



**INSPECTION GENERALE
DES SERVICES JUDICIAIRES**



Inspection Générale des Services Judiciaires

201510049911

**INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES**



**INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES**

M 2015-076

**INSPECTION GENERALE
DES FINANCES**



2015-M-041

**Mission d'évaluation des politiques interministérielles d'insertion des
personnes confiées à l'administration pénitentiaire par l'autorité judiciaire**
TOME 3 - Annexes 9 à 11

Vincent DELBOS
Inspecteur général adjoint
des services judiciaires

Aquilino MORELLE
Inspecteur général
des affaires sociales

Hélène PELOSSE
Inspectrice générale
de l'inspection générale des finances

Béatrice DEL VOLGO
Inspectrice générale adjointe
des services judiciaires

Léa BOUDET
Assistante de mission
de l'inspection générale des finances

Hubert GOURDET
Inspecteur
des services judiciaires

Sommaire

ANNEXE 9.	ACCES AU LOGEMENT ET A L'HEBERGEMENT.....	5
ANNEXE 10.	PREVENTION ET LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS.....	101
ANNEXE 11.	INSERTION PROFESSIONNELLE : FORMATION, ACCES A L'EMPLOI ET TRAVAIL	219
ANNEXE 12.	RAPPORT TNS SOFRES SUR LES FREINS ET LEVIERS A L'EMBAUCHE DES PERSONNES CONFIEES PAR L'AUTORITE JUDICIAIRE A L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE-SGMAP-JANVIER 2016.....	272

Annexe 9. Accès au logement et à l'hébergement

LE LOGEMENT ET L'HEBERGEMENT DES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE SOMMAIRE

1. LES STATISTIQUES RELATIVES AU LOGEMENT ET A L'HEBERGEMENT DES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE.....	1
1.1. Les statistiques générales sur ces publics.....	1
1.1.1. <i>Les statistiques par zone géographique.....</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>Les statistiques du milieu fermé.....</i>	<i>1</i>
1.1.3. <i>Les statistiques du milieu ouvert.....</i>	<i>2</i>
1.2. Les champs d'information liés au logement dans GENESIS.....	3
1.2.1. <i>Les champs d'information liés au logement.....</i>	<i>3</i>
1.2.2. <i>Les extractions et analyses demandées par la mission.....</i>	<i>3</i>
1.3. Les champs d'information liés au logement dans le logiciel APPI.....	3
1.3.1. <i>La rubrique annuaire sous APPI.....</i>	<i>3</i>
1.3.2. <i>Le rapport de fin de détention sous APPI.....</i>	<i>4</i>
1.3.3. <i>Les lacunes d'APPI.....</i>	<i>4</i>
1.4. Les enquêtes de la DREES sur les établissements sociaux permettent de mieux connaître les publics hébergés et pour partie les personnes sous main de justice.....	5
1.5. Des données sont en revanche disponibles pour les placements extérieurs.....	9
1.6. Les chiffres les plus à jour relatifs à l'hébergement et au logement des personnes sous main de justice résultent d'enquêtes flash commanditées par la DAP.....	10
1.6.1. <i>Enquête de 2010.....</i>	<i>10</i>
1.6.2. <i>Enquête de 2011.....</i>	<i>10</i>
1.6.3. <i>Enquête de 2014.....</i>	<i>11</i>
1.7. Les données centralisées par la DGCS.....	11
1.7.1. <i>Le nombre de places identifiées public personnes sous main de justice.....</i>	<i>11</i>
1.7.2. <i>Le coût moyen de l'hébergement en CHR.....</i>	<i>14</i>
1.8. Les statistiques locales récupérées par la mission.....	18
1.8.1. <i>Les statistiques du SIAO 75.....</i>	<i>18</i>
1.8.2. <i>Les autres statistiques disponibles.....</i>	<i>19</i>
2. LE CADRE JURIDIQUE RELATIF A L'HEBERGEMENT ET AU LOGEMENT DES PERSONNES SOUS MAIN.....	20
3. DE JUSTICE SORTANTS DE DETENTION.....	20
3.1. Le chantier national prioritaire pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri.....	20
3.2. La mise en œuvre du chantier en ce qui concerne les personnes sous main de justice.....	22
3.2.1. <i>l'accès aux dispositifs de droit commun.....</i>	<i>22</i>
3.2.2. <i>Les dispositifs d'hébergement.....</i>	<i>23</i>
3.2.3. <i>Les dispositifs de logements.....</i>	<i>24</i>
3.3. Le projet d'instruction relative à la coordination des SPIP et des SIAO.....	24
3.3.1. <i>Le public concerné.....</i>	<i>25</i>
3.3.2. <i>La convention entre le SPIP et le SIAO.....</i>	<i>25</i>
3.3.3. <i>L'identification partagée des besoins des personnes.....</i>	<i>25</i>
3.3.4. <i>L'échange d'informations au bénéfice de la personne.....</i>	<i>26</i>
3.3.5. <i>Le maintien et l'accès au logement.....</i>	<i>26</i>

3.3.6. <i>Les modalités de coordination territoriale</i>	26
3.3.7. <i>La position des associations</i>	26
3.4. <i>La domiciliation des détenus</i>	27
3.4.1. <i>Les critères de domiciliation</i>	27
3.4.2. <i>Les objectifs de la domiciliation</i>	28
3.4.3. <i>La mise en œuvre de la domiciliation au sein de l'établissement pénitentiaire</i>	29
3.4.4. <i>Les statistiques sur la domiciliation</i>	31
4. LES CONSTATS EFFECTUES PAR DES TRAVAUX ANTERIEURS A LA MISSION	31
4.1. <i>Le rapport de la Cour des comptes de novembre 2011</i>	31
4.1.1. <i>Un déficit de connaissance des populations</i>	31
4.1.2. <i>Une prise en charge des personnes en évolution mais insuffisante pour répondre aux besoins</i>	31
4.1.3. <i>Un manque de pilotage</i>	32
4.1.4. <i>Le cas particulier des personnes sous main de justice</i>	32
4.2. <i>Les travaux de la mission conjointe IGF IGAS sur l'hébergement d'urgence (mars 2015)</i>	33
4.2.1. <i>Les services de l'État ne sont pas toujours informés de la situation administrative des publics hébergés</i>	33
4.2.2. <i>L'information sur les publics de l'hébergement généraliste n'est pas consolidée</i>	34
4.2.3. <i>Au regard de ce contexte, le pilotage national de la politique d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans domicile présente plusieurs limites</i>	35
5. LES RETOURS TERRAINS OFFRENT UN BILAN MITIGE	40
5.1. <i>Les indicateurs du chantier de refondation n'ont pas pu être tenus en ce qui concerne les personnes sous main de justice</i>	40
5.2. <i>Les SPIP ne sont pas suffisamment associés aux diagnostics à 360°</i>	41
5.3. <i>Les pratiques dans les SIAO vis-à-vis des personnes sous main de justice montrent une marge de progrès importante</i>	43
5.3.1. <i>Le rapport IGAS de 2012 sur le fonctionnement des SIAO</i>	43
5.3.2. <i>L'enquête FNARS Croix rouge de 2012</i>	44
5.3.3. <i>L'enquête FNARS de 2014</i>	46
6. LES EXPERIENCES ET PROJETS INNOVANTS	55
6.1. <i>Le projet d'étude du Cerema visant à mieux connaître les besoins des personnes sous main de justice</i>	55
6.1.1. <i>L'objectif et la méthodologie de l'étude</i>	55
6.1.2. <i>Le détail des besoins des personnes sous main de justice en matière de logement</i>	60
6.1.3. <i>Des enjeux transversaux : le rôle du SIAO, les relations entre acteurs, l'organisation territoriale</i>	62
6.2. <i>Des fédérations envisagent de mettre en place des systèmes d'information sur cette thématique</i>	64
6.3. <i>Les dispositifs innovants identifiés par l'enquête DAP sur les relations SPIP/SIAO</i>	64
6.4. <i>Les appels à projets innovants lancés par la DIHAL</i>	65
6.4.1. <i>Les projets lancés en 2013 et leur bilan</i>	65
6.4.2. <i>Les projets retenus en 2014</i>	75
6.5. <i>Les dispositifs passerelles</i>	75
6.5.1. <i>L'évaluation des personnes : publics ciblés, modalités et périmètre de l'évaluation et objectifs poursuivis</i>	76

6.5.2. Accès au logement et maintien dans le logement.....	78
6.5.3. Ancrage territorial et financement des dispositifs passerelles.....	78
6.5.4. Bilan et perspectives.....	80
6.6. L'expérimentation « Un chez soi d'abord ».....	80
6.6.1. Le contenu du programme.....	80
6.6.2. Les premiers résultats.....	81
6.6.3. La pérennisation et la poursuite du programme.....	84
6.6.4. Le coût moyen.....	84
7. LES COMPARAISONS INTERNATIONALES.....	85
7.1. En Allemagne.....	85
7.2. Au Danemark.....	85
7.3. En Espagne.....	85
7.4. Aux Etats-Unis.....	85
7.5. En Suède.....	86
8. L'ANALYSE OFFRE/DEMANDE DE LOGEMENT/HEBERGEMENT DES PERSONNES PLACEES SOUS MAIN DE JUSTICE.....	86
8.1. La demande : une reconstitution à partir des enquêtes flash et du nombre de sortants.....	86
8.2. Une offre très inférieure et limitée aux CHRS.....	87
8.2.1. Les CHRS dédiés aux personnes sous main de justice.....	88
8.2.2. Les CHRS accueillant tous publics dont des personnes sous main de justice.....	89
8.2.3. L'enquête de la mission auprès des CHRS accueillant tous public.....	90
8.2.4. « La mise en place des SIAO rend l'accueil de ce public délicat compte tenu de la nécessité de réserver des places pour la sortie de détention, ce que ne permet pas le SIAO sauf convention spécifique ».La destination des personnes sous main de justice à la sortie n'est pas majoritairement une solution pérenne.....	92
8.3. L'écart offre/demande.....	94

1. Les statistiques relatives au logement et à l'hébergement des personnes sous main de justice

Trouver un logement ou un hébergement stable est une condition pour que les sortants de prison ou les personnes sous main de justice aient une chance de se réinsérer après une période de rupture plus ou moins longue que peut constituer la prison. En outre, l'absence de solution de logement ou d'hébergement peut induire un placement en détention des personnes prévenues ou condamnées, réduisant ainsi leurs chances de bénéficier d'une alternative à la détention ou d'un aménagement de peine. La mission s'est dans un premier temps penché sur les statistiques disponibles dans ce domaine.

1.1. Les statistiques générales sur ces publics

1.1.1. Les statistiques par zone géographique

Tableau 1 : Répartition géographique des personnes sous main de justice en 2014

DISP	Nombre de personnes écrouées ¹	Nombre de personnes suivies en milieu ouvert	Total
Bordeaux	5 901	16 065	21 966
Dijon	5 899	16 635	22 534
Lille	11 008	25 312	36 320
Lyon	6 958	19 787	26 745
Marseille	9 029	14 300	23 329
Paris	14 359	24 455	38 814
Rennes	7 162	21 262	28 424
Strasbourg	6 367	14 430	20 797
Toulouse	6 113	13 830	19 943
Outre-mer	5 087	8 032	13 119
Total	77 883	174 108	251 991

Source : DAP.

1.1.2. Les statistiques du milieu fermé

Tableau 2 : Effectifs en milieu fermé de 2010 à 2014

Année (1 ^{er} janvier)	Écroués non détenus	Écroués détenus	Ensemble des écroués
2010	5 111	60 978	66 089
2011	6 431	60 544	66 975
2012	8 993	64 787	73 780
2013	10 226	66 572	76 798
2014	10 808	67 075	77 883

Source : DAP Séries statistiques des personnes sous main de justice.

Les personnes écrouées non détenues sont comptabilisées à part depuis 2005. Elles regroupent les placés sous surveillance électronique ou à l'extérieur sans hébergement.

¹ Y compris les PSE, les PE ou les SL.

Tableau 3 : Effectifs en milieu fermé par mesure

Année (1 ^{er} janvier)	Personnes écrouées sans aménagement de peine	Personnes écrouées disposant d'un aménagement de peine ou SEFIP					Total
		SEFIP	PSE	Semi- liberté	PE hébergés	PE non hébergés	
2010	58 787	0	4 489	1 665	516	622	7 292
2011	58 508	61	5 706	1 677	359	664	8 467
2012	62 559	528	7 889	1 857	371	576	11 221
2013	64 384	624	9 029	1 785	403	573	12 414
2014	64 935	570	9 591	1 765	375	647	12 948

Source : DAP.

Tableau 4 : Détail des mesures d'aménagement de peines

Année	Nombre de personnes condamnées aménagées (hors libération conditionnelle)	Semi-libre	Placés à l'extérieur	Placés sous surveillance électronique (hors SEFIP)
2010	7 292	1 665	1 138	4 489
2011	8 467	1 677	1 023	5 767
2012	10 693	1 857	947	7 889
2013	11 790	1 785	976	9 029
2014	12 948	1 765	1 022	9 591

Source : DAP.

1.1.3. Les statistiques du milieu ouvert

Tableau 5 : Détail des mesures du milieu ouvert par année

Type de mesure	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble des personnes	168 671	173 022	173 063	175 200	174 108
SME	141 156	143 670	144 060	144 937	141 107
Libération conditionnelle	7 023	7 347	6 752	6 651	6 428
TIG	14 883	15 502	14 970	15 293	16 196
Sursis à TIG	12 618	15 244	17 280	18 803	20 392
Contrôle judiciaire	3 697	3 651	3 683	3 680	3 689
Interdiction de séjour	717	697	641	639	635
Ajournement avec mise à l'épreuve	189	195	170	141	184
Suivi socio- judiciaire	3 889	4 241	4 821	5 254	5 685
Travail non rémunéré	2 428	2 565	2 195	1 929	1 891
Ensemble des mesures	186 600	193 112	194 572	197 327	196 207
Mesure/personne	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1

Source : DAP.

1.2. Les champs d'information liés au logement dans GENESIS

1.2.1. Les champs d'information liés au logement

La mission a demandé une analyse des données liées au logement et figurant sous GENESIS (cf. Annexe 3 sur les systèmes d'information).

1.2.2. Les extractions et analyses demandées par la mission

A partir de ces champs, le bureau Me5 a tenté de définir des indicateurs. Aucune proposition n'a été faite pour le logement. D'une manière générale, il convient de souligner que l'adresse étant déclarative, cette information n'est pas toujours exacte.

1.3. Les champs d'information liés au logement dans le logiciel APPI

1.3.1. La rubrique annuaire sous APPI

Au sein du logiciel APPI figure un onglet « Annuaire » qui permet de renseigner les informations relatives à la situation des personnes sous main de justice au regard du domicile conformément à la copie d'écran suivante.

Graphique 1 : Copie d'écran d'APPI relative au champ logement

The screenshot shows the APPI software interface. At the top, there is a navigation bar with several tabs: Identité, Annuaire (selected), Typologie du suivi, Situation administrative, Scolarité et profession, Situation financière, Mesures et interventions, Situation pénale, Journal, and Personnes du dossier. The main content area displays the following information:

Nom/Prénom [Redacted] **Dossier n°** 201200020350
 Diagnostic en cours Dernière modification le 19/12/2014 par [Redacted]

Situation

Situation au regard du domicile : [Redacted]
 Type de logement : [Redacted]
 Code canton ou circonscription : [Redacted]

Adresse domicile

Adresse déclarée : [Redacted]
 Rue, localité, lieu-dit : XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXX [Redacted]
 Code postal : [Redacted]
 Ville : [Redacted]
 Pays : [Redacted]

99XXXXXXXX XXXXXXX	FRANCE
	Téléphone fixe :
	Téléphone portable : 00.00.00.00.00
	Email :
Adresse postale	
Rue, localité, lieu-dit :	Code postal :
	Ville :
	Pays : FRANCE
	Téléphone fixe :
	Téléphone portable :
	MODIFIER SAVE

Informations sur la localisation géographique de la personne

Cette rubrique « annuaire » est complétée par le SPIP ou le SAP, en début de prise en charge et requiert une attention particulière essentiellement en milieu ouvert.

- En milieu fermé, APPI n'est pas pleinement utilisé du fait de l'existence d'autres applications (GIDE/GENESIS).
- L'adresse peut également faire l'objet de modification par le SPIP ou le SAP durant le suivi. Si l'adresse est modifiée par le SPIP, elle doit obligatoirement faire l'objet d'une validation par le SAP pour être effectivement prise en compte et enregistrée dans le dossier APPI. Or, en qualité de sortant de prison, la personne sous main de justice ne fait pas toujours l'objet d'un suivi SPIP mandaté par l'autorité judiciaire et l'adresse, si elle est renseignée par le SPIP, ne pourra être validée par le SAP.

1.3.2. Le rapport de fin de détention sous APPI

Il existe également sur APPI une trame de **rapport de fin de détention** qui fait apparaître la situation de la personne détenue au regard du logement (logement précaire ou non), mais ce rapport n'est pas rempli par les services, APPI étant qui plus est sous-utilisé en milieu fermé.

1.3.3. Les lacunes d'APPI

Le traitement des données issues de l'infocentre APPI rencontre différentes difficultés liées à la saisie des informations sur les mesures et les personnes prises en charge en milieu ouvert par l'administration pénitentiaire et notamment celles qui concernent les variables socio-démographiques de la personne prise en charge. Au premier janvier 2015, le taux de remplissage des variables sociodémographiques dans l'infocentre APPI étaient les suivantes en ce qui concerne les champs liés au logement.

Tableau 6 : Taux de remplissage des champs d'information sous APPI

Nom de la variable	Description	Taux manquant (%)	Taux de remplissage (%)
Per sexe	Sexe	0,3	99,7
Per Date de naissance	Date de naissance	0,4	99,6
Per commune domicile	Commune du domicile	2,3	97,7
Per commune naissance	Commune de naissance	17,5	82,5
Per situation matr libelle	Situation matrimoniale	50,9	49,1
Per situation domicile libelle	Type de logement	67,6	32,4

Source : DAP.

De plus, les données d'APPI ne sont pas historicisées. Par exemple, un changement de commune du domicile écrase la donnée antérieure ce qui ne permet pas d'étudier correctement les évolutions relatives au logement.

1.4. Les enquêtes de la DREES sur les établissements sociaux permettent de mieux connaître les publics hébergés et pour partie les personnes sous main de justice

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé des affaires sociales effectue tous les quatre ans une enquête établissements sociaux (ES) « difficultés sociales » auprès de tous les établissements et services d'accueil hébergeant des enfants et des adultes en France et dans les DOM. Les établissements enquêtés sont les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres d'accueil non conventionnés au titre de l'aide sociale, les maisons relais et résidences accueil, les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), les centres provisoires d'hébergement (CPH) et les centres maternels. Par ailleurs, l'enquête ES 2008 couvre les résidences sociales (hors maisons relais) et les organismes conventionnés au titre de l'aide au logement temporaire (ALT)².

La dernière enquête a été réalisée en 2012 et fournit un inventaire des établissements et services sociaux au 15 décembre 2008 et de leur capacité d'accueil, une présentation des principales caractéristiques du personnel en place dans ces établissements et services au 31 décembre 2008 (sexe, âge, statut, fonction...), une description des personnes présentes au 15 décembre 2008, hors hébergement d'urgence (sexe, âge, situation familiale, nationalité, modalités d'hébergement, motif d'admission, régime assurance maladie, activité et qualification, nature des ressources...), une description des personnes sorties au cours de l'année 2008, hors hébergement d'urgence (sexe, âge, situation familiale, nationalité, modalités d'hébergement, motif d'admission, régime assurance maladie, activité et qualification, nature des ressources, durée du séjour...) ainsi qu'une description des personnes hébergées en urgence dans les CHRS la nuit du 3 au 4 février 2009 (sexe, âge, situation familiale, nationalité, orientation, résidence habituelle, motif d'admission...).

Cette enquête de la DREES comporte de nombreuses informations mais elle présente aussi certaines limites : hormis sa périodicité, si elle couvre presque la totalité des structures permanentes d'hébergement d'urgence, de stabilisation et d'insertion (CHRS, CHU) et des pensions de famille, elle ne prend en compte ni les structures qui n'offrent pas d'hébergement (accueil de jour par exemple), ni les chambres d'hôtel.

² Les données collectées auprès de ces structures sont cependant plus restreintes. Notamment, les données portant sur le personnel et la clientèle ne sont pas renseignées au niveau individuel.

La mission a consulté l'enquête pour analyser les éléments disponibles relatifs à l'identification des personnes sous main de justice, qui sont retracés dans les tableaux suivants. A noter que l'identification des personnes sous main de justice se fait d'une part via le motif d'admission en établissement, qui est l'origine « établissement pénitentiaire », d'autre part via le motif de sortie de l'établissement d'hébergement qui est « l'entrée en établissement pénitentiaire ». A priori, ce vocable recoupe les sorties sèches de détention, mais aussi les aménagements de peine (PSE, SL, PE, SEFIP) tout en excluant les personnes sous main de justice suivies en milieu ouvert (SME, TIG, contrôle judiciaire). Les chiffres de l'étude doivent donc être rapportés en toute rigueur à la population d'écroués, qu'ils soient détenus ou non, ce qui fait un différentiel de l'ordre de 10 000 personnes en 2014 (67 000 écroués détenus et 10 000 écroués non détenus).

Tableau 7 : Éléments liés aux personnes sous main de justice dans l'enquête DREES de 2012 (portant sur 2008)

	Motif d'admission au 15/12/2008	Destination des adultes sortis en 2008
CHRS (hors urgence)	<p>4,6 % sortants de prison soit 1082 personnes sur 23 543 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 974 H, 108 F - 1001 personnes isolées, 50 isolées avec enfant, 11 en couple sans enfant et 20 en couple avec enfant - 131 < 25 ans, 657 de 25 à 44 ans, 259 de 45 à 59 ans, 35 de 60 ans et plus - 75 avec participation forfaitaire, 855 avec participation selon ressources, 79 loyer ou redevance et 73 aucune participation financière - Durée moyenne avec motif d'admission sortie de prison : 5 mois et durée médiane : 3 mois avec la répartition suivante (sur 2039) : 410 < 1 mois, 304 entre 1 à 2 mois, 226 2 à 3 mois, 210 3 à 4 mois, 141 4 à 5 mois, 112 5 à 6 mois, 397 6 à 12 mois, 239 12 mois et plus. 	<p>841 soit 1,7 % sur 48693 sont sortis en établissement pénitentiaire (quel que soit leur motif d'admission)</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur 827, 148 < 25 ans, 479 de 25 à 44 ans, 169 de 45 à 59 ans, 31 de 60 ans et plus - selon le motif d'admission dans l'établissement : 186 sortie de la rue/structure d'hébergement, 26 perte ou problème de logement, 514 sortie de service psychiatrique/de prison/autres institutions³, 49 violence conjugale ou rupture, 9 demandes d'asile, 43 travail/formation - hébergement/logement avant entrée dans établissement avec destination établissement pénitentiaire à la sortie : - Sur 827 personnes, 15 propriétaires ou locataires, 70 logés gratuitement famille/amis, 513 en établissement pénitentiaire, protection enfance ou assistante familiale, 41 hébergement social hors urgence (CHRS, CADA) ou adapté (maison relais, résidence sociale), 164 hébergement d'urgence/de fortune/sans abri, 24 autre ou inconnu - Durée moyenne avec motif de sortie établissement pénitentiaire : 4 mois et durée médiane : 1 mois avec la répartition suivante (sur 827) : 297 < 1 mois, 125 entre 1 à 2 mois, 99 2 à 3 mois, 72 3 à 4 mois, 46 4 à 5 mois, 20 5 à 6 mois, 111 6 à 12 mois, 57 12 mois et plus.
CHRS urgence	<p>63 personnes pour motif de sortie de prison,</p> <ul style="list-style-type: none"> - dont 52 H et 11 F, personnes isolées à 92 % - 16 < 25 ans, 31 de 25 à 44 ans, 15 de 45 à 59 ans, 1 de 60 ans et plus - orienté pour 28 personnes par le 115, 23 	

³ Pas de distinction disponible entre les trois motifs.

	Motif d'admission au 15/12/2008	Destination des adultes sortis en 2008
	<p>par un service social, 5 par ses propres moyens, et 7 autre</p> <p>- 2 sans logement personnel depuis moins d'un mois, 12 depuis 1 à 6 mois, 27 depuis plus de 6 mois, 12 n'ont jamais eu de logement personnel et 10 inconnu</p>	
Centres d'accueil non conventionnés hors urgence	<p>94 sortis de prison sur 5 246 soit 1,8 % dont 88 H et 6 F, à 96 % personne isolée</p> <p>8 < 25 ans, 52 de 25 à 44 ans, 30 de 45 à 59 ans, 4 de 60 ans et plus</p> <p>19 avec participation forfaitaire, 8 avec participation selon ressources, 15 loyer ou redevance et 52 aucune participation financière</p> <p>- Durée moyenne avec motif d'admission établissement pénitentiaire : 3 mois et durée médiane : 2 mois</p> <p>avec la répartition suivante (sur 150) : 30 < 1 mois, 38 entre 1 à 2 mois, 24 2 à 3 mois, 14 3 à 4 mois, 13 4 à 5 mois, 9 5 à 6 mois, 17 6 à 12 mois, 5 12 mois et plus.</p>	<p>77 soit 0,9 % sur 8 608 sont sortis en établissement pénitentiaire (quel que soit leur motif d'admission), dont 72 H et 5 F, 74 personnes isolées et 3 parents isolés avec enfant</p> <p>- sur 77, 25 < 25 ans, 32 de 25 à 44 ans, 19 de 45 à 59 ans, 0 de 60 ans et plus</p> <p>- selon le motif d'admission dans l'établissement : 42 sortie de la rue/structure d'hébergement, 2 perte ou problème de logement, 17 sortie de service psychiatrique/de prison/autres institutions⁴, 13 violence conjugale ou rupture, 0 demandes d'asile, 3 travail/formation</p> <p>- hébergement/logement avant entrée dans établissement avec destination établissement pénitentiaire à la sortie :</p> <p>- Sur 77 personnes, 1 propriétaires ou locataires, 12 logés gratuitement famille/amis, 17 en établissement pénitentiaire, protection enfance ou assistante familiale, 5 hébergement social hors urgence (CHRS, CADA) ou adapté (maison relais, résidence sociale), 31 hébergement d'urgence/de fortune/sans abri, 11 autre ou inconnu</p> <p>- durée moyenne séjour avec destination sortie prison : 5 mois avec médiane à 2 mois avec la répartition suivante (sur 77) : 14 < 1 mois, 14 entre 1 à 2 mois, 15 2 à 3 mois, 3 3 à 4 mois, 7 4 à 5 mois, 3 5 à 6 mois, 13 6 à 12 mois, 8 12 mois et plus.</p>
Maisons relais	<p>33 sortis de prison sur 3 820 soit 1 % dont 88 H et 6 F, à 100 % personne isolée</p> <p>1 < 25 ans, 15 de 25 à 44 ans, 16 de 45 à 59 ans, 5 de 60 ans et plus (total de 37)</p> <p>3 avec participation forfaitaire, 6 avec participation selon ressources, 27 loyer ou redevance et 1 aucune participation financière (total 37)</p> <p>- Durée moyenne avec motif d'admission établissement pénitentiaire : 6 mois et durée médiane : 5 mois</p> <p>avec la répartition suivante (sur 15) : 1 < 1 mois, 0 entre 1 à 2 mois, 0 2 à 3 mois, 4 3 à 4 mois, 0 4 à 5 mois, 5 5 à 6 mois, 1 6 à 12</p>	<p>11 soit 1 % sur 1 111 sont sortis en établissement pénitentiaire (quel que soit leur motif d'admission) des maisons relais, dont 11 H, 10 personnes isolées et 1 parent en couple avec enfant</p> <p>- sur 11, 0 < 25 ans, 5 de 25 à 44 ans, 5 de 45 à 59 ans, 1 de 60 ans et plus</p> <p>- selon le motif d'admission dans l'établissement : 7 sortie de la rue/structure d'hébergement, 1 perte ou problème de logement, 2 sortie de service psychiatrique/de prison/autres institutions⁵, 0 violence conjugale ou rupture, 0 demandes d'asile, 1</p>

⁴ Pas de distinction disponible entre les trois motifs.

⁵ Pas de distinction disponible entre les trois motifs.

	Motif d'admission au 15/12/2008	Destination des adultes sortis en 2008
	mois, 4 12 mois et plus.	<p>travail/formation</p> <ul style="list-style-type: none"> - hébergement/logement avant entrée dans établissement maison relais avec destination établissement pénitentiaire à la sortie : - Sur 11 personnes, 2 propriétaires ou locataires, 0 logés gratuitement famille/amis, 1 en établissement pénitentiaire, protection enfance ou assistante familiale, 7 hébergement social hors urgence (CHRS, CADA) ou adapté (maison relais, résidence sociale), 1 hébergement d'urgence/de fortune/sans abri, 0 autre ou inconnu - durée moyenne séjour avec destination sortie prison : 16 mois avec médiane à 9 mois avec la répartition suivante (sur 11) : 0 < 1 mois, 0 entre 1 à 2 mois, 0 2 à 3 mois, 2 3 à 4 mois, 2 4 à 5 mois, 0 5 à 6 mois, 2 6 à 12 mois, 5 12 mois et plus.
Centres maternels	<p>4 sortis de prison sur 2 120 soit 0,2 % dont 4 F, à 100 % personne isolée avec enfant</p> <p>3 < 25 ans, 1 de 25 à 44 ans, 0 de 45 à 59 ans, 0 de 60 ans et plus</p> <p>3 avec participation forfaitaire, 0 avec participation selon ressources, 1 loyer ou redevance et 0 aucune participation financière</p> <p>- Durée moyenne avec motif d'admission établissement pénitentiaire : 6 mois et durée médiane : 4 mois</p> <p>avec la répartition suivante (sur 10) : 1 < 1 mois, 1 entre 1 à 2 mois, 0 2 à 3 mois, 1 3 à 4 mois, 2 4 à 5 mois, 0 5 à 6 mois, 5 6 à 12 mois, 0 12 mois et plus.</p>	<p>11 soit 0,4 % sur 2 772 sont sortis en établissement pénitentiaire (quel que soit leur motif d'admission), dont 11 F, 1 personnes isolées et 10 parents isolés avec enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur 11, 2 < 25 ans, 9 de 25 à 44 ans, 0 de 45 à 59 ans, 0 de 60 ans et plus - selon le motif d'admission dans l'établissement : 2 sortie de la rue/structure d'hébergement, 0 perte ou problème de logement, 0 sortie de service psychiatrique/de prison/autres institutions⁶, 2 violence conjugale ou rupture, 0 demandes d'asile, 7 travail/formation - hébergement/logement avant entrée dans établissement avec destination établissement pénitentiaire à la sortie : - Sur 11 personnes, 0 propriétaires ou locataires, 7 logés gratuitement famille/amis, 2 en établissement pénitentiaire, protection enfance ou assistante familiale, 1 hébergement social hors urgence (CHRS, CADA) ou adapté (maison relais, résidence sociale), 1 hébergement d'urgence/de fortune/sans abri, 0 autre ou inconnu - durée moyenne séjour avec destination sortie prison : 9 mois avec médiane à 6 mois avec la répartition suivante (sur 11) : 0 < 1 mois, 0 entre 1 à 2 mois, 1 2 à 3 mois, 0 3 à 4 mois, 4 4 à 5 mois, 0 5 à 6 mois, 4 6 à 12 mois, 2 12 mois et plus.

⁶ Pas de distinction disponible entre les trois motifs.

	Motif d'admission au 15/12/2008	Destination des adultes sortis en 2008
CPH	0 sortis de prison sur 681 soit 0 %	0 soit 0,9 % sur 1 435 sont sortis en établissement pénitentiaire
Logements conventionnés ALT	1 020 sortis d'établissements pénitentiaires ou médicaux (hôpital, psychiatrie) Sur 30 077 soit 3,4 %	620 soit 1 % sur 62 434 sont sortis en établissement pénitentiaire (quel que soit leur motif d'admission),
Résidences sociales	599 sortis d'établissements pénitentiaires ou médicaux (hôpital, psychiatrie) Sur 53 361 soit 1,1 %	136 soit 0,4 % sur 37 181 sont sortis en établissement pénitentiaire (quel que soit leur motif d'admission),

Source : enquête DREES auprès des établissements et services en faveur des personnes en difficulté sociale (ES).

1.5. Des données sont en revanche disponibles pour les placements extérieurs

Les statistiques de la DAP liées aux placements extérieurs font état des chiffres suivants.

Tableau 8 : Évolution des effectifs des personnes en PE au 1^{er} janvier de chaque année

Année	Nombre de PE hébergés	Nombre de PE non hébergés	Total PE
2010	516	622	1 138
2011	359	664	1 023
2012	371	576	947
2013	403	573	976
2014	375	647	1 022

Source : DAP

Par ailleurs, la mission a reçu communication des résultats 2013 et 2014 de l'enquête nationale sur le placement à l'extérieur. Cette enquête recense les conventions passées par les services pénitentiaires avec des associations partenaires pour le placement à l'extérieur. Elle distingue, par association, le type de prestations offertes (hébergement, accompagnement, restauration, activités). Jusqu'en 2013 cette enquête était conduite conjointement par le bureau SD5 et la MAPSE et comprenait le coût payé par l'administration pénitentiaire pour chacun de ces partenariats. A compter de 2014, il a été convenu que ces données budgétaires seraient désormais extraites de Chorus par le bureau SD5 et ne seraient plus demandées aux DISP.

L'enquête 2014 visait également à recenser les prestations d'accompagnement pour d'autres aménagements de peine (PSE essentiellement) financées sur le budget PE : les DISP de Marseille et de Paris ont fait remonter ce type de prestations. Il était également demandé de recenser les conventions PE ne donnant pas lieu à financement ; il est possible toutefois que sur ce point le recensement ne soit pas exhaustif.

L'enquête ne permet pas de savoir si certaines conventions passées pour la mise en œuvre du PE prévoient la possibilité de maintenir l'hébergement et l'accompagnement social dans la structure une fois le PE terminé. Elle ne permet pas non plus de connaître les cofinancements mis en œuvre. Le bureau SD1 assure le suivi de ce budget fléché PE pour l'administration pénitentiaire.

1.6. Les chiffres les plus à jour relatifs à l'hébergement et au logement des personnes sous main de justice résultent d'enquêtes flash commanditées par la DAP

Près de 85000 personnes sortent de prison chaque année. Pour connaître leur situation par rapport au logement et compte tenu des lacunes des systèmes d'information et de leur renseignement non systématique, la DAP a lancé une première enquête Flash portant sur un échantillon de sortants de prison, et ce sur la semaine du 1^{er} au 7 février 2010 (cf. note n°117 du 18 janvier 2010) qui a été réitérée en 2011 (du 27 juin au 1^{er} juillet 2011) puis en 2012, 2013 et 2014 (entre le 1^{er} et le 7 décembre 2014). L'objectif était de dénombrer les sortants de prison sans solution d'hébergement ou de logement.

Il convient de souligner que le caractère déclaratif de l'enquête tend à sous-estimer le niveau de difficulté réelle des personnes. De plus, cette enquête ne concerne que les sortants de prison et exclut les personnes en aménagement de peine (liberté conditionnelle, placement extérieur, placement sous surveillance électronique), ou accompagnées dans le cadre d'alternatives à la détention (contrôle judiciaire socio-éducatif, suivi avec mise à l'épreuve) et relevant de la protection judiciaire de la jeunesse.

Les personnes se trouvant dans cette situation viennent donc naturellement grossir le nombre de personnes à la rue et/ou faisant appel au 115, hypothéquant d'emblée leurs chances de réinsertion après la période de rupture que constitue la prison. Pour les personnes sous main de justice, l'absence de solution stable de logement et d'hébergement est un frein à la mise en place de solutions alternatives à l'incarcération.

1.6.1. Enquête de 2010

Sur un panel de 1467 sortants sur la période étudiée 103, soit 7 % des entrants se déclarent sans domicile (sans solution de logement ni d'hébergement) ; 108 soit 7 % n'ont qu'une solution précaire de logement ou d'hébergement. Au total, 1256 soit 86 % des sortants ont une solution de logement ou d'hébergement à la sortie.

1.6.2. Enquête de 2011

Cette enquête a porté sur 1933 entrants sur 170 établissements y compris l'outre-mer.

En ce qui concerne les entrants, 7 % se déclarent SDF, ce pourcentage variant de 3 % à Bordeaux jusqu'à 10 % en outre-mer (9 % à Paris). Les plus gros bataillons de SDF sont issus de Paris (27 %) puis Strasbourg (16 %) et Lille (13 %). 73 % des entrants déclarés SDF se font en maison d'arrêt contre 16 % en centre pénitentiaire.

En ce qui concerne les sortants, sur un panel de 1467 sortants de 170 établissements, 7 % n'ont pas de solution d'hébergement ou de logement, 7 % une solution précaire et 86 % ont une solution. Le taux de sortants sans solution est élevé à Paris (17 %) et en outre-mer (12 %), ailleurs il varie entre 1 et 6 %. La DISP de Paris regroupe ainsi 54 % des sortants sans solution au niveau national (13 % Lille). La majorité des sortants dans ce cas sont issus de l'Essonne (50 %) et du Val de Marne (29 %). En outre-mer, 100 % des sortants sans solution sont en Guyane. Sur la DISP de Lille, le département de l'Eure est touché avec un taux de 7 %. A Lyon, le département du Rhône représente 4 % des SDF au plan national. On constate un taux important de sortants sans solution issus de CD (13 %), contre 70 % issus de MA et 20 % de CP. Pour les sortants issus de MA, 47 % n'ont qu'une solution précaire et de CP 41 %. Sur la DISP de Marseille : sur 1799 sortants au 1^{er} trimestre 2011, 4 % sont sortis sans solution.

La comparaison entre les enquêtes de 2010 et de 2011 est relative ; en effet, elles n'ont pas porté sur les mêmes périodes. En 2010, 7 % des sortants étaient sans solution contre 7 % en 2011, et 10 % des sortants avaient une solution précaire en 2010 contre 7 % en 2011. Le taux global de sortants avec une solution est stable : 85 % en 2010 et 86 % en 2011. En général, les régions à fort taux de SDF entrants sont aussi celles à fort taux de SDF sortants. Parfois le taux est plus bas pour les sortants que pour les entrants (DISP Dijon, Rennes, Strasbourg et Toulouse). La situation est la pire en IDF et outre-mer avec des taux de sortants sans solution de logement de respectivement 17 et 12 %. Plus de la moitié des sortants sans solution de logement se trouvent en Île de France (Essonne et Val de Marne majoritairement).

En effet, l'Île de France cumule plusieurs difficultés :

- des tensions entre l'offre de logement et d'hébergement et la demande ;
- des flux importants et peu prévisibles de sortants de maisons d'arrêt comme Fleury Mérogis, plus grosse prison d'Europe ;
- un rayonnement des établissements pénitentiaires d'Île de France qui s'étend au-delà du département d'implantation de l'établissement or l'organisation des SIAO est départementale (ce qui constitue un obstacle à la recherche de solutions interdépartementales).

Les chiffres de ces enquêtes sont à rapprocher des conclusions du rapport de Vincent Girard sur la Santé des personnes sans chez soi (novembre 2009) indiquant que 15 % de sortants n'avaient pas de solution de logement (déjà 7 % en entrants) et que le risque de mise à la rue touchait près de 4500 sortants par an.

1.6.3. Enquête de 2014

En ce qui concerne les entrants, elle a porté sur un panel de 2 298 entrants sur 178 établissements du territoire hexagonal et de l'outre-mer. 188 entrants soit 8,2 % se sont déclarés sans domicile fixe dont 182 sur le territoire hexagonal et 6 dans les DOM-TOM. Le taux varie de 4,3 % (Bordeaux) à 12,3 % (Rennes), Paris étant à 11,2 %. 3 DISP ont un taux d'entrants SDF supérieur à 10 % : Lille, Rennes et Paris. La DISP Paris regroupe environ 1/3 des entrants qui se déclarent SDF (54 sur 483 entrants) (29 % du total des 188 SDF).

En ce qui concerne les sortants, parmi un panel de 1 766 sortants sur 178 établissements, 88 soit 5 % ne disposaient pas de solution d'hébergement ou de logement, 125 soit 7 % disposaient d'une solution précaire. 1 553 soit 88 % disposaient d'une solution d'hébergement ou de logement à la sortie. 4 DISP ont des taux de personnes sans solution supérieur à 5 % : Lille, Rennes, Paris et la MOM. La DISP Paris concentre 29 % de la population étudiée.

Ces données doivent être utilisées par les SPIP dans le cadre de leur participation à l'élaboration des diagnostics territoriaux à 360°.

1.7. Les données centralisées par la DGCS

1.7.1. Le nombre de places identifiées public personnes sous main de justice

1.7.1.1. La base de données de la DGCS

La DGCS a communiqué à la mission un fichier comportant d'une part la liste des CHRS plutôt dédiés aux sortants de prison et/ou aux personnes sous main de justice et d'autre part la liste des CHRS accueillant tout public avec des places réservées aux sortants de prison et/ou aux personnes sous main de justice .

Il ressort de ce fichier les éléments suivants.

Tableau 09 : Places dans les CHRS accueillant des sortants de prison/personnes sous main de justice dédiés ou non

Région	Département	Nombre de structures dédiées	Nombre total de places dédiées	Nombre de structures généralistes pouvant accueillir des PPSMJ	Nombre total de places au sein des structures généralistes pouvant accueillir des PPSMJ
Alsace	Bas Rhin	1	20		
	Haut Rhin	2	174	4	187
Aquitaine	Gironde	1	10		
	Landes	3	75	1	45
Basse Normandie	Pyrénées Atlantique				
	Calvados			2	66
Bretagne	Manche			1	20
	Finistère	1	30		
Bourgogne	Côte d'Armor			1	16
	Ile et Vilaine			3	122
Champagne Ardennes	Côte d'Or	2	97	1	39
	Nièvre			1	40
Franche Comté	Yonne			1	28
	Marne	1	12		
Haute Normandie	Doubs	1	16		
	Jura			1	13
Ile de France	Territoire de Belfort			1	16
	Haute Saône	1	38		
Languedoc Roussillon	Eure	1	52	1	57
	Hérault	1	20,25	1	24
Lorraine	Paris	8	445		
	Lozère			1	11
Martinique	Meurthe et Moselle	1	25		
	Moselle	1	34		
Poitou Charente	Charente	1	17		
	Vienne			1	31
Pays de la Loire	Loire atlantique	1	24	4	549
	Mayenne			2	48
Picardie	Nord	4	171	1	66
	Pas de Calais			1	8
Provence Alpes Côte d'Azur	Somme	1	27	3	121
	Aisne			2	30
Réunion	Bouches du Rhône	2	69	1	39
	Alpes Maritimes			1	8
		1	43	1	35

Région	Département	Nombre de structures dédiées	Nombre total de places dédiées	Nombre de structures généralistes pouvant accueillir des PPSMJ	Nombre total de places au sein des structures généralistes pouvant accueillir des PPSMJ
Rhône Alpes	Isère	1	10	2	87
	Rhône	1	28	1	72
	Drôme			2	37
	Loire			2	60
	Haute-Savoie			2	110
Total		39	1 592	59	2 580

Source : DGCS.

Tableau 9 : Répartition des places personnes sous main de justice par région et par type d'accompagnement

Région	Prise en charge spécifique PPSMJ	Accueil tout public avec possibilité de prise en charge PPSMJ	Prise en charge spécifique PPSMJ et jeunes majeurs	Prise en charge spécifique PPSMJ et personnes victimes de violences	Prise en charge spécifique PPSMJ et personnes avec problématique psychiatrique
Alsace		187		38	156
Aquitaine	10	45		25	
Basse Normandie		66			
Bretagne	24	44	6		
Bourgogne		107			57
Champagne Ardennes	12				
Franche Comté	54	29			
Haute Normandie		57	31		21
Ile de France	403	541	27		
Languedoc Roussillon		11			
Lorraine	59				
Martinique		35			54
Poitou Charente	17	31			
Pays de la Loire		407	24		
Nord Pas de Calais		74			171
Picardie		136	27		
Provence Alpes Côte d'Azur		47	35	34	
Réunion	43				
Rhône Alpes	38	281			
Total	660	2098	150	97	459
Coût complet (M€)	13,8	37,2	3,1	1,2	7,4
Coût moyen (€)	20 924	17 711	20 393	12 143	16 162

Source : DGCS.

1.7.2. Le coût moyen de l'hébergement en CHRS

La DGCS a communiqué à la mission une étude sur les coûts moyens en hébergement d'urgence. Il en ressort les éléments suivants. Ces éléments proviennent de l'étude nationale sur les coûts du secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion (ENC-AHI). Elle permet d'identifier des coûts par groupe homogène d'activité et de mission (GHAM).

L'ENC-AHI permet d'identifier les activités, les missions et les coûts des établissements par Groupes Homogènes d'Activité et de Missions (GHAM). La lecture des établissements se traduit par la mesure du service rendu aux usagers en rendant compte de la mobilisation effective des moyens en personnel et d'équipements affectés aux quatre missions : héberger, alimenter, accompagner, accueillir.

Cette approche novatrice pour décrire les activités des établissements et leurs coûts à vocation à devenir permanente. L'idée consiste à ne plus partir de catégories administratives existantes pour décrire l'activité du secteur, mais de comparer les établissements ayant des missions et des organisations comparables. En effet, l'appartenance à un GHAM se caractérise par les missions menées (Héberger, Alimenter, Accompanyer, Accueillir) et la nature de l'activité d'hébergement (diffus ou regroupé). L'ENC s'appuie sur la notion d'unité organisationnelle pour décrire les activités proposées selon une approche cohérente au regard du service rendu aux personnes, appréhendées au regard du territoire d'implantation et des équipes mobilisées.

Un logiciel a été développé pour remplir l'étude nationale des coûts, le SI ENC-AHI. Le logiciel permet de collecter les données d'activités et organisationnelles : sont recueillis les ETP réels par mission ainsi que les charges. Le logiciel permet un traitement automatique des données. Il conduit à des restitutions d'indicateurs des établissements et des organismes gestionnaires. L'ENC porte sur les coûts complets engagés par le gestionnaire et non seulement sur ce que finance l'État. Ainsi, l'ENC prend en compte toutes les activités financées ou cofinancées par le BOP 177.

1.7.2.1. Les principes du remplissage de l'ENC-AHI : les GHAM (Groupes homogènes d'activité et de mission)

L'ENC Hébergement se décompose en deux phases : l'identification des unités GHAM assurées par l'établissement et la répartition des moyens par unité GHAM.

La première phase de l'ENC Hébergement consiste à définir au sein d'un établissement qui assure une activité d'hébergement une ou plusieurs unités GHAM correspondant à un ou plusieurs des GHAM nationaux. Les GHAM d'hébergement se définissent par les missions qu'ils assurent et par la nature de l'activité, présentant un caractère regroupé ou diffus des places d'hébergement dans lesquelles les missions sont exercées.

Les services proposés à l'utilisateur sont décrits à partir des 4 grandes missions identifiées dans le Référentiel National des Prestations (RNP) conformément aux missions retenues dans le code de l'action sociale et des familles pour les établissements sociaux assurant l'accueil, l'hébergement et l'insertion :

- ♦ Satisfaire les besoins élémentaires : mission Alimenter et mission Héberger ;
- ♦ Construire un parcours vers l'autonomie : mission Accueillir et Orienter et mission Accompanyer vers l'Autonomie.

Cette approche par mission (les prestations n'étant prises en compte que pour avoir une définition partagée des missions) permet d'identifier des GHAM homogènes et de ne pas segmenter à outrance l'activité proposée. L'ENC fixe les règles pour définir si la structure réalise chacune des 4 missions – de manière principale ou non- et ainsi de permettre de comparer les établissements réalisant des missions comparables entre elles. Si une mission n'est pas reconnue comme principale au sens de l'ENC, cela ne signifie pas que l'établissement ne propose pas des prestations dans le cadre de cette mission. Cette mission est appréhendée comme complémentaire, le recueil des données d'activités, ainsi que des données sur les ETP et les coûts permet d'identifier ces missions complémentaires par ailleurs.

La nature de l'activité hébergement est dite en diffus lorsque des places sont réparties de façon isolée. Dans l'hypothèse où des places sont regroupées (exemple : plusieurs logements dans une même cage d'escalier) mais sans que des services permanents de restauration ou de veille soient assurés sur place, ces places relèvent de la catégorie « diffus ».

L'ENC réalisée en 2011 comportait 6 GHAM. En 2014, il a été décidé par le comité de pilotage d'ouvrir la possibilité de rattacher les structures d'hébergement à 11 GHAM supplémentaires, pour permettre d'inclure toutes les organisations. Il ressort d'une première analyse des résultats 2014, 12 GHAM significatifs. 5 GHAM identifiés ci-dessous ont été supprimés. 80 % du secteur de l'hébergement se situe sur les GHAM 1R, 2R, 3R, 2D et 4D suite à l'étude 2014. Les GHAM actuellement repérés sont définis ci-dessous :

Tableau 10 : Description des GHAM

GHAM	Héberger	Alimenter	Accueillir	Accompagner
Mission principale accueillir en regroupé et en diffus				
1R	x	x	x	
6R*	x		x	
5D*	x		x	
Mission principale : accompagner en regroupé				
2R	x	x		x
3R	x	x	x	x
4R	x		x	x
5R	x			x
Mission principale : accompagner en diffus				
2D	x		x	
3D	x	x	x	x
4D	x		x	x
7D	x		x	x
8D	x	x	x	
Missions principales ⁷				
6R	x			
6R	x	x		
5D	x			
5D	x	x		
5D	x	x		x

Source : ENC-AHI.

1.7.2.2. La prise en compte de l'activité hébergement

L'ENC a vocation à prendre en compte l'ensemble des activités réalisées dans le dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion. L'étude porte dans un premier temps sur l'activité hébergement : elle recouvre les places d'hébergement pour lesquelles tout ou partie du financement provient du BOP 177 sous statut CHRS ou sous subvention, qu'elles soient qualifiées d'urgence, de stabilisation ou d'insertion, qu'elles soient permanentes ou temporaires ainsi que les places ALT qui font l'objet d'un cofinancement.

⁷ Certaines configurations sont rattachées aux GHAM 6R et 6D.

A ce stade, l'étude ne porte pas sur les nuitées hôtelières et les places relevant du logement accompagnés (résidences sociales, pensions de famille, intermédiation locative), les activités de veille sociale (accueil de jour, SAO, 115), les AVA, les services d'accompagnement. Ces autres activités seront analysées lors du déploiement d'une prochaine version logiciel. L'ENC prend par contre en compte les activités qui peuvent être rattachées à l'hébergement : 115, SAO, SIA, équipe Mobile, accueil de jour, maisons relais/ Pensions de famille. D'autres activités seront recensées en 2015 : CHRS hors les murs, Hôtel, CADA, PADA, Résidence Sociale, Logements de droit commun, Logements en intermédiation locative, Résidence d'Accueil, Foyer Travailleurs Migrants - Foyer Jeune Travailleur, Structures ALT sans financement du BOP 177 localement.

Les principaux bénéfices attendus de cette étude sont les suivants :

- ♦ un outil de pilotage du secteur AHI dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté ;
- ♦ un enrichissement et une aide au dialogue de gestion et à la contractualisation ;
- ♦ un appui à la planification territoriale dans le cadre des PDALHPD et des diagnostics à 360° ;
- ♦ une amélioration de la connaissance du secteur et de ses évolutions ;
- ♦ une contribution à la réflexion sur le statut unique.

