établissement [\_\_]

### Codes qualité

1 Responsable Services pénitentiaires d'insertion et de probation

2 Conseiller d'insertion et de probation

3 Infirmier(ière) ou cadre infirmier

4 médecin

5 médecin alcoologue ou addictologue

6 Psychologue

7 Administratif

8 Association d'anciens buveurs

9 Educateur spécialisé ou 'visiteur social'

0 Autre : .....

### Code employeurs

1 Adm. Pénitentiaire

2 Hôpital général

3 Hôpital Psychiatrique (CHS)

4 CCAA

5 CSST

6 Structure de Prévention

laquelle ?.....

7 Autre.....

[\_\_] ANPAA ?

## **A - Interventions individuelles**

### **1. Visiteurs de prison**

A.1.1. Y a-t-il dans votre établissement des visiteurs de prison appartenant à des mouvements d'anciens buveurs (de type Alcooliques Anonymes, Vie Libre, Croix Bleue, etc.) ?

Oui [\_\_] Non [\_\_] NSP [\_\_]

A.1.2. Lequel ? .....

A.1.3. Y a-t-il une personne responsable de ces visites ?

Oui [\_\_] Non [\_\_] NSP [\_\_]

Si oui, coordonnées.....  
.....

A.1.4. Date de Création ..... NSP [\_\_]

A.1.5. Ces visites sont-elles accomplies de façon régulière ?

Oui [\_\_] Non [\_\_] NSP [\_\_]

A.1.6. Si oui, à quelle fréquence ?... fois par.....

A.1.7. **Si non ou NSP**, y en a-t-il eu dans le passé ?

Oui [\_\_] Non [\_\_] NSP [\_\_]

A.1.9. Depuis quand les visites ont-elles cessé ? ..... NSP [\_\_]

A.1.10. Pour quelle(s) raison(s) les visites se sont elles interrompues ? NSP [\_\_]  
.....  
.....

### **2. Interventions individuelles réalisées par des intervenants professionnels**

A.2.1. Y a-t-il des intervenants professionnels qui rencontrent individuellement des détenus ayant un problème avec l'alcool ?

Oui [\_\_] Non [\_\_] NSP [\_\_]

A.2.2. Y a-t-il une personne responsable de ces visites ?

Oui [\_\_] Non [\_\_] NSP [\_\_]

A.2.3. Si oui, coordonnées.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Précisions concernant les intervenants :**

	Responsable	Intervenant A	Intervenant B	Intervenant C
Qualité des intervenants				
Employeur				
Temps de travail (h/sem)				
Lieu de travail				

**Code qualité**

- 1 Responsable Services pénitentiaires d'insertion et de probation
- 2 Conseiller d'insertion et de probation
- 3 Infirmier(ière) ou cadre infirmier
- 4 médecin
- 5 médecin alcoologue ou addictologue
- 6 Psychologue
- 7 Administratif
- 8 Association d'anciens buveurs
- 9 Educateur spécialisé ou 'visiteur social'
- 0 Autre : .....

**Code employeurs**

- 1 Adm. Pénitentiaire
- 2 Hôpital général
- 3 Hôpital Psychiatrique (CHS)
- 4 CCAA
- 5 CSST
- 6 Structure de Prévention  
laquelle ?.....
- 7 Autre.....
- ANPAA ?

**Code lieux de travail**

- 1 UCSA
- 2 SMPR / Service psy
- 3 Service social
- 4 Parloir
- 5 Salle de classe
- 6 Autre  
laquelle ?.....

A.2.8. Dans le projet de soin, quel est l'objectif de l'intervention ?

- Sevrage Oui  Non  NSP
- Diagnostic médical Oui  Non  NSP
- Evaluation sociale et psychologique Oui  Non  NSP
- Motivation Oui  Non  NSP
- Orientation sur suivi individuel **dans l'établissement**  
Oui  Non  NSP
- Orientation sur un groupe **dans l'établissement**  
Oui  Non  NSP
- Orientation sur un CCAA ou une Cs hospitalière **en post-carcéral**  
Oui  Non  NSP
- Orientation sur un groupe **en post-carcéral**  
Oui  Non  NSP
- Organisation de séjour en service spécialisé  
Oui  Non  NSP
- Autre  
Oui  Non  NSP

(quoi ?.....)