L'ENC contribue au pilotage interne des établissements d'hébergement et au dialogue de gestion entre ces structures et les autorités de tutelles. Les modalités de tarification sont effectuées à droit inchangé : DGF et subvention selon le statut de l'organisme. Le Logiciel SI ENC-AHI n'introduit pas de modalités automatiques de tarification ou de financement. Il valorise des indicateurs d'activités et de coûts tenant compte des missions, des prestations des établissements, et des déterminants de coûts sur le secteur.

En effet, l'ENC contribue à créer des indicateurs (par missions, par ETP, par charges) permettant une lecture commune du secteur et des comparaisons entre des établissements exerçant les mêmes missions principales. Ils tiennent compte du statut. Les caractéristiques des publics et les types de public accueillis sont mis en évidence. L'ENC a vocation à prendre en compte l'ensemble des activités réalisées dans le dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

Il appartient aux établissements de dissocier strictement la part des personnels et des charges qui relèvent de l'activité hébergement de l'ensemble des personnels et des charges qui contribuent aux autres activités éventuelles de l'établissement. Ceci implique que les personnels qui pour partie relèvent de l'activité d'hébergement et pour partie d'une autre activité (par exemple un accueil de jour) devront être répartis à hauteur de leur quotité de travail par demi-journée de travail.

Tableau 11 : Coût moyen selon le type d'hébergement diffus ou regroupé

Type d'hébergement	Coût moyen (€)
En diffus	10 254
En regroupé	15 011
Tout statut	12 830
CHRS en diffus	12 448
CHRS en regroupé	17 131
Non CHRS en diffus	6 496
Non CHRS en regroupé	11 957

Source : DGCS.

Tableau 13 : Coût selon le niveau d'accompagnement

Type de public	Nombre de places	Coût complet (M€)	Coût moyen/place (€)
Accueil tout public	27 719	370,2	13 356
Prise en charge spécifique jeunes majeurs	1 027	16,2	15 795
Accueil tout public avec prise en charge spécifique jeunes majeurs	4 229	53,1	12 566

- 16 -

Type de public	Nombre de places	Coût complet (M€)	Coût moyen/place (€)
Prise en charge spécifique personnes victimes de violence	1 963	30,1	15 313
Accueil tout public avec prise en charge spécifique personnes victimes de violence	7 212	103	14 283
Prise en charge spécifique de personnes victimes de violences et de jeunes majeurs	732	12,3	16 815
Prise en charge spécifique de personnes sortant de psychiatrie ou ayant eu une problématique psychiatrique	212	4,2	19 814
Accueil de tout public avec une prise en charge spécifique de personnes sortant de psychiatrie ou ayant eu une problématique psychiatrique	2 489	41,4	16 630
Prise en charge spécifique des personnes ayant eu une problématique psychiatrique et prise en charge spécifique jeunes majeurs	65	1,2	18 740
Prise en charge spécifique des personnes ayant eu une problématique psychiatrique et prise en charge spécifique personnes victimes de violence	15	0,3	22 241
Prise en charge spécifique personnes sortants de prison ou PPSMJ	660	13,8	20 924
Accueil tout public avec prise en charge spécifique personnes sortants de prison ou PPSMJ	2 098	37,1	17 711
Prise en charge spécifique personnes sortants de prison ou PPSMJ et prise en charge spécifique de jeunes majeurs	150	3,1	20 393
Prise en charge spécifique personnes sortants de prison ou PPSMJ et personnes victimes de violences	97	1,2	12 143
Prise en charge spécifique personnes sortants de prison ou PPSMJ et prise en charge spécifique des personnes ayant eu une problématique psychiatrique	459	7,4	16 162

Source : DGCS.

Tableau 124 : Coût moyen par type de place d'hébergement

Secteur	Secteur tout public (56,4 %)	Secteur tout public avec places réservées (32,6 %)	Secteur réservé (11 %)
Nombre de places	27 719	16 027	5 380
Coût moyen (€/an)	13 355	14 643	16 692
Dont places sortants de prison	-	2 097	1 336
Dont places sortant de psychiatrie	-	2 488	751
Dont places victimes de violence	-	7 211	2 800
Dont places jeunes 18-25 ans	-	4 228	1 974

Source : DGCS.

1.8. Les statistiques locales récupérées par la mission

1.8.1. Les statistiques du SIAO 75

Parmi les demandes adressées au SIAO, 165 demandes ont été transmises avec comme motif de la demande : « sortant de détention » en 2014. Sur ces 165 demandeurs, 51 personnes ont comme « lieu d'hébergement » la prison. Ainsi, pour 114 demandes les travailleurs sociaux indiquent « sortant de prison » alors que la personne peut-être à la rue, hébergée par des tiers, voir hébergés par des associations spécialisés ou généralistes. Dans ce cas, les demandes sont en général adressées par des travailleurs sociaux en lien avec la personne. On constate par exemple une part importante de demandes émanant de services médicosociaux mais aussi par des services généralistes (hôpitaux, accueil de jour, PSA, etc.).

Tableau 135 : Origine des demandes

Nombre de demandes en 2014	Nombre de demandes en 2015 (au 26/08/2015)	Service d'origine de la demande
60		CSAPA/CAARUD : Charonne, Coordination toxicomanie, 110 les Halles, GAIA, EGO, ainsi que des établissements et service francilien. Pour des personnes en détention ou en errance bénéficiant d'un suivi médicosocial.
43 (15 SPIP 75, 24 SPIP IDF, 4 SPIP province)	39 (24 SPIP 75, 1 SPIP 78, 11 SPIP 91 et 3 SPIP province)	SPIP
16	58	MRS à Paris
15		Services de veille sociale (PSA, CHU, maraude etc...)
10		Services RSA notamment ARAPEJ
8		CHS CHRS
6		Missions locales parisiennes
6		Hôpitaux
1		Service non identifié
0	7	Associations mentionnant un accompagnement ou une sortie de détention

Source : SIAO 75.

Parmi ces 165 demandes en 2014, 107 émanent de personnes domiciliées à Paris, 30 de personnes avec une domiciliation inconnue et 28 de personnes domiciliées en dehors de Paris (IDF et Province). 159 demandes concernent des hommes soit 96 % et 6 demandes concernent des femmes soit 4 %. Quant aux ressources de ces personnes, 96 n'avaient aucune ressource, 23 entre 0 et 450 €/mois, 41 entre 450 et 1100 €/mois et 5 plus de 1100 €/mois. Sur les 104 demandes en 2015 (jusqu'au 26/08/2015), il s'agit de 97 hommes et de 7 femmes. Les chiffres de sortants de prison ne reflètent pas forcément le nombre de demandeurs sortant de détention ou sous main de justice mais ils correspondent aux évaluations le mentionnant.

A noter que l'essentiel des demandes ne transitent pas par le SIAO mais sont adressées directement à des structures dédiées.

Enfin, concernant le logement, il convient de souligner qu'il n'est fait aucune mention à une catégorisation des publics en sortant de prison ou même sous main de justice (logiciel SYPLO).

Tableau 14 : Associations intervenant auprès des personnes sous mains de justice ou sortant de détention

Nom structure	Nombre de places	Public	Age	Sexe
Apcars CHS Verlan	39 places en CHRS 5 places en PE (placement extérieur) 24 places en ALT	Public justice en attente de jugement, faisant l'objet d'alternative aux poursuites, en exécution de peine ou libérés définitifs	20/25 ans : 1 % 26/35 ans : 22 % 36/45 ans : 38 % 46/55 ans : 26 % 56/65ans : 13 %	98 % H isolés, 2 % F isolées
CHRS Safran	60	Public justice Couple possible si l'un des deux est public justice	Majeurs	95 % H isolés, 5 % F isolées,
Alésia (ex Association Foyer Mater)	27	Libérés de prison ou en aménagement de peine	18-30 ans	100 % H isolés
ARAPEJ, CHRS 75	47	Personnes sortant de détention depuis moins de 6 mois Personnes placées sous mesure judiciaire depuis moins de 6 mois Orientation par les professionnels de l'Administration Pénitentiaire (SPIP)	18-65 ans	
Association Aurore Etoile du matin	64	Hommes sortant de détention et/ou sous main de justice	De 21 à 55 ans. Des exceptions sont possibles en fonction du profil de la personne.	Principalement H isolés
Soleillet	38	Femmes placées sous main de justice, aménagements de peine, alternatives à la détention.	Femmes majeures sans limite d'âge Accueil d'enfant de moins de 3 ans.	
Association Ilôt CHRS chemin vert	60	Sortants de prison	18-60 ans	H isolés

Source : SIAO 75.

1.8.2. Les autres statistiques disponibles

Selon l'association le Mas, les permanences hebdomadaires réalisées au sein des deux maisons d'arrêt du département du Rhône (Corbas et Villefranche sur Saône, soit 1 100 places avec une durée moyenne de 6 mois), 410 personnes ont été adressées par le SPIP 69 pour des difficultés importantes de logement ou d'hébergement à la sortie.

Selon l'association Regain 54 en Meurthe et Moselle, le nombre de places en milieu carcéral au sein du département était de 1 390 places fin 2012 et 122 demandes d'hébergement/logement avaient été transmises par le SPIP au SIAO en 2014, soit en moyenne 15 sorties par mois sans solution. Ce chiffre ne comprend pas les personnes se présentant directement au SIAO sans être connues de l'antenne avancée ni les demandes faites par les personnes en fin d'aménagement de peine pour lesquelles aucune solution n'a été mise en œuvre à leur levée d'écrou. Au total, il est estimé qu'environ 10 à 15 % de la population carcérale sollicite un logement à sa libération.

Le conseil général du Rhône participe au SIAO de plusieurs manières : orientation des demandes par les professionnels des maisons du Rhône vers le SIAO et réalisation de 10 % des diagnostics traités pour les demandes d'hébergement, participation de la direction du logement aux commissions d'orientation hebdomadaires (avis sur l'opportunité d'un ASLL notamment pour les ménages orientés en ALT) et liaisons assurées avec les autres services du département : RSA, personnes handicapées etc...

2. Le cadre juridique relatif à l'hébergement et au logement des personnes sous main

3. de justices sortantes de détention

3.1. Le chantier national prioritaire pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri

L'objectif fixé par le Premier ministre en 2008 du chantier national prioritaire programmé jusqu'en 2012 était de loger l'ensemble des personnes résidant sur le territoire français. Créée par lettre de mission du 21 septembre 2010, la DIHAL a été chargée de présider le comité de refondation (à l'origine une émanation du collectif de 34 associations unies) avec la participation des services de l'État, des associations, des bailleurs sociaux, d'animer le réseau des correspondants du chantier national prioritaire. Ce comité se réunit tous les deux mois et trois groupes de travail ont travaillé sur les mesures de refondation présentées en novembre 2009.

Dès 2010, le chantier, conforté par la loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion (du 25 mars 2009) a défini ses priorités, axant sa stratégie sur le principe du « logement d'abord ». **Deux actions prioritaires ont été retenues pour y parvenir : la mise en place d'un véritable service public de l'hébergement (SIAO) et l'accès au logement des publics concernés sans nécessairement passer par un hébergement.**

En termes de structures administratives, la refondation s'est accompagnée de changement de structures. Au niveau régional, il n'y a pas eu de fusion entre services sociaux et services logement DHUP et DGC sauf en Ile de France où la Réat a conduit à rapprocher ces deux services dans la région qui concentre 50 % des personnes sans domicile avec la création de la DRIHL le 1^{er} juillet 2010. Dans cette région coexistent donc d'une part la DRJSCS et d'une part un service intégré pour logement/hébergement, la DRIHL. Il existe ainsi un plan régional d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PRAHI) en région île de France contre des plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PDAHI) partout ailleurs. Cette réforme permet une vision globale des flux entrants et sortants.

Dans les autres territoires, on note la création des DREAL (direction régionale aménagement et logement) et des DRJSCS (cf. services déconcentrés de la DHUP et de la DGCS) ; les DRJSCS résultent des DRASS (pôles sociaux), des DRJS et des directions régionales de l'ACSé (agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances). Au niveau départemental coexistent des DDT (directions départementales des territoires) pour le logement et des DDCS (directions départementales de la cohésion sociale) pour l'hébergement pour la mise en œuvre opérationnelle (versement subventions, dotations globales aux établissements, mise en place des PDAHI). La question se pose d'étendre aux grosses régions (RA, NPDC, PACA) l'organisation mise en place en IDF.

Quant aux SIAO (Services intégrés d'accueil et d'orientation), leur rôle est défini par les circulaires des 8 avril et 7 juillet 2010 avec les partenaires associatifs dans le cadre du chantier national prioritaire pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées. La loi ALUR consacre l'existence des SIAO et leurs missions dans son article 30. Elle confirme l'existence d'un SIAO unique par département couvrant l'urgence et l'insertion et gérant également le 115. Une convention est conclue entre l'État et le SIAO qui précise les missions et les engagements du gestionnaire du SIAO, les financements accordés. Une coordination régionale des SIAO est organisée par le préfet d'Ile de France dans le cadre d'une conférence régionale.

Les SIAO sont la plate-forme qui permet dans chaque département de mettre en relation l'offre et la demande, avec une importante phase d'accueil, d'évaluation du besoin et d'orientation. Ils ont un rôle dans l'observation sociale territoriale. Le SIAO recense les demandes et peut conclure des conventions avec les structures d'hébergement et de logement, les bailleurs sociaux, les collectivités et les ARS. Les structures assurant un hébergement financé par l'État mettent à disposition du SIAO leurs places et l'informent des places vacantes ou susceptibles de l'être. Elles doivent motiver leur refus d'admission. Les organismes gestionnaires de logements foyers (résidences sociale, pensions de famille), RHVS, intermédiation locative, doivent informer le SIAO des logements vacants, examiner et mettre en œuvre ses propositions d'orientations.

Les objectifs des SIAO sont les suivants :

- Simplifier les démarches d'accès à l'hébergement et au logement
- Traiter avec équité toute demande en s'appuyant sur la connaissance des disponibilités de l'offre existante
- Coordonner les différents acteurs de la veille sociale
- Participer à la constitution d'observatoires locaux

Dans la suite du rapport Pinte, le Premier ministre a adressé aux préfets une lettre pour la "mise en œuvre du grand chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri".

- Deux mesures immédiates sont annoncées : la nomination d'un préfet délégué général pour la coordination des politiques de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées qui devrait être rattaché directement au Premier ministre) et l'allocation d'une enveloppe de 250 M€ ;
- Six chantiers sont dégagés : la prévention des expulsions locatives, la lutte contre l'habitat indigne, la **prévention de l'errance** à la sortie d'établissements de soin, à la **sortie de prison** et des dispositifs d'aide sociale à l'enfance, l'amélioration des conditions d'hébergement. Cet axe inclut notamment un financement trimestriel des centres d'hébergement et un renforcement du personnel travailleur social, l'élargissement de la mobilisation du parc de logements (au secteur privé et à tous les réservataires de logements sociaux), la réalisation des 20 000 logements "très sociaux" annuels et des 9 000 places de maisons relais.

3.2. La mise en œuvre du chantier en ce qui concerne les personnes sous main de justice

3.2.1. L'accès aux dispositifs de droit commun

Une circulaire du Premier Ministre du 22 février 2008 relative à la mise en œuvre du chantier prioritaire et de la stratégie nationale de prise en charge des personnes sans abri ou mal logées 2008-2012 affirme la priorité à la prévention à la mise à la rue. **Dans ce cadre, une attention particulière devait être portée aux personnes sortant de prison.**

Ce point a fait l'objet d'une **circulaire commune du 1^{er} mars 2010 justice/logement (DAP/DIHAL)** qui vise à la prévention de l'errance à la sortie des établissements pénitentiaires. Ce texte rappelle que sur près de 85 000 détenus qui sortent de prison chaque année, 8 à 10 % d'entre eux n'ont aucune solution de logement, quand d'autres ne disposent que d'une solution précaire. A cet effet, il est prévu :

- l'accès des personnes détenues et sortant de prison **au droit commun** ;
- la prévention en amont des situations à risque notamment par la construction de **logements pérennes plutôt que de solutions d'urgence.**

La circulaire insistait sur la prévention par le repérage des situations à risques, qui doit reposer sur le partage d'informations notamment en Commission Pluridisciplinaire Unique, ainsi que la mobilisation et la coordination des services de l'État : rapprochement des SPIP des référents de la DIHAL et des SIAO.

Dans la circulaire, il est demandé aux préfets et aux DISP d'une part de prévenir les sorties de prison sans une solution de logement par le repérage des situations à risque en CPU en renforçant le partenariat avec les SPIP et d'autre part, de renforcer la mobilisation et coordination des services de l'État et de ses partenaires (associations, bailleurs sociaux) ; dans ce cadre les SPIP doivent systématiquement être associés à la définition et à la mise en œuvre des plans départementaux d'actions pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) et des futurs plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PDAHI).

La loi Alur prévoit en effet la création d'un plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD) (article 34) qui fusionne les anciens plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PSALPD) et d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PDAHI). En plus des mesures prévues par ces deux plans, le nouveau PDALHPD comprend des mesures destinées à répondre au besoin d'accompagnement social, de résorption de l'habitat informel, de la lutte contre la précarité énergétique et à la prévention des exclusions.

Le plan comprend deux annexes : le schéma de la domiciliation et celui de l'accueil des demandeurs d'asile. Il précise les organismes responsables des mesures prévues dans le plan et les collectivités ou groupements chargés de les mettre en œuvre. Le plan est établi par le préfet et le président du conseil général pour une durée maximale de cinq ans. Les règles de domiciliation ont été simplifiées (article 46) : harmonisation des règles de domiciliation de droit commun et de l'Aide médicale de l'État et élargissement des motifs de demande d'une domiciliation à l'exercice des droits civils pour l'ensemble des personnes sans domicile stable y compris les étrangers dépourvus de titre de séjour.

Suite à l'instruction du 20 août 2014 relative à l'élaboration des diagnostics partagés à 360°, l'importance d'une vision partagée des problématiques des personnes de la rue aux difficultés d'accès ou de maintien dans le logement est rappelée. Les diagnostics territoriaux partagés à 360° permettent d'identifier dans chaque département les besoins des personnes et ont vocation à alimenter les documents programmatiques que sont les plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDAHPD).

Ces diagnostics doivent être élaborés avec l'ensemble des services concernés par les champs de veille sociale, de l'hébergement, du logement et de l'accompagnement en particulier les SPIP. A terme les PDALHPD devront intégrer les demandes liées aux besoins des personnes sous main de justice.

A noter également le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté par le Comité interministériel de lutte contre les exclusions le 21 janvier 2013. Au sein du volet 3 (coordonner l'action sociale et valoriser ses acteurs), l'une des actions prévoit de donner un nouveau souffle aux SIAO pour le logement et l'hébergement. Il s'agit de renforcer les moyens des SIAO afin que ces structures soient en capacité de remplir leurs missions d'évaluation, d'observation sociale et de mise en réseau des acteurs de l'hébergement et de mobilisation des dispositifs d'accès au logement des personnes sans abri, mal logées ou vulnérables avec une attention particulière à porter aux publics spécifiques tels que les migrants, les femmes victimes de violences, les jeunes en difficultés et les personnes sous main de justice. Il prévoit de renforcer la participation des services spécialisés dans la prise en charge de publics spécifiques, notamment des SPIP, aux actions des SIAO. La loi Alur n°2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové a d'ores et déjà prévu dans son article 30 que les SPIP pouvaient passer des conventions avec les SIAO.

Les correspondants départementaux du chantier national prioritaire pour les personnes sans abri ou mal logées (DIHAL) ont vocation à assurer la bonne coordination entre les services et doivent notamment veiller à ce que les SPIP aient accès à toutes les informations utiles sur l'ensemble des dispositifs d'hébergement et de structures adaptées de logement et à ce que les indicateurs trimestriels du chantier national prioritaire relatifs aux personnes sortant de prison (nombre de sortants de prison et nombre de sortants sans logement ou sans hébergement) soient renseignés et retournés au préfet délégué général pour la coordination de l'hébergement de l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées.

Le guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté (septembre 2008) élaboré dans le cadre du chantier national prioritaire 2008-2012 suite à la loi n°2007-290 du 5 mars 2007 (Dalo) qui institue un droit au logement opposable recense les différents types de logements et hébergements détaillés infra.

3.2.2. Les dispositifs d'hébergement

Hébergement généraliste

CHRS : 37 220 places au 31 décembre 2007 dont 2 753 places de stabilisation et 4 407 d'urgence (enquête DGAS) ;

CHU : 10 257 places au 31 décembre 2007 et 4 507 places d'urgence au sein des CHRS (source : enquête DGAS) ;

Hébergement de stabilisation : 7 051 places fin 2007 dont 2 753 places sous statut CHRS ;

Nuitée d'hôtel : 9 802 places (1 place = 365 nuitées) fin 2007 ;

Logements et chambres conventionnés à l'ALT (aide au logement temporaire) : 24 700 logements indépendants ou places dans des structures de type CHU ou dans les résidences sociales (dans la limite de 10 % des places) ;

Résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) : 63 places fin 2007. 5 000 places à créer.

Hébergement spécialisé

CADA (centre d'accueil pour demandeurs d'asile) : 20 410 places (271 centres) fin 2007 (source : service de l'asile) ;

Dispositif d'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile : 8 219 places en 2007 et 1 500 places d'accueil temporaire (source DAIC) ;

CPH centre provisoire d'hébergement : 1 083 places fin 2007 (source service de l'asile) ;

Centre maternel : financement CG, accueil des femmes enceintes ou isolées avec enfants de moins de 3 ans ;

LHSS (Lit halte soins santé) : 471 fin 2007.

3.2.3. Les dispositifs de logements

Foyers-résidences sociales (meublé associant espaces privatifs, espaces et services collectifs)

Résidences sociales classiques : solution temporaire, 61 791 logements répartis dans 904 résidences sociales ;

Maisons relais : 4 619 places fin 2007 ;

Résidences d'accueil : 217 places fin 2007.

Autres logements foyers

Foyers de jeunes travailleurs (FJT) : 46 400 places fin 2005 ;

Foyers de travailleurs migrants (FTM) : 440 FTM non encore transformés en résidence sociale soit 62 500 places fin 2005 ;

Logement-foyer pour personne âgée : 671 000 places (février 2005) ;

Logement-foyer pour personne handicapée : 1 209 foyers d'hébergement pour une capacité de 37 788 places, 469 FAM pour une capacité de 13 290 places, 1 404 foyer de vie pour une capacité de 41 203 places, 477 MAS pour une capacité de 19 000 places (mai 2007).

Logements ordinaires

Logement en sous-location ;

Gestion locative adaptée (avec intermédiation collective) ;

Logement conventionné-parc public : objectif de production de 591 000 logements sociaux dont 20 000 PLA-OI chaque année de 2007 à 2009 ;

Logement conventionné ANAH-parc privé : 27 112 logements conventionnés subventionnés par l'ANAH pour les années 1998 à 2008 ;

Foyers d'hébergement : 1 209 établissements pour une capacité de 37 788 places ;

Foyers de vie ou foyers occupationnels : 1 404 établissements pour une capacité de 41 203 places ;

Foyers d'accueil médicalisés : 469 établissements pour une capacité de 13 290 places ;

Missions d'accueil spécialisées : 477 établissements pour une capacité de 19 000 places.

3.3. Le projet d'instruction relative à la coordination des SPIP et des SIAO

Un projet d'instruction sur la coordination entre SPIP et SIAO est en cours de négociation. Il prévoit de fixer d'une part le public concerné, d'autre part les modalités de travail entre les services et les modalités de coordination territoriale. Il a fait l'objet de groupes de travail entre les acteurs (DAP, DIHAJ, SIAO, associations).

3.3.1. Le public concerné

Les publics concernés sont tous les sortants de détention. Au 1^{er} juin 2015, la population écrouée était de 66 864 personnes, avec un flux de sortants de 91 257 dont 69 480 personnes en fin de peine courant 2014. Sont considérés comme sortants de prison d'une part les personnes condamnées sortant en fin de peine et d'autre part les personnes sortant de détention dans le cadre des mesures de libération anticipée (libération conditionnelle, semi-liberté, placement extérieur, placement sous surveillance électronique, libération sous contrainte). Les études de la DAP sur un panel de sortants montrent qu'environ 12 % d'entre elles n'ont pas de solution ou une solution précaire, ce qui représente environ 1000 personnes par mois.

En ce qui concerne les placements à l'extérieur, il s'agit d'un aménagement de peine centré sur le logement ou l'hébergement mise en œuvre par le SPIP pour les personnes les plus isolées et précarisées. Les structures associatives accompagnant ces personnes doivent respecter des modalités de prise en charge spécifique : planification de l'accueil, rendu compte du respect du cadre et signalement des incidents au SPIP, contre le versement d'un prix de journée, qui vient compléter les financements de droit commun (notamment celui de l'hébergement) dont bénéficient les structures. **148 structures ont été financées en 2014 par la DAP et 961 personnes bénéficiaient d'un aménagement de peine avec placement à l'extérieur au 1^{er} juillet 2015.**

3.3.2. La convention entre le SPIP et le SIAO

Le SIAO étant la plate-forme unique pour les offres de logement accompagné et d'hébergement, les SPIP doivent communiquer au SIAO leurs demandes pour les sortants de détention, hors celles concernées par une demande de placement extérieur. **Dans le cas particulier des personnes sortant dans le cadre de mesures de libération anticipée (hors placement extérieur), si des conventions bilatérales existent entre le SPIP et des structures d'accueil, elles pourront être maintenues, le SIAO étant rendu destinataire de ces conventions.**

. En cas d'absence d'identification de structure appropriée, le SIAO sera sollicité par le SPIP et une convention devra être signée entre le SPIP et la structure identifiée, avec copie au SIAO. Le SIAO doit être informé des entrées des personnes dans ces structures et des éventuelles vacances.

3.3.3. L'identification partagée des besoins des personnes

Une évaluation des besoins des personnes sous main de justice est nécessaire ainsi qu'un diagnostic partagé des besoins ainsi que de l'offre destinée à y répondre. Le préfet devra ainsi veiller à ce que les SPIP soient associés à la réalisation des diagnostics territoriaux partagés à 360° et à l'élaboration et à la mise en œuvre des PDALHPD. **Les DFSPIP doivent organiser un recensement prévisionnel des besoins dans les conditions précisées par le PSALHPD ou la convention SPIP/SIAO.** Les SIAO doivent communiquer l'état et les caractéristiques de l'offre, les associations participant à l'hébergement le nombre de places vacantes, le SPIP recense les besoins de la personne et les informations nécessaires à sa prise en charge ; il organise la réalisation de l'évaluation sociale qui peut être effectuée avec l'appui d'un tiers ou du SIAO le plus en amont possible de la sortie.

3.3.4. L'échange d'informations au bénéfice de la personne

Un référent au sein du SPIP et du SIAO devra être désigné et les échanges d'informations devront être définis. Des outils communs pourront être créés afin de résoudre les difficultés suivantes : transmission de données (voir travaux menées par la DAP avec le CIPD), l'absence d'un système d'information unique pour les SIAO, la difficulté pour les SPIP de produire une évaluation sociale qui réponde aux critères des SIAO.

3.3.5. Le maintien et l'accès au logement

L'accès au logement des sortants de détention doit être l'objectif premier. Les dispositifs devront être mobilisés à cet effet. En cas de courte peine, le maintien du logement devra être privilégié. Le SPIP devra identifier des actions avec la CAF et les CCAPEX (commission départementales de coordination des actions de prévention des expulsions locatives).

3.3.6. Les modalités de coordination territoriale

La coordination départementale doit se faire dans le cadre des diagnostics territoriaux partagés à 360° et des PDALHPD, sous l'égide du préfet avec des réunions acteurs en tant que de besoin. Des séances de formation commune pourront également être organisées.

La coordination interdépartementale est indispensable pour ne pas faire peser la demande sur les seuls lieux d'implantation des établissements pénitentiaires. Une concertation régionale devra être organisée avec la DRJSCS, la DISP, les DDCS, les SPIP, les SIAO et les autres acteurs. L'acteur réalisant l'évaluation sociale de la personne doit la transmettre au SIAO de destination, le plus en amont possible de la sortie.

3.3.7. La position des associations

La FNARS, la Croix-Rouge et Citoyens et justice ont produit une contribution commune sur le projet d'instruction. Cette contribution souligne la nécessité que cette coordination des SPIP/SIAO favorise effectivement l'accès à l'hébergement et au logement des personnes sous main de justice et notamment :

- la disponibilité et le dimensionnement de l'offre : sur de nombreux territoires, les SIAO sont contraints à la gestion de listes d'attente au regard du manque d'offre pour répondre aux différentes demandes. Les personnes sous main de justice constituent un public parmi les autres, qui sera impacté par l'absence de propositions rapides. L'évolution du parc est donc déterminante, suite au diagnostic à 360° et au PDALHPD. **La coordination améliorée ne répondra pas au déficit de places ;**
- **la conciliation des agendas judiciaires et sociaux reste également un enjeu majeur pour éviter les ruptures à la sortie de la détention.** A cet égard cela nécessite une anticipation le plus en amont possible des sorties, côté CPIP, et une gestion prévisionnelle des places vacantes et des sorties côté SIAO. De surcroît la question de l'accès à l'hébergement des personnes en PSE et LC n'est pas abordée, alors même que plusieurs dispositions de la loi du 15 août 2014 (LSC et LC) visent à les développer ;
- les trois fédérations s'interrogent sur les exemples territoriaux qui seront explicités dans les fiches bonnes pratiques contenues en annexe, sur le calendrier prévisionnel de diffusion de cette instruction et sur le principe d'une évaluation ou d'un suivi du nombre de convention intégrés à l'instruction ;

- L'importance du maintien des **conventions particulières qui existent entre les structures associatives et les DISP sur des places dédiées** qu'elles soient financées ou non (PE ou places dédiées) : ces conventions qui prévoient des dispositions sur les conditions de prise en charge dans les structures n'ont pas vocation à disparaître mais à s'articuler avec le SIAO pour l'accès et éventuellement la sortie des dispositifs dédiés ;
- Le besoin de préciser les préconisations de prise en charge par type de publics et de mesures, car les besoins et les contraintes liées aux mesures ne sont pas les mêmes, en distinguant les sortants de prison et libérés en fin de peine et les sortants de prison en aménagement de peine (PSE, LC, PE) ou en mesure de sûreté et les personnes en attente de jugement (contrôle judiciaire socio-éducatif, dispositif d'éviction de conjoints violents, ...) et celles condamnées sans incarcération (aménagement de peine ab initio - PSE, PE - SME, contrainte pénale) ;
- **La réflexion à mener sur les personnes en contrainte pénale** : enjeux de l'accès de la contrainte pénale aux personnes condamnées sans abri ou en hébergement précaire ; mobiliser des solutions d'hébergement/logement accompagné dans la phase pré-sententielle notamment, dans un calendrier conciliable avec le temps du jugement et la demande au SIAO opérée via une évaluation sociale ...

A l'occasion d'un groupe de travail sur les dispositifs passerelles le 1^{er} décembre 2015, un point a été fait par la FNARS avec différentes associations. Il ressort qu'aucune date de publication annoncée à ce stade par les administrations centrales. Dès sa signature par les ministères de tutelle, justice et logement, l'instruction sera transmise aux DDCS et SPIP pour favoriser la signature des conventions.

Les libérations sous contrainte n'ont pas été ciblées dans le projet d'instruction, or elles sont difficiles à mettre en œuvre, du fait de manque de place et d'accompagnement - conditions préalables à leur mise en œuvre. Certains participants suggèrent une révision de leurs modalités, et de leurs leviers pour la développer. Certains participants mettent en exergue la stigmatisation du public personnes sous main de justice et sortants de prison, allant jusqu'au refus de certaines structures (représentations, crainte de déséquilibre par rapport aux autres personnes accueillies, crainte exacerbée dans le contexte actuel notamment des personnes condamnées pour radicalisation ...).

3.4. La domiciliation des détenus

Une note du 9 mars 2015 du ministre de la justice résume les règles applicables. Le droit à la domiciliation consacré par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (domiciliation possible auprès de l'établissement) et élargi par celle du 15 août 2014 (domiciliation possible auprès du CCAS ou CIAS ou de l'organisme agréée le plus proche du lieu où la personne recherche une activité ou du lieu d'implantation d'établissement de santé ou médico-social susceptible de l'accueillir) doit permettre aux détenus dans domicile stable au moment de leur incarcération d'obtenir une adresse afin d'accéder à certaines prestations ou d'exercer leurs droits civiques. La domiciliation est en effet un préalable indispensable à l'obtention de certaines prestations et droits. En 2012 selon le rapport du CGLPL, seules 275 domiciliations auprès de l'établissement pénitentiaire ont été réalisées pour plus de 64 000 détenus.

3.4.1. Les critères de domiciliation

Le dispositif s'applique aux détenus ne pouvant justifier d'une résidence ininterrompue de trois mois dans un département leur permettant d'acquérir un domicile de secours. Les personnes relèvent en priorité des dispositifs de droit commun ; à titre subsidiaire elles peuvent être domiciliées auprès d'un établissement pénitentiaire.

3.4.1.1. La domiciliation de droit commun s'opère en priorité auprès des CCAS et CIAS ou d'un organisme agréé

Si le détenu ne peut faire valoir l'existence d'un domicile de secours, les modalités de domiciliation de droit commun prévues par le code de l'action sociale et des familles doivent être utilisées en priorité.

Les organismes de domiciliation sont les CCAS ou CIAS (articles L 264-1 et D 264-9 du CASF) avec lesquels le détenu a un lien (installation, exercice activité professionnelle, autorité parentale sur un enfant qui y est scolarisé (R 264-4 CASF) ou des organisme agréés par la préfecture (à but non lucratif, actions contre l'exclusion ou pour l'accès aux soins, établissements et services sociaux et médico-sociaux, organismes d'aides aux personnes âgées et centres d'accueil pour demandeurs d'asile).

Les DSPIP doivent passer des conventions avec les CCAS CIAS ou organismes agréés afin de fixer les modalités d'intervention de ces partenaires (note du 9 mars 2015) et inciter les partenaires susceptibles de bénéficier d'un agrément à en faire la demande (circulaire du 23 octobre 2012). Les détenus concernés sont les personnes SDF avant leur incarcération soit ne disposant pas d'une adresse leur permettant d'y recevoir ou consulter leur courrier de façon constante (personnes vivant de façon itinérante, hébergées de façon temporaire par des tiers, recourant aux CHRS de façon inconstante). La délivrance d'une attestation de domicile est remise par les organismes à l'intéressé ainsi qu'une attestation d'élection de domicile valable pour une durée d'un an (article L 264-2 et D 264-1 du CASF).

A défaut, la domiciliation s'effectue auprès de l'établissement où sont incarcérées les personnes.

3.4.1.2. La domiciliation subsidiaire auprès de l'établissement pénitentiaire

Il s'agit d'un droit garanti par l'article 30 de la loi du 24 novembre 2009 et ce pour tout le temps où la personne est détenue. En cas de détenus étrangers, la domiciliation ne peut conférer d'autres droits que ceux du droit commun applicables aux personnes étrangères inscrites dans le code d'entrée et de séjour des étrangers et du droit d'asile.

Les cas d'exclusion sont les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique. En effet, les majeurs sous tutelle sont domiciliés chez leur tuteur (article 108-3 du code civil) ; les majeurs sous curatelle ou autre mesure de sauvegarde de justice sont domiciliées selon les règles de droit commune ; les mineurs âgés de 13 à 18 ans sont domiciliés au lieu de résidence des personnes exerçant l'autorité parentale (article 108-2).

3.4.2. Les objectifs de la domiciliation

La domiciliation permet d'avoir une adresse administrative pour faire valoir ses droits civiques et sociaux et de regrouper à une même adresse le suivi des différents droits sociaux.

3.4.2.1. L'exercice des droits civiques

Pour obtenir l'inscription sur les listes électorales :

- Soit la personne peut attester d'un domicile personnel qui lui permet à tout moment de s'inscrire sur les listes de la commune de son domicile jusqu'au 31 décembre de l'année précédant le scrutin ;
- Soit elle élit domicile auprès d'un CCAS ou CIAS ou organisme agréé : elle est alors inscrite sur la liste électorale de la commune où est situé l'organisme (article L 15-1 du code électoral) dont l'adresse figure au moins depuis 6 mois sur sa CNI ou qui lui a fourni une attestation de domicile établissant son lien avec elle depuis au moins 6 mois ;

- 28 -

- Soit la personne a obtenu une attestation de résidence certifiant sa présence au sein de l'établissement pénitentiaire pendant au moins 6 mois avant fin février de l'année du scrutin ; elle peut alors s'inscrire sur les listes de la commune de l'établissement ; il s'agit d'une attestation de résidence et non d'une domiciliation.

En dehors de ces conditions, la personne peut demander à être domiciliée auprès de l'établissement. Une attestation temporaire de domiciliation doit lui être fournie pour qu'elle s'inscrive sur les listes électorales.

3.4.2.2. L'accès aux droits sociaux

La domiciliation permet de prétendre aux prestations légales réglementaires et conventionnelles d'aide sociale à l'exception de l'aide médicale de l'État (ex : allocation personnalisée d'autonomie et prestation de compensation du handicap) et à l'aide juridictionnelle.

La priorité est toujours donnée aux dispositifs de domiciliation de droit commun.

3.4.2.3. La facilitation des démarches administratives

Elle a pour objet de faciliter la sortie (par exemple, la délivrance d'une CNI exige un justificatif de domicile ou de résidence datant de moins d'un an). Pour une personne détenue, le domicile retenu peut être ainsi soit son domicile personnel, soit le domicile d'une tierce personne y compris d'un membre de sa famille, soit l'établissement pénitentiaire (adresse postale sans préciser qu'il s'agit d'un établissement pénitentiaire), ou soit un CCAS ou CIAS ou organisme agréé.

3.4.3. La mise en œuvre de la domiciliation au sein de l'établissement pénitentiaire

3.4.3.1. Le repérage des détenus sans domicile

Le rôle des SPIP conformément à l'article 13 de la loi pénitentiaire est « de préparer et d'exécuter les décisions de l'autorité judiciaire relatives à l'insertion et à la probation des personnes sous main de justice prévenues ou condamnées. A cette fin, ils mettent en œuvre les politiques d'insertion et de prévention de la récidive, assurent le suivi et le contrôle des personnes sous main de justice et préparent la sortie des personnes détenues. Ils procèdent à l'évaluation régulière de la situation matérielle, familiale et sociale des personnes condamnées et définissent au vu de ces évaluations le contenu et les modalités de leur prise en charge ».

Les SPIP doivent prendre en compte la domiciliation comme le logement ou l'accès aux droits sociaux lors du diagnostic établi à l'arrivée de la personne en détention et évaluer la nécessité d'engager une démarche de domiciliation au moyen d'une convention avec un organisme ou à titre subsidiaire avec l'établissement (entretien arrivant).

L'intervention d'autres acteurs est possible : la CPU et les autres intervenants peuvent contribuer au repérage des détenus concernés. La CPU instituée auprès du chef d'établissement pour 5 ans (article D 90 et 91 du CPP) vise à examiner les parcours d'exécution de la peine des détenus lors de réunions organisées au moins une fois par mois. Elle est compétente pour l'identification des personnes dépourvues de ressources suffisantes susceptibles de bénéficier d'aides en nature ou en numéraire. Elle peut aider au repérage de personnes SDF ce qui va dans le sens d'une prévention de l'errance à la sortie. Les autres partenaires intervenants (CPAM, Pôle emploi, associations) ont un rôle de veille également pour le repérage.

La personne doit être informée dès son arrivée des démarches à entreprendre pour obtenir une domiciliation près de l'établissement dans le cadre de l'article 30 de la loi du 24 novembre 2009. La demande s'effectue auprès du chef d'établissement qui l'enregistre et informe le SPIP qui vérifie que la domiciliation auprès de l'établissement est bien nécessaire.

3.4.3.2. *Le recours à la domiciliation auprès de l'établissement*

L'attestation temporaire de domicile est délivrée par le chef d'établissement. Le nombre d'attestations délivrées est recensé dans un registre spécifique. L'attestation est remise à la personne détenue.

L'attestation sert aux droits civiques, pour l'obtention d'une CNI, d'un passeport, d'un titre de séjour, et de l'accès aux droits sociaux. Sa durée est limitée à celle de la détention et prend fin avec la levée d'écrou. A l'approche de la sortie, l'AP doit faire le nécessaire pour aider à la recherche d'une nouvelle domiciliation. A cette fin, le SPIP doit se mettre en relation avec un CCAS ou CIAS ou organisme agréé.

Depuis la loi du 15 août 2014, les personnes détenues peuvent procéder à l'élection de domicile auprès du CCAS CIAS ou organisme agréé le plus proche du lieu où elles recherchent une activité ou du lieu d'implantation de l'établissement de santé ou médico-social susceptible de les accueillir (obligation pour ces organismes).

Dans les cas particuliers des aménagements de peine et des libérations sous contrainte, la durée de l'attestation varie :

- En cas d'aménagement de peine, la durée de domiciliation auprès de l'établissement varie selon la nature de cet aménagement :
 - Placement à l'extérieur avec un hébergement en établissement pénitentiaire : la domiciliation peut valoir jusqu'à la fin de cette mesure ;
 - Semi-liberté : elle peut se prolonger le temps de la mesure si la personne condamnée n'a pas sollicité une nouvelle élection de domicile
 - Libération conditionnelle : elle prend fin à la date de libération
 - Placement à l'extérieur avec hébergement en foyer, PSE ou suspension ou fractionnement de peine : la domiciliation prend fin dès la mise en place de la mesure
- En cas de libération sous contrainte : s'exécutant sous le régime du placement à l'extérieur, de la semi-liberté, de la libération conditionnelle ou de la PSE, ce sont les dispositions prévues par ces mesures dans le cadre des aménagements de peine qui s'appliquent.

En cas de transfert vers un autre établissement, la domiciliation prend fin en principe. Les pièces transmises de greffe à greffe à l'occasion du transfert doivent indiquer ce point. Le greffe de l'établissement d'accueil doit informer le SPIP afin qu'un changement de domicile puisse être effectué. S'il s'agit d'un transfert de courte durée (ex : CNE, pour un passage devant une cour d'appel ou une cour d'assises, pour une admission en UHSA ou à l'EPSNF), la domiciliation demeure à l'établissement où a été effectuée l'élection de domicile initiale.

3.4.4. Les statistiques sur la domiciliation

Le tableau suivant illustre le nombre de domiciliation en détention pour 2013.

Tableau 157 : Nombre de domiciliations en détention en 2013

Région	Nombre de prévenus	Nombre de condamnés	Total
Bordeaux	1	67	68
Dijon	0	3	3
Lille	0	2	2
Lyon	40	82	122
Marseille	139	155	294
MOM	0	1	1
Paris	2	34	36
Rennes	0	45	45
Strasbourg	0	26	26
Toulouse	3	46	49
Total	185	451	646

Source : DAP.

4. Les constats effectués par des travaux antérieurs à la mission

4.1. Le rapport de la Cour des comptes de novembre 2011

Ce rapport portait sur l'évaluation de la politique publique de l'hébergement des personnes sans domicile. Les principaux constats et recommandations dressés par la Cour sont les suivants.

4.1.1. Un déficit de connaissance des populations

La politique de refondation de l'hébergement a été élaborée sans que l'État se soit donné les moyens d'une meilleure connaissance de la population concernée, qu'il s'agisse des personnes entrant dans le dispositif d'hébergement ou de celles qui, à sa sortie, sont en capacité d'accéder à un logement. La connaissance précise et actualisée de la population des sans domicile est pourtant indispensable pour ajuster les pratiques et les dispositifs, et garantir l'efficacité de la programmation - ce que ne permet pas actuellement les enquêtes décennales de l'INSEE, trop anciennes pour retracer une réalité très évolutive. Le rapport souligne à cet égard la progression de la précarité - elle avoisinerait aujourd'hui les 150 000 personnes.

4.1.2. Une prise en charge des personnes en évolution mais insuffisante pour répondre aux besoins

A la question de savoir si les besoins des personnes sont mieux pris en compte, le rapport montre que la capacité d'accueil reste insuffisante, en particulier dans les zones où les besoins sont les plus massifs. Et cela, en dépit de la progression du nombre de places d'hébergement et de logement adapté. La Cour estime donc nécessaire de desserrer la contrainte imposée en matière de stabilisation de la capacité d'hébergement, en autorisant dans les zones les plus tendues la création de places d'hébergement. Une recommandation écartée par le gouvernement, lors de la présentation du rapport.

L'accès au logement dans le cadre de la stratégie de logement d'abord se heurte à de nombreux obstacles, mis en exergue par les associations à maintes reprises lors des assises : le déficit d'un parc de logement suffisant et accessible (solvabilité des ménages), et le fait que toutes les personnes accueillies en hébergement d'urgence ne soient pas forcément éligibles au "logement d'abord". Pour améliorer l'efficacité de cette politique, la Cour réitère la nécessité d'accélérer la reconquête des contingents préfectoraux dans le parc social mais aussi de développer les formules d'accès au logement (intermédiation locative, maisons-relais), ainsi que celle de réaliser une étude juridique et financière sur l'évolution possible des statuts et modes de financement des centres d'hébergement pour décliner le logement d'abord.

L'accueil des personnes sans domicile souffre en outre d'une organisation et d'une coordination insuffisante. Les SIAO, outil structurant du service public de l'hébergement dans la gestion de l'offre et la demande sur les territoires, ne sont pas partout opérationnels ni aptes à favoriser l'accès au logement avec une césure forte entre logement et insertion.

La prévention pour éviter la remise à la rue est aussi perfectible. Le rapport estime que - malgré le renforcement de la GRL, le développement de l'intermédiation ou la mise en place effective des commissions de prévention des expulsions - de nombreuses mises à la rue pourraient être évitées par une politique de prévention plus efficace. Si les CCAPEX sont désormais créées et obtiennent des résultats pour prévenir les expulsions de locataires du parc social public, leur efficacité est encore très faible pour les expulsions dans le parc privé. Par ailleurs l'amélioration du parcours de certains publics- déboutés du droit d'asile, sortants de prison, jeunes issus de l'ASE, est réaffirmée pour éviter les phénomènes de rupture.

4.1.3. Un manque de pilotage

La mise en œuvre de la stratégie nationale de refondation laisse aussi apparaître des lacunes en termes d'organisation et de pilotage. Si la création de la Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées (DIHAL) a permis une meilleure animation interministérielle et a fortement contribué à la médiation avec le secteur associatif, la question reste posée sur son rôle en matière de pilotage de la politique de refondation en l'absence de moyens administratifs et financiers à sa disposition. Au niveau local, le déficit de pilotage se retrouve également avec des services déconcentrés pris dans l'étau de la réforme concomitante de l'administration territoriale, et d'un manque de coordination avec les collectivités.

Enfin, la Cour des comptes ne pouvait manquer de relever que le coût total de la politique de l'hébergement n'est pas connu, faute de données sur les dépenses des collectivités territoriales. L'ensemble des crédits de l'État consacrés à la politique d'hébergement peut toutefois être estimé à 1,5 Mds€.

4.1.4. Le cas particulier des personnes sous main de justice

Un court chapitre est consacré aux sortants de prison : il y a, chaque année, environ 85 000 sortants de prison. La Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) a cherché à mieux connaître le nombre de sortants de prison sans solution de logement et a effectué auprès des greffes pénitentiaires une enquête flash sur la semaine du 1er au 7 février 2010, puis une nouvelle entre le 27 juin et le 1er juillet 2011 (cf. supra).

La Cour rappelle le cadre juridique et cite quelques exemples de terrain :

- ♦ dans le Rhône, un poste de travailleur social a été créé pour la prise en charge des sortants de prison en liaison avec le SPIP ;

- dans l'Aisne, « deux réunions spécifiques DDCCS / SPIP ont eu lieu et ont débouché sur l'élaboration d'une procédure spécifique SIAO-SPIP d'accueil et d'orientation des sortants de prison » ;
- dans l'Essonne et dans les Yvelines, à un titre expérimental, un référent « hébergement et logement » intervient, par des permanences, dans les maisons d'arrêt pour la constitution de demande de logement et pour la prévention des ruptures de bail. La DRIHL précise que les résultats restent modestes, l'administration pénitentiaire faisant valoir une grande précarité et désocialisation de ce public qui rend difficile un accès direct au logement de droit commun, les solutions relèvent donc principalement de l'hébergement et du logement adapté.

Dans sa réponse à la Cour des comptes, la DAP insiste toutefois sur le fait que le principe posé par la circulaire du 1er mars 2010 est de ne pas créer de procédure parallèle spécifique aux sortants de prison : l'hébergement des sortants de prison doit être intégré au SIAO, que la sortie soit définitive ou s'effectue dans le cadre d'un aménagement de peine.

Néanmoins, un groupe de travail vient d'être créé, associant la DAP, la direction des affaires criminelles et des grâces, la direction des services judiciaires, la DGCS et la DIHAL afin de mettre en place des réponses pour l'hébergement et/ou le logement de personnes sortant d'établissements pénitentiaires et présentant des problématiques particulièrement complexes (dangerosité, déficience mentale, handicap). Les résultats de ses travaux seront rendus avant février 2012. Interrogée, la DAP n'a pas pu indiquer à la mission où en étaient ces travaux.

La DAP estime que la mobilisation des correspondants du Chantier national prioritaire pour relayer l'inter ministériel au niveau local est très inégale. La FNARS souligne également qu'un pilotage déterminé fait encore défaut et que des solutions restent à trouver pour les sorties de maisons d'arrêt où la durée de détention, généralement inférieure à six mois, ne permet pas un travail en amont. En améliorant encore la coordination interministérielle, notamment au niveau local, le travail de prévention devrait pouvoir donner rapidement des résultats qu'il conviendra de mesurer régulièrement.

4.2. Les travaux de la mission conjointe IGF IGAS sur l'hébergement d'urgence (mars 2015)

Dans le rapport relatif à la revue des dépenses du BOP 177, il est souligné que les publics hébergés sont connus de manière parcellaire. Les constats du rapport utiles pour la mission sont repris tels quels infra.

4.2.1. Les services de l'État ne sont pas toujours informés de la situation administrative des publics hébergés

4.2.1.1. Seul figure dans la loi le principe d'inconditionnalité de l'accueil

Ce principe est consacré dans l'article L 345-2 du CASF, renforcé récemment par la loi ALUR qui élargit la notion de détresse prise en compte pour l'accès à l'hébergement. Ceci explique par exemple les attitudes diverses des CHRS selon les départements. Certains refusent d'accueillir des étrangers en situation irrégulière, partant du principe que l'insertion ne peut être proposée qu'à des personnes en situation régulière ; d'autres au contraire, comme à Paris par exemple, accueillent un grand nombre d'étrangers en situation irrégulière, du fait de l'importance de leurs arrivées sur le territoire parisien. Dans les CHU, la situation des publics est par nature encore beaucoup plus diverse, les établissements n'étant pas encadrés par des dispositions législatives ni réglementaires.

4.2.1.2. *Les acteurs de l'hébergement généraliste ne sont pas tenus de donner des informations sur la situation des publics accueillis*

L'information des services de l'État dépend du climat de confiance qui peut être établi avec les organismes gestionnaires : ainsi, dans l'Oise, la préfecture donne le chiffre précis de 89 % de demandeurs d'asile parmi les hébergements à l'hôtel, en précisant que c'est la DDCS -et jamais elle directement- qui peut obtenir avec précaution ce chiffre auprès de l'association responsable de l'hébergement ; cette information se fait toujours de manière purement déclarative, et sur la base de données non nominatives. La mission a pu constater que les DDCS connaissaient, grâce à ce lien de confiance avec les intervenants sociaux, le profil détaillé des publics accueillis.