A. 2.9. Depuis quand existe-t-il une intervention individuelle ? [][][][]

A.2.10. Cette intervention est-elle accomplie de façon régulière ?  
Oui  Non  NSP

A.2.11. Si oui, à quelle fréquence ?... fois par.....  
NSP

A.2.12. Quelle est la durée des interventions ? .....  
NSP

A.2.13. Modalités de recrutement des détenus concernés par les interventions individuelles :

- Demande spontanée Oui  Non  NSP
- Signalement du SPIP Oui  Non  NSP
- Signalement de l'UCSA Oui  Non  NSP
- Signalement service psychiatrique Oui  Non  NSP
- Personnel de détention Oui  Non  NSP
- Autres Oui  Non  NSP

si autre, par qui ?.....

## Evaluation des interventions individuelles

A.2.14. Avez-vous une évaluation chiffrée de l'activité d'individuelle ?  
Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

A.2.15. Si oui, nombre de détenus suivis en 200... NSP [ ]

A.2.16. Nombre de consultations réalisées en 200... NSP [ ]

A.2.17. Y a-t-il des demandes non satisfaites ?

A.2.18. Si oui, pouvez-vous en évaluer le nombre ? [ ][ ][ ][ ]

A.2.19. Combien de fois rencontre-t-on le détenu en moyenne ?

- UNE fois [ ]
- DEUX fois [ ]
- TROIS fois [ ]
- QUATRE fois [ ]
- Plus souvent [ ] préciser .....

A.2.20. Temps de travail consacré aux interventions individuelles (tous intervenants confondus) : [ ][ ][ ] heures **par mois**

A.2.20. Difficultés ressenties par les intervenants dans la réalisation de l'intervention individuelle ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Dans le passé

A.2.20. **Si non ou NSP**, y en a-t-il eu dans le passé ? Oui [ ] Non [ ]  
NSP [ ]

A.2.21. Depuis quand les interventions ont-elles cessé ? .....  
Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

A.2.22. Pour quelle(s) raison(s) les interventions se sont elles interrompues ? NSP [ ]  
.....  
.....

**B – Interventions de groupe**

**1. Interventions de groupe réalisées par des associations néphalistes**

B.1.1. Y a-t-il des réunions de mouvements d'anciens buveurs (de type Alcooliques Anonymes, Vie Libre, Croix Bleue, etc.) ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

B.1.2. Si oui, lequel ?..... NSP [ ]

B.1.3. Y a-t-il une personne responsable de ces groupes ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

Si oui, coordonnées.....  
.....

B.1.4. Date de Création ..... NSP [ ]

B.1.5. Ces réunions sont-elles accomplies de façon régulière ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

B.1.6. Si oui, à quelle fréquence ?... fois par..... NSP [ ]

B.1.7. Quelle est la durée des réunions ? ..... NSP [ ]

B.1.8. Modalités de recrutement des détenus concernés par les réunions :

- Demande spontanée                      Oui [ ]    Non [ ]    NSP [ ]
- Signalement du SPIP                    Oui [ ]    Non [ ]    NSP [ ]
- Signalement de l'UCSA                Oui [ ]    Non [ ]    NSP [ ]
- Signalement service psychiatrique    Oui [ ]    Non [ ]    NSP [ ]
- Personnel de détention                Oui [ ]    Non [ ]    NSP [ ]
- Autres                                      Oui [ ]    Non [ ]    NSP [ ]

si autre, par qui ?.....

B.1.9. **Si non ou NSP**, y en a-t-il eu dans le passé ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

B.1.10. Depuis quand les réunions ont-elles cessé ? .....