4.2.1.3. *Les services de l'État peuvent rencontrer des difficultés lorsqu'ils veulent connaître précisément des situations administratives individuelles*

Ces situations administratives sont logiquement connues des SIAO insertion, des travailleurs sociaux et de la direction des établissements, car elles conditionnent l'orientation dans des établissements qui prévoient un accompagnement social soutenu ou vers le logement. Même si elles sont généralement recueillies par les 115 et SIAO urgence, ces informations le sont à titre informel, et ne sont pas prises en compte en revanche pour l'orientation dans les places de CHU ou les hôtels ; c'est la vulnérabilité qui est le principal critère : « l'humain l'emporte sur l'administratif ». Mais dans tous les cas, aucune obligation d'information des services de l'État sur la situation administrative des personnes hébergées n'existe de façon formelle.

Les travailleurs sociaux, au nom de l'éthique de l'inconditionnalité de l'accueil, n'estiment pas de leur responsabilité de faire remonter des informations de cet ordre. Les directions des établissements d'hébergement ont des attitudes diverses sur la remontée d'informations. Celle-ci pour être efficiente nécessite un conventionnement avec l'hébergeur.

Par exemple, l'information sur l'état d'occupation des chambres d'hôtel n'est en rien systématique. Or certaines préfectures signalent que les absences inopinées des chambres en cas de tentative d'exécution des obligations de quitter le territoire français, par exemple, posent problème. Certaines conventions signées avec les hôtels prévoient donc une information précise des hébergeurs sur les départs des occupants des chambres ; des « contrats de séjour » sont même parfois signés entre les personnes hébergées et les associations responsables de la gestion des places, comportant l'engagement de respecter des règles de présence. Mais d'autres conventions ne mentionnent même pas le sujet : c'est le cas, notamment lorsque l'hôtel est récemment sollicité dans le dispositif d'hébergement.

4.2.2. *L'information sur les publics de l'hébergement généraliste n'est pas consolidée*

4.2.2.1. *Les services intégrés de l'accueil et de l'orientation ont des systèmes d'information hétérogènes*

Les SIAO définis pour la première fois par une circulaire du 8 avril 2010 ont pour vocation de participer à la veille sociale définie à l'article L 345-2 du CASF, mais aussi d'avoir un rôle d'information sur l'ensemble des publics hébergés. D'ailleurs la même circulaire prévoit que le SIAO « doit veiller à la continuité de la prise en charge tout au long des parcours, notamment en s'appuyant sur la mise en place de référents personnels » et qu'il « contribuera enfin à la mise en place d'observatoires locaux, nécessaires pour ajuster au fil du temps l'offre aux besoins ».

Ce rôle d'observation sociale n'est pas aisé pour un service qui est lui-même coordonnateur de plusieurs organismes différents. Par ailleurs plusieurs facteurs concourent à contrarier l'homogénéisation des informations recueillies :

- la mission a pu observer dans les départements visités le fonctionnement de SIAO, parfois encore organisés en « SIAO urgence », et « SIAO insertion », ce qui implique une première dispersion des informations sur les publics⁸ ;
- une circulaire du ministre chargé du logement en date du 29 mars 2012 insiste sur le rôle d'observation sociale des SIAO : elle incite à un échange régulier des pratiques dans un cadre régional, mais sans toutefois organiser une véritable coordination régionale de l'observation sociale des SIAO ; cette coordination, prévue par la loi ALUR, ne semble se mettre en place pour l'instant que dans peu de régions⁹ ;
- cette coordination régionale reste subsidiaire par rapport à la coordination nationale prévue dans la circulaire précitée : celle-ci oriente en effet la remontée des informations des SIAO vers le niveau national, avec le système d'information « SI-SIAO ».

4.2.2.2. Le projet de système d'information national, « SI-SIAO », ne couvre que très partiellement les SIAO

Le « SI-SIAO » est un système d'information à visée nationale, censé s'adresser à tous les SIAO, leur permettant d'enregistrer toutes leurs demandes d'hébergement, et d'accéder à toutes les places d'hébergement signalées libres par les établissements. Déployé à partir de 2010 par la DGCS, le SI-SIAO en est aujourd'hui à sa 5^{ème} version ; toutefois il reste en concurrence avec d'autres systèmes, en particulier celui géré par la FNARS, ProGdis, et il ne couvre actuellement qu'un peu plus d'un tiers des départements. Les mentions concernant le profil des publics sont en majorité facultatives. Enfin, ses utilisateurs soulignent la difficulté de l'utiliser à des fins statistiques. Dans sa configuration actuelle, le SI-SIAO ne permet donc pas de progresser dans la connaissance d'ensemble des publics hébergés.

4.2.3. Au regard de ce contexte, le pilotage national de la politique d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans domicile présente plusieurs limites

4.2.3.1. La connaissance des besoins et leur anticipation demeurent très largement insuffisantes

La politique publique de prise en charge des personnes sans domicile reste marquée par l'insuffisance des outils de connaissance des besoins, tant du point de vue de leurs caractéristiques que de leur évolution.

⁸ Un certain nombre d'orientations vers l'hébergement d'urgence se font encore de manière directe, hors SIAO, ce qui implique une déperdition d'information.

⁹ La Croix Rouge cite les régions Midi-Pyrénées et Bourgogne qui développeraient ces coordinations d'indicateurs.

4.2.3.1.1. L'absence de système d'information unique permettant d'éclairer, au niveau national, l'adéquation entre l'offre et la demande

Dès leur création, il avait été envisagé de s'appuyer sur les SIAO pour doter la politique en faveur des personnes sans domicile des éléments de connaissance nécessaires à son pilotage. L'article L. 345-2-4 du CASF, qui définit les missions des SIAO, prévoit à ce titre, qu'ils ont pour mission de « produire les données statistiques d'activité, de suivi et de pilotage du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement » ainsi que de « participer à l'observation sociale ».

Le recensement exhaustif et en continu de l'offre et des besoins, à partir des SIAO, supposait la mise en place d'un logiciel unique à l'ensemble des structures concernées. Or, cet outil - le SI SIAO - est à ce jour opérationnel sur une partie seulement du territoire et ne répond pas de manière satisfaisante aux besoins de gestion de ses utilisateurs.

4.2.3.1.2. Le déploiement difficile du SI SIAO

Le développement d'un système d'information unique a été initié par la DGCS en 2010, parallèlement à la mise en œuvre des SIAO, selon un calendrier qui s'est décalé dans le temps. La nécessité de faire fonctionner rapidement ces nouveaux services a donc conduit à admettre l'usage de solutions alternatives, parmi lesquelles le logiciel ProGdis mis à disposition des 115 par la FNARS et financé également par la DGCS.

Depuis fin 2010, cinq versions du SI SIAO ont été développées par la DGCS. La version 5 a été mise en service en octobre 2014.

Ces versions se sont peu à peu rapprochées des fonctionnalités des autres logiciels. Un des interlocuteurs rencontrés par la mission souligne cependant que le SI SIAO n'a véritablement été opérationnel pour les utilisateurs qu'à compter de la version 4. La version actuelle ne couvre pas le périmètre « première urgence » (115 et équipes mobiles) partiellement ou totalement couvert par les autres outils. La version 6, programmée pour 2016, intégrera ce champ.

Encadré 1 : l'application SI SIAO

Le SI SIAO est une application Web, créée en 2010 pour offrir aux SIAO et à leurs partenaires un outil de gestion de leurs activités consistant à :

- constituer une « plate-forme unique », traitant de l'urgence, de l'insertion et du logement de transition, fonctionnant sans interruption et pouvant être saisie par toute personne, organisme ou collectivité ;
- disposer d'une vision exhaustive de l'offre, avec les disponibilités pour le parc d'hébergement d'urgence, de stabilisation et d'insertion, et pour toute ou partie du parc de logement adapté ;
- permettre, dès que possible, l'accès au logement, en passant le cas échéant par des solutions transitoires de logement intermédiaire ;
- améliorer la prise en charge des personnes, en facilitant l'évaluation sociale par les travailleurs sociaux et un meilleur suivi des parcours.

Ses principales fonctions sont :

- la gestion des demandes : enregistrement des demandes et transmission au SIAO ; inscription des demandes sur des listes d'attentes ; enregistrement des décisions prises en commission ; orientation des demandes vers des places ; affectation des places après décision d'attribution ; information des entités d'accueil de l'affectation ; information sur les débuts et fins de séjour en structure ; gestion des mises à jour des demandes ; gestion des demandes incomplètes ;
- la gestion des places libres et occupées ;
- la production d'indicateurs : suivi de l'activité du SIAO et des structures ; recensement des disponibilités en places par structures, dispositif, département etc. ;
- l'extraction des demandes et des évaluations sociales pour exploitation à des fins statistiques ;
- l'utilisation en réseau par l'équipe du SIAO et par ses partenaires : prescripteurs (structures de 1^{er} accueil), structures d'hébergement et de logement ;
- l'alimentation prévue de la base de données d'observation sociale.

La version en cours (version 5) a pour objectif, par rapport à la version antérieure, de : faciliter le rapprochement entre la demande et l'offre ; enrichir le module indicateurs afin notamment de faciliter le reporting vers le niveau national ; améliorer la gestion des places ; gérer les mises à jour de demandes et les demandes incomplètes. Une version 5.1 a été développée pour répondre aux besoins spécifiques du SIAO insertion 75. Elle vise à améliorer la gestion des demandes en proposant des critères de recherche permettant de saisir plusieurs modalités, de permettre d'ouvrir plusieurs fiches demandes à partir d'une recherche de demandes, de compléter des données exportées...

L'objectif de la prochaine version (version 6) est de proposer une application totalement opérationnelle sur les activités insertion, urgence et 115, par l'intégration d'un module spécifique de gestion des 115 et des équipes mobiles (maraudes).

Le SI SIAO est encore loin d'être généralisé : la FNARS avait recensé, fin 2013, 52 départements qui utilisent ProGdis et 27 qui utilisent le SI SIAO, les autres utilisant encore un autre logiciel. La DGCS estime à moins de 30 le nombre de départements utilisant totalement ou partiellement le logiciel qu'elle a développé.

Selon la DGCS, deux freins techniques s'opposent à une diffusion plus large : la non prise en compte des 115 et la reprise des données induites par le changement de logiciel. L'obstacle principal semble être, cependant, l'incapacité du SI SIAO à répondre aux besoins des gestionnaires.

4.2.3.1.3. Une incapacité du système d'information à répondre aux besoins des SIAO

La plupart des départements où la mission s'est déplacée, utilisent le SI de l'État – et ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des départements. Les utilisateurs se montrent critiques par rapport à l'outil existant et font part de deux types de limites décrites supra.

4.2.3.1.3.1. Les limites fonctionnelles du SI SIAO

Outre l'absence d'interface avec le 115 qui entraîne des doubles saisies, mais qui sera corrigé dans la version 6, deux limites sont particulièrement mises en exergue :

- la difficulté à procéder à des requêtes ou des extractions de données pour les besoins locaux (ProGdis semble, de ce point de vue, faciliter davantage l'observation locale) voire nationaux. Selon l'un des SIAO interrogés, la version actuelle ne permet pas de produire les statistiques qui sont régulièrement demandées par la DRIHL et la DGCS, et qui figurent dans le rapport d'activité de la structure. Les territoires ont donc recours à d'autres outils, tableur ou logiciel statistique, pour élaborer leurs tableaux de bord. Le logiciel SI SIAO est par ailleurs insuffisant sur la fonction d'observation sociale en ne permettant pas de recenser des données qualitatives suffisamment fines ;
- la difficulté à croiser plusieurs critères pour rapprocher efficacement l'offre et la demande. Cette difficulté impacte particulièrement les départements franciliens qui doivent gérer des listes de demandeurs particulièrement longues.

L'outil apparaît techniquement en décalage avec la réalité du travail des professionnels qui procèdent à l'évaluation sociale et à la préconisation d'orientations, et peut s'avérer même contre-productif par rapport à l'objectif d'insertion. Sa lourdeur (par exemple dans le déroulé des préconisations et propositions d'orientation), ses incohérences (ainsi, la structuration des places dans le SI SIAO ne correspond pas à la réalité des structures), les blocages observés, peuvent ainsi aller jusqu'à compromettre la rencontre avec l'usager qui refusait jusqu'à présent toute demande et qui peut s'en trouver découragé.

Certains interlocuteurs de la mission estiment que le SI SIAO répond davantage dans sa conception au souci de la DGCS de disposer de données nationales qu'aux besoins de gestion des SIAO.

4.2.3.1.3.2. Les limites tenant au pilotage

Est également critiqué le manque de transparence et de réactivité du pilotage du projet. Chaque demande de modification auprès de la DGCS apparaît, aux utilisateurs, complexe et longue à obtenir, particulièrement après le lancement d'une nouvelle version ; chaque nouvelle version conduisant à contourner les problèmes plutôt qu'à les résoudre. Les calendriers sont flous et les passages aux nouvelles versions du logiciel insuffisamment anticipés. Du fait de ces problèmes, il semblerait que le nombre d'utilisateurs se réduise.

Il ressort au final de ces différents constats que le SI SIAO n'a sans doute pas suffisamment été considéré comme une priorité financière et opérationnelle, et n'a pas été piloté de manière optimale par la DGCS. Compte-tenu du rôle stratégique de ce projet, il convient de donner à la DGCS les moyens de le conduire, à charge pour cette direction de s'organiser de manière plus efficiente, en veillant à associer plus étroitement les utilisateurs. La satisfaction de leurs besoins de gestion¹⁰ doit en effet constituer une priorité, dont dépendra ensuite la capacité de l'application à se déployer et à améliorer la connaissance nationale des besoins.

La démarche des « diagnostic à 360 degrés » en cours ne permettra pas, en effet, de compenser cette carence, car son objectif est d'identifier de manière transversale les besoins locaux (cf. *infra* 3.3.2.). Malgré la définition d'un « socle » de diagnostic commun à tous les départements, il sera vraisemblablement difficile d'en agréger les résultats au plan national.

¹⁰ Le système doit être facilement utilisable par le travailleur social ; rendre compte de manière immédiate de la disponibilité des places d'hébergement et de logements adaptés ; permettre aux SIAO de mettre immédiatement en rapport l'offre et la demande ; permettre d'extraire des données qualitatives tant des demandeurs que des dispositifs pour l'observation sociale.

La mission appelle, dans ce contexte, à une remise à plat du dispositif et préconise d'engager sans attendre un audit, préalablement à l'élaboration de la version 6, afin d'orienter cette dernière vers des fonctionnalités répondant pleinement aux besoins des usagers.

4.2.3.2. La gouvernance interministérielle, institutionnalisée depuis 2008, peine à trouver sa place

Les objectifs assignés par le Premier ministre en 2008 au « chantier national prioritaire » incluent un volet important concernant la prévention de la « mise à la rue »¹¹, dont la mise en œuvre exige de conforter le caractère transversal de la politique d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans abri. Conformément aux préconisations du député Etienne Pinte, un poste de délégué interministériel a été créé auprès du Premier ministre.

Ses compétences sont définies par le décret n° 2008-406 du 28 avril 2008 aux termes duquel « le délégué général pour la coordination de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées (...) veille, en lien avec le représentant de l'État dans le département, à la coordination des interventions des différents services et organismes de l'État et à leur articulation avec celles des collectivités territoriales, des associations et des bailleurs sociaux, avec lesquels il favorise le développement de partenariats ». Ses missions dépassent par conséquent la dimension interministérielle et s'étendent à la coordination entre l'ensemble des acteurs. Elles ont été précisées par la suite par des lettres de mission du Premier ministre.

Dans son rapport de 2011, la Cour porte une appréciation nuancée sur le rôle du délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL¹²). Tout en prenant acte de son rôle de cheville ouvrière de la stratégie de « refondation » initiée en 2010, elle note les limites et les difficultés de sa mission liées notamment à trois facteurs : « le DIHAL ne gère aucun crédits d'intervention et son pouvoir de peser sur les décisions est très limité ; le travail interministériel est exclusivement fondé sur la négociation et le pouvoir de persuasion ; l'accès limité aux services déconcentrés est une limite à son action ».

La mission ne peut que confirmer ce constat et note que le rôle du DIHAL semble davantage s'exercer dans la médiation avec les réseaux associatifs, que dans la coordination avec les principaux départements ministériels que sont les ministères chargés de l'hébergement, du logement et de l'asile.

L'indicateur relatif à la part des personnes sortant de CHRS qui accèdent à un logement diminue entre 2012 et 2014 et sa cible pour 2015, à un peu plus d'une personne sur deux accédant au logement, est à peine supérieure à la réalisation de 2012.

Tableau 18 : Évolution de l'indicateur 1.1. du programme 177

	Réalisation 2012	Réalisation 2013	Réalisation 2014	Cible 2015
Part des personnes sortant de CHRS qui accèdent à un logement accompagné	18 %	15 %	16 %	21 %
Part des personnes sortant de CHRS qui accèdent à un logement autonome	36 %	29 %	32 %	35 %

Source : Programme annuel de performance PLF 2015 et rapport annuel de performance PLR 2014.

¹¹ Circulaire n°5279/SG du 22 février 2008. Six priorités sont fixées, parmi lesquelles : généraliser la prévention des expulsions locatives ; renforcer la lutte contre l'habitat indigne ; prévenir l'errance à la sortie des établissements de soins, de prisons et pour les jeunes, à la fin de la prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) ».

¹² Nouvelle dénomination retenue en 2011.

L'indicateur relatif à la proportion des personnes hébergées ou logées suite à une demande adressée au SIAO n'est pour sa part quasiment pas renseigné. Dans le programme annuel de performance joint au projet de loi de finances pour 2015, les informations sont indiquées comme étant non disponibles pour les réalisations 2012 et 2013 ainsi que pour les prévisions actualisées 2014 ou la cible 2015. Le projet de rapport annuel de performance joint au projet de loi de règlement 2014 mentionne pour sa part une proportion des personnes logées suite à une orientation par le SIAO limitée à 2 %.

5. Les retours terrains offrent un bilan mitigé

5.1. Les indicateurs du chantier de refondation n'ont pas pu être tenus en ce qui concerne les personnes sous main de justice

Dans le cadre de la politique de refondation, des outils de pilotage et de suivi ont été mis en œuvre. Un tableau de bord a été construit à partir de 20 propositions partagées avec les associations : il comprend 25 indicateurs de moyens ou de résultats.

Tableau 19 : Liste des 25 indicateurs du tableau de bord¹³

Dans le tableau de bord du 30/06/2011	Indicateur
Oui	Taux de couverture du territoire national par un SIAO
Oui	Part des personnes orientées par le SIAO
	Nombre de saisines du médiateur ayant donné lieu à des recommandations
Oui	Nombre de jeunes volontaires affectés à la lutte contre les exclusions
	Pourcentage par établissement de sortants de prison avec une solution de logement ou d'hébergement
Oui	Part des personnes de CHRS bénéficiant d'une insertion en matière de logement
Oui	Pourcentage des personnes sortant de CHRS ayant accédé à un logement social
Oui	Taux de couverture du territoire national par un PDAHI (ou un PRAHI)
	Nombre de PDAHI inclus dans un PDALPD
	Pourcentage de dossiers déposés dans le cadre du plan d'humanisation par rapport aux projets recensés
	Pourcentage de dossiers instruits par rapport aux dossiers déposés dans le cadre du plan d'humanisation
	Pourcentage de dossiers financés par rapport aux dossiers instruits dans le cadre du plan d'humanisation
Oui	Nombre total de logements sociaux financés
Oui	Nombre de prêts locatifs à usage social (PLUS)
Oui	Nombre de prêts locatifs aidés d'intégration (PLAI)
Oui	Nombre de prêts locatifs social (PLS)
Oui	Nombre de places en maisons relais et résidences sociales financées
	Logements en intermédiation locative captés
	Nombre de personnes logées grâce à l'intermédiation locative
	Nombre de logements achetés
Oui	Taux de couverture du territoire national par une CCAPEX ¹⁴
	Nombre de décision de justice prononçant une expulsion
	Nombre de logements en intermédiation locative servant à la prévention des expulsions

¹³ En gras : indicateur renseigné dans le tableau de bord du 30 juin 2011.

¹⁴ Commission de coordination des actions de prévention des expulsions.

Dans le tableau de bord du 30/06/2011	Indicateur
	Nombre d'attribution de logements sur le contingent du 1 %
Oui	Nombre de régions et/ou de départements où des représentants d'usagers ont participé aux travaux sur les PDAHI

Source : Cour des comptes.

Sur la dernière mise à jour du tableau de bord au 30 juin 2011, on note que 12 indicateurs sur 25 ne sont pas renseignés, et qu'un indicateur est encore à définir. Les indicateurs de moyens sont bien renseignés : mobilisation des jeunes volontaires du service civique, taux de couverture du territoire par les PDAHI, les CCAPEX, les SIAO. Les indicateurs de résultats sont moins élaborés et ne sont pas toujours renseignés : **pourcentage de sortants de prison avec une solution de logement ou d'hébergement**, poursuivre le programme d'humanisation des centres d'hébergement (dossiers déposés, instruits), poursuivre le développement de l'offre de logement d'insertion dans le diffus (nombre de logements achetés), prévenir les expulsions locatives (nombre de décisions de justice prononçant l'expulsion et nombre de logements en intermédiation locative servant à la prévention des expulsions). En revanche, aucune cible, ni aucune échéance n'ont été fixées.

La direction de l'administration pénitentiaire précise qu'en raison de la difficulté pour les SPIP de renseigner trimestriellement un indicateur sur les sortants de prison sans solution de logement et d'hébergement, elle a décidé en juin 2011 de procéder par la voie de deux enquêtes-flash annuelles. Par ailleurs, elle propose d'introduire un deuxième indicateur portant sur les situations pour lesquelles le juge a dû procéder par voie de réquisition pour déterminer le lieu de résidence du sortant de prison en application de l'article D.147-37-2 du code de procédure pénale, qui renseignerait sur l'efficacité de l'inter-ministérielle pour le public particulier des sortants de prison.

5.2. Les SPIP ne sont pas suffisamment associés aux diagnostics à 360°

La DAP a fait un point fin décembre 2014 de la participation des SPIP au dispositif, département par département. Il en ressort que la présence des SPIP au dispositif est loin d'être acquise et que la prise en compte des besoins identifiés des personnes sous main de justice est très hétérogène :

- Départements dans lesquels les besoins des personnes sous main de justice sont insuffisamment identifiés : SPIP pas ou peu associés (Loire atlantique, Gard), SPIP associés mais peu de résultats (Loire, Oise, Maine et Loire). Malgré des besoins insuffisamment pris en compte dans les diagnostics, les SPIP ont lancé des actions : objectif d'une permanence mensuelle au sein du centre pénitentiaire de Liancourt puis du futur établissement de Beauvais par l'association Accueil et promotion qui co-administre le SIAO (Oise), participation à l'appel à projets de la DDCSPP « 10 000 logements HLM accompagnés » où le public sortant de prison est identifié (Mayenne) ;
- Départements dans lesquels les besoins des personnes sous main de justice sont bien identifiés : Haute-Garonne (expérimentation avec l'association Etape), Somme, Vendée, Gironde (757 sortants en 2013, 41 repérés sans hébergement).

Dans le cadre de la généralisation des diagnostics partagés à 360°, la DAP a diffusé des instructions aux DISP.

Un premier bilan de la participation des SPIP aux diagnostics partagés à 360° a été effectué. Une note de la DAP 24 mars 2015 fait état que dans les 13 départements expérimentateurs, les difficultés des personnes sous main de justice et des sortants de prison n'étaient pas toujours suffisamment identifiées dans les analyses. Un point d'étape de la participation des SPIP au dispositif fin décembre 2014 a posé les constats suivants :

- Départements dans lesquels les besoins des personnes sous main de justice sont insuffisamment identifiés :
 - Loire atlantique : SPIP non convié aux réunions ;
 - Gard : participation du SPIP à la démarche uniquement par échange de mail (mais thématique abordée avec la Croix rouge qui gère le SIAO) ;
 - Loire : SPIP associé mais besoins des personnes sous main de justice non vraiment pris en compte ;
 - Oise : idem ; le SPIP a engagé une réflexion avec le SIAO pour mettre en place une permanence mensuelle au centre pénitentiaire de Liancourt ;
 - Maine et Loire : PDLALHPD liste un certain nombre de publics mais le droit commun ne répond pas aux besoins des sortants de prison ;
 - Mayenne : SPIP a participé à l'appel à projets 10 000 logements HLM accompagné qui inclut le public sortants de prison ;
- Départements dans lesquels les besoins des personnes sous main de justice sont bien identifiés :
 - Haute-Garonne : le SPIP a participé et a fait remonter un état des besoins quantitatif et qualitatif des personnes sous main de justice à travers le bilan annuel du dispositif hébergement du SPIP ; une expérimentation avec l'association Etape y est valorisée ;
 - Somme, Vendée : les besoins des personnes sous main de justice sont bien intégrés ;
 - Gironde : sur les 757 sortants de détention en 2013, 41 sont repérés sans hébergement. Le public est identifié et fera l'objet d'actions spécifiques.

Tableau 16 : Bilan de la participation des SPIP aux diagnostics territoriaux partagés à 360°

DISP	Taux de réponse (%)	Taux de SPIP contactés par préfet/DDCS	Taux de SPIP ayant participé au dispositif	Identification des besoins des PPSMJ dans les analyses		
				Oui	Non	Sans réponse
Bordeaux	91	30	50	0	30	70
Dijon	79	33	22	38	63	0
Lille	100	80	80	80	20	0
Lyon	100	82	55	73	18	9
Paris	100	50	50	63	8	0
Rennes	71	100	80	60	40	0
Strasbourg	89	75	63	63	38	0
Toulouse	36	75	50	50	50	0
MOM	100	100	100	20	0	80
Total	76	63	55	46	31	18

Source : DAP.

Il ressort de l'enquête que 63 % des SPIP ont été contactés par les préfetures en vue de participer à la démarche et qu'au final 55 % des SPIP ont effectivement participé aux diagnostics. Les besoins des personnes sous main de justice ont été identifiés dans 46 % des cas.

Les difficultés rencontrées dans la démarche par les SPIP s'expliquent dans 40 % des cas par une absence d'invitation de la part des services de la préfecture, dans 17 % des cas par le degré d'avancement insuffisant de la démarche et dans 13 % des cas, l'absence de début de diagnostic sur le territoire.

Les diagnostics territoriaux ont mis en évidence un certain nombre de difficultés d'accès des personnes sous main de justice aux dispositifs d'hébergement :

- Saturation des structures classiques d'hébergement en période de forte tension ;
- Insuffisance de solutions d'hébergement pour les personnes souffrant de pathologie mentale ;
- Refus d'admission non justifié dans certaines structures ;
- Public considéré comme non prioritaire ;
- Méconnaissances des dispositifs d'hébergement par les CPIP, d'où mauvaise orientation et solutions inadaptées aux personnes.

5.3. Les pratiques dans les SIAO vis-à-vis des personnes sous main de justice montrent une marge de progrès importante

5.3.1. Le rapport IGAS de 2012 sur le fonctionnement des SIAO

Le rapport RM2012-019P de février 2012 de l'IGAS note que l'articulation reste à trouver avec le secteur de la santé et l'administration pénitentiaire (point 4.5.1. du rapport). **Les contacts sont encore peu formalisés entre les SIAO et les établissements hospitaliers pour organiser les sorties d'hôpital.** Bien que 52 % des SIAO déclarent avoir mis en place des liens de coopération avec le secteur de la santé, les situations sur le terrain sont très diverses. Des demandes d'hébergement proviennent d'établissements hospitaliers mais la mise en place du SIAO n'a pas été l'occasion de redéfinir et d'améliorer le lien avec ce secteur, notamment avec les hôpitaux psychiatriques.

Dans certaines régions toutefois, des contacts ont été initiés avec les agences régionales de santé, souvent en raison d'une implication forte des services de l'État. Ainsi par exemple, le SIAO Paris travaille, en lien avec la DRIHL, avec l'ARS Ile-de-France à la rédaction d'une convention qui sera signée par le préfet de région. Cette convention a d'ores et déjà identifié des champs de compétence et notamment l'observation sanitaire et sociale, la prise en compte des publics vulnérables dans la gestion des alertes et des crises sanitaires, le besoin en formation initiale et continue des professions sanitaires, sociales et médico-sociales, la définition et la mise en place de programmes expérimentaux communs visant notamment à l'hébergement des publics confrontés à des difficultés spécifiques, à l'accès au logement accompagné des personnes handicapées. Par ailleurs, à l'occasion d'un groupe de travail mené pendant l'été 2011, l'ARS a également été sensibilisée aux liens que les établissements de santé doivent construire avec les SIAO pour la prise en charge adaptée des publics sortants d'une structure de soins.

La situation est globalement identique pour la coopération entre le SIAO et les services pénitentiaires d'insertion et de probation concernant l'hébergement des sortants de prison. Historiquement l'administration pénitentiaire a signé des conventions avec des structures dans lesquelles elle réserve des places pour les anciens détenus et a donc toujours fonctionné en direct avec les gestionnaires d'hébergement. Le système actuel devra s'intégrer dans le processus global de régulation des places, les SIAO devant prendre en compte, bien entendu, les contraintes particulières liées à ce public spécifique.

Encadré 2 : Les sortants de prison dans les Bouches du Rhône

Il existe quatre CHRS labélisés « sortants de prison » hors Marseille et un CHRS à Marseille dans les Bouches-du-Rhône. Les demandes pour les personnes sous main de justice passent par deux postes AVDL spécifiques, un à Marseille et un pour Aix/Salon/Arles. Ces référents ne travaillent qu'à la demande du SPIP pour les personnes sous main de justice qui ont un problème d'hébergement ou de logement. Les fiches de signalisation sont transmises aux AVDL par le SPIP. L'entretien avec la personne s'effectue en milieu ouvert ou fermé. Pour le territoire d'Aix, elle vaut évaluation en pôle entretien. Le diagnostic s'effectue en collaboration avec le conseiller d'insertion et de probation. Pour les aménagements de peine, il existe des conventions entre le SPIP et certaines structures d'hébergement pour réserver des places aux sortants de prison. Pour les sorties définitives, il n'existe pas de places réservées. Les demandes ne passent donc pas formellement par le SIAO mais comme les AVDL travaillent en coordination avec le SIAO 13, leur intégration sera facilitée.

Le rapport recommande de renforcer la coordination du SIAO avec le secteur de la santé, notamment impliquer les ARS, et avec le conseil général pour éviter les ruptures de prises en charge des publics jeunes. Cela implique des démarches d'informations du SIAO et de l'État (Préfecture dans le cadre de l'inter ministérialité) vers ces autres acteurs institutionnels.

5.3.2. L'enquête FNARS Croix rouge de 2012

Une enquête de la FNARS et de la Croix rouge en avril 2012 a interrogé 83 SIAO et établi un recueil de pratiques de ces structures. Onze fiches portant sur différentes thématiques¹⁵ ont été rédigées. Il ressort de ces fiches les constats suivants :

Tableau 17 : Les freins et pratiques identifiés auprès des SIAO

Problématique	Freins et pratiques relevés
Centralisation des demandes	61 % des SIAO déclarent ne pas centraliser la totalité des places d'hébergement et de logement accompagné ¹⁶
Orientation des demandes	Le SIAO de Haute Garonne pratique l'anonymisation des dossiers des personnes étudiées en commission d'orientation pour permettre un traitement plus équitable
	Critères d'attribution et de priorisation des demandes : 31 % problématique des personnes, 28 % ordre d'arrivée, 21 % DALO/DAHO, 13 % autre, 7 % CCAPEX
Continuité de la prise en charge entre hébergement et logement	Freins : profil des personnes et leurs demandes avec pour conséquence le maintien dans l'urgence ; l'absence d'évaluation/suivi social des personnes dans l'urgence, le manque de places et l'insuffisante coordination entre SIAO insertion et urgence Seuls 17 % des SIAO déclenchent automatiquement une demande vers le volet insertion après une orientation en urgence, 65 % des SIAO ne l'organisent que quelques fois 23 SIAO seulement ont mis en place la fonction de référent personnel
Accès au logement	Seuls 25 % des SIAO recensent pas les personnes prêtes à sortir et seuls 22 % ont formalisé un lien avec les bailleurs sociaux Le profil des personnes est jugé incompatible avec le logement dans 1/3 des demandes (problème juridique ou d'autonomie) A contrario, le SIAO des côtes d'Armor vérifie l'inscription au fichier uniquement de demande sociale, le SIAO de la Lozère invite les bailleurs sociaux à participer aux commissions d'orientation, celui de l'Yonne

¹⁵ Centralisation des demandes, orientation des demandes, continuité de la prise en charge, accès au logement, partenaires, coordination des acteurs locaux de l'hébergement et du logement, rôle d'observation, territoire d'action, place des acteurs de la veille sociale dans le volet urgence, pilotage, publics.

¹⁶ Taux d'admission directe : 33 % pour les structures d'hébergement d'urgence, 20 % pour les structures d'hébergement d'insertion, 45 % pour les pensions de famille, 53 % pour les résidences sociales et 54 % pour les intermédiations locatives.

Problématique	Freins et pratiques relevés
	participe aux commissions d'attribution de logements
Partenaires (santé, justice, asile, collectivités, logement)	Historiquement les SPIP ont signé des conventions avec des structures d'hébergement pour réserver des places directement. 66 % des SIAO recensent des demandes venant des SPIP. Les demandes d'orientation des sortants de prison sont adressées aux SIAO, celles des personnes en aménagement de peine/permissionnaires sont traitées directement par les SPIP Les conseils généraux (action sociale) participent aux commissions d'orientation que dans 24 % des SIAO alors qu'ils financent les mesures ASLL dans le cadre des FSL ¹⁷ . Les communes peuvent gérer des contingents réservataires de logements sociaux et possèdent un % de places d'hébergement imposé par la loi sur leur territoire dans le cadre des PLH
Coordination des acteurs locaux de l'hébergement et du logement	Des marges de progrès demeurent
Rôle d'observation	La mission départementale d'observation des besoins doit être renforcée, manque d'opérationnalité des logiciels et d'appropriation des outils. 78 % des SIAO produisent toutefois un rapport d'activité. Les DDCS les sollicitent également sur des indicateurs. La Base de Données d'Observation Sociale devra être alimentée par un socle d'indicateurs communs Le département des Côtes d'Armor a développé une observation sociale qui alimente les travaux du PDAHI et PDALPD ¹⁸ L'absence de logiciel harmonisé rend difficile l'incrémentation d'une base de données nationales
Territoire d'action	Le SIAO est a priori départemental (circulaire du 8 avril 2010) et unique (circulaire du 29 mars 2012) avec un possible échelon de gouvernance régionale. 63 % des SIAO sont organisés à l'échelon départemental parfois avec deux SIAO (urgence et insertion), 4 départements ont entre 2 et 7 SIAO. De nombreux SIAO ont des antennes territoriales (cf Bouches du Rhône avec 5 implantations) ce qui permet des entretiens décentralisés. La coordination régionale (par DRJCS) doit être développée notamment avec l'AP dont l'échelon d'intervention diffère (EP) et pour trouver des solutions à l'extérieur du département (retour dans département d'origine pour sortants de prison). Des procédures doivent être identifiées pour cela comme en Ile de France (protocole de transmission des données entre SIAO qui passe de SIAO à SIAO uniquement, fiche actualisée de l'ensemble des places publics spécifiques et leurs protocoles d'orientation).
Place des acteurs de la veille sociale dans le volet urgence	Les acteurs de veille sociale ¹⁹ sont : le 115, les SAO, les accueils de jour, les équipes mobiles, les plates formes pour demandeurs d'asile, les structures d'hébergement d'urgence (CHU, CHR, appartements ALT, dispositif hôtelier et centres spécifiques en hiver. Le SIAO les coordonne. De fait, le rapport IGAS montre que le 115 est opérateur du volet urgence du SIAO dans 66 % des cas et 33 % pour le volet insertion, soit à quasi égalité avec les structures gestionnaire d'hébergement.
Pilotage	Le pilotage est effectué par la DDCS au niveau départemental et DRJCS au niveau régional notamment pour les liens avec l'ARS, les SPIP et les services de l'asile. On compte 2,5 ETP par SIAO en moyenne (0,3 en Lozère et 16,8 à Paris) et 7,5 M€ de crédits délégués en 2011 par les DDCS. Il convient de prévoir des conventions d'objectifs et de moyens
Publics	Historiquement conventions de la DAP avec des structures dédiées à

¹⁷ Accompagnement social lié au logement et Fonds de solidarité logement.

¹⁸ Les informations portent sur l'activité et le public, par structure relais, ville, dispositif et typologie de logement.

¹⁹ Prévu par la loi de 1998 et l'article 71 de la loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre les exclusions du 25 mars 2009.

Problématique	Freins et pratiques relevés
	l'accueil des sortants de prison. Intégration progressive dans les SIAO. Les demandes d'orientation sont adressées par le SPIP au SIAO, soit par les CPIP (Haut-Rhin, Loire Atlantique, Eure) ou par la permanence d'un travailleur social en prison qui fait les évaluations au nom du SIAO (Rhône). Les demandes concernent en nombre surtout les sorties sèches de MA, avec la question de l'inter-départementalité. Pour les personnes en fin de peine (sortie sèche), traitement direct par le SIAO ou un accès direct aux structures dédiées, pour les aménagements de peine/permissionnaires, traitement direct par les SPIP avec les structures conventionnées ²⁰ avec information au SIAO de l'occupation de la place (Rhône Alpes, Pays de la Loire, Ile de France, Eure). Les SPIP participent aux commissions d'orientation du SIAO dans 7 départements seulement.

Source : SIAO repères et pratiques, guide FNARS/Croix-rouge.

5.3.3. L'enquête FNARS de 2014

La FNARS a lancé en juillet 2014 deux enquêtes pour identifier les pratiques mises en œuvre sur les départements pour favoriser l'accès à l'hébergement et au logement des personnes placées sous main de justice (personnes sous main de justice) soit personnes majeures concernées par une peine de prison aménagée²¹ et/ou sortants de prison²². Une enquête a été adressée aux structures d'hébergement et de logement, une autre aux Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO). Cette synthèse explicite les résultats de cette seconde enquête, SIAO et Justice.

L'enquête porte sur différentes thématiques :

- Les partenariats mis en œuvre localement pour favoriser l'accès à l'hébergement et au logement des personnes sous main de justice et sortants de prison : le SIAO a-t-il signé une convention avec les acteurs de la justice et les structures d'accueil spécialisés dans l'accueil des sortants de prison ? Des dispositifs passerelles existent-ils sur le territoire permettant de préparer la sortie d'établissement pénitentiaire ?
- La place du SIAO dans la régulation des demandes et de l'offre proposée aux personnes sous main de justice et sortants de prison : les dispositifs existants localement s'inscrivent-ils dans la coordination territoriale animée par les SIAO dans un objectif d'observation des parcours et de mise en réseau des acteurs ?
- L'évaluation par les SIAO de l'efficacité de l'organisation existante, et les enjeux et perspectives pour la suite.

L'objectif pour la FNARS est de dresser un état des lieux des pratiques sur les territoires, de recenser d'éventuelles pratiques innovantes, et d'identifier les leviers à impulser pour améliorer la prise en charge de ces personnes.

L'enquête a été adressée de juillet 2014 à mars 2015 aux SIAO auprès des 101 départements français. Elle a été relayée régionalement par les associations régionales FNARS, et par la Croix rouge française, que nous remercions. 58 questionnaires ont été récoltés, correspondant à 58 SIAO. Parmi ces 58 SIAO répondants : 9 sont des SIAO urgence, 14 sont des SIAO insertion et 35 sont des SIAO intégrés. Les 58 questionnaires couvrent 52 départements. Parmi ces 52 départements :

²⁰ Nécessité d'un cadre partenarial entre le SPIP et l'association et donc d'une solution d'hébergement préparée en amont.

²¹ PSE, PE, SL, libération conditionnelle.

²² Personnes sortant de prison libérées après avoir effectué la totalité de leur peine.

Sur 6 départements, 2 SIAO ont répondu à l'enquête sur leur territoire. Il s'agit des SIAO urgence et insertion dans les Alpes-Maritimes, le Finistère, le Haut-Rhin, Paris et les Yvelines. Dans les Pyrénées-Atlantiques, 2 SIAO ont également répondu à l'enquête correspondant des SIAO avec une compétence infra départementale. Sur 11 départements, l'un des deux SIAO uniquement a répondu à l'enquête sur leur département (SIAO urgence ou insertion : Respectivement, 3 SIAO urgence et 8 SIAO insertion). 18 régions françaises sont représentées dans les résultats.

5.3.3.1. Le partenariat entre SIAO, structures d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prisons et SPIP pour l'accès à l'hébergement et au logement des personnes sous main de justice et sortants de prisons

La coordination entre les SIAO, structures d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prisons, et SPIP est effective sur certains territoires. Elle s'est développée principalement de manière fonctionnelle hors document cadre, et sur quelques territoires dans un cadre conventionnel. Des relations bilatérales, entre administration pénitentiaire et structures d'hébergement, qui préexistaient à la mise en place des SIAO, demeurent sur certains territoires. Sur d'autres, des dispositifs passerelles entre la prison et le secteur de l'hébergement et du logement se sont développés sur leur territoire pour favoriser l'accès à l'hébergement/logement en amont ou en aval du SIAO (voir l'enquête structure).

La coopération entre le SIAO et les services pénitentiaires d'insertion et de probation pour l'hébergement des personnes sortant de prison est à développer. Cette dernière modalité est renforcée par la Loi ALUR, qui prévoit que les SIAO puissent passer des conventions avec un certain nombre d'acteurs pour mettre en œuvre leurs missions (L345-2-6 du CASF). Parmi, eux sont visés, les SPIP notamment afin de définir les moyens et modalités de travail à mettre en œuvre pour faciliter l'accès des personnes sous main de justice aux dispositifs de logement et d'hébergement.

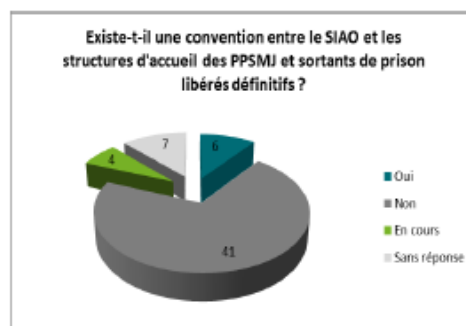
5.3.3.1.1. Les conventions de coopération entre les SIAO et les structures d'accueil des personnes sous main de justice n'ont pas encore pris le relais des conventions entre les SPIP et les structures d'accueil

Sur les 58 SIAO ayant répondu à l'enquête, 41 SIAO indiquent ne pas avoir de convention sur leur départements, soit 70 % des SIAO, 6 SIAO seulement déclarent l'existence d'une convention avec les structures d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prison libérés définitifs sur leurs départements (33, 41, 48, 70, 71, 75), 4 SIAO indiquent être en cours de formalisation d'une telle convention, (37, 51, 68, 72) et 7 n'ont pas répondu à cette question. Cette convention est signée également avec les services déconcentrés de l'État (DDCS/DRJCS ou DRIHL), l'administration pénitentiaire (SPIP)- sur deux départements avec la protection judiciaire de la jeunesse également (PJJ), et sur l'un d'eux avec le parquet/procureur.

Parmi les 41 départements ayant indiqué ne pas disposer de convention, 14 SIAO indiquent que l'élaboration d'une telle convention est envisagée sur leur territoire, sans que les travaux ne soient encore pleinement amorcés.

Au total, ce sont 24 SIAO qui déclarent l'existence d'une convention, signée-en cours de l'être ou à venir, avec les structures d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prison libérés définitifs sur leurs départements- soit 41 % des SIAO ayant répondu à l'enquête.

- 47 -



Indépendamment de ces conventions entre SIAO et structures d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prison, il existe sur plusieurs territoires des conventions entre les SPIP et ces structures dans le cadre de l'accueil et de l'accompagnement de personne en placement extérieur (PE), et/ou de places spécifiquement dédiées pour des sortants de prisons.

5.3.3.1.2. Les partenariats fonctionnels entre SIAO et structures d'accueil hors convention

Parmi les 41 SIAO ayant indiqué ne pas disposer de convention avec les structures d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prisons, 19 SIAO déclarent l'existence d'un partenariat fonctionnel et d'une coordination hors convention avec ces structures, dans le cadre de l'évaluation des personnes et l'orientation notamment (soit 46 % des SIAO qui n'ont pas signé de convention avec les structures d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prisons et SPIP), 14 SIAO indiquent par ailleurs que l'élaboration d'une telle convention est envisagée sur leur territoire, (cf. supra) et 8 SIAO indiquent qu'aucune modalités de coordination n'est à l'œuvre actuellement sur leur territoire. Sur les départements où il n'existe pas de dispositifs de convention, 14 SIAO mentionnent également des modalités d'intervention conjointes entre SIAO et SPIP.

5.3.3.1.3. Les référents passerelles pour les sortants de prison

L'enquête interrogeait les SIAO sur l'identification de dispositifs passerelles entre la prison et le secteur de l'hébergement et du logement sur leur territoire (nommés parfois aussi « référents hébergement/logement pour les sortants de prison ») ; les invitant à décrire ces dispositifs- le cas échéant- de manière succincte pour appréhender leurs missions et les modalités d'articulation avec les SIAO et les services pénitentiaires d'insertion et de probation. De tels dispositifs, initiés par les politiques publiques, préexistaient aux SIAO sur un certain nombre de territoires. Les premiers ont été mis en place en 2009, suite à une expérimentation lancée par la ministre du logement, Christine BOUTIN. Sur d'autres, ils ont été mis en place plus récemment, et peuvent être financés sur des crédits du BOP 177 (hébergement/logement), ou des crédits du ministère de la justice.

Sur les 58 SIAO ayant répondu à l'enquête, 16 SIAO déclarent identifier dans leur département un dispositif passerelle (réfèrent hébergement/logement)²³ de préparation des sorties ou aménagements de peine pour favoriser l'accès à l'hébergement et au logement, soit à peine un tiers des SIAO (27 %), 21 SIAO indiquent qu'il n'en existe pas sur leur territoire, 12 SIAO répondent ne pas savoir, 9 n'ont pas répondu à cette question.



Les dispositifs passerelles repérés par les SIAO sur leurs territoires sont portés majoritairement par des associations (14 dispositifs sur les 16. Un dispositif est porté par un conseil général, et 1 autre par le SIAO lui-même). Les dispositifs ont été mis en place entre 2004 et 2014 selon les territoires. Les missions des dispositifs passerelles/ référents justice sont variables selon les territoires. La majorité des dispositifs passerelles proposent : des missions d'évaluation sociale (13 sur 16), d'accès au logement (11 sur 16) et d'accès à l'hébergement (10 sur 16).

²³ Soit les départements 6,16,17,22,29,48,49,54,64,69,70,78,84,85,13,34.

D'autres indiquent développer des prestations d'accès aux droits (6 sur 16), et 2 seulement des actions de maintien du logement pendant l'incarcération. D'autres mentionnent encore des actions autour de l'information, la domiciliation, la coordination médico-sociale-justice, ou l'insertion professionnelle.

Les dispositifs passerelles s'adressent à différents publics : des personnes sous main de justice, en amont de leur sortie sèche (11/16), ou en amont d'un aménagement de peine (11/16), des personnes après la sortie (6/16). **9 dispositifs passerelles sur les 16 s'adressent à la fois aux personnes sous main de justice en amont de leur sortie et/ou en aménagement de peine (9), d'autres sont spécialisés.**

Ces référents justice interviennent avec des modes d'organisations divers : soit en établissement pénitentiaire, (10/16), soit à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire, lors de permanence dans les structures, (8/16), soit mixte avec les 2 modes d'intervention (6/16), soit de manière indirecte, via des échanges mail/téléphoniques avec le SPIP (5/16). Ces modalités diverses peuvent dépendre des autorisations d'entrée des intervenants extérieurs, et des permissions de sortir accordées aux personnes détenues. Ces dispositifs passerelles sont articulés aux SPIP (15/16) et aux SIAO sur la quasi-totalité des territoires (13/16). Sur les 3 départements où la coordination avec les SIAO n'est pas effective, elle est en cours de définition.

5.3.3.1.4. La participation des structures d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prisons et des SPIP aux instances du SIAO

- La participation des structures d'accueil et des SPIP aux commissions d'orientation des SIAO

Sur les 58 SIAO ayant répondu à l'enquête, 25 SIAO déclarent intégrer les structures d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prisons aux instances d'orientation- soit à peine la moitié des SIAO (43 %).

Ce chiffre doit être nuancé par le fait que peu de SIAO ont mis en place sur le volet urgence des instances d'orientation partagée, et que certains SIAO sur le volet insertion ne l'ont pas encore développé. Ainsi si les structures d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prisons ne sont pas associées, elles ne le sont pour des raisons d'organisation plus globale.

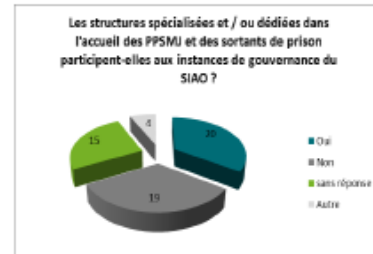
14 SIAO indiquent que non, et l'explicitent par l'absence de structures dédiées/spécialisées, l'absence d'instance d'orientation, ou ne l'expliquent pas. 6 SIAO répondent autres, en mettant en exergue les mêmes raisons que celles développées par ceux qui ont répondu « non » et 13 n'ont pas répondu à cette question.

- La participation des structures d'accueil et des SPIP aux instances de gouvernance du SIAO (comité de pilotage, instances statutaires).



Sur les 58 SIAO ayant répondu à l'enquête, 20 SIAO déclarent intégrer les structures d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prisons aux instances de gouvernance du SIAO - soit 34 % des SIAO. Ce chiffre doit être également nuancé au regard de l'existence sur le territoire de structures dédiées dans l'accueil de ces publics, des statuts des SIAO, et des modalités de gouvernance mises en places.

19 SIAO indiquent que non, et l'explicitent par l'absence de structures dédiées/spécialisées, l'absence de comité de pilotage, ou indiquent que l'organisation ne prévoit pas en l'état d'associer ces acteurs. 4 SIAO répondent autres, en mettant en exergue les mêmes raisons que celles développées par ceux qui ont répondu « non » et 13 n'ont pas répondu à cette question.



5.3.3.2. La régulation des demandes et de l'offre d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prison

Dans le cadre de ces missions, le SIAO centralise l'ensemble des demandes des personnes ou familles sans domicile ou éprouvant des difficultés particulières, en raison de l'inadaptation de leurs ressources ou de leurs conditions d'existence, veille à la réalisation d'une évaluation sociale et procède à des orientations adaptées vers l'offre disponible, dont il recense toutes les places d'hébergement, de logements en résidence sociale ainsi que les logements des organismes qui exercent les activités d'intermédiation locative (L345-2-4 du CASF).

Le SIAO centralise progressivement les demandes du « public justice », de manière plus importante pour les personnes sortant de prison que pour les personnes placées sous main de justice en aménagement de peine. La centralisation reste partielle cependant, tant dans la réception des demandes concernant ce public, que sur la régulation des places d'accueil spécialisées/dédiées. Les modalités sont disparates d'un territoire à l'autre, et dépendent de la présence d'une offre dédiée, de l'implantation des établissements pénitentiaires également, et de l'attractivité des territoires. Des marges de progression semble exister, elles nécessitent de clarifier la place des différents acteurs : SIAO, SPIP, centre d'hébergement/logement adapté.

5.3.3.2.1. Une centralisation partielle des demandes des personnes sous main de justice et sortants de prison

Visibilité limitée des demandes de ces publics sur le volet urgence : sur les 44 SIAO concernés par cette question (35 SIAO intégrés plus 9 SIAO urgence), moins de la moitié des SIAO déclarent être destinataires systématiquement des demandes des personnes sous main de justice et sortants de prison. Ainsi 17 SIAO sur 44, déclarent être systématiquement destinataire des demandes des personnes sous main de justice, soit 39 % des SIAO concernés, et 17 SIAO ne pas l'être, 19 SIAO sur 44, déclarent être systématiquement destinataire des demandes des sortants de prison en fin de peine, soit 43 % des SIAO. 14 SIAO déclarent ne pas l'être.

- **Visibilité limitée des demandes de ces publics sur le volet insertion** : sur les 49 SIAO concernés par cette question (35 SIAO intégrés +14 SIAO insertion), la centralisation est un peu meilleure sans être exhaustive toutefois. Ainsi 23 SIAO sur 49, seulement déclarent être systématiquement destinataire des demandes des personnes sous main de justice - 47 % des SIAO concernés, 18 ne pas l'être, 26 SIAO sur 49 déclarent être systématiquement destinataire des demandes des sortants de prison - 59 % des SIAO concernés, 14 ne pas l'être pour. Des circuits spécifiques sont évoqués sur 10 territoires.

La centralisation des demandes est plus importante concernant les demandes des sortants de prison en fin de peine, que des personnes en aménagement de peine. Cela s'explique en partie par des modes de collaboration privilégiés entre structure d'accueil et SPIP pour l'admission des personnes, dans le cadre de mesures telles que le placement extérieur notamment. Cette admission des personnes en structure d'accueil conditionnant en partie l'accès à l'aménagement de peine, qui nécessite une garantie de représentation (connaissance du lieu d'hébergement) pour le juge de l'application des peines.

5.3.3.2. L'évaluation des demandes des personnes sous main de justice et sortants de prison

L'évaluation des demandes personnes sous main de justice et sortants de prison est réalisée par les prescripteurs intervenant habituellement dans le cadre des SIAO, quel que soit le type de public. La spécificité vient de l'intervention des CPIP dans l'évaluation des demandes, mentionnée assez fréquemment par les SIAO tant sur le volet urgence que sur le volet insertion, ainsi que par celle des dispositifs passerelles/référents hébergement sortants de prison ou par des permanences de travailleurs sociaux en établissements pénitentiaires dans le cadre du SIAO.

Les Conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) ne sont pas des intervenants sociaux, ce qui peut nécessiter une formation sur les objectifs et attendus d'une évaluation sociale. L'évaluation des demandes des publics « justice » diffère également, selon le statut de la personne : personnes en fin de peine, et personnes en aménagement de peine/permissionnaires. Les SIAO mettent en exergue par ailleurs la difficulté d'identifier les sortants de prison, quand leurs demandes n'ont pas été faites en amont de la sortie, mais après la sortie- l'information sur leur parcours pouvant ne pas être mentionnée par les personnes surtout sur le volet urgence ou les évaluations sont faites sur la base du déclaratif dans un temps souvent contraint. Autre questionnement : jusqu'à quand est-on encore sortant de prison ?

Sur le volet urgence, le SPIP et le 115 sont cités le plus fréquemment par les départements comme acteurs intervenants dans l'évaluation de la situation des personnes – qu'ils concernent des demandes de personnes sous main de justice ou de sortants de prison. Les autres prescripteurs intervenants dans la transmission des demandes et leurs évaluations sont également cités : SAO, accueils de jour, maraudes, collectivités. Les dispositifs passerelles sont identifiés également.

Tableau 18 : Dispositifs réalisant l'évaluation des personnes sur le volet urgence (44 départements)

Dispositif évaluant	Personnes sous main de justice	Sortants de prison
115	22	27
SPIP	23	22
SAO	15	16
Dispositifs passerelles	11	12
SIAO	11	13

Accueil de jour	9	12
Maraudes	4	7
Autres	6	6

Source : FNARS.

Sur le volet insertion, le SPIP est cité le plus fréquemment par les acteurs intervenant dans l'évaluation des demandes - des personnes sous main de justice ou de sortants de prison. Le SIAO arrive en seconde place, puis sont cités ensuite : les structures d'hébergement dédiées/spécialisées dans l'accueil de ce public, les dispositifs passerelles, les structures généralistes, puis les autres dispositifs de la veille sociale.

Tableau 19 : Dispositifs réalisant l'évaluation des personnes sur le volet insertion (49 départements)

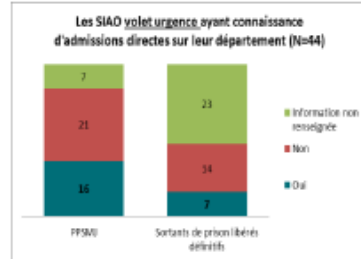
Dispositif évaluant	Personnes sous main de justice	Sortants de prison
SPIP	33	29
SIAO	20	21
Structure d'hébergement dédié/spécialisée	18	16
Dispositifs passerelles	14	15
Structure d'hébergement généraliste	12	12
SAO	9	12
Accueil de jour	7	12
Maraudes	4	7
Autres		

5.3.3.2.3. Une centralisation de l'ensemble de l'offre encore non effective sur beaucoup de territoires

Sur les 58 SIAO ayant répondu à l'enquête, 19 SIAO déclarent centraliser la totalité de l'offre d'hébergement et d'accès au logement pour les personnes sous main de justice et sortants de prison - indépendamment du type de dispositif présents sur le territoire (spécialisées, dédiées ou généraliste, 19 autres centralisent seulement certaines places des différentes structures du territoire, 5 ne centralisent pas cette offre, et indiquent l'existence d'un circuit spécifique sur leur territoire pour traiter et orienter les demandes du « public justice », 5 indiquent « autres », et expliquent l'absence d'une offre spécifique sur leur territoire et/ou l'absence de centralisation par le SIAO de l'ensemble des places, sur le volet logement adapté notamment et 10 ne répondent pas.

La centralisation partielle des places concerne tant le volet urgence qu'insertion du SIAO. En proportion, davantage de départements indiquent centraliser la totalité des places sur le volet urgence que sur le volet insertion (39 % versus 34 % sur l'insertion). A l'inverse, davantage de SIAO sur le volet insertion déclarent centraliser de manière partielle les places (38 % des SIAO sur le volet insertion vs 25 % sur le volet urgence).

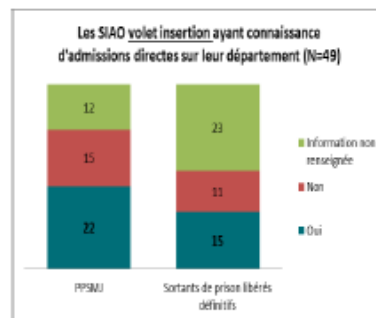
Au total, 38 SIAO sur 58 centralisent, tout ou partie, de l'offre d'hébergement et d'accès au logement pour les personnes sous main de justice et sortants de prison indifféremment du type de dispositif présents (spécialisées, dédiées ou généraliste). Soit 65 % des SIAO ayant répondu à l'enquête. L'absence de centralisation des places, ou totale, est révélateur aussi de l'absence de régulation des SIAO sur certains segments/dispositifs (logement adapté) ou alors de l'inexistence de places dédiées/spécifiques.



Des admissions en directes sont évoquées par les SIAO, tant sur le volet urgence que sur le volet insertion de manière plus fréquentes pour les personnes sous main de justice que pour les sortants de prison libérés définitifs. L'information des SIAO n'est pas systématique dans ces cas.

5.3.3.2.4. Le type de places : une offre d'accueil hétérogène

Les types de places proposées aux personnes sous main de justice et sortants de prison centralisées par le SIAO sont divers, et extrêmement hétérogènes d'un territoire à l'autre. Peu de territoires mentionnent en proportion l'existence de dispositifs ou places spécifiques.



Sur le volet urgence, l'orientation des publics se fait vers des places généralistes en centre d'hébergement d'urgence, pour les sortants de prison majoritairement mais également pour les personnes sous main de justice. Le recours aux nuitées hôtelières est cité par moins de 10 territoires (7 SIAO sur l'accueil des personnes sous main de justice, et 9 pour sortants de prison). Quelques territoires indiquent la présence d'une offre spécifique. Une dizaine de SIAO déclarent des places fléchées pour le « public justice » dans des structures d'hébergement d'urgence (15 pour accueillir des personnes sous main de justice, 10 pour accueillir des sortants de prison) ; quelques-uns mentionnent l'existence de structure d'urgence dédiée à l'accueil de ce public (5 pour accueillir des personnes sous main de justice, 9 pour accueillir des sortants de prison).

Sur le volet insertion/logement : L'orientation des publics se fait également vers des places généralistes en centre d'hébergement d'insertion. 10 territoires indiquent la présence d'une offre spécifique « public justice » sur l'insertion.

5.3.3.3. L'évaluation des modalités d'articulation entre SIAO et acteurs de la justice, le regard des SIAO

5.3.3.3.1. Une coopération à renforcer

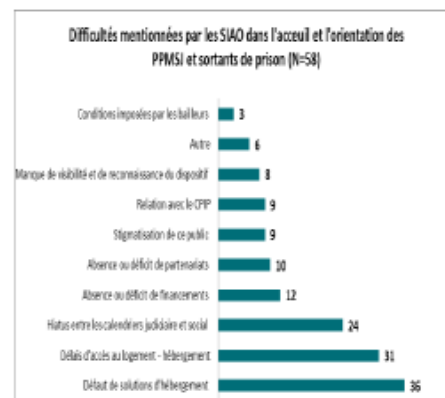
Interrogés sur l'efficacité des modalités d'articulation entre SIAO et les structures d'accueil des personnes sous main de justice et sortants de prison, seulement 13 des 58 SIAO les jugent satisfaisantes. 32 SIAO estiment à l'inverse qu'elles ne le sont pas et mettent en exergue les difficultés suivantes :

- L'absence ou insuffisance des places permettant l'accès à l'hébergement et au logement rendant la coordination peu efficace en l'absence de solutions à proposer,
- L'absence ou déficit de collaboration entre les différents acteurs
- Le déficit de pilotage des services de l'État,
- Les difficultés liées à l'évaluation des situations individuelles.

5.3.3.3.2. Les difficultés mises en exergue dans l'accès à l'H/L des sortants et personnes sous main de justice

Interrogés plus largement sur les difficultés rencontrées pour l'accueil et l'orientation des personnes sous main de justice et sortant de prison, les SIAO mettent en exergue les difficultés suivantes par fréquence de récurrence :

- Le défaut de solutions d'hébergement et de logement ;
- Les délais d'accès au logement – hébergement ;
- Le hiatus entre les calendriers judiciaire et social ;
- L'absence ou déficit de partenariats ;
- L'absence ou déficit de financements ;
- La stigmatisation de ce public ;
- Le manque de visibilité et de reconnaissance du dispositif ;
- Les conditions imposées par les bailleurs.



5.3.3.3.3. Les pistes d'action

Des pistes d'actions existent pour favoriser le renforcement des partenariats entre les SIAO, les acteurs de la justice, et les structures intervenant dans l'accueil, l'hébergement et le logement des personnes sous main de justice et sortants de prison. Les conventions, encouragées par la loi ALUR, permettront de les mettre en œuvre sur les territoires et de les formaliser.

Quelques enjeux déterminants ressortent de cette enquête pour que la coordination des SPIP/SIAO favorise effectivement l'accès à l'hébergement et au logement des personnes sous main de justice :

- La coordination quotidienne des acteurs autour des situations individuelles en précisant les rôles respectifs en fonctions des missions et compétences de chacun mais également des contraintes de temps. A cet égard la définition des modalités de réalisation des évaluations sociales/demandes aux SIAO est un enjeu essentiel en y associant les personnes (qui les réalisent ? à quel moment ? ...). La centralisation par les SIAO de l'ensemble des demandes et de l'offre, qu'elle comprenne des places dédiées ou non, est également déterminante pour répondre à sa mission d'observation. Charge au SIAO de relayer ensuite les propositions d'orientations aux structures adaptées à la situation de la personne, en associant les structures. Les admissions directes sans information du SIAO doivent devenir résiduelles.
- La prévention des risques de rupture (perte du logement) est déterminante pour favoriser le maintien du logement, pour les courtes peines notamment (en lien avec les acteurs et dispositifs d'aide au maintien dans le logement, ce qui ne relève pas forcément du SIAO) ;
- La conciliation des agendas judiciaires et sociaux déjà citée supra ;
- La coordination des SIAO et des SPIP dans les instances de pilotage et de gouvernance du secteur (SIAO, PDALHPD) mais également l'organisation de temps d'échange commun entre les équipes pour favoriser l'interconnaissance et les collaborations (réunion commune sur les dispositifs, mesures et contraintes respectives, Formations réciproques/Élaboration d'outils communs).
- L'interdépartementalité, pour organiser le partenariat SIAO et justice au-delà du département et traiter des demandes de personnes souhaitant s'installer dans un autre département que celui du lieu d'implantation de l'établissement pénitentiaire ;
- La disponibilité et le dimensionnement de l'offre : sur de nombreux territoires, les SIAO sont contraints à la gestion de liste d'attente au regard du manque d'offre pour répondre aux différentes demandes. Les personnes sous main de justice constituent un public parmi les autres, qui sera impacté par l'absence de propositions rapides. L'évolution du parc est donc déterminante, suite au diagnostic à 360° et au PDALHPD. La coordination améliorée ne répondra pas au déficit de places.
- Plus largement, ces enjeux ont fait l'objet de propositions conjointes de la FNARS, la fédération Citoyens et Justice, et de la Croix rouge française dans une note de contribution aux administrations centrales (DAP, DIHAL et DGCS) lors des discussions autour du projet d'instruction SIAO et SPIP.

6. Les expériences et projets innovants

6.1. Le projet d'étude du Cerema visant à mieux connaître les besoins des personnes sous main de justice

6.1.1. L'objectif et la méthodologie de l'étude

En 2013, 88 200 personnes sont sorties de prison. La prévention des ruptures et de la récidive nécessite une connaissance des personnes sous main de justice mais aussi des organisations territoriales mises en œuvre (offre d'hébergement, partenariats...) pour répondre à leurs besoins.

Dans ce contexte, la DIHAL, la DGCS, la DAP, la DPJJ et leurs partenaires ont souhaité engager une étude pour :

- améliorer la connaissance des situations des personnes sortant d'établissement pénitentiaire, ou placées sous main de justice, sans solution d'hébergement ou de logement, ou n'ayant qu'une solution précaire ;

- identifier les réponses existantes : hébergement, logement accompagné, logement de transition, baux glissants, logements ordinaires... ainsi que les différentes modalités mises en œuvre par les acteurs (organisation, partenariat) pour accompagner les personnes à trouver une solution qui se mettent en place pour prendre en charge les publics au regard de leurs besoins ;
- valoriser les initiatives locales : l'étude proposera notamment un ensemble de fiches de retours d'expériences pour illustrer le projet d'instruction « SIAO, acteurs de la justice » en cours et donner des pistes d'action.

L'étude souhaite valoriser des expériences locales qui favorisent un meilleur accès à un hébergement ou à un logement pour les sortants de prison, ou les personnes sous main de justice et notamment :

- des solutions d'hébergement ou de logement accompagné spécifiques ou expérimentales pour les différents publics identifiés (sortant de prison, personnes en aménagement de peine ou en attente de jugement...);
- des exemples de mobilisation partenariale autour du SIAO, de modes d'intervention adaptés (antenne avancée du SIAO...), de travail d'acculturation mutuelle autour de l'évaluation sociale, de démarches interdépartementale, ou encore de la prise en compte de ces publics dans les documents de programmation.

Une analyse détaillée d'expériences locales reposera sur de entretiens qualitatifs auprès de porteurs projets et des partenaires (services de l'État, collectivités locales/ territoriales, acteurs de la justice, SIAO, le cas échéant). Les expériences étudiées, restituées et discutées en comité de pilotage donneront lieu à la rédaction de fiches de présentation de chaque expérience (contenu à discuter), une synthèse des monographies et une note de synthèse présentant les points forts et les difficultés de ces expériences. Cette note pourra avoir également pour objectif de donner à voir aux différents acteurs (justice/administration pénitentiaire/acteurs de l'hébergement et du logement...) les contraintes et les besoins de chacun pour une meilleure connaissance mutuelle. Cette étude pourra venir alimenter/illustrer la note d'instruction aux services « SIAO- Acteurs de la Justice » en cours d'écriture. Le COPIL du 2 octobre 2015 a validé et retenu 6 expériences parmi la douzaine recensée dans le tableau suivant.

Tableau 20 : Description des expériences territoriales (en gras les 6 sélectionnées)

Intitulé	Localisation	Porteur du projet	Description du projet
ADVL pour les PPSMJ	Bouches-du-rhône (13) PACA	Œuvre des prisons DDCS 13, SIAO 13	Mise en place d'une action d'ADVL pour faciliter l'accès (dans le cas de longues peines) et le maintien dans le logement (dans le cas des courtes peines : moins de 6 mois) des PPSMJ. Il s'agit d'un travail partenarial entre le SPIP, l'Œuvre des prisons (qui met en œuvre l'ADVL), le PACT 13 et le GCS GALILE (pour des actions d'intermédiation locative) et le SIAO. Le SIAO est principalement mobilisé pour la recherche d'hébergement quand la date sortie de détention / entrée en IML ne coïncide pas et pour des solutions adaptées quand le maintien à domicile n'est pas possible
Insertion par le logement pour les sortants d'incarcération	Ile-et-Vilaine (35) Bretagne	ALFADI	L'action de l'association développe deux axes pour un public en fin de peine ou en aménagement de peine : une coordination départementale des actions menées vers le logement (animation, évaluation et orientation) en lien avec le SPIP et l'ensemble des acteurs concernés et un accompagnement social avec le support de 15 logements en intermédiation locative (Solibail et sous-location avec bail glissant) et de 6 places en ALT. Partenariats : SPIP / Sauvegarde de l'enfant à l'adolescent (SEA 35) / ADO Habitat 35 / Ville de Rennes au titre d'un contrat local de sécurité et de prévention de la délinquance Perspectives : partenariat avec SEA 35 à revoir, nouveaux logements, participation réseau via ville de Rennes, forum logement à organiser au sein du centre pénitentiaire, rapprochement avec SIAO
SAO spécialisé de l'Hérault	Hérault (34) Languedoc Roussillon	Association d'entraide et de reclassement social (AERS)	Mise en place d'un SAO pour répondre à la question de l'accompagnement des PPSMJ dans l'accès à l'hébergement : - « aller vers » les personnes détenues sur les lieux de détention ; - passerelle avec le SIAO voire les dispositifs médico-sociaux. Des permanences sont organisées sur les lieux de détention pour permettre d'organiser les éventuels partenariats à mettre en place. Le SAO réalise une évaluation globale de la personne (dont une évaluation liée au logement). L'accompagnement se veut global. Avant et après la détention (après détention, pour les personnes dont la solution d'hébergement n'a pu aboutir). Atout : mobilisation de services de l'association pour héberger des détenus : (places d'urgence dédiées...). Difficulté : Comment favoriser les aménagements de peine
Protocole de fonctionnement SPIP/SAO Permanence du SIAO en détention	Val d'Oise (95) IDF	SPIP 95 et SIAO 95	Protocole de fonctionnement : Mise en place d'un protocole de fonctionnement définissant le rôle et les tâches de chacun des partenaires SPIP et SIAO. Le protocole se divise en deux parties : - la gestion et le traitement de l'offre et de la demande d'hébergement et/ou de logement intermédiaire et le suivi des parcours des ménages - la participation aux instances de pilotage, aux instances de régulation ou/et de coordination, aux travaux d'observation sociale et de recherche et publications...

- 57 -

Intitulé	Localisation	Porteur du projet	Description du projet
			Permanence du SIAO en détention : permanence d'une demi-journée par un travailleur social du SIAO qui fera les fiches d'entretien d'évaluation, ce qui permettra de faciliter cette observation et de mesurer le besoin de ce type de places qui seraient nécessaire dans le département
Référent hébergement/logement	Essonne (91) IDF	Arapej 91	Installée en 2010, la mission du référent logement auprès de l'établissement pénitentiaire de Fleury-Mérogis, porte sur trois points : - anticiper avec le SPIP les sorties de détention sans solution d'hébergement ou de logement, afin d'y remédier - favoriser la coordination entre les services intervenants pour la réinsertion des PPSMJ => organisation de réunion entre SPIP et différents partenaires - évaluer les besoins en matière d'hébergement/logement. => difficultés : domiciliation, regard négatif des partenaires de droit commun sur les personnes incarcérées, absence de prise en charge de ce public par le SIAO 91
Appartement de coordination thérapeutique Unité « sortants de prison »	Gironde (33) Aquitaine	La CASE (en lien avec ARS)	Ouvert aux sortants en fin de peine ou dans le cadre d'aménagement de peine le dispositif vise à assurer la continuité des soins et la coordination des soins à la sortie de prison associé à un projet d'accompagnement social global
Actions pour le maintien du domicile pour les personnes non écrouées	Finistère (29) Bretagne	SPIP 29 Association Émergences	Permettre la réalisation des évaluations sociales des personnes détenues au sein de la maison d'arrêt de Brest et d'orienter les personnes vers les structures les plus adaptées à leurs situations en lien avec les SIAO du département.
Programme expérimental de maintien dans le logement pendant la détention ou d'accès immédiat au logement à la sortie, et d'insertion globale dans les MA de Lyon	Rhône (69) Rhône-Alpes	Le Mas CLLAJ Lyon (Comité local pour le logement autonome des jeunes)	L'action de l'association s'articule principalement autour de deux axes : - Maintien du domicile pour les courtes peines - Mobilisation de logements permettant une solution d'accès direct au logement pour 25 personnes immédiatement à la sortie de détention afin d'éviter les ruptures et l'errance avec un accompagnement social global
Programme auteurs de violences conjugales	Vaucluse (84) PACA	Protocole entre le TGI d'Aix, le procureur, les associations et	Mise en place d'un protocole relatif au traitement des violences au sein du couple par des actions auprès des victimes de violences : - accompagnement des victimes et permettre à la victime de rester au domicile conjugal auprès des auteurs de violences

- 58 -

Intitulé	Localisation	Porteur du projet	Description du projet
		les services de l'état concernés	-diversifier la réponse pénale par la recherche d'un accompagnement personnalisé et adapter tant sur le plan pénal, que social - éviter la récidive de comportements violents par une obligation de soins pratiquée par des cliniciens thérapeutes sensibilisés et formés à cette problématique. Ce protocole s'appuie sur un réseau de référents : magistrats, policiers, gendarmes et associations
Agence immobilière à vocation sociale	Haute-Loire (43) Auvergne	La CEF 43 et SPIP	Unité de préparation à la sortie de maison d'arrêt (UPS). Il s'agit d'assurer un accompagnement social global individualisé adapté à chacun par un accompagnement de la personne dans l'élaboration d'un projet (emploi, logement). Confrontée aux problèmes : de l'évaluation sociale des situations et de l'ouverture des droits des détenus qui n'en n'ont plus, La Clef 43 a proposé à l'association le Tremplin qui gère le SIAO du département un travail commun en vue d'améliorer l'accompagnement des personnes détenues sortantes de maison d'arrêt
Accompagnement	Alpes - maritimes (06) PACA	Maison locale	Proposer un accompagnement à l'insertion sociale et professionnelle des détenus de la Maison d'arrêt de Grasse par un travail axé sur le renforcement de l'accès à la formation, à l'orientation, à l'emploi de droit commun ou mesures jeunes, à l'accès au soin et au logement des personnes sous main de justice
Préparation à la sortie	Ardèche (07) Rhône Alpes	ANEF	Préparer les sorties d'incarcération pour les personnes du SIAO, prévenir la récidive en évitant les sorties sèches (entretiens d'évaluation sociale, définition des besoins et actions à mettre en œuvre lors de la sortie)
	Charente-Maritime (17) Poitou-Charentes	Altea Cabestan	Proposer un hébergement et un suivi socio-éducatif à des personnes sous main de justice et permettre à des détenus d'effectuer leur peine à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire pour préparer leur sortie définitive
Dernier écrou	Ile et Vilaine (35) Bretagne	Mission locale du bassin d'emploi de Rennes	Sécuriser le parcours des jeunes incarcérés : le conseiller en insertion de la mission locale en lien avec le SPIP prépare les conditions de sortie = logement, transport, social, formation, emploi santé etc. Lors d'aménagement de peine, le référent SPIP oriente les jeunes vers le conseiller de la mission locale qui établit un diagnostic et décide ou non de l'intégrer dans le dispositif ; il peut alors contractualiser l'accompagnement avec le jeune et initier le parcours d'insertion en détention
	Hauts de Seine (92) IDF	Mouvement pour la réinsertion sociale (MRS)	Réinsertion des sortants de prison et prévention de la récidive en faveur des Nanterriens détenus : - Rencontrer en détention sur signalement des SPIP, les détenus un mois avant leur sortie de prison et à construire un projet de réinsertion pour leur sortie - Accueillir dans l'antenne de Nanterre et préparer avec eux les démarches pour le logement, l'emploi et/ou de formation, la problématique santé et les questions d'ordre administratif
	Lot et Garonne (47) Aquitaine	Association Relais	Actions de prévention de la récidive : - actions individuelles et collectives permettant à la fois des ouvertures et la singularité de l'accompagnement - permissions permettant l'expérience d'actions concrètes qui prendront tout leur sens lors des sorties définitives - accès à l'hébergement, au logement de droit commun, l'accès aux droits, l'inscription dans l'emploi ou la formation professionnelle

Source : CEREMA.

La maîtrise d'ouvrage de cette étude est constituée de la DIHAL qui coordonne l'étude, de la DGCS, de la DGALN/ DHUP, la DAP et la DPJJ. Le groupe de travail « SIAO-acteurs de la justice » qui travaille sur la rédaction d'une note d'instruction, réunit la maîtrise d'ouvrage, la FNARS, la Croix Rouge, la fédération Citoyens et Justice, la Fondation Abbé Pierre, un SIAO, un SPIP, un service déconcentré. Une fois constitué, le comité de pilotage pourra réunir ces mêmes acteurs et pourra être élargi à de nouveaux partenaires suivant des besoins et finalités de l'étude. L'étude a été confiée à une équipe d'étude du CEREMA.

6.1.2. Le détail des besoins des personnes sous main de justice en matière de logement

Suivant les situations (fin de peine, attente de jugement, aménagement de peine...), les caractéristiques des publics et leur besoin d'accompagnement (social, médico-social...), les besoins en hébergement/ logement des PPMJS pourront être différents.

6.1.2.1. Les sortants de prison

Le terme générique de « sortant de prison » recouvre deux types de publics :

- les personnes libérées en fin de peine ; aujourd'hui, près de 80 % des personnes détenues sortent sans aménagement de peine, livrées à elles-mêmes et à leurs difficultés éventuelles (isolement social, problème de santé physique, physique...);
- et les personnes qui font l'objet d'un aménagement de peine permettant un passage progressif du milieu fermé vers la réintégration dans la société.

6.1.2.1.1. Les libérés en fin de peine

Dans les faits, tous les détenus en milieu fermé ne font pas l'objet d'un accompagnement ou d'une évaluation sociale réalisée par le SPIP. En effet, les SPIP ne seraient pas en mesure d'assurer un accompagnement social voire une préparation à la sortie pour l'ensemble des détenus, leurs actions étant davantage ciblées sur les demandes d'aménagement de peines.

En matière d'accès à un hébergement ou un logement, plusieurs questions peuvent se poser :

- En amont de la libération, de quelle manière le SIAO peut-il proposer une orientation qui soit adaptée aux besoins des personnes (accompagnement social, médico-social...)? Avec la loi ALUR la question de l'évaluation sociale est une injonction pour toute demande au SIAO. Dans ce cas, quelles informations l'administration pénitentiaire peut-elle fournir sur le détenu? Les évaluations pourraient-elles être conduites par des travailleurs sociaux pour le compte du SIAO, dans quelles conditions?
- Comment mieux anticiper et préparer la sortie, notamment pour les plus vulnérables? Dans quelle condition des permissions de sorties peuvent-elles être accordées aux détenus pour les aider à chercher une solution d'hébergement? Sinon, est-il possible de faire rentrer les services de droit commun en milieu fermé en vue d'informer, de prévenir les détenus de leurs droits (pôle emploi, mission locale, SIAO...)?
- Étant donné que la majorité des peines d'emprisonnement ferme prononcées pour délits sont de courte durée : 27 % des peines sont inférieures à 3 mois et 29 % entre 3 et 6 mois, comment prévenir les ruptures de ces publics et notamment la prévention de la perte de logement? Des modalités de maintien à domicile peuvent-elles être mises en place (partenariat avec la CAF, bailleurs...)?

6.1.2.1.2. Les aménagements de peine

Dans le but de réduire les « sorties sèches », les nouvelles modalités d'aménagements de peine sont apparus en 2004 dans le but de prévenir les récidives. Différents types d'aménagements de peine peuvent être mis en place comme la liberté conditionnelle, le placement sous surveillance électronique ou encore le placement à l'extérieur. Si les modalités d'application se sont assouplies depuis 2009, cette pratique est peu mise en œuvre par les Juges d'Application des Peines (soit 14 % des sortants de prison en 2010). Ces aménagements de peine sont conditionnés par le fait d'avoir un logement ou un hébergement stable qui tend à devenir, pour le juge d'application des peines, une condition au même titre que celle d'avoir un emploi et/ou de suivre un traitement médical.

Les différentes lectures montrent que l'existence des aménagements de peine repose sur des relations privilégiées du SPIP avec ses partenaires, comme le milieu associatif. Celui-ci vient compléter les missions du SPIP en matière d'hébergement, d'insertion. En dehors du droit commun, les associations peuvent accueillir les personnes sous main de justice dans le cadre d'un aménagement de peine ou utilisant des places dédiées dans un dispositif faisant l'objet d'un partenariat avec la justice. Pour que le Juge d'application des Peines prononce l'aménagement de peine, il est préférable que l'association offre un accompagnement global (hébergement, insertion professionnelle et accompagnement social). Cela suppose plus globalement une connaissance mutuelle entre la justice et ce secteur associatif, or le groupe de travail SIAO/Acteurs de la justice souligne le manque d'acculturation qui existe encore entre les deux secteurs.

La difficulté de prise en charge par les associations tient aussi au calendrier judiciaire et les incertitudes sur les dates d'entrée effective (date connue au dernier moment, refus du JAP...).

Pour les personnes en aménagement de peine, plusieurs questions peuvent se poser :

- Aujourd'hui, quelles sont les structures qui accueillent des personnes en aménagement de peine ? Sous quelles formes (collectif / diffus...) ? Selon quelles modalités d'entrée (convention entre association et SPIP, SIAO...) ?
- Quelles sont les modalités de suivi du détenu entre l'équipe éducative de l'association et le CPIP ? Si les CPIP assurent le contrôle du respect des obligations, comment travaillent-ils en collaboration avec les associations ?
- En dehors des places dédiées et/ou conventionnées, quel niveau d'information donner :
- au SIAO pour que la personne soit bien orientée ?
- à la structure d'accueil qui doit mettre en place l'accompagnement social ?
- Dans le cadre des conventions / places dédiées quelle est la gestion de ces places fléchées ? Quelle place pour le SIAO dans ce circuit d'orientation ?
- L'aménagement de peine terminé, quel suivi / accompagnement de l'association pour les personnes les plus en difficulté ?

6.1.2.1.3. La question des jeunes majeurs

En 2011, les jeunes de 18 à 24 ans représentaient 25 % de la population sous écrou. Sachant que les risques de récidives sont plus élevés chez les jeunes, l'accompagnement à la sortie doit être un moment privilégié aussi bien sur le volet du logement / hébergement qu'au niveau de l'insertion professionnelle. Les mineurs et les jeunes majeurs (jusqu'à 21 ans) sont pris en charge par la DPJJ au titre de l'« enfance délinquante » / « enfance en danger » ou de l'« assistance éducative ». En 2013, 138 500 jeunes ont été suivis dans le cadre de la protection judiciaire de la jeunesse, la plupart en milieu ouvert.

Peut se poser la question de l'accompagnement des mineurs ou de jeunes majeurs incarcérés, qui faute de cadre familial, se retrouvent sans solution d'hébergement. Par ailleurs, la question de l'accompagnement et de la prise en charge doit également se poser pour les jeunes majeurs qui passés 21 ans ne sont plus pris en charge par la PJJ mais par le SPIP. Les associations soulignent le manque d'articulation entre les dispositifs prenant en charge les mineurs et ceux qui s'occupent des majeurs. L'articulation entre les deux directions de la justice doit être soulevée. Plusieurs questions peuvent se poser :

- Pour ce public de jeunes, et notamment les plus fragiles, quelle prise en charge (PJJ, SPIP) ? Avec quels partenaires ? Quelle coordination entre ces services de l'administration judiciaire pour éviter la rupture de prise en charge ?
- Quelles solutions d'hébergement (et d'accompagnement) proposer pour ces jeunes ? Pour les jeunes majeurs, la PJJ est-elle un acteur connu, reconnu et mobilisé par les structures d'hébergement ? Quelle offre d'hébergement proposer aux jeunes sachant que les associations estiment qu'il s'agit d'un public plus difficile et plus souvent amené à transgresser les règles ?

6.1.2.2. Les personnes en attente de jugement et les personnes condamnées sans incarcération

Dans l'attente d'un jugement, le juge des libertés et de la détention est saisi afin de statuer sur le placement de la personne poursuivie : contrôle judiciaire, dispositif d'éviction de conjoint violent... ou détention provisoire. Dans le cas où la personne ne fait pas l'objet d'une détention provisoire, celle-ci peut se retrouver éloignée de son logement voire de son territoire d'origine. Par ailleurs, certaines personnes sont condamnées sans incarcération (comme les aménagements de peine ab initio ou dernièrement les contraintes pénales).

Des solutions de logements ou d'hébergement doivent être rapidement trouvées pour ces personnes sous main de justice. Par le biais de conventions avec la justice, certaines places dédiées sont par exemple amenées à accueillir des conjoints violents dans l'attente d'être jugé. Lors de la conférence de consensus, il a été souligné que ces places « dédiées » dans les structures associatives étaient insuffisantes.

Plusieurs questions peuvent se poser :

- Quels sont les partenariats existants pour ces personnes en attente de jugement ? Dans quelles conditions peut-on maintenir le logement ou hébergement dont bénéficierait la personne ?
- En dehors des conventions entre le ministère de la justice et les associations, quelles modalités de travail entre les CPIP et le SIAO pour répondre rapidement aux besoins de ces personnes ? Quels modes d'hébergement / logement peuvent-ils être mobilisés ?

6.1.3. Des enjeux transversaux : le rôle du SIAO, les relations entre acteurs, l'organisation territoriale

6.1.3.1. Le SIAO : vers une évolution des pratiques ?

Définis par la circulaire du 8 avril 2010, les Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) constituent un outil essentiel du service public de l'hébergement et de logement. La Loi ALUR a souhaité renforcer son existence juridique. Dans l'accès à l'hébergement / logement, le SIAO devient une plate-forme départementale unique, couvrant le volet urgence et le volet insertion/logement accompagné.

La mise en place des SIAO renvoie à un changement dans la pratique professionnelle des SPIP dans la mesure où désormais, toutes les demandes d'hébergement et de logement adapté doivent passer par le SIAO. Si des partenariats existent déjà entre l'administration pénitentiaire et les associations (sous forme de conventions et de places réservées), le SIAO vient modifier les modes de travail existants.

Autour de ce nouvel interlocuteur entre le SPIP et les associations amenées à prendre en charge les personnes sous main de justice plusieurs questions peuvent se poser :

- En vue d'adapter les besoins en hébergement / logement des personnes sous main de justice (notamment dans le cadre d'aménagement de peine), quelles informations donner au SIAO sur les détenus dans l'enquête sociale réalisée préalablement ?
- Quel est le rôle (la place) du SIAO, lorsque des conventions ont été mises en place directement entre la justice et les associations ? Est-il informé de l'occupation (ou non) de ces places ? Peuvent-elles être fléchées pour le droit commun en cas de disponibilité ?
- Comment articuler la temporalité entre la justice (décisions pour les sorties qui peuvent annuler au dernier moment ou au contraire, prendre en charge rapidement une personne en attente de jugement) et le SIAO qui se trouve lui dans un processus plus long ?
- Dans chaque service (SPIP, SIAO), des interlocuteurs uniques ont-ils été mis en place ? Par exemple, un référent justice dans les SIAO ? Les SIAO intègrent-ils les SPIP dans leur commission en vue de mieux coordonner les sorties de détention et les besoins d'hébergement ? Comment les détenus sont-ils associés aux démarches ?

6.1.3.2. La question du décloisonnement entre les différents secteurs intervenant au service des personnes sous main de justice et entre les territoires

- Comment peut-on amener les différents services : juges, SPIP, SIAO, associations, services de soins... à mieux se connaître, à connaître les dispositifs mobilisables pour accompagner de manière plus efficiente les personnes sous main de justice ?
- Comment travailler entre départements ? La personne sous main de justice pouvant être amené à changer de territoire une fois libérée, comment les SIAO peuvent-ils s'organiser pour répondre à ces attentes voire à ces besoins (pouvant être liées à des obligations de justice) ? Suivant la mobilité de la personne sous main de justice, l'idée est d'assurer une continuité dans la prise en charge : le SPIP peut-il mobiliser un SIAO en dehors de son département, une association qui a des places dédiées qui correspondrait aux besoins des détenus ?

6.1.3.3. Une meilleure prise en compte en amont des besoins des personnes sous main de justice dans les documents de programmation.

En vue de prévenir l'errance à la sortie des établissements pénitentiaires, la circulaire du 01 mars 2010 insiste sur la nécessité de mobiliser et coordonner les services de l'État et les partenaires de la politique du logement et de l'hébergement. Il ressort que les personnes sous main de justice ne sont pas assez pris en considération dans les politiques locales. En vue de répondre aux besoins des AHL, les SPIP doivent être associés aux documents de programmation que sont les PDALHPD ou les PDALPD (ou encore les diagnostics à 360°).

- Dans les faits, sont-ils réellement associés à ces démarches en vue de faire remonter les besoins des personnes sous main de justice ? Les SPIP (ainsi que les SIAO) pourraient-ils apporter une nouvelle connaissance et faire remonter les besoins de ce public à l'échelle territoriale ?

6.2. Des fédérations envisagent de mettre en place des systèmes d'information sur cette thématique

La fédération Citoyens et justice a développé un projet de rapport d'activité pour ses associations adhérentes. Le projet communiqué à la mission date du 30 janvier 2007 et s'appliquerait aux associations adhérentes gestionnaires d'une activité de placement extérieur. En ce qui concerne le logement, elle prévoit de renseigner les éléments suivants concernant l'arrivant au premier jour de l'arrivée dans la structure de placement extérieur : HLM par bail direct, parc privé par bail direct, propriétaire, HLM par bail glissant, logement partagé/colocation, FJT/FTM, résidence sociale, ALT, hôtel meublé au mois, logement lié à l'emploi, chambre chez l'habitant, hébergement par des proches, sous location sans titre, hôtel à la journée, squat/caravane, structure d'hébergement d'urgence, autres CHRS, hôpital, rue, conditions de logement inconnues, autres, non réponse. Le rapport d'activité préciserait également le dispositif d'hébergement durant la mesure : éclaté/internat ou personnel ainsi que le dispositif à la sortie de la mesure : HLM par bail direct, parc privé par bail direct, propriétaire, HLM par bail glissant, logement partagé/colocation, FJT/FTM, résidence sociale, ALT, hôtel meublé au mois, logement lié à l'emploi, chambre chez l'habitant, hébergement par des proches, sous location sans titre, hôtel à la journée, squat/caravane, structure d'hébergement d'urgence, autres CHRS, hôpital, rue, conditions de logement inconnues, autres, non réponse.

A partir de ces éléments, il serait possible de procéder aux requêtes impliquant le logement.

6.3. Les dispositifs innovants identifiés par l'enquête DAP sur les relations SPIP/SIAO

Des projets innovants de coordination SPIP/SIAO ont été mis en place du type :

- Convention SPIP/SIAO ;
- Désignation des référents justice au sein des SIAO ;
- Permanence SIAO en détention pour réaliser les évaluations sociale ;
- Participation des SPIP aux commissions d'orientation du SIAO.

De plus, des associations financées au titre du dispositif AVDL interviennent en détention afin de réaliser les entretiens et les évaluations sociales.

Tableau 21 : Principaux projets de coordination SPIP/SIAO

Département	SPIP	Projet
15	Cantal	Convention de partenariat
26	Drôme	Convention de partenariat
29	Finistère	Réalisation des évaluations sociales pour l'association Emergence
37	Indre et Loire	Travail réalisé avec DDCCS pour l'intervention de l'AVDL à la MA de Tours afin de réaliser l'évaluation et la saisine du SIAO
41	Loir et cher	Protocole de fonctionnement
54	Meurthe et Moselle	Convention DDCCS, SIAO et association Regain 54 : antenne avancée du SIAO dans les établissements pénitentiaires du département par un TS
56	Morbihan	SPIP membre du COPIL SIAO
59	Nord	Conventionnement avec SIAO pour réalisation de permanences en détention et travail avec les autres SIAO du département
60	Oise	Permanence mensuelle du SIAO au CP de Liancourt depuis juillet 2014, projet similaire au CP de Beauvais (ouverture fin novembre 2015)
73	Savoie	Travail en cours sur les procédures pour améliorer le partenariat avec le SIAO

Département	SPIP	Projet
77	Seine et Marne	SPIP invité au COPIL annuel du SIAO
78	Yvelines	Permanence du référent justice du SIAO à la MAF de Versailles et MA de Bois d'Arcy
88	Vosges	SPIP membre du COPIL SIAO
90	Territoire de Belfort	Convention avec l'armée du salut, association porteuse du SIAO (permanence SIAO en détention)
91	Essonne	Réflexion en cours sur articulation SPIP/SIAO
95	Val d'Oise	Début des permanences à la MA du Val d'Oise Osny) en juin 2015
972	Martinique	Participation du SPIP à la commission d'orientation du SIAO
974	Réunion	Participation du SPIP à la commission d'orientation du SIAO

Source : DAP

6.4. Les appels à projets innovants lancés par la DIHAL

Un appel à projets innovants conjoint DIHAL, DGCS, DHUP a été lancé en 2013 pour développer des solutions nouvelles d'accompagnement de public en grande difficulté vers le logement et notamment les personnes sortant d'établissements pénitentiaires en promouvant des approches pluridisciplinaires et transversales. Une enveloppe de 2,2 M€ permettant de financer 13 à 15 projets soit entre 13 et 15 k€ par projet a été affectée.

6.4.1. Les projets lancés en 2013 et leur bilan

En 2013, les projets concernant les personnes sous main de justice retenues sont les suivants :

6.4.1.1. Le projet Regain 54

Le projet porté par l'Association Regain 54 a permis en Meurthe et Moselle la création d'une antenne avancée du SIAO au sein des trois établissements pénitentiaires du département pour aider les détenus en fin de peine. L'association réalise les évaluations sociales et procède à l'orientation des personnes sortant de prison vers des structures d'hébergement voire de logement. Le projet a une durée initiale de 18 mois et bénéficie à 58 personnes.

Il est devenu opérationnel à partir de mai 2014, le temps que l'association soit identifiée et sollicitée par les partenaires AHL. Ainsi, de janvier à juillet 2014, la DIHAL a financé sur fonds d'appel à projet 0,5 ETP de travailleur social, qui a pu être augmenté à 1 ETP à partir du mois de juillet sur financement DDCS. La subvention accordée par la DIHAL dans le cadre de l'appel à projets innovation sociale est de 55.697 €. Il n'y a pas de cofinancement direct mais une valorisation des moyens et matériels mis à disposition par le SPIP (temps de conseillers, mise à disposition de bureau et équipement). Les personnes sont principalement orientées par le SPIP sur le dispositif.

Le dispositif est le suivant. Un travailleur social du SIAO se déplace deux fois par semaine sur chacun des trois centres pénitentiaires ainsi que sur le centre psychiatrique du département. Au préalable, le travailleur social du SPIP envoie la fiche d'évaluation SIAO du détenu, à la suite de quoi le SIAO 54 reprend contact avec le SPIP. Après cet échange, une rencontre avec le détenu est organisée pour un premier entretien dont l'objectif est la réalisation d'une évaluation sociale.

Dans un second temps, les rencontres dans l'univers carcéral entre le SIAO et le détenu se font sur un rythme variable, pour une moyenne de deux rencontres par personne. Ces entretiens sont axés sur le projet de construction de vie de la personne après sa sortie de prison. Enfin, lorsque cela est possible, le SIAO essaye de rencontrer la personne une semaine avant sa libération pour lui expliquer le mode de fonctionnement de l'offre d'hébergement ou de logement vers laquelle elle sera orientée, ainsi que pour prévoir un moyen de transport permettant de rejoindre cette structure.

6.4.1.1.1. La prévention des risques de rupture

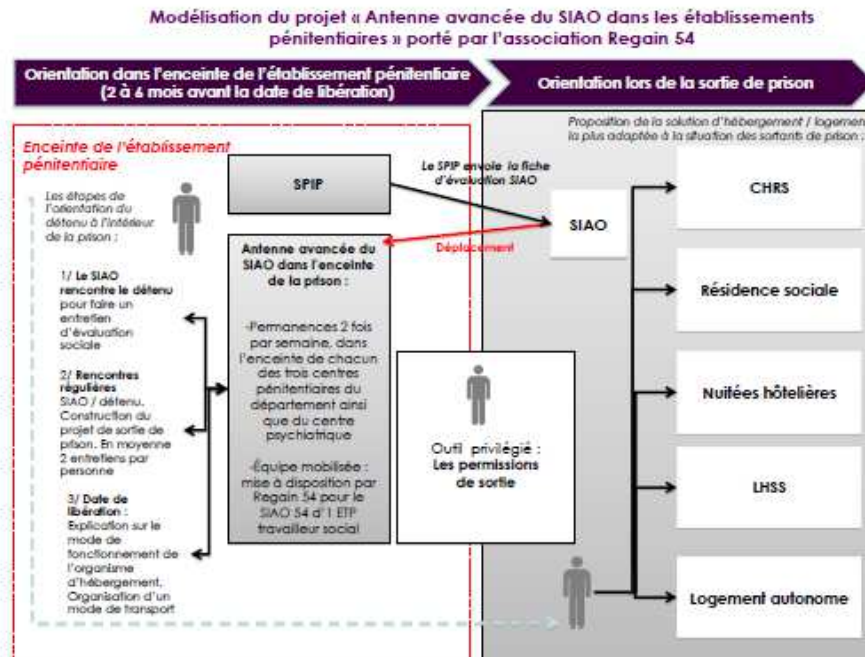
Ce projet est innovant dans la mesure où il prévient les risques de rupture en fluidifiant le parcours des sortants de prison et en évitant une sortie « sèche ». Sans le projet, les personnes s'orienteraient par défaut dans des centres d'hébergement d'urgence ou autre solution peu adaptée. De plus, ce projet permet d'améliorer la connaissance du public des sortants de prison.

Sur les 58 personnes qui ont bénéficié du dispositif, plus de 20 personnes ont eu un temps de 4 à 6 mois avant leur date de libération pour anticiper leur logement à la sortie. Pour une vingtaine de personnes, ce délai a été de 2 à 4 mois. Enfin, seules 7 personnes ont eu moins d'un mois pour préparer leur sortie. 20 personnes ont été orientées en CHRS, 4 en stabilisation, 3 en logement public ou privé 3 en résidence sociale et quelques unes vers des services médico-sociaux ou des nuitées hôtelières. Lors de l'évaluation sociale ayant eu lieu 3 à 6 mois après la sortie de prison, l'équipe de Regain 54 a dénombré 5 réincarcérations sur 58.

Parmi les acquis du projet figure l'interdépartementalité. En effet, il existe dans le département voisin de la Moselle un quartier mineur dans lequel certains jeunes originaires de Meurthe et Moselle sont incarcérés. Une fois leur peine achevée, ces jeunes à peine majeurs reviennent dans leur département d'origine, et certains sont ainsi amenés à se retourner vers le SIAO 54. L'équipe de Regain envisage de poursuivre le développement de cet axe d'interdépartementalité, en travaillant avec les SIAO d'autres départements.

La réelle plus-value du projet est l'anticipation. L'équipe de Regain 54 estime que le processus de réinsertion ne doit pas se créer le jour de la libération. L'anticipation et le nombre d'entretiens en prison avec la personne sont un enjeu clef pour la réinsertion de la personne, permettant de construire un terrain serein permettant d'avancer.

Graphique 2 : Description du projet Regain 54



6.4.1.1.2. Les difficultés rencontrées

Il est parfois difficile d'anticiper la date précise de sortie. Le temps judiciaire est compliqué à maîtriser, et génère des déplacements dans le temps de projets construits.

Si le partenariat s'avère satisfaisant avec les milieux judiciaire, carcéral et social, il s'agit de le développer avec les structures d'insertion professionnelle ainsi que médicales. Regain 54 dispose déjà d'un protocole visant à protéger le secret médical avec les partenaires médicaux en détention. Une des perspectives prioritaires est de renforcer le partenariat avec le médical.

De plus, l'équipe de Regain 54 aimerait développer les sorties vers le logement autonome. En effet, certaines personnes pourraient intégrer un logement autonome, sauf qu'à défaut elles sont orientées vers un dispositif d'insertion car l'accès au droit n'est pas à jour lors de la libération et que les bailleurs sociaux n'ont pas de garanties de revenus. Récemment, des rencontres ont été organisées afin de mettre en place des projets de baux glissants. La CAF a été sollicitée pour voir si des aides spécifiques pourraient être mises à disposition.

6.4.1.1.3. *Le bilan*

Les données analysées ci-dessous sont principalement issues de l'évaluation quantitative pilotée par l'Agence nouvelles des solidarités actives (Ansa). Ces données sont récoltées auprès de chaque bénéficiaire par le lauréat de l'appel à projet. En effet, deux questionnaires seront saisis pour chaque bénéficiaire : un lors de son entrée dans le projet, et le second lors de sa sortie. Ainsi, l'équipe de Regain 54 a saisi des questionnaires à l'égard de 12 des 15 bénéficiaires, qui ont intégré le projet entre 1er février 2014 et le 2 septembre 2014. Les analyses ci-dessous portent sur quelques questions clés, notamment celles relatives aux caractéristiques des bénéficiaires. Afin de comparer leur degré de fragilité quant à l'accès au logement par rapport au public SDF, certaines données sont comparées à un sondage national des SDF réalisé par l'Insee en 2012²⁴.

Les bénéficiaires du projet sont des hommes célibataires, avec ou sans enfants. La répartition des bénéficiaires dans les différentes classes d'âge est équilibrée entre les différentes tranches d'âge, avec une prépondérance de personnes entre 30 et 49 ans (42 %). Seuls 17 % des bénéficiaires avaient un emploi compte tenu de la fin de leur détention récente, alors qu'en moyenne un quart des personnes sans domicile ont une activité économiquement. Le non-recours aux aides est prégnant, notamment concernant la CMU et la CMUC-C. Le revenu moyen mensuel des personnes étaient de 349 €, soit largement en-dessous du seuil de la pauvreté (987 € pour une personne seule), laissant ainsi les 12 bénéficiaires ayant répondu en situation de pauvreté. Au moment de leur entrée, les 12 bénéficiaires sortaient de détention. Sur les 12 derniers mois, en moyenne les personnes en avait passés 11 en prison, 0,5 mois à la rue et 0,5 mois en logement. L'orientation des bénéficiaires a été la suivante : 1 personne a pu accéder à un logement autonome, 1 personne est en hébergement avec accueil continu, 3 personnes ont été renvoyés vers un SAO, 2 personnes à l'hôpital et 2 attendent encore une proposition.