NSP [ ]

B.1.11. Pour quelle(s) raison(s) les réunions se sont elles interrompues ?

NSP [ ]

.....  
.....

## **2. Interventions de groupe réalisées par des intervenants professionnels**

B.2.1. En dehors des réunions de groupe d'anciens buveurs, existe-t-il une prise en charge de groupe des problèmes d'alcool par d'autres types d'intervenants ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

B.2.2. Y a-t-il une personne responsable de ces interventions ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

B.2.3. Si oui, coordonnées.....  
 .....

### **Précisions concernant les intervenants :**

	Responsable	Intervenant A	Intervenant B	Intervenant C
Qualité des intervenants				
Employeur				
Temps de travail (h/sem)				
Lieu de travail				

#### **Code qualité**

- 1 Responsable Services pénitentiaires d'insertion et de probation
- 2 Conseiller d'insertion et de probation
- 3 Infirmier(ière) ou cadre infirmier
- 4 médecin
- 5 médecin alcoologue ou addictologue
- 6 Psychologue
- 7 Administratif
- 8 Association d'anciens buveurs
- 9 Educateur spécialisé ou 'visiteur social'
- 0 Autre : .....

#### **Code employeurs**

- 1 Adm. Pénitentiaire
- 2 Hôpital général
- 3 Hôpital Psychiatrique (CHS)
- 4 CCAA
- 5 CSST
- 6 Structure de Prévention  
laquelle ?.....
- 7 Autre.....
- ANPAA ?

#### **Code lieux de travail**

- 1 UCSA
- 2 SMPR / Service psy
- 3 Service social
- 4 Parloir
- 5 Salle de classe
- 6 Autre  
laquelle ?.....

B.2.8. Quel est l'objectif de l'intervention groupale ?

- prévention, sensibilisation                      Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]
- Information sur la pathologie                      Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]
- Information sur l'offre de soin                      Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]
- Atelier thérapeutique                      Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]
- Support, contenu ou approche (TCC... ).....
- Préparation à la sortie                      Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]
- Autre                      Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]
- (quoi ?.....)

B.2.9. Depuis quand existe-t-il une intervention de groupe ? ..... (année de création)  
NSP [ ]

B.2.10. Cette intervention est-elle accomplie de façon régulière ?  
Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

B.2.11. Si oui, à quelle fréquence ?... fois par..... NSP [ ]

B.2.12. Quelle est la durée des interventions ? ..... NSP [ ]

B.2.13. Modalités de recrutement des détenus concernés par les interventions de groupe :

- Demande spontanée                      Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]
  - Signalement du SPIP                      Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]
  - Signalement de l'UCSA                      Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]
  - Signalement service psychiatrique                      Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]
  - Personnel de détention                      Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]
  - Autres                      Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]
- si autre, par qui ?.....

**Evaluation des interventions de groupe**

B.2.14. Avez-vous une évaluation chiffrée de l'activité de groupe ?  
Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

B.2.15. Si oui, nombre de détenus participant en 200... NSP [ ]

B.2.16. Si oui, nombre de groupes en 200... NSP [ ]

B.2.17. Temps de travail consacré aux interventions de groupe (tous intervenants confondus) :  
..... heures **par mois** NSP [ ]

B.2.18. Y a-t-il des demandes non satisfaites ?  
Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

B.2.19. Si oui, pouvez-vous en évaluer le nombre ? [ ][ ][ ][ ] NSP [ ]

B. 2.20. Difficultés ressenties par les intervenants dans la réalisation de l'intervention groupale ? .....  
.....  
.....  
.....

## **C. Les services internes à l'établissement pénitentiaire**

C.1.1. Au sein de l'établissement, y a-t-il un soignant qui s'occupe plus spécifiquement des problèmes d'alcool (antenne d'alcoologie ?)

.....  
.....  
.....