6.4.1.2. *Le projet CDAH en Seine et Marne*

Le démarrage a été laborieux en raison de critères trop restrictifs et les logements sont restés longtemps inoccupés. Le projet consistait à assurer un accueil en logement « passerelle », avec un accompagnement global renforcé pour les personnes sortant des 4 établissements pénitentiaires présents sur le département de Seine-et-Marne, notamment les détenus du centre de détention de Melun. Ces derniers sont condamnés pour de longues peines et cumulent souvent plusieurs handicaps sociaux : rupture familiale, problèmes d'insertion professionnelle, d'accès au droit et fin d'hébergement à leur sortie. Ainsi, entre janvier 2012 et mars 2013, 74 demandes ont été effectuées par le SPIP auprès du SIAO pour 6 places d'hébergement dédiées à ce public.

Le projet CDAH²⁵ en Seine et Marne consiste en 6 logements passerelle (du studio au T2) captés en diffus dans le parc privé et/ou social en partenariat avec le SPIP situés sur deux communes du département de Seine-et-Marne (Melun et Fontainebleau). Les bénéficiaires sont des sortants de détention placés sous main de justice ou non, bénéficiant d'un aménagement de peine (sauf PE), d'une mesure probatoire ou de sûreté (SSJ, SME...) et hors personnes souffrant de troubles psychiatriques non stabilisés ou à mobilité réduite. Sur les 6 personnes accueillies, 1 a été orientée par le MO de Melun, les autres par le CD ou le CPSE, 5 sortaient d'une longue peine (jusqu'à 15 ans), 1 moins de cinq ans, hommes âgés de 24 à 61 ans en majorité des AICS.

Le projet prévoit une évaluation des situations dans l'enceinte du centre de détention ce qui a pour effet d'améliorer la connaissance du public sortant de prison ainsi que de leurs besoins. Ce procédé permet par ailleurs de prévenir des risques de ruptures liées à la sortie de prison et aux personnes d'appréhender avec plus de sérénité la fin de leur détention. Les professionnelles

²⁴ Insee, *l'hébergement des sans-domicile en 2012* (Echantillon de 141 500 personnes sans-domicile).

²⁵ Comité Départemental pour l'Accueil et l'Hébergement.

disposent pour cela de laissez-passer permanents. L'équipe CDAH intervient quasi systématiquement en binôme, ce qui permet notamment d'assurer la continuité des missions.

Ainsi, lorsque le détenu arrive en fin de peine, le SPIP 77 peut solliciter une évaluation psychosociale du détenu avec les équipes du CDAH. Cette évaluation se fait en deux temps : une première évaluation est réalisée par le travailleur social et le chef de service, une deuxième évaluation est réalisée par la psychologue avec une synthèse et une réponse formalisée par le SPIP au candidat. Une place est disponible en 2015, sachant que 8 évaluations ont été réalisées et que 3 personnes sont sur liste d'attente.

A l'issue de cette double évaluation, l'équipe détermine si la personne pourra intégrer le dispositif ou non (les personnes présentant des troubles psychiatriques peuvent intégrer le projet si celles-ci sont stabilisées ou engagées dans un parcours de soin). Les candidats ont été évalués, soit en détention (CD de Melun, CP sud francilien de Réau) soit à l'extérieur (locaux d'Empreintes, à l'occasion de permissions de sortie). Par ailleurs, entre le temps des évaluations, puis une éventuelle suite favorable à l'admission d'une personne et sa sortie effective, il peut parfois s'écouler plusieurs semaines. La CDAH peut dans ce cas soit faire le lien avec les professionnels des services pénitentiaires, soit commencer tout de suite le travail d'accompagnement, notamment sur les droits à ouvrir ou à restaurer.

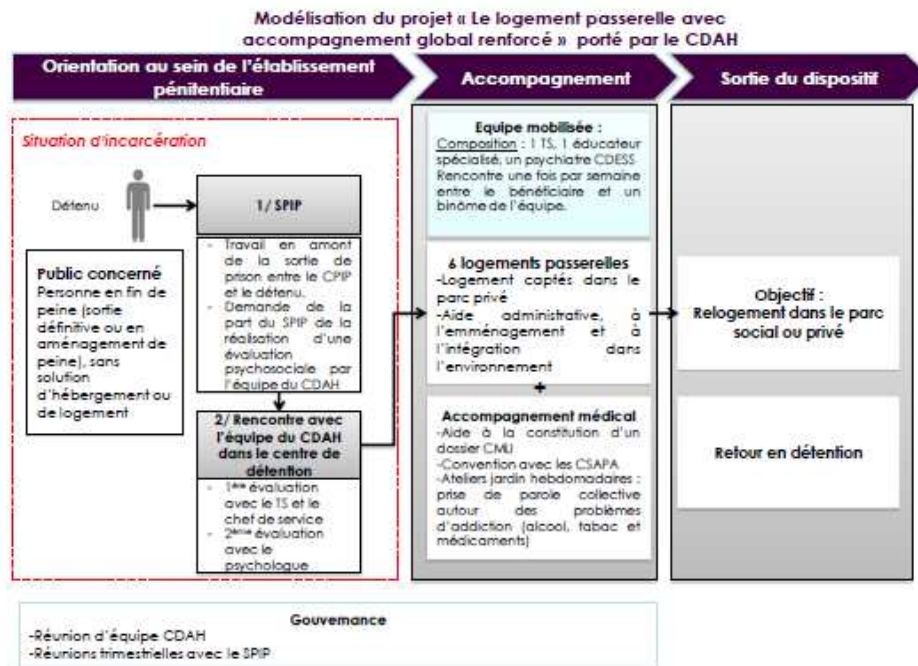
L'équipe du CDAH va directement chercher la personne au centre de détention lors de sa sortie. Une aide immédiate est apportée pour mettre à jour les documents administratifs, procéder à l'ouverture des droits, aider à l'emménagement et prendre connaissance du nouveau cadre de vie. Au début de l'intégration dans le logement passerelle, la personne rencontre une fois par semaine le binôme de travailleurs sociaux du CDAH. La construction d'un parcours de soin se met alors en place, par la réalisation d'un bilan de santé et par une orientation le cas échéant vers les partenaires en charge des problématiques d'addiction ou psychiques. Le projet dispose d'une convention avec un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). De plus, des ateliers « jardin » hebdomadaires sont organisés : l'objectif est d'initier un échange autour des thèmes de l'alcool, du tabac et des médicaments. Cet atelier permet de discuter de façon informelle, et rassemble aussi bien des personnes sortant de prison que d'autres personnes en situation d'hébergement.

Concours de circonstances devenu rapidement un atout dans le déroulement du projet, a été privilégié au démarrage du projet, en partenariat avec le SPIP77, le recrutement de professionnelles contractuelles du SPIP77 très sensibilisée aux problématiques de détention. De même, la psychologue recrutée avait été coordinatrice et avait contribué en 2011/2012 au fonctionnement du CNE (Centre National d'Evaluation) du Centre Pénitentiaire Sud Francilien de Réau.

Le coût du projet est de 119.000 €, la subvention accordée dans le cadre de l'appel à projets innovation sociale est de 73.000 € avec des cofinancements : DDCS à hauteur de 73.000 €, et Caisse d'allocation familiale de Seine-et-Marne à hauteur de 23.000 €.

Le projet implique de nombreux partenaires : justice par le biais d'un protocole de fonctionnement, santé, secteur de l'insertion sociale et professionnelle et secteur de l'insertion par le logement.

Graphique 3 : Description du projet CDAH



6.4.1.2.1. Les difficultés rencontrées

L'équipe du CDAH a dû composer avec les contraintes liées à l'absence de visibilité concernant les dates de sortie. Des projets de sortie construits ont été repoussés faute de date définie de fin d'incarcération. La contrainte à dépasser est la fluidité des entrées, dépendante des décisions judiciaires.

Les profils des sortants sont « lourds », induisant une autonomie très relative à la sortie de détention. La durée du séjour est très influencée par une situation administrative à mettre à jour et la longueur du délai de traitement par les différents organismes.

Une fois que la personne est sortie de prison, le lien entre le Pôle Emploi, l'équipe du CDAH et le SPIP se fait difficilement. Il s'agirait de provoquer des temps de concertation pour définir le rôle précis de chaque acteur.

Le travail de coopération avec les CPIP dans l'enceinte de la prison pourrait être entrepris plus en amont, afin de régulariser la situation administrative des personnes détenues de manière plus efficace et de favoriser une insertion sociale et professionnelle plus rapide. Il s'agirait peut être de rendre plus réguliers les temps d'échange entre l'équipe du CDAH et les antennes du SPIP 77 de Melun et Fontainebleau.

6.4.1.2.2. Le bilan du projet

Les bénéficiaires sont tous des hommes, célibataires, et sont majoritairement âgés entre 30 et 49 ans (67 %). 2 des 6 personnes bénéficient d'allocations chômage au moment de leur intégration dans le projet. Les 4 autres, étant toujours en détention, n'avaient aucune ressource. Il est constaté un très faible taux de recours à l'ensemble des aides, qui s'explique par les nombreux obstacles à l'ouverture des droits en milieu pénitentiaire. 5 des 6 bénéficiaires étaient en détention au moment d'intégrer le projet et autant avaient également passé la totalité des 12 mois précédant leur intégration dans le projet en détention. Un bénéficiaire était hébergé par sa famille au moment d'intégrer le projet, et orienté vers le projet par le SPIP du milieu ouvert.

Le logement est donc dans un premier temps meublé, assuré et si la personne n'est pas en mesure de payer financièrement une participation, elle en est exonérée durant les premiers temps. Puis, au fil du temps, les droits sont restaurés, la personne bénéficie de ressources issues du travail, de la formation ou de prestations de solidarité. Dans ce cas, la personne commence à régler un % du montant du loyer et des charges. Puis, elle a la faculté et est encouragée à acquérir des meubles dans la perspective du relogement. En fin de séjour, la personne doit être en mesure de payer son loyer, son assurance, de s'être meublée à minima (ce qui peut générer le remplacement progressif du mobilier). Cette approche permet à la personne d'être la plus prête possible en vue de son relogement. La dimension « passerelle » du service prend ici tout son sens.

Dans l'idéal, l'étape suivante serait de favoriser un « glissement de bail » du logement occupé au profit de la personne. A ce jour, le projet n'est pas encore fonctionnel sous cette forme. Il serait nécessaire pour cela d'associer des bailleurs. Cela pourrait constituer une nouvelle étape dans l'évolution du projet. En ce qui concerne les sorties en cours, 3 personnes sont en capacité d'accéder à un logement de droit commun et les démarches sont engagées en ce sens, 1 personne est orientée vers une Résidence Accueil. En fonction des profils de chacun, l'orientation se fait vers des structures de type Foyer Logement, Foyer de Jeunes Travailleurs ou Résidence Sociale. En ce qui concerne les sorties effectuées, une première sortie a eu lieu en décembre 2014 (réincarcération) et une deuxième sortie fin septembre 2015 (relogement de droit commun).

En termes de coût du projet, le tableau suivant permet d'établir des comparaisons entre le coût des services pénitentiaires classiques²⁶, celui d'un accueil d'urgence de type mise à l'abri par le biais du 115 (donnée 115 du département de Seine-et-Marne) et le coût du projet CDAH.

Tableau 22 : Comparaison des coûts d'autres mesures avec le projet CDAH

	En €/par jour et par place	En €/ par an et par place	Coût pour 6 personnes en €/an
Coût des services pénitentiaires en 2011			
surveillance électronique	10	3 807	22 842
placement extérieur	31	11 432	68 591
semi-liberté	59	21 604	129 626
maison d'arrêt	85	31 186	187 114
centre pénitentiaire	96	35 044	210 262
centre détention	98	35 799	214 795
maison centrale	196	71 591	429 547

²⁶ Données issues de la conférence de consensus de prévention de la récidive de 2011.

	En €/par jour et par place	En €/ par an et par place	Coût pour 6 personnes en €/an
Coût d'un accueil d'urgence type 115 en Seine-et-Marne en 2015	17	6 205	37 230
Coût du projet ne prenant en compte que la partie logement + charges	19	6 899	41 391
Subvention annuelle du projet pour 6 places	33	12 045	73 000

Source : CDAH.

Le surcoût du projet représente les salaires versés et charges afférentes. Il est donc lié à l'accompagnement à « géométrie » variable, d'intense à très intense au moment de l'admission, à plus allégé à l'approche du relogement. Cet accompagnement se situe au croisement de deux dimensions assez complexes à articuler : celle du soutien social et celle du « contrôle social ».

6.4.1.3. Le projet ARRIPS dans le Nord

Le projet ARRIPS²⁷ dans le 59 consiste en la création de logements passerelles conçus comme un sas de stabilisation entre la fin de détention et le logement ordinaire ou accompagné. Il a ensuite évolué vers l'acquisition de logements en diffus avec l'accueil de 13 personnes. Récemment l'association a loué une résidence à Avesnes-sur-Helpe qui sera réhabilitée pour accueillir notamment des personnes en placement extérieur. Le projet devait durer 4 mois et bénéficier à 18 personnes.

Il vise à répondre à l'absence localement identifiée de passerelle entre la sortie de prison et l'hébergement en CHRS ou le logement en raison des multiples difficultés rencontrées par les sortants d'établissement pénitentiaire : perte des droits sociaux, absence de réseau familial et/ou amical et identification de problèmes psychologiques. Le projet accueille des personnes en fin de détention ou placées sous main de justice, en situation d'isolement et d'exclusion sociale, souffrant parfois de troubles psychologique pour les préparer à intégrer un logement durable. Elles présentent pour la plupart de graves problèmes de santé, auxquels s'ajoutent un faible niveau de qualification et de faibles ressources financières.

Il s'agissait dans un premier temps de 6 logements « SAS de stabilisation » permettant l'accès aux services de proximité, aux transports en commun et aux commerces. Ces logements ont été trouvés via un partenariat noué avec des bailleurs sociaux (Partenord Habitat et Promocil). Depuis décembre 2014 conformément au projet initial de l'association, le « SAS de stabilisation » a pris la forme d'une résidence sociale spécialisée comprenant des espaces de vie collective et 5 logements (1 logement PMR, 2 T1 bis, 3 T2), équipés de cuisine et de sanitaires individuels. A la résidence sociale spécialisée, s'ajoute deux appartements en colocation dans le diffus (1 T4 et 1 T5). Les bénéficiaires sont sous-locataires.

Le coût du projet est de 212 340 € : la subvention accordée dans le cadre de l'appel à projets innovation sociale est de 90.000 €, avec des cofinancements (département à hauteur de 12.000 € et la direction départementale du SPIP à hauteur de 30.000 €). Le montant de la redevance pour les appartements est entre 70 € et 100 € en fonction des moyens de chaque bénéficiaire.

²⁷ Association Régionale pour l'Insertion Professionnelle des Publics Spécifiques.

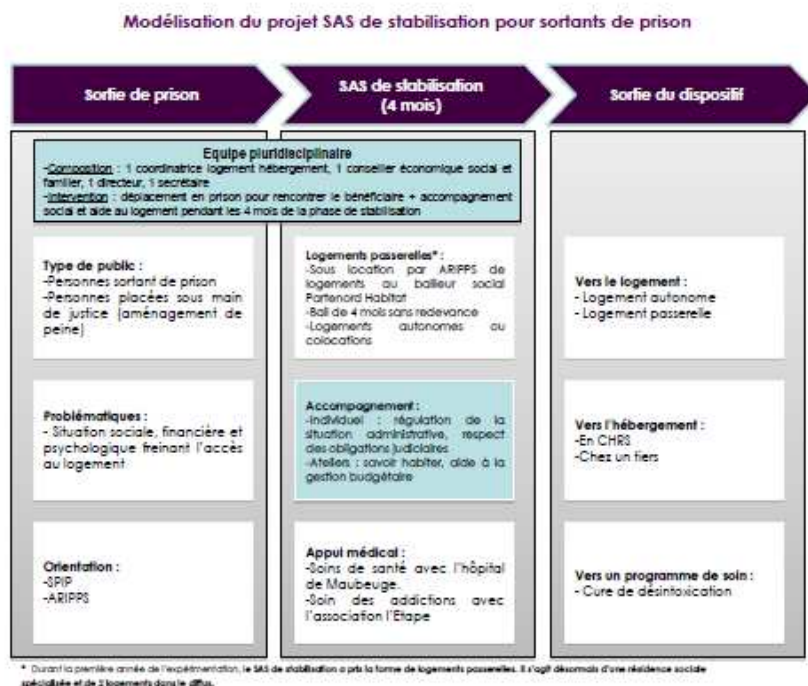
6.4.1.3.1. Procédure d'admission et accompagnement social

Les bénéficiaires sont orientés sur le projet par les CPIP qui réalisent l'évaluation sociale en concertation avec les équipes ARIPPS. Le candidat renseigne et transmet un dossier de candidature à l'ARRIPS. Un premier entretien a lieu en détention ou à l'ARRIPS. C'est lors du comité d'admission où sont présents le directeur de l'ARRIPS, le coordinateur, la secrétaire, le conseiller en insertion socioprofessionnelle et la conseillère en économie sociale et familiale que sont décidées les admissions. L'admission dans le dispositif est validée par le SPIP sur la base de critères (stabilité de la santé mentale, motivation à intégrer le dispositif, ouverture vers le collectif et engagement).

L'accompagnement proposé repose sur un accompagnement global individuel et collectif d'une durée de 4 mois, renouvelable si nécessaire. Il est pluridisciplinaire :

- **L'accompagnement social** est réalisé par la conseillère en économie sociale et familiale. Il est formalisé par la signature d'un contrat d'engagement réciproque et de la signature du règlement intérieur et prévoit les points suivants : la régularisation des situations administratives vers le droit commun, la construction du projet professionnel, si c'est possible la mise en place d'un relais santé, les aides à l'installation... Des ateliers collectifs ont lieu et sont obligatoires pour tous les bénéficiaires du dispositif et portent sur la réalisation d'un cv, l'écriture d'une lettre de motivation, la recherche d'emploi etc... Si la personne est stabilisée et en capacité de travailler, elle peut directement rencontrer le conseiller en insertion professionnelle de l'ARIPPS ;
- **L'accompagnement à la santé** est réalisé en partenariat avec l'association Etapes et le réseau précarité santé mentale au travers de réunions collectives d'informations, de groupes de paroles, CMP... Il vise à la reprise des soins, à soutenir dans les démarches de recherche d'un médecin traitant, d'un accompagnement spécifique lié à une prise en charge psychiatrique.... A cet effet, l'ARRIPS a engagé une collaboration avec le Centre Médico-psychologique et avec les services psychiatriques et sociaux de l'hôpital de Maubeuge ;
- **L'accompagnement dans le logement** est également réalisé par la conseillère en économie sociale et familiale. Il se décline sous forme d'ateliers collectifs concernant la gestion budgétaire, l'entretien du logement... Des visites à domicile ont lieu plusieurs fois par mois. Pour préparer au mieux la sortie des bénéficiaires du projet, une partie de l'accompagnement vise à préparer un projet de sortie vers des relogements en logement passerelle.

Graphique 4 : Description du dispositif ARRIPS



6.4.1.3.2. Le bilan du dispositif

La mise en œuvre de la résidence accueil spécialisée a été retardée en raison des réticences de certains élus à soutenir le projet. L'accompagnement proposé était parfois difficile à gérer en fonction des situations. Pour certains cas, l'instabilité était trop importante, ce qui a posé des difficultés pour l'équipe. La gestion budgétaire pour les bénéficiaires a également été source de difficultés : en sortant de prison, elles sont pour la plupart sans ressource.

Les bénéficiaires sont essentiellement des hommes (88 %), célibataires et sans enfants (75 %). Les tranches d'âges des bénéficiaires sont réparties de façon équilibrée, avec néanmoins une représentation majoritaire des personnes entre 30 et 49 ans (50 %). L'ensemble des personnes étaient sans emploi, ce qui s'explique par leur sortie récente de détention. Par conséquent, le revenu moyen mensuel s'élevait à 312 €, largement en dessous du seuil de pauvreté (987 € pour une personne seule), laissant ainsi 15 des 16 personnes ayant répondu en situation de pauvreté. Il y a un très fort non-recours aux aides, notamment le RSA et les APL, dû probablement en partie à leur sortie récente de détention.

Au moment de leur entrée, 9 des bénéficiaires ayant répondu étaient en détention, 2 étaient à la rue, 2 hébergés temporairement par un tiers, et trois étaient dans une autre situation (en cours de sortie d'établissement). Intervenir ainsi en amont de la libération est essentiel à la préparation d'une sortie planifiée. En moyenne lors de la dernière année avant leur entrée dans le dispositif, ils n'avaient passé que 0,1 mois sans logement, ce qui s'explique par leur détention récente.

Sur toutes les personnes qui ont bénéficié du dispositif, 10 sont sorties et ont réussi à stabiliser leur situation : situations administratives, améliorer leur prise en charge sanitaire, reprise de confiance en soi et maintien du réseau familial. L'équipe oriente systématiquement leurs bénéficiaires vers une solution d'habitat, majoritairement des places en logement-foyer (14 bénéficiaires), et parfois des places en Résidence d'Accueil Spécialisée (2 bénéficiaires).

6.4.2. Les projets retenus en 2014

En 2014, les projets retenus sont les suivants.

- Le projet Armée du salut dans les bouches du Rhône avec des solutions de logement avec accompagnement personnalisé pour 10 personnes sous main de justice venues du centre de détention des Baumettes. Le SPIP a été associé en amont et le SIAO intégré dans le dispositif, l'offre de logement mobilise notamment des containers maritimes en fin de vie et les usagers participent au projet. Il s'agit de logement autonome couplé à un accompagnement social.
- Le projet association Gala consiste en la mise en place d'une unité d'écoute et d'orientation au sein de la MA de Strasbourg et mobilisation de 20 logements pour accueillir les personnes sortant de prison ou en aménagement de peine. Aspect innovant : les demandes sont instruites par une commission d'accès au logement composée notamment d'un CPIP et du travailleur social de l'association, large partenariat avec les bailleurs sociaux.
- Le projet association Le Mas et CCLAJ de Lyon prévoit un programme expérimental de maintien du logement durant la détention ou d'accès immédiat au logement après la détention. La sortie doit être anticipée en proposant des studios à location ou en maintenant le logement par médiation avec le bailleur pour conserver le bail. Le SPIP et le SIAO participent.

Les données de bilan n'étaient pas encore disponibles.

6.5. Les dispositifs passerelles

La FNARS a réuni un groupe d'association diverses²⁸ impliquées dans des dispositifs de type passerelle pour faciliter l'accès à l'hébergement des personnes sous main de justice. Il convient de rappeler que l'appellation dispositif passerelles n'est pas labellisé ni n'a d'existence juridique. Le dispositif Boutin parlait de référent hébergement/logement pour les personnes sous main de justice.

Un groupe de travail a eu lieu le 1^{er} décembre 2015 dont l'objectif était :

- De dresser un état des lieux des dispositifs passerelles, référents hébergement/logement des sortants prison (leurs missions, portage, les modalités de financement, leur articulation avec les SIAO) ;

²⁸ Association Aurore (CHRS Soleillet pour femmes à Paris), Association Solidarité accueil (ensemblier, Indre) ; Adelea (dispositif de préparation à la sortie dans les Côtes d'Armor) ; Œuvre des prisons (service AVDL personnes sous-main de justice, Bouches du Rhône) ; association AJIR (Pyrénées Atlantiques) ; association le goéland (CHRS places dédiées+ intervention en prison en Ille et vilaine) ; CMAO (coordinatrice SIAO pour personnes sous-main de justice dans le Nord) ; ARAPEJ 93 (structures d'hébergement +référént dans une maison d'arrêt) ; ARAPEJ dans le 91 (places dédiées) ; Association Aurore (LHSS, ACT, avec places fléchées sortants de prison) ; ESPERER 95 (service ADVL, Val D4oise) ; REGAIN 94 (SIAO 54, service dédié) ; Association le Mas (Rhône, avec structure d'hébergement dédié pour sortants, PE, + programme expérimental sur l'accès au logement et le maintien soutenu par la DIHAL) ; Association l'Ilot (Paris, VAL de marne et Picardie : structures d'hébergement avec places dédiées sortants de prison), Association aide accueil (Maine et Loire, poste au sein de la MA d'Angers pour la sortie, PE ; logements dédiés avec accompagnement renforcé) ; Association AIS 35(Rennes et Vitré) ; Association l'Etape (Loire atlantique, dispositif hébergement et de logement, accompagnement) ; SIAO 78 (référént, avec des permanence en détention).

- De proposer un bilan, et de formuler des recommandations sur ces dispositifs ;
- De définir des perspectives de travail et de portage de ce dispositif.

Le dispositif du département 54 a été présenté. Il s'est développé à partir du constat des difficultés d'accès à l'hébergement et au logement des personnes sous main de justice et sortants de détention, mais également de quantifier leur nombre. Le dispositif s'est développé dans le cadre d'une expérimentation financée par la DIHAL (évolution aujourd'hui vers un financement SPIP, DDCS, et DIHAL). Le dispositif a traité 150 demandes en 2014, 200 en 2015 (soit entre 10 et 15 % de la population carcérale, et 10 sorties en moyenne par mois). Il s'est développé autour de la volonté d'avoir un interlocuteur unique centralisant les demandes des sortants dans un premier temps (des conventions existants sur les aménagements de peine) et s'est inscrit dans le cadre du droit commun du SIAO. Il convient de souligner les difficultés des partenariats sur le logement autonome (réticences des bailleurs publics, stigmatisation/ meilleure collaboration avec les bailleurs privés) et la bonne montée en charge sur le logement accompagné. Il existe des axes d'amélioration sur l'interdépartementalité.

Un bilan des dispositifs passerelles existants a été présenté sous plusieurs angles.

6.5.1. L'évaluation des personnes : publics ciblés, modalités et périmètre de l'évaluation et objectifs poursuivis

Dispositif du 54 : les demandes proviennent des CPIP (prescripteur principal) et des partenaires médicaux en détention ou en aménagement. Les entretiens sont réalisés en détention (plusieurs entretiens réalisés pour permettre la présentation des possibilités d'accueil, de leur spécificité) avec possibilité de visite. Le diagnostic est présenté en commission SIAO, sur la base d'un formulaire spécifique (difficulté des prescripteurs et des personnes à reprendre le formulaire SIAO). La personne renseigne une partie et signe le formulaire, le CPIP une autre. Une évaluation sociale est réalisée à côté par le référent SIAO, (évaluation utilisée pour les autres publics, avec une entrée justice en plus). Il a été constaté 70 % de solutions à la sortie en termes d'hébergement/logement ou d'accompagnement (par les SAO ou AJ). La personne est au centre du projet.

Dispositif du 69 : il existe une fiche spécifique du SPIP pour solliciter le dispositif, identifiant le besoin avant intervention du dispositif. La rencontre a lieu dès le quartier arrivant, même si ce n'est pas le moment le plus adapté, elle est nécessaire pour anticiper la mobilisation de solution (9 mois d'attente). Au cours de la détention, la personne est à nouveau rencontrée pour actualiser la demande au SIAO. Le diagnostic est remis à la personne en intégralité, la préconisation est retravaillée ensuite par une commission. Près de 400 personnes par an ont été rencontrées. Il n'y a pas d'accompagnement, ni de travail de recueil de la demande ou d'évaluation.

Dispositif du 13 : l'intervention se fait auprès des personnes en fin de peine et en aménagement souhaitant s'établir sur le département uniquement et disposant de ressources. Le travail va au-delà de l'évaluation et se prolonge sur la mobilisation du logement (captation spécifique avec des acteurs du logement accompagné sur de l'intermédiation locative) et de l'accompagnement. Le dispositif existe en dehors du SIAO, mais lien avec le SIAO quand le logement n'est pas trouvé ou pas encore disponible pour gérer la transition. Des informations sont communiquées au SIAO sur les entrées dans le dispositif.

Dispositif du 64 (Pau) : l'évaluation sociale est réalisée par les CPIP sur les sortants et sur les aménagements de peine, puis les personnes se rendent en CHRS lors de permission de sortie pour préparer l'entrée. Il n'y a pas de lien avec le SIAO, car les places sont payées par le SPIP. Le dispositif de contrôle judiciaire est porté par une association en lien avec le CPIP pour l'évaluation et l'orientation. Le dossier est celui du SIAO et rempli par le CPIP.

Dispositif du 44 (Etape) : la demande est effectuée par le CPIP au SIAO, puis il y a une intervention du service en détention pour déterminer l'orientation la plus adaptée (AHI ou logement : passage par le SIAO pour l'AHI). L'accompagnement est réalisé auprès des personnes en détention et à l'extérieur, avec actualisation des demandes. L'accompagnement se fait après la sortie également, le temps de la transition entre l'hébergement et le logement et les nouveaux accompagnateurs, ce qui permet de lever les craintes des structures.

Dispositif du 59 : la demande émane des CPIP auprès des SIAO, dans le cadre d'échanges réguliers avec le SPIP et le SMPR. Il existe une intervention de travailleurs sociaux du 115 pour réaliser l'évaluation en lien avec les partenaires du territoire (travail du SIAO pour identifier les référents justice du territoire intervenant en détention).

Dispositif du 22 : les demandes des CPIP sont adressées par mail, suite aux premières évaluations des entrants. Le dispositif est mis en œuvre ensuite lors de permanences (la personne intervenante étant aussi évaluatrice SIAO), en utilisant la grille de demande et d'évaluation du SIAO. Les demandes sont orientées vers les dispositifs d'hébergement/logement centralisés par le SIAO, en fonction des parcours et des besoins (avant le SIAO, les places étaient dédiées hors circuit SIAO). La demande est étudiée en commission, avec attribution de place quand les personnes sont proches de la sortie. Il est recouru au DAHO en l'absence de réponse du SIAO pour éviter les sorties sèches et favoriser la mobilisation prioritaire de places. Le dispositif existe depuis 98, avec un réseau partenarial (SPIP, CPIP, Pole emploi, CSAPA, missions locales, associations intervenant sur le handicap, EMPP, ...). Une synthèse mensuelle est réalisée avec ces partenaires sur les situations individuelles.

Dispositif du 95 : une permanence du SIAO a lieu une fois par mois en détention, suite à des inscriptions par les CPIP. Un RDV par détenu est effectué, avec remplissage du dossier du SIAO en fonction des demandes des personnes et des possibilités du territoire. Une information sur les droits et les dispositifs du Val d'Oise (majorité des demandes sont sur le département) est dispensée.

Dispositif du 91 : une intervention a lieu auprès des détenus sans solution d'hébergement à Fleury Merogis (2 000 à l'année, en ce moment 800), quelle que soit leur origine géographique (majorité de sortants issus de Paris, puis du 93 et du 91). Elle a lieu au centre de détention pour courte peine (moins de 3 mois). La permanence a lieu en détention avec le SPIP pour présenter les dispositifs et formuler les demandes au SIAO. Très peu de solutions sont trouvées au regard des délais, quelques places mobilisées à l'hôtel avec des mesures d'accompagnement via une association. Pour les plus longues peines, les possibilités sont plus larges : travail avec le CPIP et les personnes sur un projet (présence de pôle emploi, de la mission locale, référent droits sociaux pour CNI et ouverture RSA), réalisation d'une évaluation sociale envoyée aux structures sur des aménagements de peine avec information du SIAO (possibilité de visite sur site, et intervention d'une structure en détention.) Pour les demandes au SIAO, elles sont réalisées par la référente mais avec 2 ans et demi d'attente au SIAO, les délais sont dissuasifs.

Dispositif du 49 : il s'agit d'une permanence à la maison d'arrêt, la sollicitation se fait par les personnes détenues via des demandes adressées par courrier au référent (cela permet de travailler sur la motivation et le projet) ou par les CPIP (quartier arrivant). Pour les personnes pour lesquelles l'écrit représente une difficulté, il existe une aide des codétenues ou des visiteurs de prisons.

6.5.2. Accès au logement et maintien dans le logement

Sur le 22 : un travail sur le maintien du logement est effectué, des contacts sont pris avec les propriétaires publics ou privés pour étudier la situation (impayés, mettre en place le différentiel loyer, maintenir les APL : droits maintenus pendant un an). L'orientation s'effectue par les CPIP. Pour la recherche de logement privé ou public, un atelier collectif d'information auprès des détenus a été mis en place au sein de la MA. Un livre relatif aux aides, aux acteurs, aux droits et aux devoirs des locataires et des propriétaires a été réalisé ainsi qu'un atelier avec le point d'accès aux droits.

Sur le 69 : pour les courtes peines, un partenariat avec la CAF pour le maintien de l'APL et le maintien du logement (acceptation de certains propriétaires ne pas toucher le résiduel) a été mis en place. Un forum sur l'accès au logement a été organisé avec les bailleurs et la CAF. Une plaquette a été réalisée par la CAF de Villefranche sur le maintien des droits (disponible sur le site, validée nationalement). Un travail de maintien de l'hébergement et de l'emploi (demande du salarié à l'employeur de congés sans solde) est effectué.

Sur le 13 : 8 personnes suivies pour le maintien, et cela demande énormément de démarches. Une analyse au cas par cas est faite sur le paiement du différentiel loyer.

6.5.3. Ancrage territorial et financement des dispositifs passerelles

Les partenaires sont les CPIP, les SIAO, les bailleurs et les acteurs de l'accès aux droits et de la santé.

Les partenariats suivants avec les bailleurs ont été identifiés :

- Partenariat avec le SIAO pour favoriser l'accès au parc social dans le 93, via les accords collectifs départementaux et le SIAO dans le 69. Signature aussi avec des bailleurs de conventions (69), avec des mesures d'accompagnement si besoin (accompagnement CHRS hors les murs dans le 69 et le 44 sur des financements expérimentaux à Lyon ou DDSC sur de la DGF dans le 44) : logements implantés dans des zones géographiques dynamique et non pas qu'en zone éloignée (69).
- Rencontre avec les bailleurs et la DDSC dans le 54, difficulté des ressources en attendant l'ouverture des droits : mobilisation d'ALT dans l'attente. Convention envisagée avec un bailleur mais sur 5 logements. Difficulté pour l'aménagement des logements, l'accès à l'alimentation... Convention nationale ADOMA et justice : code du SPIP pour faire une demande à ADOMA pour les aménagements de peine et sortants de prison. Priorité donnée dans les commissions d'attribution.
- Mobilisation du parc social assez aisée dans l'Indre (faible tension, accès en 2 mois) : accès à l'hébergement le temps d'ouvrir les droits ou pour de l'accompagnement, puis accès au logement avec ou sans accompagnement en fonction des besoins des personnes. 2 mois le temps d'équiper le logement aussi.
- Mobilisation de bailleurs privés également, pour les personnes isolées notamment du fait de la carence de T2 dans le parc social (64) : indication aux bailleurs que ce sont des personnes en difficultés, sans détail pour éviter la stigmatisation tentative de développement du bail glissant. Mobilisation du parc privé fonction de la tension du territoire et des niveaux des loyers.

En ce qui concerne l'accès direct au logement de droit commun, sans passage par l'hébergement ou le logement accompagné, une transition est nécessaire pour l'ouverture de droits, et l'équipement du logement ou pour certains une transition est en tout état de cause nécessaire entre un cadre très contraignant et le logement autonome. Des mesures et modalités d'accompagnement doivent être mobilisées pour favoriser l'accès au logement et sécuriser les bailleurs. Enfin, il convient d'éviter les effets filières et conventions bilatérales avec les bailleurs pour investir les instances de relogement de droit commun.

Les partenariats suivants avec les dispositifs santé ont été identifiés :

- le besoin de dispositifs pour les détenus vieillissants, en liaison avec les maisons de retraite. IL est noté les réticences et craintes des EPHAD à accueillir des sortants de détention, malgré l'accompagnement de transition proposé. A noter l'existence d'une mission interface sur Nantes avec la MVS. Des travaux sont à prévoir avec la DAP suite à la loi pénitentiaire sur la suspension de peine, pour raisons vitales ;
- sur l'accès aux soins, le bricolage se fait au cas par cas selon les problématiques. Il est souligné la difficulté à établir des partenariats à la sortie de détention (75). En détention, la prise en charge santé est présente, mais ce qui pose problème c'est la continuité du soin (75, 93) et notamment des délais d'accès importants à la CMU et CMU-C à la sortie. Le problème de la prise en compte des conduites addictives et de médicaments (35 et 69) en détention et à la sortie se pose également ;
- un travail avec l'ARS sur la prévention des addictions pour les sortants de prison et personnes sous main de justice (91).

Les partenariats sur l'accès aux droits : il est souligné le problème d'accès à la domiciliation, qui retarde parfois l'ouverture de droit. La possibilité de domiciliation en détention existe. Des difficultés sont fréquentes pour maintenir la domiciliation de droit commun (fin de la gratuité du courrier, obligation de passage tous les 3 mois). Il est également souligné le problème de la rupture dans l'accès aux droits pendant la détention, et des délais d'ouverture et de réactivation à la sortie (RSA, CMU-C...). Cela place les personnes dans une situation de dépendance vis-à-vis de la structure à la sortie.

Les partenariats avec les juges et parquetiers : dans le Maine et Loire a été identifié un problème de connaissance par les juges des associations, des conditions de prise en charge et d'hébergement et de l'impact des mesures. A été soulignée la nécessité de développer cette interconnaissance avec les juges, au-delà du lien avec SPIP qui font tiers mais parfois ne traduisent pas de manière fine le dispositif auprès des juges. Dans le 64, un travail a eu lieu également avec les juges. Se pose le problème du turn-over et la nécessité d'échanges et d'informations en continu. A été soulignée l'existence de tension entre SPIP et JAP qui peuvent parfois contraindre le développement d'aménagement de peine (91). le passage par le JAP en direct par l'association peut à l'inverse vexer le SPIP d'où la nécessité de solliciter les deux en parallèle.

De manière transversale, il est souligné le besoin de partenariats en dehors de la prison, vers le droit commun pour favoriser la continuité de la prise en charge et la réponse à des besoins pluriels (santé, emploi, droits, etc...), la vigilance sur les dispositifs spécifiques qui dédouanent les partenaires de droit commun de leur action, et peuvent détourner de l'accès au droit commun. Enfin est soulignée la nécessité d'un accompagnement spécifique prenant éventuellement en compte l'impact psychologique de la détention.

En terme de financements, les dispositifs sont financés par des crédits DDCS uniquement (DGF, subvention, sur des crédits AVDL), des crédits justice, des crédits DDCS et justice, également via des crédits FIPD, via des fondations, collectivités, des crédits expérimentaux (DIHAL dans le 54 et 69). Le montage économique avec des financeurs multiples, entraîne un renvoi de balles entre le droit commun et la justice sur ces publics.

En termes d'enjeux transversaux, il convient de démontrer l'investissement social et les coûts évités, d'éviter les incarcérations, de développer les alternatives (prise en charge des conjoints violents) et d'investir les diagnostics à 360°, les PDALHPD, pour porter ces problématiques, questionner l'offre et mettre en exergue les besoins.

6.5.4. Bilan et perspectives

Au niveau national, il est proposé de travailler lors de prochaines réunions sur l'évaluation des dispositifs par les personnes elles-mêmes, sur le lien avec les bailleurs, la psychiatrie et l'ARS. Un document de présentation des dispositifs passerelles pourra être établi, décrivant leur rôle, leur plus-value, et des recommandations dans une perspective de consolidation et d'essaimage. Une journée nationale pourra être consacrée à ces dispositifs et favoriser leur portage.

Au niveau des territoires, il est proposé de favoriser :

- ♦ l'organisation de réunions territoriales à l'occasion des conventions SIAO et SPIP avec les acteurs du territoire la prise en charge des personnes sous main de justice (sensibilisation des structures d'hébergement sur les aménagements de peine, prise en charge des personnes) ;
- ♦ la rencontre des associations du réseau avec les JAP ;
- ♦ la participation aux diagnostics à 360°, et à l'élaboration du PDALHPD.

Un prochain groupe de travail aura lieu au printemps 2016.

6.6. L'expérimentation « Un chez soi d'abord »

6.6.1. Le contenu du programme

L'expérimentation « un chez soi d'abord » mise en œuvre par l'État depuis 2011 répond à la question des **personnes sans-abri souffrant de graves troubles psychiques et d'addiction et qui échappent aux dispositifs classiques** d'aide sanitaire et sociale. Il a été en effet estimé que près de 30 % des SDF souffraient de troubles psychiatriques graves du type schizophrénie critère de personnes sous main de justice n'est donc pas un critère d'inclusion dans le programme, mais il est bien évident que cette population peut relever de cette catégorie.

L'angle essentiel de la stratégie mise en place est :

- ♦ une **orientation directe** de ces personnes vers un **logement ordinaire**, sans passer par la case hébergement et sans condition de traitement ni d'arrêt des consommations de produits psychoactifs, avec choix du logement, du quartier et du mobilier ;
- ♦ un **accompagnement soutenu** par une **équipe pluridisciplinaire** médico-sociale qui comprend des psychiatres, des addictologues, des médecins généralistes et des infirmières, des travailleurs sociaux et des médiateurs de santé ; il y a donc une séparation des services logement et des services clinique afin d'éviter les ruptures cliniques lors des changements dans le parcours résidentiel ; l'accompagnement couvre tous les aspects de la vie (santé, logement, emploi, papier). Sont donc cassées les barrières traditionnelles de l'action sociale, de la psychiatrie, de l'addictologie et de l'accès au logement ; une astreinte 7 jours/7 et 24h/24 permet une continuité de service ; l'équipe pluridisciplinaire se rend au domicile des personnes qui s'engagent à la recevoir une fois par semaine et à payer leur loyer dès qu'elles ont des ressources ; l'équipe travaille à partir des compétences des personnes pour valoriser leurs capacités et leur autonomie ;
- ♦ une **dynamique territoriale** entre ARS, services déconcentrés de l'État et collectivités territoriales avec des porteurs locaux par territoire (établissement de santé, association sociale ou médico-sociale, association assurant la captation de logement) liés par convention et qui ont répondu à l'appel à projet national.

Ce programme a été importé des États-Unis « Housing first » (mise en œuvre dans les années 90) et du Canada (plus récemment) où il a produit des résultats concluants (taux de maintien dans le logement de 80 % au bout de cinq ans, réduction notable des hospitalisations et des incarcérations). Il inclut une équipe d'accompagnement de suivi intensif, la référence étant le centre national d'excellence en santé mentale Douglas Institut à Montréal et le modèle du rétablissement en santé mentale (Larry Davidson, Yale University).

Déployé en 2011 dans quatre agglomérations françaises (Lille, Marseille, Toulouse et Paris) le programme touche près de 360 personnes, sur 3 ans, soutenues par une quarantaine de professionnels (plus 360 personnes dans le groupe témoin, soit 720 personnes en tout).

Il comporte un volet recherche impliquant le laboratoire de recherche en santé publique du professeur Auquier qui évalue avec un haut niveau de preuve son impact et son rapport coût/efficacité par rapport à une prise en charge classique. Le protocole de recherche permet la comparaison avec un groupe dit « témoin » selon la méthodologie utilisée lors des essais cliniques ce qui constitue une première européenne.

Les premiers résultats corroborent les expériences menées outre-Atlantique et dans une dizaine de capitales européennes depuis maintenant une quinzaine d'années. Partout les dispositifs type « Housing First » permettent un taux d'inclusion sociale, de suivi des soins et de maintien dans le logement plus efficace que les autres formules et ils sont coût/efficaces pour la puissance publique.

Ce type d'expérience est intéressant pour la mission : en effet, sur les 700 personnes recrutées dans le programme, chaque personne avait en moyenne passé 12 jours sur les 180 derniers jours en détention, avec un écart type de 40 %. À noter que l'écart entre l'échantillon ayant bénéficié du programme et l'échantillon témoin, l'écart se réduit dans la mesure où disposant d'une adresse fixe, les personnes sont rattrapées par leur passé (nouvelle condamnation).

6.6.2. Les premiers résultats

6.6.2.1. Du point de vue de l'exécution du programme

Au total 328 personnes (15 sont décédées et 10 ont quitté le programme) ont été suivies par les 4 équipes pluridisciplinaire, soit 11 professionnels en ETP sur chacun des quatre sites. Ces équipes ont effectué 35000 rencontres dont l'essentiel au domicile des personnes. En moyenne, on dénombre une dizaine d'incidents majeurs sur les 3 ans pour chaque site et jusqu'alors aucun dommage corporel pour le locataire et le voisinage. Après 24 mois de suivi, 86 % des personnes sont encore dans le logement.

Le programme apparaît comme un laboratoire favorisant l'innovation autour de la pluridisciplinarité, l'apport des médiateurs de santé pairs et les pratiques collaboratives. La stratégie d'accompagnement proposée s'appuie sur le concept de rétablissement et de suivi intensif, réalise pour chacune des personnes accompagnées une coordination du parcours de santé en associant l'ensemble des acteurs concernés. Les premiers éléments d'évaluation montrent que l'expérimentation est un outil de coopération effectif entre les acteurs des différents domaines (santé, social, médico-social, addictologie, logement) et qu'il favorise le décloisonnement global. Les témoignages des personnes accompagnées sont très encourageants.

6.6.2.2. Du point de vue des thématiques d'insertion

Les premières données de l'évaluation montrent la **faisabilité et l'efficacité** de la stratégie puisque **86 % des personnes** qui étaient jugées jusque-là sans solution sont **toujours dans leur logement** après deux ans de suivi avec une **amélioration** significative de leur **qualité de vie**, des effets positifs sur leur **rétablissement** notamment une **baisse de leurs symptômes** et du nombre d'hospitalisations et une inscription dans un **parcours de soin coordonné**, contre 22 % dans l'échantillon témoin.

De plus, le nombre de nuits passées en prison durant les 180 derniers jours estimé 12 mois après l'inclusion dans le programme était de 4,5 % pour le groupe bénéficiant du programme contre 8,5 % pour le groupe témoin.

Sur le plan de l'inclusion sociale, ils bénéficient tous d'un accès aux droits et **30 % d'entre eux ont été accompagnés vers l'emploi ou la formation et 15 % ont une activité professionnelle ou sont en formation**. 72 % des personnes ont des activités de loisir, culturelles ou sportives et participent à des groupes d'entraide mutuelle. 90 % ont des contacts avec leurs familles et 40 % des personnes ayant eu des enfants ont pu les recevoir à leur domicile.

Le programme constitue donc une **réponse pertinente** pour ce public plutôt jeune (38 ans d'âge moyen) ayant un état de santé et d'insertion sociale très dégradé et qui a passé **8 ans en moyenne sans domicile**.

L'ensemble des personnes accompagnées vivent sous le seuil de pauvreté (90 % bénéficient de minima sociaux) et 20 % d'entre elles ne seront pas en mesure de payer un loyer dans le parc privé à la fin de l'expérimentation. L'accès à l'emploi et au logement social, seules solutions possibles pour un maintien dans le logement, restent pourtant difficiles.

6.6.2.3. Du point de vue coût/efficacité

Le coût total du programme est estimé entre 13 450 et 14 450 €/an et par personne soit 30 à 40 €/jour et par personne. Il se décompose :

- en un coût du logement (intermédiation locative ou IML) estimée **entre 7000 à 8000 €/an et par personne** selon les régions et le loyer moyen. Ce coût comprend la captation, la gestion locative, la remise en état du logement si besoin, les impayés et un temps d'accompagnement social. Il est supérieur à un coût d'IML classique en raison de la présence d'une seule personne par logement, d'une entrée rapide sans attendre l'ouverture des droits et une possibilité de relogement. Ce coût pourrait être réduit par un travail plus étroit avec les bailleurs sociaux ;
- en un coût d'accompagnement pluridisciplinaire (1/2 ETP de psychiatre, 1/2 ETP de médecin généraliste addictologue, 2 à 3 ETP d'IDE, 2 à 3 ETP de travailleurs sociaux, 2 à 3 ETP de médiateur de santé pair, 1 ETP coordinateur et 1/2 ETP de secrétariat, soit 11 ETP pour suivre 100 personnes, avec 10 personnes sur le terrain et une personne en coordination, soit un coût de **6 750 €/personne et par an**.

Le coût du programme Un chez soi d'abord comprend le coût du programme (2,5 M€ ONDAM, 2,2 M€ BOP 177 surcoût sur l'IML) pour 360 personnes. Le volet recherche est pris en charge par la DGS et bénéficie de multi-financements. Ce coût est à comparer aux coûts pour les personnes du programme témoin.

Entre août 2011 et mars 2014, 705 personnes soit 98 % de l'effectif théorique ont été orientées par des équipes de première ligne et incluses dans le programme de recherche. La moitié d'entre elles bénéficient du programme (353 personnes) et se sont vues proposer un logement dans les dix jours dans le parc public ou privé (88,5 %) et dans le quartier de leur choix. Le public inclus a 38 ans en moyenne, 80 % d'hommes et 90 % de nationalité française. 80 % sont célibataires et 37 % ont eu au moins un enfant. Ils ont passé en moyenne huit ans sans domicile dont 4 ans et demi à la rue. 68 % souffrent de schizophrénie et 32 % de bipolarité, 19 % d'une mesure de protection (tutelle ou curatelle) et 55 % d'une pathologie somatique chronique associée à la pathologie psychiatrique et près de 80 % ont des addictions.

Les premiers éléments d'évaluation de coût/efficacité montrent que le programme permet une meilleure utilisation des ressources publiques. Si le programme coûte dans un premier temps plus cher, il est très vite rentable. Dès la première année, on note pour les personnes suivies, une réduction de moitié des temps d'hospitalisation. L'ensemble d'entre elles sortent des dispositifs de l'urgence sociale type centre d'hébergement d'urgence, accueil de jour, hôtel social, CHRS mais aussi Lits halte soins santé ou équipe mobile psychiatrie précarité alors même qu'il s'agit d'un public très précarisé. Ainsi, l'accompagnement de chaque personne dans le cadre du programme, du fait de la réduction de l'utilisation des services et de la meilleure coordination entre les secteurs sociaux, sanitaires et du logement, permet dès la première année une économie globale de 20 % par rapport au coût de sa prise en charge dans le dispositif classique d'aide. Après 2 ans, l'écart de coût s'accroît encore (estimation sur 1/3 de l'échantillon).

Le tableau suivant montre la comparaison d'utilisation des services et les coûts induits pour les deux groupes sur une année. La consommation de service d'urgence social est résiduelle pour le groupe un chez soi d'abord. Quant au nombre d'hospitalisations pour ce groupe, il est fortement réduit et on note une fin de fréquentation des LHSS. Enfin, il n'a pas été noté de surconsommation de soins ambulatoires dans le groupe un chez soi d'abord par rapport au groupe témoin.

Tableau 23 : Comparaison des coûts respectifs entre le programme Un chez soi d'abord et l'offre habituelle

Type de coûts	Coût unitaire (€)	Groupe offre habituelle			Groupe Un chez soi d'abord		
		Temps en j sur 1 an	Coût par personne (€)	Coût pour les 4 sites	Temps en j sur 1 an	Coût par personne	Coût pour les 4 sites
CHU	18	20	360	129 600	3	54	19 440
CHRS	43	74	3 182	1 145 520	4	172	61 920
Résidences hôtelières	16	36	576	207 360	1	16	5 760
Sous total logement				1 482 480			87 120
Hospitalisation	430	34	14 620	5 263 200	20	8 600	3 096 000
LHSS	110	27	2 970	1 069 200	0	0	0
Sous total santé				6 332 400			3 096 000

Source : DIHAL.