C.1.2. Les différents services internes à la prison collaborent-ils avec les intervenants extérieurs :

	<b>très rarement</b>	<b>jamais</b>	<b>souvent</b>	<b>un peu</b>
UCSA, service médical	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Service psychiatrique, SMPR	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Service d'insertion et de probation	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Autre (quoi ?.....)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

C.1.3. Existe-t-il un protocole de sevrage ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

C.1.4. Si oui, pouvez-vous nous l'adresser ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

C.1.5. Utilisation d'un questionnaire d'évaluation :

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

C.1.6 Si oui, lequel ?.....

(Suggérer si besoin dans un deuxième temps les questionnaires validés (CAGE ou DETA, AUDIT, FACE, Minigrade, etc.)

## **La préparation à la sortie**

C.1.7. Donne-t-on systématiquement les coordonnées d'un intervenant ou d'une équipe de soin en alcoologie pour la sortie ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

C.1.8. Donne-t-on systématiquement les coordonnées d'un groupe d'anciens buveurs pour la sortie ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

C.1.9. Modalité de préparation de la sortie (lien avec intervenants ou équipes externes)

- |                                    |         |         |         |
|------------------------------------|---------|---------|---------|
| • Liste d'adresses                 | Oui [ ] | Non [ ] | NSP [ ] |
| • Lettre confiée au patient        | Oui [ ] | Non [ ] | NSP [ ] |
| • Lettre adressée au correspondant | Oui [ ] | Non [ ] | NSP [ ] |
| • Téléphone                        | Oui [ ] | Non [ ] | NSP [ ] |
| • Prise de rendez-vous             | Oui [ ] | Non [ ] | NSP [ ] |
| • Visite à la prison               | Oui [ ] | Non [ ] | NSP [ ] |
| • Permission de sortir             | Oui [ ] | Non [ ] | NSP [ ] |
| • Autre                            | Oui [ ] | Non [ ] | NSP [ ] |
- (quoi ?.....)

C.1.10. Existe-t-il un lien privilégié avec un intervenant ou une structure extérieurs à la prison pour recevoir les sortants de prison ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

C.1.11. Si oui, qui ?

- Médecin généraliste [ ]
- Psychiatre [ ]
- Spécialiste alcoologue d'un hôpital [ ]
- Equipe de CCAA [ ]  
ANPAA
- Equipe de CSST [ ]
- Groupe [ ]
- Autre [ ]

(qui ?.....)

C. 2.12. Difficultés ressenties par les professionnels de l'établissement dans la prise en charge des problèmes d'alcool ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### **D. Le tabac**

D.1. Existe-t-il une intervention tabac dans l'établissement ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

D.2. Existe-t-il un financement spécifique pour le tabac ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

D.3. Si oui, lequel ?.....

D.4. Existe-t-il la possibilité d'obtenir des substituts nicotiques ?

Oui [ ] Non [ ] NSP [ ]

- D.5. Patches [ ]  
Gommes [ ]  
Comprimés à sucer [ ]  
Microtabs [ ]  
Inhaleurs [ ]

D.6. Qui paye pour les substituts nicotiques ?.....

## **E. Financement des interventions**

E.1. Y a-t-il un financement spécifique pour les interventions alcool ?

Oui  Non  NSP

E.2. Source de financement :

- Assurance maladie (enveloppe médico-sociale : budget pérenne)
- Assurance maladie (FNPEIS : budget sur action)
- PRAPS (accès au soin des personnes en situation de précarité)
- PRS (programme régional de santé alcool ou addiction)
- MILDT
- Conseil général
- Pénitenciaire
- Autre
- Ne sait pas

## **F. Remarques générales**

F.1. Y a-t-il une approche commune pour les drogues illicites et l'alcool dans l'établissement ?

Oui  Non  NSP

F.2 Souhaitez-vous être contacté pour une initiative autour de la présente enquête ?

Oui  Non  NSP

F.3. Si oui, à quelle adresse ?

Intervenez-vous dans un autre établissement ? Lequel ? .....

NOM.....  
INSTITUTION.....  
Adresse .....  
COURRIEL.....@ .....

NOM.....  
INSTITUTION.....  
Adresse .....  
COURRIEL.....@ .....