On estime que 10 à 15 % de l'effectif suivi pourrait accéder chaque année aux dispositifs de prise en charge classiques tel qu'une insertion sociale et professionnelle de droit commun, un suivi médical ambulatoire, permettant à de nouvelles personnes de bénéficier du programme.

6.6.3. La pérennisation et la poursuite du programme

En conséquence, la pérennisation et le déploiement du programme est proposé sur la base du tableau ci-joint. Il s'agit en 2016 du maintien des quatre sites expérimentaux avec reconduction des crédits engagés en 2015 soit 3,2 M d'euros sur le BOP 177 pour le volet logement et 2,7 M d'euros sur l'ONDAM spécifique pour le volet accompagnement santé et une inscription du programme dans le projet de loi de finance de la sécurité sociale pour 2016. Pour les cinq années suivantes, il est demandé une création de 400 places chaque année (soit 4 programmes sur 4 sites différents) avec une montée en charge sur deux ans pour chaque site. On peut d'ores et déjà envisager pour 2017 et 2018 : Bordeaux, Lyon, Montpellier, Nantes, Strasbourg, Rennes et Grenoble.

La coordination et le suivi de l'ensemble de ce déploiement sera piloté par le Délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri et mal logées en veillant au respect du cahier des charges issu des enseignements de l'expérimentation, la fidélité au modèle étant un élément clé de la performance du dispositif tel que l'ont montré les résultats de la recherche menée par les équipes canadiennes.

Tableau 24 : Montée en charge et coût du programme « Un chez soi d'abord »

Année	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de sites	4 sites historiques	8 sites (4 historiques et 50 % sur 4 nouveaux)	12 (8 sites et 50 % sur 4 nouveaux)	16 (12 et 50 % sur 4 nouveaux)	20 (16 et 50 % sur 4 nouveaux sites)	20 à 100 %
Nombre de places reconduites	400	400	600	1000	1400	1800
Nombre de places nouvelles	0	200	400	400	400	200
Total Places	400	600	1000	1400	1800	2000
Mesures nouvelles BOP ONDAM (M€)	0	1,6 + 1,4	3,2 + 2,7	3,2 + 2,7	3,2 + 2,7	1,6 + 1,4
Budget BOP 177 (M€)	3,2	4,8	8	11,2	14,4	16
Dont surcoût net pour la BOP 177/crédits supplémentaires à inscrire (M€) ²⁹	2,2/0	3,3/1,1	5,5/3,3	7,7/5,5	9,9/7,7	11 /8,8
Budget total ONDAM (M€)	2,7	4,1	6,8	9,5	12,2	13,6
Coût moyen/place						

Source : DIHAL.

6.6.4. Le coût moyen

Le programme « un chez soi d'abord » est financé pour le volet accompagnement médico-social à hauteur de 2,7 M€ sur l'ONDAM spécifique - soit un coût moyen par personne et par an de 6 750 € - et pour le volet logement à hauteur de 3,2 M€ sur le BOP 177 (ligne intermédiation locative) - soit un coût moyen complet par personne et par an de 8 000 € -.

Ce chiffre de 8 000 € par personne et par an comprend l'appui d'un dispositif relevant des coûts classiques de l'intermédiation locative ou du mandat de gestion, soit 2 500 € par personne en moyenne nationale (et 7 500 € par logement chaque logement étant occupé par plusieurs personnes).

²⁹ Il est considéré que le coût relatif à l'intermédiation locative est déjà compris dans la base du BOP177 notamment dans le cadre du plan de création Solibail.

Les surcoûts sur le programme tiennent au fait :

- que le logement T1 ou T1 bis n'est occupé que par une personne contre trois en moyenne dans un appartement plus grand ;
- de la mise en place d'accompagnement social renforcé centré sur l'accès aux droits ;
- d'un temps de rétablissement de paiement de loyer plus long du fait de la situation administrative très précaire des personnes (ils ont passé huit ans en moyenne sans logement dont 4 ans à la rue) et de frais divers du fait de cette précarité.

Au total, le surcoût net est de 5 500 € par personne et par an dont environ 800 € sur l'accompagnement social.

7. Les comparaisons internationales

7.1. En Allemagne

Lors de leur sortie de prison, les détenus doivent se tourner vers le Wohnungsamt, office pour le logement, qui existe dans chaque commune allemande. Celle-ci est chargée de leur trouver un logement ou de leur offrir une place dans un foyer pour sans-abris. Il n'existe cependant pas de mesure spécifique pour les personnes sortant de prison. Le recours à l'hébergement d'urgence est souvent le principe de droit commun.

Par ailleurs, selon certaines législations régionales, comme par exemple celle du Brandebourg, les détenus ont par exemple la possibilité de rester cinq jours supplémentaires dans l'établissement pénitentier s'ils ne disposent pas de logement à leur sortie de prison.

7.2. Au Danemark

Concernant le logement à la sortie de prison, les prisonniers sont encouragés à chercher à se loger par eux-mêmes, ou avec l'aide du personnel de la prison, mais avant leur sortie, car il n'y a que peu de municipalités qui peuvent aider au relogement après la mise en liberté.

7.3. En Espagne

En vue d'un futur élargissement, lorsque les détenus remplissent les conditions pour les aménagements de peine (tercer grado), ont été créés les Centres d'insertion sociale (CIS) qui sont soit autonomes, soit dépendants d'un centre pénitentiaire. Par ailleurs, l'institution pénitentiaire espagnole a signé de nombreux accords avec des associations et des ONG afin d'organiser certains aménagements de peine en dehors des centres pénitentiaires.

7.4. Aux États-Unis

Plusieurs programmes visant à la réinsertion des prisonniers se concentrent sur un retour progressif à l'habitat individuel et au maintien du lien avec les familles. Ainsi l'État californien subventionne 13 centres de réinsertion où les détenus ont accès à un accompagnement spécialisé et aux « transitions program ». Ceux-ci aident les détenus à préparer leur retour à la liberté notamment par l'emploi. Quatre centres sont répartis dans tous l'État pour accueillir les personnes en liberté conditionnelle sans domicile ou vivant dans un environnement à risques.

De même, en août 2014 le programme « Custody-to-Community Transitional Reentry Program (CCTRP) » a ouvert. Il accueille 82 détenues et travaille notamment sur le maintien du lien entre celles-ci et leurs enfants. Le maintien du lien parental est également mis en avant par le programme Story Time Program : les détenus peuvent s'enregistrer en train de lire une histoire, une fois l'enregistrement complet, il est envoyé, avec le livre, auprès du/des enfant(s) des prisonniers.

7.5. En Suède

Le Service des Prisons et de la Probation suédois peut faciliter le contact entre l'ex-détenu et les services sociaux de sa municipalité de résidence. Le logement est de la responsabilité de la municipalité : les municipalités ont la responsabilité juridique de fournir un logement adéquat et un accès à la nourriture pour toute personne qui réside dans les limites de la ville, ou si elle est enregistrée dans cette municipalité ou, pour toute autre raison, si elle se trouve résider dans cette municipalité.

8. L'analyse offre/demande de logement/hébergement des personnes placées sous main de justice

Les chiffrages effectués uniquement pour la population sortants de prison (aucune donnée n'est disponible les personnes suivies en milieu ouvert) montrent une insuffisance de l'offre par rapport à la demande.

8.1. La demande : une reconstitution à partir des enquêtes flash et du nombre de sortants

Pour calculer un nombre de sortants de prison, la mission a procédé de la manière suivante. Elle a appliqué les taux constatés par DISP lors de l'enquête flash 2014 aux données transmises par Me5 sur les sortants de prison en 2014, données par établissement qui ont été reclassées par DISP. En effet, les taux de SDF entrants et de SDF ou avec une solution précaire sont relativement constants d'une enquête sur l'autre.

Les taux ont été appliqués uniquement aux entrées en détention pour le nombre d'entrants SDF (et non aux placements sous écrou³⁰) et aux libérations de détenus pour le nombre de sortants SDF et de sortants avec une solution précaire. En effet, cette enquête ne concerne que les sortants de prison et exclut les personnes en aménagement de peine (liberté conditionnelle, placement extérieur, placement sous surveillance électronique), ou accompagnées dans le cadre d'alternatives à la détention (contrôle judiciaire socio-éducatif, suivi avec mise à l'épreuve) et relevant de la protection judiciaire de la jeunesse. Dans la mesure où les CSL (813 entrées en détention en 2014 et 1 599 sorties de détenus) étaient inclus dans l'enquête flash, ce taux est minoré. Inversement, les EPM (1 105 entrées en détention et 902 sorties de détenus) n'y étaient pas inclus. La mission considère que compte tenu d'un ordre de grandeur équivalent entre les entrées et sorties de détention pour les CSL et les EPM, cet écart ne modifie pas la pertinence du chiffre global.

³⁰ Dont on peut supposer qu'ils n'ont pas de problème de logement s'agissant de mesures d'aménagements de peines : PSE principalement, SL et PE.

Il convient de souligner que le caractère déclaratif de l'enquête tend à sous-estimer le niveau de difficulté réelle des personnes. En outre, le chiffre de SDF sortants de l'enquête 2014 est plus faible que celui des autres années (5 % contre 7 %) et surtout différent du taux de SDF entrants (7 %, constant sur toutes les enquêtes). On peut légitimement s'interroger sur la pertinence de ce chiffre et pourquoi une année donnée l'écart entre le nombre de SDF entrants et sortants a autant baissé.

Tableau 29 : Nombre de sortants de prison avec un problème de logement en 2014

DISP	Entrées en détention	Placement sous écrou	Libération de détenus	Libérations	Taux entrants SDF	Taux sortants SDF	Taux sortants solution précaire	Nb entrants SDF	Nombre sortants SDF	Nb sortants solution précaire
Bordeaux	4592	6217	4304	5915	4,3%	3,5%	4,8%	198	148	208
Centre est Dijon	4533	6257	4414	6038	6,4%	4,0%	1,6%	291	177	71
Est Strasbourg	5782	7674	5395	7222	5,8%	4,6%	4,7%	332	245	256
Lille	8895	11971	9045	12075	11,0%	6,7%	10,7%	978	603	965
Lyon	5988	8084	5816	7963	4,6%	3,7%	6,8%	273	217	397
Marseille	8547	10744	8184	10313	6,7%	6,6%	4,4%	574	543	362
MOM	3725	4438	3530	4146	5,4%	13,3%	13,3%	202	471	471
Paris	17274	19937	16205	18819	11,2%	7,3%	7,3%	1931	1186	1186
Rennes	6347	7896	6446	8044	12,3%	3,7%	14,0%	781	236	904
Toulouse	4441	5711	4131	5337	8,4%	3,0%	5,9%	374	122	245
France	70124	88929	67470	85872	8,5%	5,9%	7,5%	5934	3948	5063

Source : Mission sur la base de données DAP.

Il ressort de ce calcul que près de 6 000 détenus SDF sont entrés en 2014 en détention, l'essentiel des effectifs se situant sur la DISP de Paris (1 900) et Lille (1000). Près de 4 000 détenus sont sortis en étant SDF (ce chiffre serait plus près de 4 700 avec un taux de sortants SDF de 7 % comme le montrent l'enquête les autres années) et près de 5 000 n'avaient qu'une solution précaire de logement.

8.2. Une offre très inférieure et limitée aux CHRS

La mission a cherché à rapprocher les données liées à la demande des données liées à l'offre.

8.2.1. Les CHR'S dédiés aux personnes sous main de justice Les listings fournis par la DGCS sont un extrait de la base de données des établissements sur le fondement d'un critère déclaratif d'accueil des personnes sous main de justice. Une première liste recense les CHR'S dédiés quasiment exclusivement à l'accueil des personnes sous main de justice. Ils sont au nombre de 41 pour 1 592 places selon le fichier communiqué à la mission.

Tableau 25 : Listing des CHR'S accueillant principalement des sortants de prison

Région	Département	Ville	Établissement
Ile-de-France	Paris	Paris 11e Arrondissement (75011)	CHR'S CHEMIN VERT ACCUEIL POUR HOMMES (75 78475328702068 750721599)
Ile-de-France	Paris	Paris 13e Arrondissement (75013)	ARAPEJ 75 (75 30737705100239 750824013)
Ile-de-France	Paris	Paris 13e Arrondissement (75013)	CHG CHEVALERET (75 43196860100143 750712259)
Ile-de-France	Paris	Paris 14e Arrondissement (75014)	FOYER DE PARIS ALEDIA ACCUEIL POUR HOMMES (75 30256627800032 750804734)
Ile-de-France	Paris	Paris 15e Arrondissement (75015)	FOYER L'ETOILE DU MATIN - ASS AURORE ACCUEIL POUR HOMMES (75 77566487000012 750712259)
Ile-de-France	Paris	Paris 20e Arrondissement (75020)	CHR'S APCARD (75 32073429000030 750804874)
Ile-de-France	Paris	Paris 20e Arrondissement (75020)	SOLEILLET - AURORE ACCUEIL SOCIO-EDUCATIF - 9111 (75 77566487000079 750810268)
Ile-de-France	Seine-et-Marne	Meaux (77100)	CHR'S HORIZON (77 32696575100038 770613566)
Ile-de-France	Hauts-de-Seine	Chatenay-Maxzy (92290)	CHR'S ARAPEJ 92 (92 30737705100197 920800059)
Ile-de-France	Seine-Saint-Denis	Aulnay-sous-Bois (93600)	CHR'S ARAPEJ 93 (93 30737705100221 930706924)
Ile-de-France	Val-d'Oise	Pointoise (95300)	C.H.R.S. L'HERMITAGE (95 30345227000034 950802254)
Martinique	Martinique	Fort-de-France (97200)	CHR'S ACISE (972 44975480300020 972029466)
Champagne-Ardenne	Marne	Reims (51100)	CHR'S DES JACOBS (51 30131185800031 510003924)
Picardie	Somme	Amiens (80000)	CHR'S "LE TOIT" (80 78090811300012 800003733)
Haute-Normandie	Eure	Evreux (27000)	CHR'S EVREUX ASS L'ABRI (27 33166086000064 270003617)
Bourgogne	Côte-d'Or	Dijon (21000)	CENTRE AIDE INSERTION DIJON (21 77820905800066 210987210)
Bourgogne	Côte-d'Or	Dijon (21000)	CHR'S DE L'ASSOCIATION DU RENOUVEAU (21 77819297100019 210781134)
Nord-Pas-de-Calais	Nord	Croix (59170)	CHR'S RENOVATION (59 77562518900037 590763692)
Nord-Pas-de-Calais	Nord	Dunkerque (59140)	CHR'S RENAITRE (59 77562518900045 590787859)
Nord-Pas-de-Calais	Nord	La Madeleine (59110)	CHR'S REVIVRE (59 77562518900060 590788279)
Nord-Pas-de-Calais	Nord	Wauth (59136)	CHR'S LES PETITES HUES (59 77562518900086 590796637)
La Réunion	La Réunion	Saint-Denis (97400)	CHR'S PIERRE MORANGE AREL (974 32833291100036 970407573)
Lorraine	Meurthe-et-Moselle	Nancy CEDEX (54013)	CHR'S ASLORAL - REGAIN 54 (54 78334663800060 540002664)
Lorraine	Moselle	Ars-sur-Moselle (57130)	LeRelaisFomal CHR'S d'Ars-sur-Moselle (57 75098920600103 570004440)
Alsace	Bas-Rhin	Strasbourg (67000)	C.H.R.S. ANTENNE - MEINAU (67 33107608300012 670793934)
Alsace	Haut-Rhin	Mulhouse (68100)	CHR'S ACCES URGENCE LE PASSAVANT (68 32412869000034 680017761)
Alsace	Haut-Rhin	Mulhouse (68100)	HEBERGEMENT ALSA (68 40011572100021)
Franche-Comté	Doubs	Besançon (25000)	CHR'S GARE (25 31618981000047 250004298)
Franche-Comté	Haute-Saône	Vesoul (70000)	SAFED DE VESOU INMEUBLE LES ERABLES (70 775650454000394 700763855)
Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Nantes (44000)	C.H.R.S. LE GUE (44 33527509500016 440035178)
Bretagne	Finistère	Brest (29200)	CHR'S Les Cypres (29 31371099800011)
Poitou-Charentes	Charente	Angoulême (16000)	S.A.H. Service Accueil Hébergement (16 77566319000302 160004065)
Aquitaine	Gironde	Bordeaux (33000)	CHR'S - ASSOCIATION LAIQUE DU PRADO (33 77566662000014 330791708)
Aquitaine	Landes	Saint-Pierre-du-Mont (40280)	CHR'S TRAIT D'UNION (40 77568663000694 400782835)
Rhône-Alpes	Isère	Grenoble (38100)	CHR'S AREPI (38 75170078200012 380804591)
Rhône-Alpes	Rhône	Lyon 5e Arrondissement (69005)	CHR'S FOYER MAURICE LIOTARD (69 77564867800016 690786801)
Languedoc-Roussillon	Hérault	Montpellier (34000)	AERS POLE HEBERGEMENT LOGEMENT (34 30431548800034 340019298)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Bouches-du-Rhône	Marseille 1er Arrondissement (13001)	ALISE (13 42694749700025)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Bouches-du-Rhône	Marseille 1er Arrondissement (13001)	CHR'S DE L'ARS (13 7755842200157 130801186)

Source : DGCS.

Tableau 26 : Répartition des places pour les personnes sous main de justice en CHR'S dédiés à ce public

Région	Nombre de CHR'S dédiés	Nombre de places
Ile de France	11	560
Nord pas de Calais	4	171
Aquitaine	4	85
Alsace	3	194
Lorraine	2	59
Bourgogne	2	97
Franche Comté	2	54
Rhône Alpes	2	38
Provence Alpes Côte d'azur	2	69
Pays de la Loire	1	24
Bretagne	1	30
Poitou Charente	1	17

Région	Nombre de CHRIS dédiés	Nombre de places
Ficardie	1	27
Champagne Ardennes	1	12
Haute Normandie	1	52
Languedoc Roussillon	1	20
Martinique	1	54
La Réunion	1	43
Total	41	1 592

Source : DGCS, mission.

8.2.2. Les CHRIS accueillant tous publics dont des personnes sous main de justice

Au sein des 59 CHRIS accueillant des personnes sous main de justice avec un potentiel total de 2 579 places, 1 269 places sont réservées dont 150 pour les jeunes majeurs et 459 pour les personnes ayant une problématique psychiatrique (critère qui peut se cumuler avec une personne sous main de justice). Il n'est pas possible de savoir combien de personnes sous main de justice sont effectivement accueillies dans ces structures.

Tableau 27 : Listing des CHRIS accueillant tout public y compris des sortants de prison

Région	Département	Ville	Établissement
Ile-de-France	Seine-et-Marne	Meaux (77000)	CHRIS LE SENTIER (77) 3522556800011 (77016552)
Ile-de-France	Yvelines	Corfleur-Saint-Hippolyte (78700)	CHRIS AJUR COMBATTE REINIR (78) 3144454300052 (78001616)
Ile-de-France	Yvelines	Gargenville (78440)	CHRIS STABILISATION ADOAM (78) 3389555300016 (78019928)
Ile-de-France	Yvelines	Martiniac-Jail (78200)	CHRIS LA MINORATOIRE (78) 3295384700034 (78623288)
Ile-de-France	Yvelines	Martiniac-Jail (78200)	CHRIS STAB HOTEL SOCIAL ST VES MANTES (78) 3400449100011 (78001780)
Ile-de-France	Yvelines	Muzy (78310)	CHU LEVE TOI ET MARCHE (78) 3021231900017 (780020194)
Ile-de-France	Yvelines	Trospes CEDEX (78194)	CHRIS MEDIANES LOGEMENT JEUNES (78) 3820190290045 (78001796)
Ile-de-France	Seine-Saint-Denis	Montreuil (93100)	CHRIS CTE MYRAM (93) 3533052300035 (930800131)
Ile-de-France	Val-de-Marne	Juvis-sur-Seine (94340)	CHRIS ARAPE/94 (94) 3073701000247 (94096474)
Ile-de-France	Val-de-Marne	Vincennes (94300)	CHRIS L'LOT VAL DE MARNE (94) 7847532870027 (94072183)
Ile-de-France	Val-d'Oise	Saint-Ouen-Aumière (95310)	C.H.R.S. LA GARENNE (95) 3040707900025 (950786764)
Martinique	Martinique	Fort-de-France (97200)	CHRIS LA CASE (972) 77567227290139 (970209151)
Picardie	Aisne	Essômes-sur-Marne (02400)	CHRIS L'ESPÉRANCE (02) 7756803090006 (02000404)
Picardie	Somme	Amiens (80000)	CHRIS L'LOT THULLIER (80) 7847532870018 (800005811)
Picardie	Somme	Amiens (80000)	CTRE ACC. URGENCE L'LOT LA PASSERELLE (80) 7847532870014 (80001835)
Picardie	Somme	Amiens (80000)	CTRE DE STABILISATION LES AIGUSTINS (80) 7847532870004 (80001835)
Haute-Normandie	Eure	Evreux (27000)	CHRIS EVREUX ASS. YSDS (27) 3783055700029 (270013063)
Basse-Normandie	Calvados	Caen (14000)	CHRIS LE TREMPLIN - CAEN (14) 3077217900089 (140017351)
Basse-Normandie	Calvados	Caen (14000)	CHRIS REVIVRE Insertion (14) 3077217900030 (140002379)
Basse-Normandie	Manche	Coutances (50200)	CHRIS LE PREPONT - COUTANCES (50) 3985485400016 (50001257)
Bourgogne	Côte-d'Or	Dijon (21000)	INER SOCIAL DUON (21) 7762065800017 (21084430)
Bourgogne	Nièvre	Nevers (58000)	C.H.R.S. ANAR NEVERS (58) 3248621680048 (580730176)
Bourgogne	Yonne	Moyennes (89400)	C.H.R.S. C.R.F. MICHENES (89) 7796722729039 (89072151)
Nord-Pas-de-Calais	Nord	Dunkerque (59140)	CHRIS JEAN MARC (59) 3046701600412 (592601367)
Nord-Pas-de-Calais	Arnas CEDEX (62032)	Arnas CEDEX (62032)	CHRIS LE PETIT ATRE (62) 3329207100023 (620111708)
La Réunion	La Réunion	Saint-Pierre (97410)	CHRIS LE LOGIS (974) 3182284700033 (974865744)
Alsace	Haut-Rhin	Mulhouse (68100)	CENTRE DE STABILISATION ACCES (68) 32412885000125 (68048272)
Alsace	Haut-Rhin	Mulhouse (68100)	CHRIS ACCES INSERTION (68) 32412885000166 (680011188)
Alsace	Haut-Rhin	Mulhouse (68100)	CHRIS LE BON FOYER A. SALUT MULHOUSE 23-34 RUE DE L'ILE NAPOLEON
Alsace	Haut-Rhin	Witzernheim (68200)	LE PORTAL (68) 77996667900018 (680020248)
Franche-Comté	Jura	Montmorot (39070)	OASIS HBOT STAB URG ALT (39) 3303652090028 (390764882)
Franche-Comté	Territoire de Belfort	Belfort CEDEX (90008)	CHRIS DE BELFORT FONDATION ARMEE DU SALUT (90) 4910868010059
Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Nantes (44300)	CHRIS L'ETAPE (44) 7869364800123 (440013670)
Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Rezé (44400)	ASSOCIATION TRIJAL (44) 3087322430002 (440004668)
Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Vertou (44120)	CHRIS AMETIS - CENTRE DE VIE ST VIVES LA VILLE AU BLANC (44) 7883547
Pays de la Loire	Mayenne	Laval (53000)	C.H.R.S. HERBERGEMENT REVIRE (53) 7862925700001 (530002642)
Bretagne	Côtes-d'Armor	Dinan (22100)	CHRIS Maison des Soldats (22) 4048018200012 (220018203)
Bretagne	Ille-et-Vilaine	Rennes (35000)	C.H.R.S. ADSAC-REVIVRE RENNES (35) 77774650100010 (350006641)
Bretagne	Ille-et-Vilaine	Saint-Malo (35400)	C.H.R.S. AMES ST MALO (35) 35384251800038 (35044822)
Bretagne	Ille-et-Vilaine	Vitré (35300)	C.H.R.S. LES TERRIERS NOIRS VITRE LES TERRIERS NOIRS (35) 7777485
Poitou-Charentes	Vendée	Poitiers (86000)	AUDACIA (86) 7819665600014 (860012899)
Auvergne	Pyrénées-Atlantiques	Pau (64000)	AIR - POLE ESCALE CHRIS (64) 77983824000108 (640792140)
Rhône-Alpes	Drôme	Condorcet (26110)	CHRIS ALBRE NOUVELLE (26) 3405460720029 (260012348)
Rhône-Alpes	Drôme	Murviel (26200)	CHRIS EML (26) 7704899100031 (260007953)
Rhône-Alpes	Isère	Bourg-St-Julien (38000)	CENTRE HERBERGEMENT DE L'A.R.S. (38) 3384207500028 (380766960)
Rhône-Alpes	Isère	Saint-Martin (38690)	CHRIS SOLIDARITE ST MARIE DU TOULNET (38) 4451138500016 (380013)
Rhône-Alpes	Loire	Saint-Etienne (42000)	CHRIS RENAITRE (42) 7881875200029 (42079437)
Rhône-Alpes	Loire	Lyon 3e Arrondissement (69003)	CHRIS HOTEL SOCIAL RBOLD (69) 3026924200032 (690789902)
Rhône-Alpes	Haute-Savoie	Annecy (74000)	CHRIS CENTRE SAINT FRANCOIS DIABESSE (74) 51985236200010 (7407952)
Languedoc-Roussillon	Hérault	Niquetville (34000)	AFRS POLE HERBERGEMENT LOGEMENT (34) 30481848800034 (34001029)
Languedoc-Roussillon	Lézard	Mende (48000)	CHRIS MILZAC (48) 38430781200018 (480001316)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Alpes-Maritimes	Antibes (06000)	CHRIS REGAIN SOLIDARITE (06) 78182581700039 (060786694)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Bouches-du-Rhône	Ar En Provence (13100)	CHRIS JEAN POLDORI (13) 78268257800024 (130781081)

Source : DGCS.

8.2.3. L'enquête de la mission auprès des CHRS accueillant tous public

Si le chiffre de 1 592 places pour les 39 CHRS plutôt dédiés aux personnes sous main de justice est une bonne approximation, encore que le chiffre réel soit inférieur, la DGCS souligne qu'il n'existe pas de connaissance précise du nombre de personnes sous main de justice ou sortants de prison accueillis dans les 59 CHRS déclarant accueillir tous publics y compris des personnes sous main de justice soit 2 579 places en tout.

La mission a choisi de se focaliser sur ces structures en lançant une enquête afin d'identifier plus précisément le nombre de places utilisées pour les personnes sous main de justice. L'enquête a été lancée le 13 novembre 2015 et mi-janvier 2016, seuls 21 sur 59 avaient répondu. Il ressort des questionnaires retournés les éléments suivants.

8.2.3.1. Les personnes sous main de justice cumulent les difficultés et les CHRS insistent sur le besoin de partenariats

♦ Difficultés rencontrées par les personnes sous main de justice

D'après les résultats du questionnaire, les personnes sous main de justice cumulent les handicaps. Ainsi sur 220 personnes accueillies en CHRS, sortants de prison ou suivies en milieu ouvert, 75 % avaient un problème d'accès aux droits sociaux, 59 % un problème de qualification professionnelle, 42 % des troubles psychiatriques, 49 % un problème de chômage longue durée, 51 % avaient expérimenté une rupture familiale etc.... Le chiffre sur plusieurs champs n'est pas pertinent dans la mesure où il n'a pas été systématiquement renseigné. En ce qui concerne les troubles psychiatriques, il est intéressant de noter que le taux de prévalence chez ce public est le même que celui estimé en détention, soit 40 %. Il est vraisemblable que le taux d'addictions est également très élevé.

A noter également les difficultés rencontrées par les personnes sous main de justice suivies en milieu ouvert.

Tableau 28 : Cumul des difficultés des personnes sous main de justice (sortants de prison et milieu ouvert)

Type de difficulté	Nombre de personnes avec cette difficulté	Pourcentage
Accès aux droits sociaux	220	75 %
Qualification professionnelle	173	59 %
Troubles psychiatriques	125	42 %
Problèmes somatiques	72	24 %
Addictions ³¹	27	9 %
Chômage de longue durée	145	49 %
Ruptures familiales	150	51 %
Illettrisme	56	19 %
Surendettement ³²	38	13 %
Parentalité ³³	9	3 %
Isolement social ³⁴	13	4 %
Handicap physique ³⁵	3	1 %
Problème gestion vie quotidienne ³⁶	3	1 %
Nombre total de personnes	295	

Source : Mission.

³¹ Non significatif car non renseigné systématiquement.

³² idem

³³ idem

³⁴ idem

³⁵ idem

³⁶ idem

• Besoin de partenaires et de prise en charge multidisciplinaire

Il ressort du questionnaire un besoin de prise en charge multidisciplinaire et non limitée à l'hébergement par rapport à des personnes qui cumulent différentes problématiques.

Encadré 3 : Verbatim issu de l'enquête CHRS sur le besoin de prise de charge pluridisciplinaire

- « Ce public a des problématiques addictions et psychiatriques souvent cumulées, il est très fragilisé par les conditions carcérales et peine plus à se réinsérer et se stabiliser. Le partenariat avec les SPIP et les services de santé sont primordiaux pour les chances de réussite ».
- « Nous aurions besoin d'un temps hebdomadaire de psychologue pour soutenir l'équipe et accompagner les personnes de l'admission et tout au long de leur parcours et de faire le lien avec les services de droit commun sur le plan de la santé mentale et des addictions ».
- « Nous avons besoin de structures dédiées pour ces publics, il faut éviter de les remettre avec des personnes sans projet ou présentant des addictions ».
- « Les moyens dédiés à ce public de Pôle emploi sont insuffisants, il n'y a pas de référent spécifique, il n'y a pas d'offre de formation adaptée (notamment travail sur les repères spatio-temporels suite à une incarcération, module pour se réappropriier les liens sociaux etc...), le module illettrisme est trop scolaire. Obtenir un RV au CMP prend trois mois, les psychiatres ne connaissent pas ces publics et ne prennent pas en compte leur dangerosité de certains en renvoyant le problème aux équipes sociales. Nous avons besoin d'accès aux centres de cure et post cure pour le traitement des addictions. Nous avons besoin de structures dédiées pour les délinquants sexuels et la proximité d'une école ou de familles posent des problèmes ».
- « Nous avons besoin de structures dédiées jouant sur tous les facteurs de l'insertion (sociale et professionnelle) avec du personnel médico-social ».
- « Il y a des vraies difficultés d'insertion professionnelle surtout pour les multirécidivistes sans qualification professionnelle ».
- « Le public sortant de détention exige un accompagnement social intense : avant l'arrivée de faire le lien avec le détenu et le SPIP, lors du séjour compte tenu de la diversité des problématiques présentées. Ce public connaît fréquemment des difficultés psychiatriques nécessitant le recrutement de psychologues et la mise en lien avec les professionnels de santé mentale ».
- « 100 % des sortants de détention sont sans ressource avec un délai d'ouverture de leurs droits RSA/Pôle emploi de 1 à 2 mois ».
- « Les services d'addiction et ceux de psychiatrie ne répondent pas correctement aux besoins des personnes sous main de justice ».
- « Le public souffre de poly-consommation et d'addictions sévères, ainsi que des troubles psychiatriques ».
- « Ces publics sont stigmatisés et écartés des dispositifs de sortie classique (RS, bailleur, emploi). Les personnes sont éloignées de l'emploi, et ont besoin de dispositifs IAE ou AAVA. Les chantiers courts et les formations ETAPS fonctionnent bien ».
- « Nous avons trop peu de contrats aidés en AAVA ».
- « Les personnes sous main de justice ont un fort besoin d'accompagnement dans différents domaines et il est nécessaire de mettre en place un partenariat pour les différentes problématiques (santé, justice, insertion professionnelle etc...).

♦ Difficultés vis-à-vis du monde judiciaire

Encadré 4 : Verbatim issu de l'enquête CHRS sur les difficultés avec le monde judiciaire

- « Il est difficile de connaître les dates de sortie et d'anticiper ».
- « Les sorties de détention doivent être anticipées et la personne active de sa demande d'hébergement. Nous intervenons en détention pour instruire les demande d'hébergement mais au vu des délais d'attente pour une place CHRS, il est nécessaire d'anticiper au moins 9 mois avant la date de sortie ».
- « Le JAP refuse les aménagements de peine ».
- « Nous aurions besoin de préparation en amont de la sortie : réactivation ou mise à jour des droits en matière de santé, ressources, recherche de solution d'hébergement...) et non pas au moment de la sortie ».
- « L'aménagement de peine de type SPE empêche les démarches d'insertion professionnelle ».
- « Il y a incompatibilité entre l'élaboration d'un projet de relogement et l'attente d'un jugement pouvant mener à la réincarcération ».
- « Il y a un problème de stigmatisation ou d'incompatibilité entre la localisation du logement et le obligations/interdictions judiciaires ».
- « L'information est transmise trop tardivement et la préparation à la sortie doit être mieux pensée ».

♦ Orientation de la demande

La situation est très variable selon les CHRS. Il ressort toutefois clairement que le SIAO est très loin d'être le point d'entrée exclusif, les SPIP, des associations ou services sociaux ainsi que le demandeur pouvant être à l'origine de la demande. Par ailleurs, les remontées de terrain sont unanimement critiques vis-à-vis du monopole du SIAO.

8.2.4. « La mise en place des SIAO rend l'accueil de ce public délicat compte tenu de la nécessité de réserver des places pour la sortie de détention, ce que ne permet pas le SIAO sauf convention spécifique ». La destination des personnes sous main de justice à la sortie n'est pas majoritairement une solution pérenne

L'analyse du questionnaire rempli par les CHRS montre que la sortie du CHRS est loin de déboucher systématiquement sur un logement pérenne. De par les modalités de remplissage du questionnaire, il n'est pas possible de calculer des pourcentages globaux.

Tableau 29 : Destination à la sortie des personnes sous main de justice accueillies dans les CHRS accueillant tous publics dont les personnes sous main de justice

Destination à la sortie	CHRS 1	CHRS 2	CHRS 3	CHRS 4	CHRS 5	CHRS 6	CHRS 7	CHRS 8	CHRS 9
Location		5 %	27 %	38 %	60 %	16 %	14 %	33 %	25 %
FJT/FTM				5 %					
Résidence sociale/ALT		5 %	12 %	5 %					14 %
Hôtel meublé au mois				5 %					20 %
Famille/proches		15 %	31 %	24 %	20 %	33 %	14 %	22 %	10 %
Squatt/caravane							28 %		
Hébergement d'urgence		33 %							5 %
Autres CHRS			3 %	5 %					15 %
Réincarcération	100 %	5 %	2 %	5 %	20 %	16 %	14 %		1 %
Hospitalisation sous contrainte		2,5 %	5 %	10 %				11 %	

Destination à la sortie	CHRS 1	CHRS 2	CHRS 3	CHRS 4	CHRS 5	CHRS 6	CHRS 7	CHRS 8	CHRS 9
ou libre									
Autre établissement médico-social									5 %
Nd		25 %	20 %						
Exclusion									
Abandon de chambre								34 %	

Source : Enquête CHRS mission.

Tableau 30 : Destination à la sortie des personnes sous main de justice accueillies dans les CHRS accueillant tous publics dont les personnes sous main de justice

Destination à la sortie	CHRS 10	CHRS 11	CHRS 12	CHRS 13	CHRS 14	CHRS 15	CHRS 16	CHRS 17	CHRS 18
Location	46 %	23 %	26 %	35 %					
FJT/FTM				7 %					
Résidence sociale/ALT				7 %					
Logement partagé/co location						50 %			
Hôtel meublé au mois			3 %						
Famille/proches	18 %	8 %	12 %	21 %			21 %	100 % ³⁷	
Squatt/caravane									
Hébergement d'urgence				7 %		25 %			
Autres CHRS	9 %					12 %	7 %		
Réincarcération	9 %	23 %	11 %	7 %	100 % ³⁸	12 %	28 %		
Hospitalisation sous contrainte ou libre			6 %						
Autre établissement médico-social	9 %								
Abandon de chambres									
Exclusion			35 %						

Source : Enquête CHRS Mission.

8.2.4.1.1. Sur l'ensemble des CHRS ayant répondu, les personnes sous main de justice sortants de prison représentent un peu plus de 200 places/an

Le questionnaire soumis aux CHRS distinguait d'une part les sorties de prison sèche, d'autre part les aménagements de peine et enfin les mesures de milieu ouvert. Afin d'avoir des comparaisons homogènes avec les données de l'enquête DREES, la mission a distingué au final entre sortants de prison, soit sorties sèches et aménagements de peine et mesures relatives au milieu ouvert, qui ne sont pas a priori incluses dans le public sortant de prison dans l'enquête DREES. Il ressort de l'enquête qu'un peu moins de 200 personnes sous main de justice sortants de prison (hors milieu ouvert) ont été accueillies dans ce type de CHRS, ce qui représente environ 120 places/an.

³⁷ Non significatif.

³⁸ Non significatif.

En extrapolant ce résultat à l'ensemble des CHRS, on obtient un ordre de grandeur de 250 places à temps plein occupées par des personnes sous main de justice.

8.3. L'écart offre/demande

Au final, en se basant sur l'enquête ES de la DREES, il ressort que 4,6 % des personnes accueillies en CHRS hors urgence sont des sortants de prison, soit **1 082 personnes**, pour une durée de séjour moyenne de cinq mois. A cela, il faut ajouter les sortants de prison accueillis dans les CHRS urgence (63 personnes), dans les centres d'accueils non conventionnés hors urgence (94 personnes), les maisons relais (33 personnes), les centres maternels (4 personnes), soit **1 276 sortants de prison au total**. En ce qui concerne les personnes accueillies en logement conventionnel ALT (1 020 personnes) et en résidences sociales (599 personnes), l'enquête de la DREES ne permet pas d'identifier si la personne sort de l'hôpital psychiatrique ou d'un établissement pénitentiaire³⁹.

Ces chiffres ont été rapprochés des données DGCS relatifs aux CHRS accueillant des personnes sous main de justice, soit à titre principal, soit au titre de l'accueil de tous publics. Il ressort de ces chiffres qu'au maximum 1592 personnes sous main de justice ont été accueillies dans des CHRS dédiés et qu'au plus 300 personnes sous main de justice ont été accueillies dans des CHRS accueillant tous publics, soit un total de l'ordre de 1 900 personnes sous main de justice. Certes d'autres types d'hébergement sont possibles mais l'enquête de 2008 montrait qu'ils n'accueillaient qu'un nombre marginal de sortants de prison. Quant aux ALT et aux résidences sociales, les retours terrain ont montré la très grande difficulté d'y obtenir une place pour une personne sous main de justice.

Il y aurait ainsi un écart qu'on peut estimer entre 7 000 et 9 000⁴⁰ entre la demande et l'offre de logement pour les sortants de prison. De plus, l'enquête CHRS menée par la mission ainsi que l'enquête de la DREES montrent la très forte porosité entre les catégories SDF et solution précaire : en effet, la sortie du CHRS est souvent une solution non pérenne du type accueil par la famille ou des proches, un autre hébergement d'urgence ou un autre CHRS etc....

³⁹ Données 2008 de la dernière enquête DREES datant de 2012.

⁴⁰ Selon que l'on retient un taux de 5 ou 7 % de sortants SDF, le taux de 5 % étant celui de 2014, les autres années indiquant un taux de 7 %.

Annexe 10. Prévention et lutte contre les addictions

LES ADDICTIONS

Table des matières

1. LA CONNAISSANCE DE LA PREVALENCE DES ADDICTIONS PARMI LES PERSONNES PLACEES SOUS MAIN DE JUSTICE	4
1.1. Les liens entre addictions, condamnations et incarcérations.....	4
1.1.1. <i>Les infractions directement liées à la consommation de substances psychoactives.....</i>	<i>4</i>
1.1.2. <i>Les infractions indirectement liées à la consommation de substances psychoactives.....</i>	<i>7</i>
1.2. Il existe des données parcellaires en détention sur les conduites addictives mais aucune remontée numérisée, automatique et exhaustive n'est possible.....	8
1.2.1. <i>Les limites des logiciels de l'Administration pénitentiaire.....</i>	<i>8</i>
1.2.2. <i>Les informations compilées par le personnel médical sont éclatées sur plusieurs supports et dans plusieurs lieux.....</i>	<i>8</i>
1.2.3. <i>Une enquête de l'INVS auprès des personnels médicaux montre le besoin d'un dispositif qui existe à l'étranger.....</i>	<i>11</i>
1.2.4. <i>Ce constat a été confirmé par plusieurs autres travaux.....</i>	<i>14</i>
1.3. Les différentes études disponibles.....	15
1.3.1. <i>Les études internationales.....</i>	<i>16</i>
1.3.2. <i>Les études nationales.....</i>	<i>17</i>
1.3.3. <i>Les études locales.....</i>	<i>18</i>
1.3.4. <i>Les projets de certains acteurs.....</i>	<i>19</i>
1.3.5. <i>Les projets d'études à venir.....</i>	<i>20</i>
1.4. La question du secret médical et du partage d'informations.....	20
1.4.1. <i>Le cadre juridique.....</i>	<i>21</i>
1.4.2. <i>Dans la pratique, le secret médical peut être violé en détention tandis que son application stricte peut gêner la communication entre milieu soignant et administration pénitentiaire.....</i>	<i>22</i>
1.4.3. <i>L'équilibre trouvé par la circulaire de 2012 et confirmé par la jurisprudence du Conseil d'Etat.....</i>	<i>25</i>
2. LA LUTTE CONTRE LE TRAFIC DE PRODUITS STUPEFIANTS EN DETENTION.....	28
2.1. L'investissement en équipements de détections.....	28
2.1.1. <i>L'installation de portiques à ondes millimétriques.....</i>	<i>28</i>
2.1.2. <i>Les tunnels à rayon X.....</i>	<i>29</i>
2.1.3. <i>Les filets anti-projection.....</i>	<i>29</i>
2.1.4. <i>La création d'équipes cynotechniques supplémentaires.....</i>	<i>29</i>
2.2. Le coût de ces mesures.....	29
2.3. La répression de la détention de drogues en détention.....	30
2.3.1. <i>Les fouilles intégrales.....</i>	<i>30</i>

2.4. La lutte contre le trafic, le mésusage de médicaments et les ingestions médicamenteuses en milieu carcéral.....	30
3. LE CADRE JURIDIQUE DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS DES PERSONNES PLACEES SOUS MAIN DE JUSTICE	31
3.1. Une pluralité des intervenants prenant en charge les conduites addictives.....	31
3.2. Les différentes étapes.....	32
3.2.1. <i>L'entrée en détention : un repérage quasi systématique par l'unité sanitaire mais des modalités de repérage variées</i>	33
3.2.2. <i>Le diagnostic et l'accompagnement par un professionnel spécialisé en addictologie : la diversité des intervenants et des pratiques</i>	33
3.2.3. <i>La préparation à la sortie menée de manière conjointe par le CSAPA et le SPIP</i>	35
3.3. La mise en place d'un pilotage de la prise en charge des conduites addictives afin d'assurer la coordination et la continuité des soins	37
3.4. La prévention et la promotion de la santé	38
3.4.1. <i>L'information et la formation des détenus</i>	38
3.4.2. <i>La politique de réduction des risques</i>	39
3.5. La formation des personnels pénitentiaires	40
3.5.1. <i>Le dispositif de formation initiale</i>	41
3.5.2. <i>Le dispositif de formation continue</i>	42
4. LES EXEMPLES DE PRISES EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUE DETENUS A L'ETRANGER	42
4.1. La prise en charge au Danemark.....	43
4.2. La prise en charge en Grande Bretagne	44
4.2.1. <i>Les « mandatory drugs tests» (ou tests urinaires obligatoires et inopinés)</i>	45
4.2.2. <i>Les CARAT workers</i>	45
4.2.3. <i>Des quartiers dédiés aux usagers de drogue au sein des centres pénitentiaires</i>	45
4.2.4. <i>Les prisons thérapeutiques</i>	47
4.3. La prise en charge en Allemagne	48
4.4. La prise en charge aux Pays Bas.....	49
4.5. La prise en charge en Espagne.....	50
4.5.1. <i>Les différents modèles de prise en charge</i>	50
4.5.2. <i>Les Unités thérapeutico-éducatives</i>	51
4.6. La prise en charge aux USA	53
4.7. La prise en charge en Suède.....	54
4.7.1. <i>Les formes de préparation à la libération</i>	54
4.7.2. <i>Les programmes et traitement en lien avec les addictions</i>	55
4.8. La prise en charge dans les autres pays.....	56
4.9. Les drugs courts à l'étranger	56
4.10. Les préconisations de l'OMS.....	57
5. LES PROJETS INNOVANTS	57
5.1. Le système d'information sur la santé des détenus en Picardie (OR2S).....	57
5.1.1. <i>La méthode</i>	58
5.1.2. <i>Les perspectives d'extension</i>	59
5.1.3. <i>Les données issues du registre</i>	62
5.2. Le projet de suivi de cohorte de patients du CSAPA.....	66
5.2.1. <i>Le contexte</i>	66
5.2.2. <i>Le contenu du projet de suivi d'une cohorte de patients</i>	67
5.3. Les programmes de prévention de la récidive.....	67
5.3.1. <i>Des programmes soutenus par la MILDECA</i>	67

5.3.2.	<i>Mais en nombre limité et non évalués</i>	69
5.3.3.	<i>Le bilan et l'évaluation du dispositif</i>	79
5.4.	<i>L'expérience de « Drug Court » à Bobigny</i>	79
5.5.	<i>Le projet EVACAPA de l'ANPAA 25 pour limiter la récidive en matière de conduite en état alcoolique</i>	80
5.6.	<i>La création d'une communauté thérapeutique à Bordeaux</i>	82
5.7.	<i>Le projet de Médecins du monde à Marseille</i>	83
5.7.1.	<i>Le croisement entre troubles psychiatriques sévères, sans-abrisme et incarcération est bien identifié dans la littérature internationale</i>	84
5.7.2.	<i>Au niveau international, notamment anglo-saxon, une multiplicité d'initiatives visant à traiter cette situation hors de la prison ont été développées sous le nom de « jail diversion » (près de 560 programmes aux Etats-Unis)</i>	84
5.7.3.	<i>Les constats effectués par Médecins du monde</i>	85
5.7.4.	<i>Le contenu du programme proposé</i>	87
6.	LES RETOURS TERRAINS ET LES TRAVAUX D'ANALYSE STATISTIQUES EFFECTUES PAR LA MISSION	89
6.1.	<i>Les retours et les enquêtes terrain</i>	89
6.1.1.	<i>Un manque de coordination</i>	89
6.1.2.	<i>Une prise en charge des pratiques addictives hétérogènes</i>	91
6.1.3.	<i>Des disparités à l'entrée et à la sortie</i>	93
6.1.4.	<i>Des disparités dans la préparation à la sortie</i>	94
6.1.5.	<i>L'évaluation de la prise en charge</i>	95
6.2.	<i>L'analyse des données remontées par les CSAPA</i>	95
6.2.1.	<i>L'étude des rapports d'activité des CSAPA en 2011</i>	97
6.2.2.	<i>L'enquête RECAP en 2014 auprès des CSAPA</i>	102
6.2.3.	<i>Les caractéristiques générales des patients consultant en CSAPA du point de vue des antécédents d'incarcération</i>	106
6.3.	<i>Les données relatives aux statistiques de la justice</i>	107
6.3.1.	<i>Les différents types de mesures de soins</i>	107
6.3.2.	<i>La pratique</i>	109
6.3.3.	<i>Les stages de sensibilisation</i>	110
6.3.4.	<i>Les différentes mesures et les hypothèses de prononcé de ces mesures</i>	111
6.3.5.	<i>Les statistiques disponibles</i>	111

1. La connaissance de la prévalence des addictions parmi les personnes placées sous main de justice

La population pénale est particulièrement touchée par les addictions. L'alcool, les produits stupéfiants et les médicaments psychotropes sont consommés massivement avant l'incarcération et leur utilisation est manifestement poursuivie en milieu carcéral.

1.1. Les liens entre addictions, condamnations et incarcérations

Que ce soit en France¹ ou dans les autres pays européens², la prison concentre les usagers de drogues sans empêcher totalement la consommation de stupéfiants³ en son sein. Cette situation limite l'efficacité des actions de réinsertion et de réduction de la récidive.

Une enquête du Ministère de la santé menée, en France, en 2003, auprès des personnes entrées en prison, a montré que la population pénale « déclare beaucoup plus de consommation de substances psychoactives, d'alcool, drogues illicites, médicaments psychotropes, que l'ensemble de la population » et « pour le quart d'entre elles, des consommations qui se cumulent ».

1.1.1. Les infractions directement liées à la consommation de substances psychoactives

D'après l'enquête de l'observatoire français des drogues et toxicomanie, les condamnations directement liées aux drogues illicites et à la consommation d'alcool représentaient, en 2013 200 000 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), contre près de 157 300 en 2010. Elles ont été multipliées par 50 depuis la loi de 1970. 83% des interpellations concernent des délits d'usage (9% usage revente et 6% trafic), principalement de cannabis : soit un ratio moyen de 3 interpellations pour 1000 habitants âgés de 15 à 74 ans. Le volume d'interpellations représente aujourd'hui moins de 4% du nombre des usagers de cannabis estimé à 4,6 M, loin devant les usagers de cocaïne (450 000) ou de MDMA/Ectasy (400 000).

Tableau 1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France parmi les 11-75 ans

Drogue	Cannabis	Cocaïne	Ectasy	Héroïne	Alcool	Tabac	Psychotropes
Expérimentateurs	17 M	2,2 M	1,7 M	0,6 M	46,9 M	38,2 M	16 M
Dont usagers dans l'année	4,6 M	0,45 M	0,4 M	-	42,8 M	16 M	11 M
Dont usagers réguliers	1,4 M	-	-	-	8,7 M	13,3 M	-
Dont usagers quotidiens	0,7 M	-	-	-	4,6 M	13,3 M	-

Source : OFDT, drogues chiffres clefs, juin 2015

En 2014, les tribunaux ont traité de 102 517 affaires d'usage de stupéfiants, soit 2/3 du volume d'interpellations liés aux ILS. La région parisienne concentre ¼ du contentieux. Le taux de réponse pénale s'est accru de 79 à 97% de 2010 à 2014, avec une baisse drastique du taux d'affaires non poursuivables de 11 à 2% et du taux de classement sans suite de 21 à 5% ; en parallèle les alternatives aux poursuites se sont fortement accrues et représentent les ¾ des

¹ Lukaszewicz, Falissard, Michel, Neveu, Reynaud, Gasquet. *Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison : a French national study*. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2007; (Jan)4; 2:1. Sahajian, Lamothe, Fabry. *Psychoactive substance use among newly incarcerated prison inmates*. *Sante Publique*. 2006 Jun;18(2):223-34. Mouquet. *La santé des personnes entrées en prison en 2003, Études et résultats n 386*, DRESS, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille- 2005.

² <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>

³ Sannier, Verfaillie, Lavielle. *Risk reduction and drug use in detention: study about the detainees of Liancourt Penitentiary*. *Presse Med*. 2012 Jul;41(7-8):e375-85. doi: 10.1016/j.lpm.2011.12.015

orientations prononcées en 2014 tandis que les poursuites représentent 24% (contre 13% il y a dix ans).

Près de 290 300 infractions de sécurité routière liées à l'alcool ont été constatées en 2011, dont 171 600 délits routiers. Avec près de 152 600 condamnations en 2011, les infractions de sécurité routière aggravées par l'alcool représentent plus de la moitié des condamnations pour infractions en matière de circulation routière et presque un quart de l'ensemble des condamnations en France. Le délit de conduite après avoir fait usage de stupéfiants a été créé en 2003. En 2011, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 25 400 délits de ce type, et les tribunaux ont prononcé 16 260 condamnations.

♦ Conduite de véhicule sous l'emprise d'alcool⁴ et/ou de stupéfiants⁵

En 2011 les services de police et gendarmerie ont relevé 290 294 infractions pour alcoolémie illégales au volant (60 % délits et 40 % contraventions). La même année ils ont relevé 25 425 délits liés aux stupéfiants (15 fois moins). Les délits liés à l'alcool représentent aujourd'hui 30 % de la délinquance routière, loin devant toute autre infraction au Code de la route. En termes de mortalité routière induite, les décès imputables représentent 31 % pour l'alcool et 13 % pour les stupéfiants. L'alcool est présent dans 10 à 16 % des accidents corporels, 30 à 37 % des accidents mortels (un tiers en 2011, avec 964 personnes décédées) et plus de 50 % des accidents mortels au cours des nuits de week-end. La conduite sous l'influence de stupéfiants est, par ailleurs, très souvent associée à la conduite en état alcoolique, qui constitue, à l'inverse, l'infraction unique dans 80 % des condamnations, les stupéfiants sont présents dans 11,1 % des accidents mortels avec 499 personnes décédées.

En 2011 les tribunaux ont prononcé 152 571 condamnations pour conduite en état alcoolique (dont 1 828 pour blessures involontaires par conducteur en état alcoolique et 187 pour homicide par conducteur en état alcoolique). Les condamnations pour conduite en état alcoolique représentent plus de la moitié des condamnations pour infractions à la circulation routière et près de 25 % du contentieux en France. La conduite en état alcoolique (CEA) est devenue un contentieux de masse qui dépasse désormais le volume des vols et recels et des coups et violences volontaires.

Il faut relever que les condamnations pour CEA ont progressé entre 2010 et 2011 (+ 3,1 %), plus rapidement encore que l'ensemble des condamnations pour infraction à la sécurité routière (+ 2, %) et que ce contentieux se développe en partie du fait de l'augmentation de la récidive, conséquence logique de l'intensification de la répression de l'alcool au volant. Marginales au début des années 1990 (3 %), les condamnations pour récidive de conduite en état alcoolique représentent aujourd'hui près de 16 % des condamnations, ce qui indique que l'intensification de la répression de l'alcool au volant a pour effet d'augmenter le nombre d'interpellation de conducteurs en difficulté avec l'alcool. A noter qu'environ trois-quarts des conduites sous l'emprise de l'alcool sont imputables à des consommateurs non dépendants – c'est-à-dire « non malades » de l'alcool – s'adonnant à des consommations à risque et/ou excessives, de manière épisodique ou répétée.

⁴ La conduite en état alcoolique est punie d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 4 500 Euros. Elle se caractérise par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à 0,8 g/litre, ou par la présence dans l'air expiré d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à 40 mg/litre. En 2008, le nombre de conducteurs conduisant avec une alcoolémie supérieure au taux maximal autorisé était évalué entre 1,2 et 3,5 % des conducteurs.

⁵ L'étude épidémiologique « Stupéfiants et accidents mortels (SAM) » menée de 2001 à 2003 par une équipe de scientifiques sous la houlette de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), a montré que conduire sous l'effet de l'alcool multiplie le risque d'accident mortel par 8, sous l'effet du cannabis par 2,1, et que l'association alcool-cannabis multiplie ce risque par 14. Une étude complémentaire initiée en 2006 a cependant montré qu'aucun sur-risque d'accident mortel en cas d'alcoolémie faible (c'est-à-dire inférieur au seuil légal) ne pouvait être identifié (Source : OFDT, 2013).

Il est à noter pour les jeunes conducteurs que la limite du taux légal d'alcoolémie autorisé a été récemment abaissée de 0,5 g à 0,2 g par litre (décret n° 2015-743 du 24 juin 2015 relatif à la lutte contre l'insécurité routière). Pour le candidat qui vient d'obtenir son permis de conduire, ce nouveau taux minoré s'applique donc pendant 3 ans (2 ans si la permis a été obtenu suite à une formation en conduite accompagnée). Ce nouveau taux de 0,2 g/l est le même que celui déjà applicable au conducteur d'un véhicule de transport en commun.

- Ivresse publique et manifeste (IPM)⁶ : 74 101 infractions pour ivresse publique et manifeste ont donné lieu à des poursuites devant un tribunal de police en 2012 dont 72 475 en France métropolitaine. Jusqu'en 2011, seuls les cas d'ivresse publique et manifeste donnant lieu à une infraction ou une intervention de police- sont comptabilisés. Depuis 2012, ce sont les infractions ayant donné lieu à des poursuites par un tribunal de police.
- Infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS)⁷ : usage, détention et trafic. Ici en matière de stupéfiants, l'usage lui-même est délictueux contrairement aux deux infractions précédentes liées à l'alcool pour lesquelles c'est le seul comportement issu de l'usage qui est incriminé.

En 2013, 56 697 condamnations ont été prononcées pour les ILS, deux fois plus qu'il y a dix ans. Les ILS représentent 9,9% des condamnations pour délit (6,1% en 2006). Il s'agit à 59% d'usage illicite (contre 22% en 2002), à 23% de détention-acquisition, à 12% de commerce et de transport et à 4% d'offre et cession. On assiste à un recentrage sur des peines alternatives à la prison (amendes, jours-amendes, TIG) qui représentent les ¾ des sanctions prononcées pour usage illicite. Les compositions pénales sont en hausse (8 549 mesures en 2013 contre 23 en 2004). Les peines de prison fermes ne dépassent pas 3500 condamnations par an, qui peuvent être aménagées. La durée moyenne des peines d'emprisonnement ferme est de 13 mois (5 mois pour l'usage, 11,3 mois pour la détention acquisition et 26,5 mois pour le trafic international).

Les interpellations pour usage de cannabis, en léger recul par rapport à 2009 (-2%, représentent toujours 90% des interpellations pour usage de stupéfiants. Leur nombre a été multiplié par cinq depuis le début des années 1990. En dehors des affaires d'usage, les services de police et de gendarmerie ont effectué 15 302 interpellations pour usage-revente et trafic de cannabis [12].

Le nombre d'interpellations pour usage d'héroïne a été divisé par quatre entre 1995 et 2003, pour augmenter ensuite. En 2010, leur nombre progresse de 2 % par rapport à l'année précédente. Les services répressifs ont également interpellé 3 382 usagers-revendeurs et trafiquants d'héroïne, chiffre en hausse de 14 % par rapport à 2009.

En hausse de 6 % par rapport à 2009, les interpellations pour usage de cocaïne et de crack ont quadruplé depuis 1995. Les interpellations pour usage-revente et trafic de cocaïne et de crack atteignent 2 786 en 2010 [12].

⁶ Les auteurs d'ivresse publique et manifeste - ébriété sur la voie publique - représente la deuxième catégorie d'infractions en lien direct avec l'alcool qui fluctue aux environs de 75 000 personnes interpellées chaque année, avec un pic à 89 000 en 2007. Bien qu'elle puisse faire l'objet d'une rétention, l'ivresse publique et manifeste n'est pas un délit mais une infraction relevant d'une contravention de deuxième classe de 150 euros.

⁷ Les statistiques judiciaires ne détaillent pas les condamnations par produit. Néanmoins, le cannabis étant en cause dans plus de 90 % des interpellations, les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) sanctionnées par les juridictions comprennent vraisemblablement une part significative de procédures qui lui sont liées. Les condamnations pour ILS, au nombre de 50 092 en 2011, représentent 9 % de celles prononcées pour un délit. Ces délits se répartissent ainsi : usage illicite (29 202, soit 58 %), détention, acquisition (10 173, soit 20 %), commerce-transport (7 045, soit 14 %), import-export (1 449, soit 3 %), offre et cession (2 107, soit 4 %), aide à l'usage par autrui qui peut comprendre la provocation à l'usage et la facilitation de l'usage (27) et autres (89). Les peines d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel concernent près de 30 % des condamnations pour usage illicite. Source : OFDT, juin 2013).

1.1.2. Les infractions indirectement liées à la consommation de substances psychoactives

Il s'agit des infractions commises concomitamment à une consommation ponctuelle ou habituelle de produits psychoactifs sans que celle-ci ne constitue un élément de leur définition sur le plan juridique.

Les mieux documentées concernent les infractions commises concomitamment à une consommation d'alcool.

L'étude du CESDIP du début des années 1970 sur le sujet⁸ avait estimé la criminalité à connotation alcoolique directe lorsque l'alcoolisme apparaît comme élément constitutif de l'infraction (conduite en état alcoolique, ivresse publique) soit 7% des délits et 3% des contraventions et indirecte lorsque l'auteur est atteint d'alcoolisme chronique, sous imprégnation lors du passage à l'acte ou que le passage à l'acte est motivé par l'alcoolisme soit 19% dont 69% pour les homicides volontaires, 38% pour les crimes et délits contre enfants, 29% pour les coups mortels, coups et blessures volontaires etc... Cette étude a identifié le coût des infractions à connotation alcoolique contre les personnes.

Ces données ne donnent bien évidemment qu'un aperçu de la surreprésentation des consommations de substances psychoactives chez les personnes judiciarisées. **En effet, les condamnations sont statistiquement identifiées par infraction sans mentionner systématiquement le lien entre l'infraction et la consommation d'une substance psychoactive quelle qu'elle soit.**

Selon l'ANPAA, de manière générale, l'on observe une forte prévalence de l'alcool chez les auteurs de violences (violences conjugales, violences familiales, agressions physiques et sexuelles, etc.) :

- 40 % des sujets ayant participé à une bagarre dans un lieu public avaient consommé de l'alcool dans les deux heures qui précédaient, avec un impact d'autant plus important que le niveau d'études était bas ;
- 25 % des auteurs d'agressions hors de la famille et 35 % des auteurs d'agressions au sein de la famille avaient consommé de l'alcool dans les deux heures précédentes ;
- 32 % des destructions intentionnelles étaient précédées d'une consommation d'alcool.
- s'agissant des vols, de l'alcool avait été consommé dans 20 % des cas ;
- l'alcool était présent en 2004 dans près de 70 % des homicides et dans la moitié des cas d'inceste.

Les infractions commises concomitamment à une consommation de stupéfiants sont nettement moins documentées en dehors de celles liées aux ILS et principalement à l'usage et celles liées à la conduite automobile. Il convient de souligner une catégorisation de la délinquance liée à l'usage qui pourrait être considérée de niveau 1 (IPM, usage de cannabis,...) et celle directement liée à la dangerosité pour soi et/ou les autres (CEA,...) ainsi que les violences indirectement liées à la prise de substances qui pourraient être de niveau 2.

S'il n'y a pas toujours de problématique addictive chez les sujets condamnés pour ces délits, cette question concerne une part importante des détenus quel que soit leur délit ou crime. Or, la consommation de substances psychoactives constitue un obstacle sérieux à la réussite de la désistance des délinquants⁹. La drogue et l'alcool peuvent augmenter l'impulsivité et mettre en cause les capacités des délinquants à prendre des décisions rationnelles¹⁰.

⁸ Alcoolisme et coût du crime en France dans les années 1970/1971.

⁹ Laub et Sampson ont constaté que l'alcool joue un rôle important dans la persistance de la délinquance. Il peut faire ressortir un sentiment d'impuissance et de perte de maîtrise sur les événements. La consommation de psychotropes a une incidence sur la réussite dans le domaine de l'emploi, la formation.

Il est à noter que les données en matière de lien entre consommation d'alcool et de stupéfiants et les atteintes aux personnes restent indigentes. Il convient d'améliorer la connaissance sur l'importance des liens entre alcool, stupéfiants et violences dans les procédures judiciaires, en procédant à une analyse de procédures terminées dans plusieurs juridictions, ce qui doit permettre ensuite d'adopter un discours d'information et de prévention clair sur ce sujet vers le public, et, en corrélation, une réponse adaptée pendant l'enquête et au moment de l'orientation de la procédure et de l'appréciation des faits. Un groupe de travail formé avec les ministères concernés (justice, intérieur, droit des femmes) a validé le contenu et la méthodologie d'une action de recherche confiée à une équipe de recherche de Grenoble.

1.2. Il existe des données parcellaires en détention sur les conduites addictives mais aucune remontée numérisée, automatique et exhaustive n'est possible

1.2.1. Les limites des logiciels de l'Administration pénitentiaire

La mission a analysé le dictionnaire de données GENESIS et a noté les champs d'information liés aux addictions. Toutefois, après échange avec la DAP, ces éléments susceptibles de faire l'objet d'indicateurs ne sont pas apparus comme les plus prioritaires à traiter du point de vue des problématiques de réinsertion. Quant à APPI, les difficultés liées au mauvais renseignement n'ont pas permis d'extraire des données à partir de cet applicatif.

1.2.2. Les informations compilées par le personnel médical sont éclatées sur plusieurs supports et dans plusieurs lieux

Dans le cadre du plan d'action stratégique 2010-2014 « Politique de santé des personnes placées sous main de justice », l'InVS¹¹ a établi un état des lieux des connaissances relatives à la santé des personnes détenues et a proposé des pistes pour en améliorer le suivi et à défricher le cadre d'un dispositif de surveillance épidémiologique.

L'étude de faisabilité visait à examiner la possibilité d'étendre la méthodologie de l'enquête Prévacar à d'autres champs thématiques que ceux couverts par cette étude¹² en développant un dispositif de surveillance épidémiologique pérenne, multithématique (incluant notamment les maladies chroniques et la pathologie psychiatrique), basé sur un recueil de données à partir des dossiers médicaux des personnes détenues. Cette étude a reposé sur deux types de recueil complémentaires :

- la réalisation d'entretiens menés auprès des médecins responsables des unités sanitaires des 11 établissements pénitentiaires retenus pour l'étude ;
- l'analyse des dossiers médicaux d'environ 300 personnes détenues tirées au sort au sein de ces établissements.

¹⁰ Leur consommation avant de commettre un délit peut diminuer l'attention et l'inhibition (Cromwell) et potentialiser des tendances impulsives ou violentes. Longshore et al (2011) ont constaté que les personnes qui possèdent une piètre maîtrise de soi consomment plus de psychotropes. Giordani et al ont montré que la consommation de drogue et d'alcool limitait l'accès aux événements de la vie à caractère pro-social. Ils obscurcissent le jugement, entravent les capacités cognitives et conduisent inéluctablement à une diminution notable du niveau général de rationalité de l'individu.

¹¹ Institut National de Veille Sanitaire

¹² L'enquête Prévacar s'est intéressée à déterminer la prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés (TSO) au sein de la population carcérale française au moyen d'une méthodologie basée sur un recueil de données à partir des dossiers médicaux des personnes détenues.

Les principaux constats sur les dossiers médicaux sont les suivants : en l'état les dossiers médicaux des personnes détenues ne sont pas directement exploitables dans une perspective de surveillance épidémiologique. En effet, bien que de nombreuses données de santé y soient colligées, l'information disponible demeure encore incomplète et les conditions minimales requises au développement d'un tel dispositif ne sont actuellement pas réunies sur le terrain, comme cela est décrit ci-dessous.

1.2.2.1. L'accès à l'information médicale est dispersé dans différents dossiers et différents locaux

L'étude de faisabilité a montré que l'accès à l'information médicale est non homogène d'un site à l'autre et dispersé géographiquement (coexistence de plusieurs dossiers situés dans des locaux distincts)¹³. Ce constat de dispersion géographique s'est également vérifié lorsque l'information médicale était informatisée (cela concernait deux établissements sur les 11 visités), chaque type de professionnel procédant à un recueil de données sur des logiciels non communicants, eux-mêmes situés dans des locaux différents. **Ce fait met en exergue la dispersion des données médicales d'un même patient ainsi que la non-informatisation des données ou leur informatisation sur des systèmes non interopérables.**

L'accès à l'ensemble des données sera un point important à améliorer si l'on souhaite développer un dispositif de surveillance épidémiologique à grande échelle (nationale) à partir des dossiers médicaux des personnes détenues.

1.2.2.2. Les dossiers médicaux des personnes détenues ont un contenu propre aux unités sanitaires et ne sont pas standardisés

L'étude de faisabilité a également montré que l'information médicale disponible dans les dossiers médicaux des personnes détenues était certes substantielle, mais non homogène et non « standardisée ». Bien qu'une consultation médicale d'entrée ait été proposée de façon systématique à tout nouvel arrivant dans les maisons d'arrêt et les établissements pour peine visités¹⁴, et que la majorité des US (9 sur 11) ait développé une fiche « entrant »¹⁵ pour servir de support au déroulement de cette première consultation, **ces fiches sont propres à chaque US et ne permettent pas de recueil « standardisé » de l'information médicale.** En effet, elles sont le plus souvent structurées, c'est-à-dire qu'elles comportent des rubriques et des encadrés prédéfinis (se rapportant aux antécédents, vaccinations, traitements en cours, etc.), mais leur remplissage est laissé libre, par opposition à une « standardisation », qui supposerait un recueil obligatoire de tous les items y figurant. Par ailleurs, à l'issue de la consultation médicale d'entrée, le suivi ultérieur d'une personne détenue est défini au cas par cas, dépendant du terrain médical et des besoins exprimés par les personnes. Les recours aux soins sont alors

¹³ Le dossier somatique est le plus souvent sous format papier et accessible au sein des US mais son organisation et sa structuration restent propres à chaque site. Au-delà d'un socle commun (« observation médicale », « examens biologiques », « examens complémentaires », « comptes rendus d'hospitalisations », « certificats médicaux », « courriers »), le dossier médical somatique peut comporter, selon l'établissement considéré, des sous-dossiers par types de professionnels (infirmier et/ou psychiatre et/ou psychologue, et/ou addictologue, et/ou dentiste, et/ou pharmacien, etc.). Dans d'autres cas, chaque type d'acteur bénéficie d'un dossier propre, en général accessible dans des locaux distincts les uns des autres.

¹⁴ A noter, par ailleurs que la visite médicale d'entrée est prévue réglementairement pour tous les entrants venant de l'état de liberté. Elle est ainsi proposée systématiquement à toute personne incarcérée venant de l'état de liberté tout en étant conditionnée au consentement de celle-ci. Elle se déroule alors dans les plus brefs délais (le jour même ou au maximum dans les 48 heures suivant l'entrée en détention). L'examen d'entrée n'est, en revanche, pas obligatoire à l'occasion d'un transfert entre établissements pénitentiaires, mais la continuité des soins devant être assurée par l'équipe médicale de l'établissement dans lequel la personne détenue est transférée, une telle visite est généralement réalisée pour l'ensemble des arrivants dans l'établissement. En pratique, dans l'étude de faisabilité, seuls 6 dossiers médicaux sur les 306 tirés au sort ne contenaient aucune donnée relative à une quelconque visite médicale d'entrée.

¹⁵ Ce résultat est similaire aux données obtenues dans l'enquête par questionnaire réalisée dans le cadre du volet « attentes et besoin » qui ont montré que 70% des 34 US ayant répondu au questionnaire avaient mis en place un tel outil.

colligés de façon chronologique dans les dossiers médicaux et sous la forme d'observations libres (donc de façon non standardisée).

Développer un dispositif de surveillance épidémiologique d'après les dossiers médicaux des personnes détenues nécessiterait une harmonisation du contenu de ces dossiers et une standardisation des données qui y sont notifiées.

1.2.2.3. *L'information médicale contenue dans les dossiers médicaux ne permet pas le calcul de la prévalence des principales pathologies en milieu carcéral*

Au-delà de l'accès aux données et de leur disponibilité sous forme standardisée, l'analyse des 306 dossiers médicaux a permis de déterminer la nature de l'information qui y est *in fine* présente.

Certaines thématiques de santé sont bien documentées dans les dossiers médicaux à l'entrée dans l'établissement (thématiques renseignées dans plus de 70 % des dossiers examinés), notamment celles concernant la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues illicites), le statut pondéral (poids et taille) et les antécédents médicaux et chirurgicaux. Toutefois, le niveau de précision des informations concernant les conduites addictives (information relative à la durée du tabagisme, à la quantité d'alcool bue au cours d'une journée ordinaire, à la consommation d'alcool à risque) est insuffisant pour pouvoir construire des indicateurs utiles au suivi épidémiologique de ces comportements à risques.

Pour les maladies chroniques sélectionnées dans le cadre de cette étude (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)), leur renseignement dans le dossier médical à l'entrée en détention n'est pas systématique, en l'absence d'une liste à cocher par oui ou par non pour chacune d'elle.

Pour le module « psychiatrique », il est apparu que le recueil à partir du dossier médical somatique était peu approprié (à l'entrée dans un établissement ou au cours du suivi). En effet, le cloisonnement mis en avant par les professionnels de santé entre la prise en charge somatique et psychiatrique trouve une traduction dans les dossiers médicaux : lorsque les équipes de soins somatiques et psychiatriques ne partagent pas le même dossier (en cas de service médico-psychologique régional (SMPR) sur place), aucune synthèse psychiatrique ne figure dans le dossier somatique ; dans le cas contraire (dossiers communs aux équipes de soins somatiques et psychiatriques), les entretiens avec les uns et les autres ont mis en exergue la réticence des psychiatres à écrire des informations précises dans le dossier somatique du patient.

Enfin, concernant les autres thématiques de santé (problèmes ostéo-articulaires, dermatologiques, digestifs, bucco-dentaires et les traumatismes), celles-ci sont, comme pour les maladies chroniques, renseignées au cas par cas, uniquement en cas de diagnostic porté chez le patient. De nombreuses données de santé sont ainsi notifiées dans les dossiers médicaux des personnes détenues, mais elles ne sont pas structurées dans une perspective de surveillance épidémiologique.

Les informations sont présentes en fonction du terrain médical du patient et ne sont pas renseignées de manière systématique dans tous les dossiers médicaux, ce qui ne permet pas de calcul de prévalences. Envisager une surveillance épidémiologique à partir des dossiers médicaux des personnes détenues nécessiterait donc de renseigner davantage ces dossiers et d'adapter le recueil de données en fonction.

Certes l'étude Prévacar, réalisée à partir des dossiers médicaux somatiques, a permis de conclure à la faisabilité d'une surveillance nationale des infections aux VIH et VHC à partir des dossiers médicaux des personnes détenues, mais il importe de souligner que la recherche de la séropositivité des personnes incarcérées est considérée comme une priorité en milieu carcéral, avec un dépistage systématiquement proposé à l'entrée en détention et fréquemment réalisé (résultat des tests présents dans les dossiers dans 72 % des cas pour le VIH et 69 % pour le VHC).

Des chiffres similaires, voire supérieurs, de présence d'information ont été retrouvés dans l'étude de faisabilité présentée dans ce document pour des thématiques également considérées comme prioritaires en milieu carcéral. C'est notamment le cas des conduites addictives, cependant le niveau de précision de l'information présente dans les dossiers médicaux était insuffisant pour espérer mettre en œuvre une surveillance épidémiologique sur cette thématique au moyen des données disponibles.

En conclusion les dossiers médicaux des personnes détenues ne sont pas exploitables, en l'état et à ce jour, dans une perspective de surveillance épidémiologique. Bien que ces dossiers contiennent de nombreuses données sur l'état de santé des personnes incarcérées, il semble nécessaire, si l'on souhaite les exploiter dans le cadre d'un dispositif de surveillance spécifique ou en complément d'enquêtes épidémiologiques, d'engager un travail d'harmonisation et de standardisation des données dans une telle perspective.

1.2.3. Une enquête de l'INVS auprès des personnels médicaux montre le besoin d'un dispositif qui existe à l'étranger

1.2.3.1. Les résultats de l'enquête

L'enquête de l'INVS a mis en exergue les raisons de l'utilité d'un recueil de données médicales pour les détenus.

Tableau 2 : Raisons de l'utilité de portée nationale (enquête par entretiens médecins US et enquête par entretiens acteurs)

Connaître l'état de santé de la population carcérale	Comparer l'état de santé de la population carcérale
<ul style="list-style-type: none"> « Mettre à jour les connaissances sur l'état de santé de la population carcérale » « Obtenir une mise à jour des connaissances » « Prendre du recul sur la pathologie en milieu carcéral et avoir une vision globale : des fois on pense à propos d'un cas particulièrement compliqué que c'est un problème important en prison alors qu'en fait à l'échelle de la population carcérale cela représente peu » « Faire un véritable état des lieux des pathologies » 	<ul style="list-style-type: none"> « À la population générale » « À la population générale mais en ajustant sur les facteurs de risques (sur l'âge le sexe et les facteurs socio-culturels et économiques, etc.) pour comparer ce qui est comparable » « À des groupes de population présentant d'autres facteurs de risque : les personnes détenues sont peut-être en meilleure santé que d'autres groupes à risque, comme la population rurale et isolée »
Déterminer la nature des besoins de la population carcérale	Evaluer l'impact de la détention sur la santé des personnes incarcérées
<ul style="list-style-type: none"> « Mettre en évidence des problèmes particuliers de santé » « Connaître la pathologie mentale en prison » « Mettre en évidence des groupes de population à risque particulier » « Hygiène de vie et pathologies dermatologiques » « Les problèmes digestifs sont fréquents en détention en raison notamment du fait qu'il n'existe pas d'intimité pour l'utilisation des toilettes » 	<ul style="list-style-type: none"> « Déterminer les effets pathogènes de la détention ; analyser l'impact de la détention sur la santé mentale, sur la prégnance de la violence et des agressions (traumatismes) » « Par exemple les longues peines conduiraient à augmenter les maladies cardio-vasculaires en raison en particulier de la sédentarité, de l'alimentation peu saine et du tabagisme » « Apprécier le rôle (positif ou négatif) de la détention sur la consommation de produits psychoactifs (...) la prison pourrait-elle représenter l'opportunité de la mise en oeuvre d'une vraie prise en charge (addictions) » « Produire des données sur les sortants de prison ; en maison d'arrêt il est très difficile de mettre en évidence ce qui se passe entre l'entrée et la sortie ; quel impact sur l'état général, l'alimentation, l'activité physique, le tabac, sur le plan psychologique... »
Adaptation des politiques publiques (santé, offre de soins, conditions de détention)	

Connaître l'état de santé de la population carcérale	Comparer l'état de santé de la population carcérale
<p>« Pour proposer des pistes d'amélioration de l'offre de soins » « Des données sur la santé mentale permettraient de questionner la politique pénale actuelle (cf. atténuation de la responsabilité pénale) mais aussi pourraient conduire à faire évoluer la politique de suspension de peine pour des raisons psychiatriques »</p> <p>« Des données sur la dépendance et le handicap peuvent conduire à développer une prise en charge en détention plus adaptée (augmenter le nombre en auxiliaires de vie) ; cela peut aussi éclairer la politique pénale et celle relative à la suspension de peine » « Pour les urgences (malaises cardio-vasculaires, personnes vieillissantes, etc.) : absence de boutons dans les cellules pour appeler à l'aide dans les prisons hors plan 1990, il y a une vraie angoisse »</p>	

Source : INVS

Tableau 3 : Raisons de l'utilité à l'échelle des pratiques sur le terrain (enquête par entretiens médecins US)

Connaître l'état de santé de la population carcérale	Comparer l'état de santé de la population carcérale
<p>« Pour caractériser l'état de santé de la population carcérale de l'établissement »</p> <p>« C'est important de savoir les pathologies qu'on a pour l'équipe »</p>	<p>« Pour comparer avec les autres établissements »</p> <p>« Pour qu'on puisse comparer entre les régions »</p> <p>« Besoins d'avoir des données générales sur la santé des détenues pour se comparer à la population nationale, IDF, pour sortir ou lutter contre le discours parano »</p> <p>« Comparer à celle des autres établissements : par exemple j'ai l'impression qu'on a une population plus malade à F. par rapport au reste de la population carcérale. Est-ce vrai ? »</p>
Étayer les demandes de moyens et réponses à des appels d'offre (télémédecine)	Adapter les prises en charge et l'offre de soins au sein des US
<p>« Avec le projet télémédecine, c'est compliqué parce que pour construire le dossier on manque de données statistiques »</p> <p>« Données utiles pour pouvoir pour étayer le montage de projets »</p>	<p>« In fine pour adapter mes pratiques en fonction des données et de l'offre de soins »</p> <p>« Pour adapter les prises en charge : cela va nous permettre de savoir comment apporter les soins aux gens »</p> <p>« Faire du benchmark de prise en charge : savoir si on est moins bon que l'US de R. savoir comment fait R. pour être aussi bon »</p> <p>« In fine pour adapter mes pratiques en fonction des données »</p> <p>« Pour savoir comment travailler notre prise en charge »</p>

Source : INVS

L'enquête INVS a mis en évidence les freins et facteurs favorisant le développement d'un dispositif de surveillance des personnes détenues.

Tableau 4 : Freins au développement d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues

Type de frein	Contenu
Le manque de temps à consacrer au recueil	<p>« Le premier facteur limitant serait d'imposer une activité supplémentaire lourde aux équipes travaillant au sein des unités sanitaires sans adapter les moyens humains. »</p> <p>« Le frein principal est à mon avis le temps que réclame le relevé de toutes ces informations. »</p> <p>« Le temps à accorder pour faire le recueil (...), la charge de travail supplémentaire. »</p> <p>« Investissement en temps des médecins dans un dispositif de recueil. »</p>
Le manque de moyens à consacrer au recueil	<p>« L'idée est très intéressante mais en pratique nous avons beaucoup de mal à mettre en place des surveillances de données épidémiologiques car nous manquons de temps de secrétariat pour regrouper les données qui pourraient être recueillies par les médecins et les IDE. »</p> <p>« Problème de la saisie des données qui si elle est faite dans un second temps ne peut pas être »</p>

Type de frein	Contenu
	<p>assumée par les personnels sur place à moins d'une dotation en personnel supplémentaire (secrétaire ou autre...).</p> <p>« Le manque de moyens des unités sanitaires. »</p> <p>« Le coût, les moyens nécessaires à la mise en oeuvre. »</p> <p>« Réduction des effectifs en prison. »</p>
Absence de dossier médical standardisé, commun à l'ensemble des US	<p>« Remplir des données IDENTIQUES dans leur définition d'un établissement à l'autre. »</p> <p>« Homogénéité du recueil : nécessite à mon avis une harmonisation nationale. »</p> <p>« La première façon de faire serait peut-être d'avoir un dossier médical UNIQUE et INFORMATISE dans toutes les US. »</p> <p>« Un recueil à partir du Rim-p mais il y a besoin d'homogénéiser le codage des diagnostics, de développer le contrôle qualité car en l'état le codage est très farfelu, à savoir psychiatre dépendant (donc non homogène au sein d'un établissement) et même non homogène pour un psychiatre. »</p> <p>« Le faible renseignement du dossier somatique par les psychiatres. »</p> <p>« Que le SMPR accepte enfin un dossier partagé informatisé ! »</p>
Absence de dossier médical informatisé	<p>« Absence de dossier informatisé. »</p> <p>« La non-informatisation des dossiers médicaux. »</p> <p>« Les requêtes en seraient d'autant simplifiées et la valeur statistique n'en aurait que plus d'intérêt. »</p> <p>« Pas de dossier informatisé pour faire les requêtes. »</p>
Compatibilité avec celui de l'hôpital de rattachement	<p>« Uniformisation des logiciels informatiques vu que chaque centre hospitalier fonctionne avec son logiciel et souvent inadapté à la pratique de médecine générale telle qu'elle est pratiquée au sein des US. »</p> <p>« Manque d'outils d'informatiques adaptés ainsi que des problèmes de compatibilité avec les systèmes informatiques hospitaliers existant. »</p> <p>« La non-informatisation des dossiers, la compatibilité des systèmes d'exploitation des différents sites. »</p>
Contraintes techniques liées à la fonctionnalité du réseau informatique et à sa maintenance dans les unités sanitaires	<p>État actuel de l'informatisation des unités sanitaires variable. »</p> <p>« L'absence dans la plupart des établissements de système informatisé constituent actuellement des freins au développement d'un dispositif de surveillance. »</p> <p>« L'US est câblée (par la pénitentiaire), mais tous les informaticiens sont à B. (hôpital de rattachement) ; on n'a pas de maintenance ; tous les jours il y a un problème informatique (ordinateur/imprimantes...) ; on a un numéro d'appel, mais ils se déplacent peu ; on a tellement de problèmes qu'il faudrait quelqu'un qui nous soit dédié ; il nous faut d'abord résoudre nos problèmes d'informatique avant le DMP. »</p> <p>« Attention à la maintenance du dispositif informatisé ; l'informatisation est dramatique ici ; on est à distance du CHR, sous-doté en réseau ; on espère une maintenance 24h24 ; tout est compliqué en prison. »</p>

Source : INVS

Tableau 5 : Facteurs favorisant le développement d'un dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues

Type de facteur favorisant	Contenu
Faisabilité pour les professionnels	<p>« Prévoir un recueil, simple, rapide, ergonomique, peu demandeur de temps ; il faut définir un module minimal ne demandant pas trop de temps de recueil. »</p> <p>« Un recueil qui s'intègre dans les pratiques : à partir du Rim-P puisque ce recueil est obligatoire. »</p> <p>« Il faut faire des propositions faisables. »</p>
	<p>« Il faut une équipe dédiée et des outils adaptés (2, 3 référents, une équipe pilote) Ça pourrait dynamiser une équipe d'avoir des retours. »</p> <p>« Un réel engagement politique, avec le déploiement de moyens adaptés. »</p> <p>« La volonté politique car la santé des personnes détenues relève de la responsabilité des pouvoirs publics. »</p>

Type de facteur favorisant	Contenu
	« Un volontarisme politique. »

Source : INVS

En outre, il convient de souligner qu'il n'existe aucune étude sérieuse sur la prévalence des addictions en milieu ouvert.

1.2.3.2. Les dispositifs à l'étranger

L'enquête INVS a analysé les différents dispositifs de surveillance de la santé des détenus. Ils sont retracés dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Dispositifs de surveillance et enquêtes nationales selon les pays

Pays	Dispositifs pérenne de surveillance	Enquêtes nationales ponctuelles et/ou répétées
Australie	Enquête nationale multithématique depuis 2009	HIV, HBV, HVC, comportements à risques (2004, 2007)
Belgique	Recueil standardisé et informatisé multithématique depuis 2010	Maladies infectieuses (1997) Recours aux soins (2005)
Canada	Recueil standardisé et informatisé multithématique depuis 2010 Surveillance des maladies infectieuses depuis 2000	Santé mentale (1998) Santé multithématique (1995) Maladies infectieuses (2007)
Finlande		Santé multithématique (1985, 1992, 2002, 2006) Santé mentale (nd)
France		Santé des entrants (1997 puis 2003) Handicap, incapacités, dépendance (2001) HIV, HCV et TSO (2010)
Italie	Surveillance des toxicomanes et maladies infectieuses (arrêt en 2002)	Santé multithématique (2005)
Pays-Bas	Surveillance de la santé mentale et des addictions (depuis 2003)	
Nouvelle-Zélande	Enquête biannuelle incluant certaines données de santé (depuis 1987)	Santé mentale (1999) Santé globale (2005)
Norvège		Conditions de vie (2003) Santé multithématique (2004, 2005) Recours aux soins (2006, 2009)
Suisse	Surveillance des maladies infectieuses (depuis 2008)	
Royaume-Uni	Surveillance des maladies infectieuses (depuis 2002)	Santé multithématique (1994) Santé mentale (1998) Santé des femmes (2006) Santé et évaluation des besoins (2008)
Etats-Unis	Enquête santé thématique (tous les 5/7 ans depuis 1974)	

Source : *European Journal of Public Health*, Septembre 2014

1.2.4. Ce constat a été confirmé par plusieurs autres travaux

1.2.4.1. Le rapport Montaigne de 2008

Le rapport « Comment rendre la prison enfin utile » de septembre 2008 de l'institut Montaigne rappelle qu'il a fallu attendre 1986 pour que les soins psychiatriques dispensés aux détenus soient confiés au service public hospitalier et 1994 pour les soins somatiques.

Un SMPR est installé dans chaque région pénitentiaire, soit 26 SMPR pour 192 établissements pénitentiaires. Les SMPR sont responsables du dépistage des troubles psychologiques, des soins courants, de la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, etc....Chacun dispose d'un quartier d'une vingtaine de lits pour assurer une hospitalisation de jour. Il n'y a pas de permanence psychiatrique la nuit en détention. En cas de crise, les SMPR sont favorables à l'hospitalisation d'office pour éviter un placement en secteur d'isolement qui aggrave l'état du patient. Toutefois, ni l'hôpital de secteur (problème de sécurité) ni l'administration pénitentiaire n'y sont favorables (soupçon de simulation). Aussi les détenus hospitalisés se voient-ils la plupart du temps imposer des entraves et une camisole chimique. De ce fait, les séjours en psychiatrie hospitalière sont brefs et leur effet quasi inexistant. C'est pour apporter une solution à ce problème qu'a été décidée la construction d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Ces unités sont localisées dans les hôpitaux publics mais la sécurité y sera assurée par l'administration pénitentiaire. Les détenus pourront y être hospitalisés d'office sans que soit nécessaire l'intervention du préfet.

Dans les établissements où il n'existe pas de SMPR, les psychiatres limitent leur prestation à un ou deux entretiens par mois ce qui ne leur permet pas de faire un travail de fond pourtant nécessaire. Ils deviennent de véritables « dealers » de traitements antidépresseurs et anxiolytiques, destinés à prévenir les suicides et les agressions, donnés par les équipes soignantes des US qui sont surchargées. Cette démarche n'est pas fondamentalement différente de la tolérance de l'administration pénitentiaire vis-à-vis de la circulation de la drogue qui favorise le calme des détenus.

Les améliorations envisageables peuvent être de trois ordres : le développement des techniques d'évaluation de la santé mentale et du dépistage des pathologies psychiatriques des personnes, condamnées ou prévenues, mises en œuvre dans le « sas » d'entrée des arrivants. Une meilleure communication entre les acteurs que sont l'administration pénitentiaire, les médecins de l'UCSA et les psychiatres du SMPR. Aujourd'hui elle n'existe qu'exceptionnellement dans certains établissements et seulement grâce à des bonnes volontés informelles. Il est proposé de créer un dossier médical commun au médecin de l'UCSA et au psychiatre tel qu'il existe dans les hôpitaux.

L'étude de l'institut Montaigne indique que les articles sur l'importance des troubles psychologiques en prison font état de chiffres peu concordants. Madame Christiane de Beaurepaire, directrice du SMPR de Fresnes, fait état de : « ...plus de 25 % de détenus qui souffrent de troubles avérés, Madame Betty Brahmy, chef du SMPR de Fleury-Mérogis, précise : «...états dépressifs graves, 45 %, et troubles psychotiques aigus 27% »/ Elle explique que «...certaines personnes, peut-être déjà fragiles antérieurement à l'incarcération, peuvent ne pas supporter les conditions de la vie quotidienne en prison : surpopulation, promiscuité, absence d'hygiène, rupture des liens affectifs, familiaux, conjugaux, déresponsabilisation, violences, rackets, attente du jugement puis du transfert en établissement pour peines... On observe ainsi des décompensations psychiatriques sur le mode de bouffées délirantes aiguës chez des sujets qui n'avaient jamais été repérés comme malades mentaux à l'extérieur. »

Enfin, il semblerait qu'environ 60 % des détenus prennent des médicaments psychotropes. Ces chiffres signifient que la demande de soins psychologiques est supérieure à la demande de soins somatiques.

1.2.4.2. Les autres rapports

Le Rapport IGAS/IGSJ de novembre 2015 relative à l'évaluation du plan Santé-justice a retenu les propositions de l'INVS dans sa recommandation n°1.

1.3. Les différentes études disponibles

1.3.1. Les études internationales

L'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction a réalisé il y a 3 ans un référencement bibliographique des études évaluant la prévalence de l'usage de drogues parmi les personnes détenues. Globalement ces études démontrent la concentration des usagers de drogue en milieu carcéral par rapport au milieu libre¹⁶.

Une analyse des comportements addictifs chez les personnes en milieu pénitentiaire à partir du programme OPPIDUM du réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance a été réalisée en 2008 sur les données recueillies entre 2003 et 2006. 65% des personnes interrogées déclaraient consommer au moins un produit illicite avant leur incarcération (cannabis 45%, cocaïne 24%, héroïne 16%). Mais cette étude recrutait spécifiquement des personnes présentant une problématique addictive. Elle comparait surtout les comportements d'usage de drogues par rapport à la population suivie en milieu libre. Ainsi les personnes détenues interrogées étaient, avant leur incarcération, plus jeunes, moins bien insérées socialement et moins souvent sous traitements de substitution aux opiacés que ceux recrutés en milieu libre. Elles consommaient davantage de produits notamment les benzodiazépines, les produits illicites et ce, de manière plus déviante que les autres sujets¹⁷.

De son côté, l'INVS a compilé les différentes études internationales existantes. La mission a retenu uniquement les éléments liés aux addictions et à la santé mentale.

Tableau 7: Prévalence des maladies liées à la santé mentale

Etude/référence	Pays	Psychose	Syndrome dépressif
Fazel et Seewald 2012 ¹⁸	Méta-analyse	F 3,9% H 3,6%	F 14,1% H 10,2%
Binswanger et al. 2010 ¹⁹	Etats-Unis (prisons)	F 6% H 4,4%	F 35,5% H 17,4%

Source : INVS

Tableau 8 : Prévalences des addictions

Etude/référence	Pays	Tabac	Alcool	Drogues
Australian Institute of Health and Welfare (2011) ²⁰	Australie	74%	Usage abusif 58%	Usage abusif : 66%
Binswanger et al 2010 ²¹	Etats-Unis	Nd	Usage abusif : F 36,9%, H 47,9% Dépendance : F 18,9%, H 23,3%	Usage abusif : F 59,3%, H 27,7% Dépendance : F 47,7%, H 37,5%
Fazel et al 2006 ²²	Méta-analyse	nd	Usage abusif : F	Usage abusif : F

¹⁶ Lukaszewicz M, Falissard B, Michel L, Neveu X, Reynaud M, Gasquet I. Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2007; (Jan)4; 2:1. <http://www.idf.inserm.fr/download.asp?download=stockfile/u669/princart/e7.pdf> Accessed: 2010-05-18.

Sahajian F, Lamothe P, Fabry J. Psychoactive substance use among newly incarcerated prison inmates. *Sante Publique*. 2006 Jun;18(2):223-34.

Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003, Études et résultats n 386, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique; Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille; 2005. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>. Accessed: 2010-05-18.

Rotily M, Delorme C. L'usage de drogues en milieu carcéral, Drogues et toxicomanies: indicateurs et tendances, OFDT; 1999.

Weilandt C, Rotily M. European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prison: Annual report to the EC. Marseille/Bonn, ORS/WIAD; 1998.

¹⁷ <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700609001328>

¹⁸ Données en cours de détention et prévalence chez entrants.

¹⁹ Données en cours de détention

²⁰ Prévalence chez entrants.

²¹ Données en cours de détention.

Etude/référence	Pays	Tabac	Alcool	Drogues
			[10-23,9%], H [17,7-30]%	[30,3-60,4]%, H [10-48]%

Source : INVS

1.3.2. Les études nationales

Il ressort des différentes enquêtes menées citées infra, un tiers des entrants en prison déclarent une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites ou de médicaments détournés de leur usage habituel au cours de l'année précédent l'incarcération, le cannabis arrivant en tête dans près de 30% des cas. Ce chiffre, rapporté à la consommation régulière de drogues illicites de la population générale (6% de consommateurs réguliers chez les 18/25 ans et 2% des 26/44 ans), montre une surconsommation avérée avant la détention.

Ces consommations de produits stupéfiants pèsent fortement sur l'état de santé des personnes détenues concernées : des pathologies somatiques sont constatées dans une très grande majorité des cas, souvent accompagnées de pathologies psychologiques ou psychiatriques. Les personnes détenues constituent une population à risque au regard des conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues.

1.3.2.1. L'étude Coquelicot de 2004

Par ailleurs, l'étude Coquelicot menée en 2004 par l'InVS et l'ANRS mentionnait que 12% des usagers de drogues interrogés dans le cadre de l'étude déclaraient s'être injectés des drogues illicites en prison dont 30% déclaraient avoir partagé leur seringue²³.

1.3.2.2. L'étude DREES de 2003

Une enquête publiée en 2002 sur la santé mentale et le suivi psychiatrique révélait l'existence de pathologies psychiatriques chez près de 55 % des détenus entrants (Coldefy et al., 2002). La symptomatologie décrite par les psychiatres était variée, des troubles anxio-dépressifs et addictifs (chez 55 % d'entre eux) jusqu'aux psychoses (chez près de 20 %). L'enquête montrait en outre que les troubles mentaux observés dans cette population avaient considérablement progressé en quelques années. La fréquence élevée de l'usage nocif et de la dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illicites ressortait également de l'étude, 15 % des incarcérations et un tiers des détentions en maison d'arrêt étant en rapport avec une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS). Les tendances générales de consommation de produits psychoactifs mettaient en évidence le développement des polyconsommations, la diversification des voies d'administration (augmentation de la fréquence du sniff) et le recours de plus en plus courant aux produits psychostimulants, à la cocaïne et au crack.

La première étude épidémiologique d'envergure²¹ menée en 2003-2004 sur la santé mentale en prison a objectivé la prévalence des troubles mentaux en milieu carcéral (Rouillon et al., 2004). Elle indique que 80 % des détenus masculins et 70 % des détenues féminines présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité cumulant plusieurs troubles. Les troubles anxieux sont les plus fréquents (plus de la moitié des détenus en métropole en présentent au moins un), devant les troubles thymiques. Parmi les affections repérées, l'étude évoque 40 % de syndromes dépressifs, 33 % d'anxiétés généralisées, 20 % de névroses traumatiques, 17 % d'agoraphobies, 7 % de schizophrénies et 7 % de paranoïas ou psychoses hallucinatoires chroniques. Plus des deux tiers des détenus ont connu des événements traumatiques, précoces,

²² Données en cours de détention.

²³ http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/beh_33_2006.pdf

divers, nombreux, engendrant une vulnérabilité pour les troubles dépressifs et anxieux. Un quart des détenus de métropole, hommes ou femmes, présenteraient un trouble psychotique. Un risque suicidaire est repéré par le MINI pour 40 % des hommes détenus et pour 62 % des femmes, qui est jugé élevé pour près de la moitié des personnes concernées.

En outre, près de 40 % des détenus incarcérés depuis moins de 6 mois présentent une dépendance aux substances illicites et 30 % une dépendance à l'alcool. L'ANPAA estime que la dépendance à l'alcool concerne 40% des détenus hommes et 20% des détenus femmes, soit sur la base de 80 000 incarcérations par an près de 32 000 personnes en difficulté avec l'alcool dont 16 à 20 000 dépendants.

Les associations de troubles sont fréquentes dans ces populations, essentiellement sous la forme de troubles thymiques et anxieux (3 à 4 détenus sur 10), troubles anxieux et dépendance aux substances ou à l'alcool, troubles thymiques et dépendance, troubles anxieux et psychotiques, chacune de ces associations concernant environ un détenu sur cinq. Selon les populations, 35 % à 42 % des détenus sont considérés par les enquêteurs comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades (échelle de gravité CGI). Pourtant, seulement deux tiers des personnes détenues déclarent avoir consulté avant la période d'incarcération un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif d'ordre psychiatrique.

Cette prévalence importante des troubles psychiques en prison s'explique en partie par la diminution de l'irresponsabilité pénale. La deuxième édition de l'enquête de la DREES sur la santé menée auprès des entrants en 2003 corrobore ces observations. Elle confirme aussi la surreprésentation des addictions en milieu carcéral (Mouquet, 2005). Un tiers des nouveaux détenus déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'entrée en prison : cannabis (29,8 %), cocaïne et crack (7,7 %), opiacés (6,5 %), médicaments utilisés à des fins de toxicomanie (5,4 %), autres produits : LSD, ecstasy, colles, solvants (4,0 %). Près de 11 % des détenus déclarant une utilisation régulière de drogues illicites consommaient plusieurs produits avant l'incarcération. Cette fréquence élevée de consommation de substances psychoactives est à relier à la fréquence des incarcérations occasionnées par des infractions à la législation sur les stupéfiants²³ car, à l'exception du cannabis, l'usage déclaré de drogues illicites est marginal dans la population générale.

En prison, un nombre particulièrement élevé de personnes présente des conduites addictives, qu'il s'agisse d'une dépendance aux médicaments, aux drogues illicites, à l'alcool ou au tabac. Une étude sur l'état de santé à l'entrée en prison, actualisée en 2003 et publiée en 2005 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), annonce que :

- ♦ 33,3% des entrants déclarent une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue (produits illicites et médicaments utilisés de façon toxicomaniaque) dans l'année précédant l'incarcération ;
- ♦ 31% des entrants déclarent une consommation excessive d'alcool au regard des critères fixés par la direction générale de la santé ;
- ♦ 78% des personnes arrivant en prison fument du tabac et près de 22% d'entre elles consomment quotidiennement plus de vingt cigarettes.

1.3.3. Les études locales

1.3.3.1. Le système de veille sanitaire de l'état de santé des entrants en Picardie

Grace à un système de veille sanitaire de l'état de santé des personnes entrant en prison mis en place dans les établissements pénitentiaires de Picardie, l'Observatoire régional de la santé et du social (OR2S) de Picardie publie annuellement un rapport sur les données recueillies. La Picardie compte six établissements pénitentiaires : maison d'arrêt d'Amiens (307 places), de Beauvais (117 places) et de Compiègne (82 places), centre pénitentiaire de Liancourt (636 places dont 384 en centre de détention, 232 en maison d'arrêt, 20 pour le quartier mineur) et de

Laon (395 places dont 200 en centre de détention), et de Château-Thierry (33 places en maison d'arrêt et 101 places en maison centrale).

Le dispositif qui s'applique à tous les détenus entrants (hors maison centrale de Château-Thierry) a été étendu progressivement à tous les établissements²⁴. Il est basé sur une fiche épidémiologique élaborée par les US et remplie par le médecin lors de la visite médicale obligatoire suivant l'incarcération. Elle comporte des informations médicales et sociales. Elle fait l'objet d'un traitement grâce à une application sécurisée par Internet.

Les principaux résultats des données recueillies durant l'année 2013 portent donc sur la santé, les dépistages, les conduites addictives et la situation sociale. 1896 fiches arrivant ont été renseignées et analysées sur l'ensemble des établissements pénitentiaires de Picardie. Elles concernaient 94,7% d'hommes adultes, 4% de femmes adultes et 25 mineurs. L'âge moyen de la population étudiée était de 31,8 ans.

Ils montrent qu'à leur entrée en milieu carcéral, un tiers des personnes détenues de sexe masculin prend au moins un traitement et que pour un peu plus de la moitié, des soins dentaires sont à programmer. Un peu moins de deux personnes détenues sur trois ont vu un médecin en consultation au cours des douze mois précédents leur incarcération. Deux cinquièmes des détenus se sont vus prescrire au moins une consultation chez un spécialiste lors de leur arrivée en milieu carcéral, et plus précisément en psychiatrie pour un entrant sur dix.

Un entrant sur trois a déclaré avoir au moins une pathologie somatique connue. La moitié de ces pathologies sont des pathologies broncho-pulmonaires (asthme...) et cardio-vasculaires (hypertension artérielle, arythmie...).

Concernant les pathologies mentales, un cinquième des hommes nouvellement détenus ont eu un suivi psychiatrique antérieur et presque autant suit un traitement psychiatrique.

Plus de cinq nouveaux détenus sur six se déclarent fumeur lors de la visite médicale suivant l'incarcération, et plus d'un sur six ont une consommation excessive d'alcool (plus de trois verres par jour). Près d'un quart a consommé de façon régulière une drogue au cours des douze mois précédent leur incarcération. En grande majorité du cannabis, associé pour près d'un quart d'entre eux à de l'héroïne. Plus de la moitié de la population carcérale a bénéficié de dépistages sérologiques avant l'incarcération. Enfin, quatre détenus sur cinq sont à jour pour le vaccin DTP et pour celui contre l'hépatite B. En 2013, 37,2% des personnes entrant en établissement pénitentiaire déclaraient avoir consommé du cannabis durant l'année précédant leur incarcération, 10,5% de l'héroïne ou opiacés, 6,4% de la cocaïne ou du crack, 3,4% des médicaments détournés. 24% des personnes interrogées étaient des consommateurs réguliers. Ces chiffres étaient semblables à ceux de l'année précédente.

1.3.3.2. *L'étude sur la consommation de drogue au sein de l'établissement pénitentiaire de Liancourt*

La seule étude estimant la consommation de drogue à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire français est celle menée à Liancourt en 2012. Il s'agissait de données déclaratives concernant la consommation de drogues avant et pendant l'incarcération. Elle mettait en évidence une poursuite de la consommation de drogues à l'intérieur de la détention, des stratégies de réduction de risque peu efficaces (principalement en rapport avec les traitements de substitution délivrés) et une réticence majoritaire à la mise en place d'un programme d'échange de seringues ou la mise à disposition de feuillets pour le sniff²⁵.

1.3.4. Les projets de certains acteurs

²⁴24 Pré-testé sur les établissements pénitentiaires de Compiègne et Beauvais mi 2010 mi 2011 et étendu aux autres établissements en 2012, Amiens a intégré fin 2012.

²⁵ http://www.reductiondesrisques.fr/wp-content/uploads/2012/04/Reduction_des_risques_et_usages_de_drogues_en-detention-une_strategie_inefficace.pdf

La fédération Citoyens et justice a développé un projet de rapport d'activité pour ses associations adhérentes. Le projet communiqué à la mission date du 30 janvier 2007 et s'appliquerait aux associations adhérentes gestionnaires d'une activité de placement extérieur. En ce qui concerne la santé, elle prévoit de renseigner les éléments suivants concernant l'arrivant au premier jour de l'arrivée dans la structure de placement extérieur : problématique alcool, toxicomanie, psychologique ou psychiatrique, maladie, autre. Le rapport d'activité préciserait également le type de suivi santé durant la mesure (interne ou en partenariat), l'accompagnement psychologique (nombre d'entretiens) et si l'accompagnement s'est poursuivi après la mesure : suivi médical interne ou en partenariat.

1.3.5. Les projets d'études à venir

A ce jour, aucune étude n'offre des données objectives et actuelles sur la consommation de drogues des personnes détenues particulièrement durant l'incarcération. La connaissance des produits consommés et des modalités de leur consommation est limitée. Les données de la littérature française rassemblent des données déclaratives rarement généralisables à l'ensemble du territoire.

L'ANRS envisage de débiter prochainement une nouvelle étude similaire à Coquelicot en milieu carcéral. Cette étude qui serait réalisée sous la forme d'entretiens structurés pourrait préciser les comportements des usagers de drogues incarcérés.

L'ORS de Picardie poursuit le recueil systématique des données de santé des personnes entrant en milieu carcéral en Picardie. Son projet pourrait utilement être décliné dans d'autres régions.

Parallèlement, dans le cadre du dernier appel à projet du fond de concours MILDECA en 2015, la direction de l'administration pénitentiaire a débuté, en lien avec la faculté de pharmacie Paris Sud et l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), une étude de faisabilité d'analyses toxicologiques des eaux usées des établissements pénitentiaires. La méthode d'analyse des eaux usées permet de générer des données objectives relatives à la consommation de drogues en détention et fournit un aperçu en temps réel des niveaux de consommation de drogues et de l'évolution des tendances à l'échelle locale. Ce type d'étude permet une mesure objective du phénomène d'usage de drogues en milieu fermé et lève les biais de sous-déclaration liés aux enquêtes épidémiologiques. Les mesures sont par définition anonymes. Cette étude mobilisant le Groupe santé publique-environnement (URM 8079 de l'université de Paris sud) sera la première étude européenne de ce type menée en milieu carcéral²⁶. Elle permettra de discuter les stratégies de prévention, de dissuasion des usages de drogues ainsi que les besoins sanitaires de ces publics. Deux études décrivent une recherche similaire menée en Australie^{27,28}.

Par ailleurs, la direction de l'administration pénitentiaire travaille en lien avec l'OFDT afin de définir les études envisageables permettant de mieux appréhender la problématique addictive en détention.

Il n'existe pas d'étude concernant spécifiquement les personnes placées sous main de justice suivies en milieu ouvert. Seule l'étude sur les risques de récidives des sortants de prison de mai 2011 fait état d'un taux de récidive d'infractions à la législation sur les stupéfiants de 48%²⁹.

1.4. La question du secret médical et du partage d'informations

²⁶ Ce type d'étude a déjà été déployé en milieu urbain.

²⁷ <http://www.atdc.org.au/wp-content/uploads/2014/09/Monitoring-substance-use-in-prisons-assessing-the-potential-value-of-wastewater-analysis.pdf> Science and Justice 54/2014 p. 338-345 et <http://dx.doi.org/10.1016/j.scijus.2014.06.006> Challenges and opportunities in using wastewater analysis to measure drug use in a small prison facility.

²⁸ <http://dx.doi.org/10.1016/j.scijus.2014.06.006>

²⁹ http://www.justice.gouv.fr/art_pix/cahierd%27etude36.pdf

La déontologie médicale constitue l'un des éléments identitaires commun à l'ensemble des professionnels de santé. Ceux-ci témoignent généralement d'un attachement très marqué au respect de ces principes. L'éthique soignante correspond à une pratique de la médecine dans des conditions précises (choix du médecin, consentement du patient).

La prison constitue, toutefois, un lieu d'exercice spécifique où certaines règles peuvent perdre leur sens initial. Les pratiques professionnelles sanitaires doivent dès lors être réévaluées à l'aune des contraintes du milieu carcéral. Cette question du secret médical au sein des prisons a pris une acuité particulière avec l'apparition du SIDA et la présence de nombreux séropositifs dans un univers carcéral où les pratiques homosexuelles sont courantes, et avec les hépatites virales. Le personnel de surveillance revendique constamment une connaissance des risques (réels ou supposés) auxquels ils sont exposés au contact (parfois très physiques) avec les détenus.

1.4.1. Le cadre juridique

La loi du 18 janvier 1994 constitua une réponse au problème du secret médical qui était difficilement préservé dans l'ancienne organisation de la médecine pénitentiaire. Elle a permis un changement des pratiques, notamment par l'arrivée du personnel hospitalier doté d'une culture médicale où le respect du secret professionnel est essentiel. La réforme de la médecine pénitentiaire consacre en effet l'autonomie du personnel médical, seul détenteur des informations relatives à la santé des détenus. Depuis, les personnes détenues bénéficient de l'obligation au secret qui pèse sur l'équipe soignante, comme toute autre personne prise en charge par un professionnel de santé, quel que soit le contexte (article L1110-4 CSP).

L'amélioration de la place du secret médical en prison est visible à deux niveaux :

- ♦ Le respect du colloque singulier (absence de tierce personne durant la consultation) est tout d'abord exemplaire des effets de ce changement de statut³⁰. Celui-ci semble être devenu la règle générale dans tous les établissements : « Les discours des professionnels sont unanimes sur ce point. Si les surveillants sont encore parfois présents pendant des soins, ce n'est qu'avec le consentement ou à la demande des professionnels de santé eux-mêmes³¹ ». Cette amélioration témoigne de la territorialisation de l'espace de santé et de l'autonomisation du personnel soignant à l'égard du personnel pénitentiaire.
- ♦ Le dossier médical constitue un second indice de l'évolution des pratiques. Relevant précédemment du dossier pénitentiaire, il s'agit désormais d'un dossier médical hospitalier à part entière. Placé sous la seule responsabilité de l'établissement de santé et conservé dans les locaux de l'UCSA, ce dossier n'est accessible qu'au personnel soignant, garantissant ainsi la confidentialité des données médicales enregistrées sur les détenus et facilitant la relation de confiance entre le détenu et le soignant.

Selon Yves Rabineau, magistrat détaché à l'IGAS, les progrès réalisés en France dans la protection du secret médical peuvent être comparés à l'organisation des soins en Italie où le personnel pénitentiaire. Les conditions du colloque singulier ne sont pas toujours respectées, car même si c'est le cas la plupart du temps, la situation est toujours laissée à la libre appréciation du surveillant dont le soignant peut

³⁰ Au cours des années 1980, les professionnels de santé très mobilisés, appuyés par le Conseil national de l'ordre des médecins, avaient déjà obtenu que les surveillants n'assistent plus aux consultations, car leur présence était contradictoire avec le principe du colloque singulier. Néanmoins, localement, il restait encore des établissements - notamment les plus petites maisons d'arrêt - où des médecins et des infirmiers se voyaient imposer la présence d'un surveillant par un directeur d'établissement. Lorsque les professionnels faisaient valoir qu'ils étaient des médecins et des infirmiers, tenus au respect de principes déontologiques, ils se voyaient souvent rétorqués qu'ils agissaient dans un milieu particulier - comme en attestait leur statut - et qu'ils devaient en conséquence accepter les contraintes de ce milieu. Milly Bruno, *Soigner en prison*, op.cit., p.109

³¹ Milly Bruno Soigner en prison, op. cité p. 109

difficilement refuser la présence : « Il y a eu une circulaire du ministère de la Justice pour demander au surveillant d'évaluer la situation. Parce que c'est vrai que ça dépend beaucoup des conditions. Par exemple si manifestement le détenu semble très en colère ou semble dangereux alors c'est difficile de dire au surveillant de s'en aller ».

Dans ce pays, l'opposition entre les personnels soignants et pénitentiaires est manifeste en cas d'hospitalisation du détenu. La présence des surveillants pendant les soins est alors laissée à la « discrétion » du chef de l'escorte qui demeure entièrement responsable de la sécurité du détenu et des personnels et s'estime en mesure d'imposer aux soignants leur présence pendant les soins, comme le souligne un commandant de la police pénitentiaire de Rebbibia penale à Rome: « Ça peut donc nous arriver d'avoir un mauvais rapport avec les infirmières et parfois même avec les médecins [...] et dans ce genre de cas, je les rappelle à l'ordre [...] Je leur dis qu'elles sont infirmières et qu'elles doivent faire leur métier d'infirmière et nous laisser faire le nôtre ». Le respect du secret professionnel n'est également pas respecté au sujet du dossier médical auquel ont accès les personnels pénitentiaires. Les dossiers médicaux pénitentiaires de la prison de Rebbibia sont marqués de symboles, comme l'explique le responsable du Sert, destinés à identifier les détenus toxicomanes et séropositifs, allant ainsi à l'encontre du principe de non-discrimination³². Le personnel de surveillance semble considérer que l'accès au dossier médical est indispensable en cas d'intervention sur un détenu séropositif afin de ne pas exposer le personnel à des risques connus des soignants : « C'est indispensable parce que si j'ai besoin de connaître quelque chose sur un détenu je dois pouvoir consulter des dossiers médicaux. Par exemple si un détenu s'ouvre une veine alors j'ai besoin avant d'intervenir de savoir s'il est séropositif ». Le secret médical n'est donc pas respecté en Italie. Cette situation s'explique par la non-application de la récente réforme de la médecine pénitentiaire mais surtout par une culture où le personnel médical est faiblement autonome et où les règles pénitentiaires prédominent sur les principes éthiques.

1.4.2. Dans la pratique, le secret médical peut être violé en détention tandis que son application stricte peut gêner la communication entre milieu soignant et administration pénitentiaire

1.4.2.1. Les violations du secret

La conciliation des principes éthiques avec les contraintes du milieu carcéral demeure cependant problématique, comme en témoigne les difficultés à respecter le secret médical en détention. En effet, les principes éthiques du Code de déontologie, qui ont été formulés dans le cadre d'une pratique médicale en milieu libre, peuvent s'avérer inadaptés en prison et rencontrent dès lors certaines limites dans leur application.

1.4.2.1.1. Liées à la présence des personnels de surveillance

La présence des personnels de l'escorte lors des consultations ou examens médicaux ne permet pas d'assurer le droit au secret médical selon l'avis du CGLPL du 16 juin 2015 publié au Journal officiel du 16 juillet 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé³².

Le CGLPL recommande que les consultations médicales se déroulent hors la présence d'une escorte et que la surveillance soit indirecte (hors de vue et d'oreille du patient détenu). Par ailleurs, de trop nombreuses extractions médicales sont rendues nécessaires du fait du faible nombre de spécialistes intervenant en détention. A cet égard, le CGLPL préconise un renforcement de la présence de spécialistes au sein des unités sanitaires mais aussi qu'une réflexion soit menée afin que les personnes détenues remplissant les conditions légales bénéficient de permissions de sortir pour se rendre seules dans un établissement de santé.

³² NOR : CPLX1516614V

De plus, le CGLPL rappelle la nécessité de prévoir des procédures d'accueil et des lieux spécifiques dans les établissements de santé afin de ne pas exposer les personnes détenues sous escorte à la vue du public regroupé dans les salles d'attente et de mettre fin chez les professionnels de santé à un sentiment d'insécurité justifiant des demandes de surveillance constante, incompatibles avec le respect du secret médical.

1.4.2.1.2. Liées au pastillage des dossiers

Selon un magistrat détaché à l'IGAS, la méthode du pastillage des dossiers médicaux, permettant au personnel de surveillance, par la pose de pastilles de couleur sur les chemises des dossiers médicaux, de savoir qu'un détenu est toxicomane ou séropositif, sans accéder au contenu du dossier couvert par le secret médical est une forme de violation du secret médical.

1.4.2.2. Les atteintes au secret médical

1.4.2.2.1. Liées à un impératif de sécurité

C'est par exemple le cas lorsque l'impératif de sécurité prime sur les règles éthiques. Une psychologue de l'unité d'hospitalisation pour détenus de Lyon-Sud reconnaît que le principe du colloque singulier est beaucoup plus difficile à mettre en œuvre depuis qu'une tentative d'évasion particulièrement violente a eu lieu, ce qui a remis les exigences de sécurité au premier plan : « Et c'est vrai que depuis, l'accès au patient est devenu très difficile. On ne peut pas ouvrir plus de deux portes à la fois. Alors qu'avant... J'ai été pendant huit années en entretien enfermé avec le détenu. Alors que maintenant il faut laisser la porte ouverte ».

Les soignants sont d'ailleurs parfois les premiers à se sentir menacés et ne pas exiger le respect du secret médical, comme c'est souvent le cas à l'occasion de l'hospitalisation du détenu : « Il y a encore plein de consultations où les médecins n'osent pas dire aux policiers de sortir car ils ont peur d'être agressés par le détenu ».

1.4.2.2.2. Liées à la configuration des locaux

Le respect du colloque singulier est également lié à la configuration des locaux qui rendent plus ou moins praticable la conciliation des principes éthiques et des règles de sécurité.

1.4.2.2.3. Liées aux règles de fonctionnement du milieu carcéral

Les règles de fonctionnement du milieu carcéral rendent, selon plusieurs soignants, irréalisable le respect du secret médical qui apparaît comme « illusoire » ou une « vaste supercherie ». Cette opinion est, tout d'abord, celle des personnels sanitaires intervenant de façon ponctuelle en prison. L'intervention des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), par exemple, ne permet pas de respecter la confidentialité de l'état sérologique des détenus comme en témoigne le constat désabusé d'un médecin réalisant des vacations aux prisons de Lyon : « C'est un peu compliqué en prison et pour moi c'est un peu illusoire mais enfin... ». Cette position est également partagée par des médecins hospitaliers rattachés aux UCSA après la loi de 1994. Deux difficultés rendraient impraticable l'anonymat des informations médicales au reste de la détention³³.

³³ La gouvernance de l'ingérable: Quelle politique de santé publique en milieu carcéral ?
par Eric Farges Université Lumière Lyon 2 - 2003

La prison est d'abord un monde clos où chaque mouvement de détenu est contrôlé par le personnel pénitentiaire qui a facilement connaissance des problèmes de santé du détenu : « *L'anonymat en prison c'est une vaste supercherie, c'est n'importe quoi [...] Parce que personne n'est anonyme en prison. Le surveillant, il sait exactement où va n'importe quel détenu, n'importe quoi [...] Le surveillant de l'UCSA, lui, il le sait à peu près qui a l'hépatite et le Sida puisque les médecins qui s'occupent de cela viennent à certains jours et ils appellent une liste de détenus spécialement pour ce médecin* ».

1.4.2.3. La levée du secret médical par les détenus eux-mêmes

Les détenus, ensuite, n'ont pas toujours cette préoccupation du secret médical et sont souvent les premiers à faire part à leurs codétenus, voire à des surveillants, de leurs problèmes de santé : « Il n'y a aucun détenu qui nous demande "Qu'est-ce que vous allez en faire de ces examens?". Le gars il s'en fout que ce soit anonyme ou pas [...] Quand cela se sait en détention, c'est que le détenu l'a dit lui-même à son codétenu ou à un surveillant un jour de déprime »⁶⁰⁶(C). Ce problème concerne en particulier la sérologie à VIH puisqu'il est souvent dans l'intérêt d'un détenu révélé séronégatif au test VIH de communiquer au reste de la détention le résultat de son examen pour éviter ainsi tout acte de discrimination⁶⁰⁷(C). Bien que le personnel soignant assure la confidentialité des informations, la non-connaissance de la séropositivité des détenus est de fait rarement respectée. Cette difficulté souligne la contradiction entre les principes déontologiques et les règles du milieu carcéral où le respect du secret médical peut parfois être « contre-productif » :

« Quand un détenu se fait dépister sa séropositivité au VIH et qu'il est négatif, et bien c'est la première chose qu'il exhibe aux autres détenus et c'est très important d'être séronégatif quand on est détenu car si vous êtes séropositif, vous êtes un pédé et [...] cela implique de nombreuses discriminations [...] Nous, on fait en sorte que le dossier médical ne soit pas accessible [...] et ça vous donne la mesure du problème. Les médecins sont formés dans le respect de certaines règles et la garantie du secret médical est presque contre-productive dans un certain nombre de cas ».

Paradoxalement d'ailleurs, les plaintes reçues par la mission santé pénitentiaire de l'IGAS à propos du secret médical en prison ne sont pas celles de détenus qui se plaignent de sa violation, mais de détenus qui réclament vainement l'accès à leur dossier médical afin de justifier auprès de l'administration de la réalité des affections qu'ils revendiquent.

Le respect du secret médical serait illusoire en détention. C'est pourquoi ce principe cardinal ne pourrait pas s'y appliquer de façon aussi intransigeante que dans la pratique médicale courante. La notion de secret médical devrait alors être redéfinie en fonction des contraintes du lieu d'exercice, tel que le constate un psychiatre du SMPR de Lyon : « En théorie, il n'y absolument rien qui peut être dit à l'administration concernant le diagnostic. En réalité, c'est un secret de Polichinelle et on dit beaucoup de choses [...] Parce qu'en détention, tout se sait [...] Les diagnostics et les traitements sont presque semi-publics ».

1.4.2.4. L'application trop rigide du secret professionnel peut gêner la communication entre soignants et les autres acteurs.

De façon plus générale, la coexistence de deux cultures professionnelles distinctes rend parfois inadapté le respect de règles jugées pourtant valides. En prison le « psy » fait l'objet de trois types de demandes : celle du juge d'application des peines (JAP) qui souhaite un travail de fond pour éviter la récidive, celle de l'administration pénitentiaire qui souhaite que le calme règne dans les murs et, quelquefois, celle du détenu qui souffre. Le traitement du détenu dépend de trois structures, l'administration pénitentiaire, l'US et le service psychiatrique de l'établissement. Or ces trois acteurs communiquent mal entre eux, voire pas du tout. Dans la majorité des établissements, le médecin ne connaît ni le dossier judiciaire, ni le dossier psychiatrique du détenu qu'il doit soigner. Le psychiatre connaît le dossier judiciaire mais pas le dossier médical, le directeur de la prison ignore les dossiers médicaux et psychiatriques. Il faut

bien entendu que le secret médical soit sauvegardé mais, à l'heure actuelle, ce secret est trop souvent invoqué pour justifier les rivalités de pouvoir qui existe entre les intervenants.

- Il existe en effet des tensions et des incompréhensions, notamment dans la prise en charge de personnes atteintes de handicaps, dont l'origine se situe pour partie dans l'impossibilité dans laquelle se trouve actuellement le personnel médical de communiquer avec le personnel de surveillance sur les données médicales et l'incapacité qui en résulte d'avoir une approche pluridisciplinaire sur des situations particulières qui le mériteraient.
- En outre, il a été confié au personnel de surveillance un rôle direct dans la prise en charge de la santé des détenus, qui suppose de considérer qu'il doit pouvoir accéder, chaque fois que l'équipe soignante le juge nécessaire et dans l'intérêt du détenu, à des données médicales personnelles.
 - Ainsi l'intermédiaire d'un surveillant est-il nécessaire pour qu'un détenu puisse accéder aux soins, notamment se rendre en consultation dans l'UCSA. Certains médecins se plaignent de ce " filtre ", qui ne prend pas suffisamment en compte l'état de santé du détenu. Les surveillants auraient moins tendance à relativiser la nécessité d'une consultation s'ils étaient au fait de la pathologie du demandeur.
 - De plus, il est confié au personnel de surveillance le soin d'évaluer l'état de santé des détenus et d'apprécier si l'état apparent d'un détenu justifie une consultation à l'UCSA à l'initiative de l'administration, alors même que le détenu n'en exprimerait pas la demande. Il apparaît là encore indispensable que l'équipe soignante soit en droit de signaler les détenus qui doivent faire l'objet d'une surveillance particulière, d'en préciser les motifs et de révéler les signes cliniques qui doivent mettre en alerte.
 - Quant aux établissements ou services pénitentiaires plus particulièrement dédiés à la prise en charge de personnes malades, en particulier ceux qui sont réservés aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, dans de telles structures, une parfaite connaissance par le personnel de surveillance des pathologies rencontrées est incontournable, tant pour sa propre sécurité physique que pour sa contribution, souvent déterminante, à l'activité thérapeutique.
- Les extractions pénitentiaires pour consultation hospitalière sont un autre sujet de difficulté, l'administration étant dans l'incapacité de mesurer le caractère d'urgence de ces consultations, qui sont souvent reportées ou annulées pour des raisons d'effectifs, sans considération de la gravité de l'affection justifiant la demande médicale.

La prise en charge d'un patient impose au quotidien une intervention pluridisciplinaire qui suppose en effet un partage d'informations de manière à ce que le travail social prenne en compte la situation médicale et les perspectives d'évolution de la personne concernée.

1.4.3. L'équilibre trouvé par la circulaire de 2012 et confirmé par la jurisprudence du Conseil d'Etat

1.4.3.1. Les textes et la circulaire de 2012 sur le partage d'informations

En détention, l'échange d'informations est l'une des clés de la réussite de la prise en charge de la population pénale. Cela ne signifie pas pour autant que l'ensemble des acteurs puisse disposer de l'intégralité des données concernant une personne détenue. Il convient par conséquent de trouver un juste équilibre entre le partage d'informations opérationnelles et la préservation d'un indispensable secret, notamment médical.

Dès l'instant où plusieurs services publics interviennent dans un même lieu (l'établissement pénitentiaire), il est important d'organiser un cadre normatif prévisible et intelligible afin de

limiter à la fois le développement de pratiques locales et le risque de marchandages permanents. Il relève principalement du pouvoir du législateur de fixer les grands principes du travail en réseau et d'un éventuel partage du secret.

En 2009, le législateur est ainsi intervenu pour tenter de clarifier les relations entre les différents intervenants en détention. La section 7 de la loi pénitentiaire (n° 2009-1436) alterne entre rappel de principes généraux (respect du secret médical à l'article 45, qualité et continuité du soin en détention à l'article 46...) et adaptation aux contraintes carcérales des droits du patient (liste des personnes titulaires d'un permis de visite pouvant s'entretenir avec le détenu en dehors de la présence du personnel pénitentiaire inscrite à l'article 49...). Le pouvoir réglementaire ne peut y déroger, tout au plus peut-il en préciser le sens et proposer des structures permettant de travailler en commun.

L'article 48 de la loi de 2009 dispose notamment que « ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec le soin ou la préservation de la santé, ni une expertise médicale ». Cet article vient clairement rappeler que bien qu'intervenant en détention, les professionnels de santé ne sont pas à la disposition de l'administration pénitentiaire et que leurs missions sont exclusivement d'assurer la prise en charge sanitaire de la population incarcérée.

Cependant, leur présence au sein de l'établissement en fait des interlocuteurs importants, autant pour les personnels responsables de la surveillance de la détention que pour ceux chargés de la resocialisation des détenus. Les personnels des services de santé disposent d'informations indispensables au bon déroulement du séjour. Pour cette raison, des rencontres régulières ont été organisées par le décret n° 2010-1635 du 23 novembre 2010 dans le cadre de la commission pluridisciplinaire unique (CPU).

La mise en œuvre concrète de l'ensemble de ces dispositions n'a pas toujours été facile tant les pratiques professionnelles divergeaient d'un établissement à l'autre. Les tensions entre certains professionnels de santé et personnels pénitentiaires se sont notamment cristallisées autour de l'échange d'informations et la participation à certaines rencontres pluridisciplinaires.

Le 21 juin 2012, le ministère de la Justice et le ministère des Affaires sociales et de la santé ont rédigé une circulaire commune de onze pages (DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94) « relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique prévue par l'article D. 90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D. 514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse ».

La circulaire contestée précise que cette commission, présidée par le directeur de l'établissement pénitentiaire, « a pour objectif une connaissance partagée de la situation globale d'une personne détenue tout au long de son parcours de détention ». « Les professionnels de santé - représentant des équipes soignantes de l'unité de consultations et de soins ambulatoires ou du service médico-psychologique régional désigné par l'établissement de santé de rattachement - sont invités à y participer en fonction de l'ordre du jour et apportent des éléments permettant une prise en charge plus adaptée des patients détenus grâce à une meilleure articulation entre les professionnels, dans le respect du secret médical. Suivant le principe du partage d'information au sein de ces instances, ils peuvent également être destinataires d'informations de la part des autres professionnels présents et qui seront utiles à la prise en charge thérapeutique de leurs patients ». [...] L'ordre du jour de chaque CPU « comporte la liste exhaustive des personnes détenues dont la situation sera évoquée afin de permettre à l'équipe soignante de préparer ces réunions et notamment d'informer les personnes détenues concernées de l'échange d'informations envisagé ».

La formulation de la circulaire est habile car elle n'instaure pas une obligation de partage de l'information. Elle crée uniquement un espace d'échange de savoir. En insistant sur

l'importance de l'ordre du jour nominatif, obligation est faite au directeur de respecter le cadre qu'il s'est lui-même fixé, mais surtout cela doit permettre à l'équipe soignante de préparer en amont (et avec le détenu consentant) la manière dont les informations personnelles seront communiquées. En procédant de la sorte, la circulaire ne porte pas atteinte au principe du secret médical.

1.4.3.2. La jurisprudence du Conseil d'Etat

L'OIP a introduit un recours contre cette circulaire en estimant qu'elle contenait des dispositions normatives allant à l'encontre des principes législatifs et a donc demandé au juge administratif de l'annuler.

Dans un arrêt n° 362681 du 22 octobre 2014, le Conseil d'Etat a admis ces modalités de partage d'information et rejeté le recours de l'OIP: « Considérant qu'en prévoyant qu'un représentant de l'équipe soignante intervenant dans l'établissement pénitentiaire assiste, en fonction de l'ordre du jour, à une commission réunissant les différents intervenants concernés par la détention des personnes condamnées et susceptible d'être consultée sur la situation de ces dernières, notamment dans un objectif de meilleure prévention du suicide, ou puisse être associée, en tant que de besoin, à l'équipe pluridisciplinaire réunissant des représentants des différents services intervenant auprès des mineurs incarcérés afin d'assurer leur collaboration et le suivi individuel des mineurs détenus, le pouvoir réglementaire n'a pas prévu que pourrait être demandé aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues ou une expertise médicale ; que, par suite, le moyen tiré de ce que les articles D. 88 à D. 92 et D. 514 du code de procédure pénale méconnaîtraient l'article 48 de la loi du 24 novembre 2009 et que la circulaire attaquée réitérerait ainsi une règle illégale doit être écarté ».

Le Conseil d'Etat rappelle d'ailleurs, à partir du considérant 5, que si le secret médical doit impérativement être respecté, celui-ci ne doit pas conduire à placer le détenu dans une situation contraire à ses intérêts. C'est par conséquent l'équipe soignante seule qui devra, en amont de toute rencontre avec l'administration pénitentiaire, décider de la manière dont elle souhaite communiquer des informations respectueuses du secret. Ce partage d'information est parfois nécessaire lorsqu'il s'agit d'adapter le régime de détention à l'état de santé ou au handicap du patient (art. 22 et 46 de la loi de 2009). Cela devra systématiquement se faire avec l'accord exprès du détenu. En dehors du signalement de certaines maladies contagieuses qui imposeraient des mesures sanitaires particulières (et même une formation des surveillants), la commission peut être amenée à discuter de la situation des patients devant bénéficier d'appareils médicaux, d'auxiliaires de vie. La question de stockage de médicaments en cellules est aussi problématique car les logiques soignantes et surveillantes ne sont pas toujours compatibles.

C'est surtout le problème du signalement de certains patients qui est le plus sensible sans lever le secret médical ou stigmatiser le patient. Il est certes possible de signaler qu'un patient-détenu mérite une surveillance ou une attention particulière, mais l'organisation de ce suivi suppose de parler un langage commun. L'administration pénitentiaire doit accepter que le secret médical puisse lui être opposé, mais dans le même temps il faut que le personnel soignant accepte de partager des informations, dans l'intérêt du patient, du soin et du suivi judiciaire.

1.4.3.3. L'évolution prévue dans le projet de loi santé publique

Le projet de loi santé publique a prévu une évolution du dispositif général : l'article 22 ouvre la voie au partage des informations entre les professionnels « soignants » et les autres professionnels qui interviennent dans la prise en charge du patient, notamment le personnel social et médico-social. C'est une disposition indispensable qui mettra un terme à l'hypocrisie actuelle

Le projet prévoit cependant que la communication entre l'équipe soignante et des professionnels non soignants doit faire l'objet d'un consentement préalable de la personne concernée, à la différence du secret partagé entre soignants, réputé avoir été confié par le patient à l'ensemble de l'équipe soignante. En l'état du texte adopté par le Sénat le 6 octobre, ces dispositions sont toujours dans le projet. Elles devraient donc être définitivement adoptées.

Plusieurs associations se sont émues de l'impact de cette évolution législative sur le secret médical en prison, puisque le personnel pénitentiaire, en ce qu'il assure le suivi social des détenus, pourrait être concerné.

C'est une évidence s'agissant du personnel social chargé de préparer la réinsertion des détenus, qui doit prendre en compte l'état de santé et l'ensemble des informations personnelles éventuellement connues de l'équipe soignante pour bâtir un projet d'insertion pertinent. C'est plus discutable s'agissant du personnel de surveillance, quoiqu'il puisse être raisonnablement soutenu que ce personnel a également un rôle social et qu'il importe que la prise en charge du détenu au sein même de l'établissement prenne en compte, le cas échéant, l'état de santé et les problématiques de soins dans l'organisation de la vie en détention.

La restriction posée par le projet de loi (l'accord du patient pour la communication de données couvertes par le secret médical à des intervenants non soignants) ne devrait pas être un frein en prison, car les détenus sont en général peu soucieux du secret médical, et font même preuve d'une grande indiscretion quant à leurs maux, surtout lorsqu'ils considèrent, à tort ou à raison, que ceux-ci peuvent leur permettre d'obtenir un traitement de faveur de la part de l'institution pénitentiaire.

2. La lutte contre le trafic de produits stupéfiants en détention³⁴

Suite au plan de sécurisation des établissements annoncé le 3 juin 2013, la garde des Sceaux a permis la mise en place et le renforcement des procédures, des techniques et des systèmes appropriés afin de lutter contre la détention, le trafic et la consommation de produits stupéfiants en milieu carcéral.

Cette lutte se traduit par des contrôles pour l'accès aux parloirs mais également, en matière immobilière, par l'installation de filets anti-projection, de systèmes de vidéosurveillance des espaces extérieurs et de portiques à ondes millimétriques permettant la détection de substances prohibées. D'autre part, le glacis extérieur permet de limiter l'approche des individus et donc l'envoi de projectiles à l'intérieur de l'établissement.

2.1. L'investissement en équipements de détections

La lutte contre l'introduction et la présence en détention de produits illicites et des stupéfiants est une priorité de l'administration pénitentiaire qui s'appuie sur différents dispositifs reconnus comme moyens indispensables pour assurer la sécurité des établissements pénitentiaires et limiter les trafics de toute nature en détention. Ces dispositifs ont notamment été inscrits dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2013-2015.

2.1.1. L'installation de portiques à ondes millimétriques

Au sein des établissements pénitentiaires, la plupart des équipements de détection installés dans les établissements pénitentiaires ne permettent, sur les personnes, que la seule détection de masses métalliques.

Aussi a-t-il été décidé, dans le cadre du plan de sécurisation présenté par la garde des Sceaux en juin 2013 et qui s'est poursuivi sur l'année 2014, de procéder à l'équipement d'établissements en portiques de détection à ondes millimétriques, permettant de visualiser, à l'écran, la présence

³⁴ Source DAP

d'objets métalliques, plastiques, liquides, semi-liquides, en papier, y compris lorsque ils sont dissimulés entre les vêtements et la peau de la personne contrôlée.

Dans le but de limiter le trafic de substances illégales en détention, dix portiques à ondes millimétriques ont ainsi été installés sur cette période dans des établissements pénitentiaires les plus sensibles: quatre portiques à ondes millimétriques dans les centres pénitentiaires de Lannemezan (2011), Réau, Annoeullin et Valence et 6 portiques à ondes millimétriques dans les maisons centrales de St Maur, Moulins, Clairvaux, Arles, Condé-sur-Sarthe et Vendin. Le coût moyen d'un portique à ondes millimétriques est de 165 000€.

2.1.2. Les tunnels à rayon X

Aux entrées piétons des établissements, des tunnels à rayons X visent à détecter plus finement l'ensemble des objets et matières laissées avec les affaires personnelles des visiteurs soumis au contrôle d'accès. Ces contrôles sont régulièrement renforcés par des opérations régulières de police judiciaire organisées en étroite collaboration avec les parquets pour contrôler les visiteurs à l'occasion de leur venue aux parloirs. Environ 150 opérations de ce type sont réalisées aux parloirs de différents établissements pénitentiaires chaque année.

2.1.3. Les filets anti-projection

L'installation de filets anti-projection : des filets anti projection sont régulièrement installés dans les établissements en cours de construction comme dans les plus anciens et contribuent à limiter l'entrée de substances stupéfiantes en détention. A noter que la nouvelle politique immobilière intègre des mesures architecturales qui limitent considérablement les projections de produits notamment par la création d'un glacis de trente mètres autour de l'établissement. Le coût moyen d'un filet anti-projections est de 180 000€ et le coût moyen d'un dispositif de vidéosurveillance des espaces extérieurs de 250 000€.

2.1.4. La création d'équipes cynotechniques supplémentaires

Les équipes cynotechniques sont amenées à intervenir, principalement en établissement pénitentiaire, sur des missions de contrôle de locaux réalisées soit suite à la survenance d'incidents ou à la découverte de produits, soit dans le cadre d'opérations de fouilles programmées. Au regard de l'activité croissante et positive de l'équipe cynotechnique de Paris, une deuxième équipe basée à Toulouse a été créée en 2011, sur le ressort territorial du sud de la France. Deux unités cynotechniques ont été implantées en 2014 sur directions interrégionales de Rennes et de Lyon les afin d'intensifier le contrôle des locaux.

2.2. Le coût de ces mesures

Tableau 9 : Coût des mesures

Année	DPT 2013		RAP 2014		LI 2015	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Unité (€)						
Dispositifs anti projection	4 870 000	837 587	17 483 598	17 799 254	7 809 969	11 494 360
Bases cynotechniques			1 200 000	220 535		1 000 000
Portiques à ondes millimétriques	645 800		322 800	807 000	0	0
TOTAL	5 515 800	837 587	19 006 398	18 826 789	7 809 969	12 494 360

Source : Document de politique transversale lutte contre les drogues et toxicomanies juin 2015

2.3. La répression de la détention de drogues en détention

La détention, le trafic et la consommation de produits stupéfiants sont strictement interdits en prison, comme à l'extérieur³⁵.

2.3.1. Les fouilles intégrales

Les fouilles intégrales, dont la réalisation est strictement encadrée par la loi pénitentiaire (art 57 et circulaire du 14 avril 2011), permettent d'assurer le contrôle pour lutter contre la détention et le transport de produits stupéfiants dans les établissements.

2.4. La lutte contre le trafic, le mésusage de médicaments et les ingestions médicamenteuses en milieu carcéral

Chaque année, deux suicides sont en moyenne constatés au sein des établissements pénitentiaires à la suite d'une absorption médicamenteuse et plusieurs centaines de tentatives de suicides par ingestion médicamenteuse sont répertoriés, selon un recueil déclaratif des incidents EMS/DAP (2012 : 2 suicides/625 tentatives, 2011 : 1 suicide/726 tentatives, 2010 : 2 suicides/851 tentatives, 2009 : 2 suicides/838). Il convient, pour le ministère de la Justice, comme pour le ministère en charge de la santé d'associer leurs efforts afin de réduire le trafic, le mésusage, le détournement ainsi que le nombre de suicides ou de tentatives de suicide par absorption massive de médicaments. Par ailleurs, la réflexion ne doit pas se limiter au seul champ du mésusage ou de l'ingestion médicamenteuse et intégrer les questions relatives à la polyconsommation. Les phénomènes de circulation de médicaments non prescrits par les équipes médicales doivent également être intégrés dans la problématique.

Si le détournement des substances médicamenteuses doit être pris en compte, il convient également de lutter contre le trafic de médicaments frauduleusement introduits au sein des prisons.

Une réflexion interministérielle conjointe a conduit à s'interroger sur les mesures à mettre en œuvre pour lutter contre le trafic de médicaments, prescrits ou introduits dans les prisons, les ingestions médicamenteuses (causant ou non le décès de la personne détenue), le mésusage, le détournement et la polyconsommation. Une attention particulière doit être portée à l'échange d'information entre professionnels sanitaires et pénitentiaires permettant une prise en charge individualisée des personnes détenues bénéficiant de prescriptions médicamenteuses ou ayant été repérées comme consommatrices ou polyconsommatrices en dehors d'un cadre médical.

Les propositions pour le plan de lutte contre les drogues et toxicomanies 2013-2015 sont les suivantes :

- Affiner l'état des lieux des données disponibles concernant le trafic de médicaments et leur mésusage. Prévoir une enquête sur les intoxications médicamenteuses (INVS) en complément de l'action 1.3 du plan d'actions stratégiques santé ;
- Améliorer la transmission d'information entre le ministère de la Justice et le ministère en charge de la santé sur ces aspects : s'assurer de l'information systématique des unités sanitaires des extractions de personnes détenues pour absorption massive de médicaments, améliorer le partage d'information entre les équipes soignantes et les

³⁵ Le fait « d'introduire ou de tenter d'introduire au sein de l'établissement des produits stupéfiants, de les détenir ou d'en faire l'échange contre tout bien, produit ou service », d'introduire ou de tenter d'introduire au sein de l'établissement, de détenir, sans autorisation médicale, des produits de substitution aux stupéfiants ou des substances psychotropes, ou d'en faire l'échange contre tout bien, produit ou service » constituent une faute passible de 20 jours de cellule de discipline (portée à 30 jours en cas de violence). La consommation de produits stupéfiants, de produits de substitution aux stupéfiants, de psychotropes ou de substances de nature à troubler le comportement constituent une faute du second degré, passible d'un enclassement en quartier disciplinaire de 14 jours.

Par ailleurs, des poursuites judiciaires peuvent être engagées et entraîner, le cas échéant une nouvelle condamnation pénale des détenus concernés.

personnels pénitentiaires lors de la découverte de stockage de médicaments, prescrits ou non par l'unité sanitaire, et des suites qui y sont données ;

- Améliorer l'information et la formation des personnels : rappeler au personnel soignant ainsi qu'au personnel pénitentiaire les règles en matière de distribution des médicaments ;
- Prévenir les effets du mésusage des médicaments et améliorer la prise en charge des personnes détenues : étudier les conditions d'un suivi systématique par l'unité sanitaire des personnes détenues ayant fait l'objet d'un signalement de consommation non médicalisée de médicaments, rendre effectives les permanences de soins en fin de semaine au sein des établissements pénitentiaires ;
- Poursuivre l'information des personnes détenues par l'intermédiaire d'actions d'éducation pour la santé portant sur la consommation médicamenteuse, les risques portant sur la consommation et le mélange des médicaments, leur mésusage ou leur détournement, notamment par l'utilisation de messages de prévention sur les canaux internes des établissements ainsi que par support papier (flyers, affiches, etc.).

Ces propositions devaient se traduire par un travail conjoint entre le ministère de la Justice et le ministère en charge de la santé afin de produire un protocole (sous forme de circulaire conjointe) portant sur ce thème.

3. Le cadre juridique des modalités de prise en charge des addictions des personnes placées sous main de justice

En milieu carcéral, la prise en charge et la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés relève du ministère de la santé depuis la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Depuis cette loi, la prise en charge de la santé relève du dispositif de droit commun : les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier des mêmes prestations que la population générale.

La prévalence des conduites addictives est particulièrement forte au sein de la population pénale. D'après le rapport d'enquête « Addiction et milieu carcéral » de la Fédération Addiction de 2012³⁶, plus de la moitié des personnes placées sous main de justice sont poly-consommatrices. Une dernière estimation chiffrée indique qu'en 2003, 30 % des entrants présentent une consommation excessive d'alcool, un tiers déclarent une utilisation prolongée de drogues illicites au cours des 12 derniers mois et un quart rapportent une consommation d'au moins deux substances psychoactives parmi le tabac, l'alcool et les drogues.

Une part importante des personnes placées sous main de justice présentent des comorbidités. La triple compétence à la fois psychiatrique, somatique et addictologie est donc nécessaire et l'abord simultané de ces problématiques semble indispensable. Dans ce contexte, les personnes placées sous main de justice se trouvent face à plusieurs interlocuteurs notamment l'unité sanitaire pour les soins somatiques, le service médico-psychologique régional (SMPR) pour les soins psychiatriques, et le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, (CSAPA) pour l'accompagnement addictologique. La diversité des acteurs et le manque de coordination peuvent entraver la lisibilité et l'efficacité de la prise en charge des conduites addictives des personnes placées sous main de justice.

3.1. Une pluralité des intervenants prenant en charge les conduites addictives

Au cours des années 2000, l'organisation du traitement des addictions des personnes placées sous main de justice reposait sur une certaine diversité d'intervenants : les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA, devenues unités sanitaires en 2013) et les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST, devenus CSAPA en 2009).

Dans ce contexte, la 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 illicites ou licites ou ayant une consommation abusive, invite les services pénitentiaires et sanitaires intervenant dans l'établissement à examiner les besoins de soins et à définir une organisation des services pour y répondre de façon efficace et coordonnée. Ce schéma d'organisation, formalisé dans un « protocole de prise en charge des détenus présentant un problème d'abus ou de dépendance » doit clarifier le rôle de chacun pour satisfaire cinq objectifs :

- Le repérage des situations d'abus et/ou de dépendance (outil diagnostic grille mini grade en référence à la MINI³⁷ adaptée pour repérer les troubles associés à l'usage de substances psychoactives ;
- Proposer une prise en charge adaptée ;
- Développer la prévention ;
- Favoriser les aménagements de peine (prévoir le cadre socio-médical) ;
- Préparer la sortie.

Face à la multiplicité des acteurs et au manque de lisibilité qu'elle implique, plusieurs actions ont été lancées afin de clarifier le rôle des différents intervenants dans la prise en charge des conduites addictives.

Tout d'abord, le plan santé justice 2010-2014 pour les personnes placées sous main de justice comporte, dans son axe 3 « accès aux soins », la mesure 12 intitulée « améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins » en application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011. Il s'agit de redéfinir une organisation pertinente garantissant une prise en charge adéquate pour les différents types d'addiction. Pour ce faire, plusieurs rencontres se sont tenues, rassemblant des intervenants issus de la DGS, la DGOS, la DAP, la MILDECA et des professionnels de terrain œuvrant dans les prisons et dans les structures spécialisées en addictologie.

Un schéma organisationnel tirant parti de la présence des différents acteurs œuvrant sur le terrain (moyens propres à la prison, équipes de liaison et associations locales) et vérifiant le maillage géographique va être proposé par voie de circulaire, afin le cas échéant d'organiser les moyens de combler les manques. En conséquence, les textes portant sur le pilotage de la prise en charge des addictions seront revus et adaptés afin que la coordination de cette activité soit confiée aux UCSA (sauf dans le cas où un accord local attribue cette tâche à d'autres intervenants sanitaires locaux).

Dans cette perspective, une instruction DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention a précisé les modalités de coordination et d'organisation de la prise en charge des addictions en détention et clarifié les rôles des différents intervenants au niveau local. La prise en charge des personnes détenues ayant un problème d'addiction comprend différentes missions qui peuvent nécessiter l'intervention de professionnels issus de différentes équipes, voire de différents établissements sanitaires et médico-sociaux.

3.2. Les différentes étapes

Ainsi, la circulaire n° DGOS/DSR/DGCS/DSS/DAP/DPJJ2012/373 du 30 octobre 2012 prévoit la prise en charge de différentes pathologies et notamment la prévention, le repérage et la prise en charge des conduites addictives. La prise en charge globale doit permettre le dépistage, le diagnostic et la définition d'un projet de soins coordonnant le suivi du sevrage, le suivi psychologique, la prescription et le suivi du traitement de substitution. Elle peut nécessiter l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Les principaux temps sont le repérage, le diagnostic, la définition d'un projet de soins et la préparation à la sortie.

³⁷ Mini International Neuropsychiatric Interview

3.2.1. L'entrée en détention : un repérage quasi systématique par l'unité sanitaire mais des modalités de repérage variées

Le repérage des personnes ayant des problèmes d'addiction doit être effectué par les intervenants en unités sanitaires. L'organisation de cette phase de repérage se fonde sur l'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. Ce repérage doit s'effectuer lors de la visite médicale d'entrée obligatoirement proposée. Une visite médicale des arrivants est organisée systématiquement par l'unité sanitaire au sein des établissements pénitentiaires, destinée à repérer, dès le début de l'incarcération, les consommations abusives, les mésusages ou les dépendances aux substances psychoactives. Elle doit intégrer « un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac ».

À l'issue de la phase de repérage, si nécessaire, une orientation de la personne détenue est réalisée vers des professionnels de santé. L'orientation dépend du cas d'urgence :

- En cas d'urgence notamment lors de symptômes de sevrage, la personne est orientée vers la DSS pour prescription et, si l'unité sanitaire est fermée, la personne est redirigée vers le SAMU ;
- En dehors des cas d'urgence, un entretien d'accueil DSS est prévu avec un infirmier, psychologue, médecin et/ou DSP (protocole le week-end). Il s'agit d'effectuer un repérage a minima grâce à une grille instruction, un test urinaire via bandelette ou test biologique et repérage plus complet par questionnaire. En cas de consommation de plus de 100 mg, un électrocardiogramme doit être réalisé.

Si le professionnel a l'accord du patient, le patient est, ensuite, orienté de manière immédiate grâce à une fiche de liaison vers professionnels spécialisés ou CSAPA référent qui est en charge de l'évaluation, définition du projet de soins, accompagnement. À défaut de professionnels spécialisés, la personne est mise sous TSO (poursuite ou initiation). Si le patient ne souhaite pas être en charge, le personnel l'informe sur la réduction des risques et donne les coordonnées des intervenants à contacter.

3.2.2. Le diagnostic et l'accompagnement par un professionnel spécialisé en addictologie : la diversité des intervenants et des pratiques

À l'issue de la phase de repérage, le diagnostic d'un projet de soins doit être réalisé par un professionnel spécialisé en addictologie. Le diagnostic inclut la définition d'un projet de soins adapté, si besoin spécialisé, accessible dans le cadre de la détention qui intègre le suivi du sevrage, la prescription et le suivi de traitements de substitution, la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques et le suivi psychologique. La phase de diagnostic inclut des prescriptions médicales notamment les TSO. La phase de diagnostic inclut également l'établissement d'un bilan social sur la situation administrative, pénale et socio-éducative de la personne avant l'incarcération. Ce bilan social peut être réalisé par un professionnel soignant ou le CPIP.

Comme prévu par l'instruction du 17 novembre 2010, la prise en charge du diagnostic est assurée par un professionnel en addictologie. Selon les besoins du patient et les organisations locales de l'offre de prise en charge, le professionnel en addictologie peut être :

- Un professionnel du CSAPA (soit d'un CSAPA pénitentiaire pour les 16 établissements pénitentiaires dotés de CSAPA en propre soit d'un CSAPA extérieur habilité à intervenir en milieu carcéral dit « CSAPA référent ») ;
- Un médecin addictologue intervenant dans l'établissement ;
- À défaut, un professionnel d'une équipe de liaison du centre hospitalier de rattachement de l'unité sanitaire (ELSA).

Les personnels des CSAPA jouent donc un rôle important dans la phase de diagnostic. Créés par la loi du 2 janvier 2002, les CSAPA sont des établissements médico-sociaux qui s'adressent aux

personnes ayant des problèmes de consommation de substances psychoactives licites ou non, voire d'addictions sans substance. Ils sont gérés soit par un établissement de santé, soit par une association. Ils remplacent les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA) en les réunissant sous un statut commun. En 2015, seize établissements pénitentiaires disposent d'un CSAPA en propre qui dépend de l'établissement de santé de rattachement.

Publié en octobre 2012, le plan d'action stratégique 2010-2014 pour les personnes placées sous main de justice prévoyait la désignation par les ARS, avant le 31 décembre 2011, de CSAPA référents intervenant en milieu pénitentiaire. Ces 200 CSAPA référents sont dotés d'un demi-ETP de travailleur social chargé de coordonner la continuité des soins.

De manière générale, les CSAPA se caractérisent par leur proximité (antennes), leur pluridisciplinarité (professionnels de santé et travailleurs sociaux) et un accompagnement dans la durée³⁸. Ils ont quatre missions obligatoires: l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et quatre missions facultatives : consultations de proximité, repérage précoce des usages nocifs, activité de prévention de formation et de recherche, prise en charge des addictions sans substance, intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison.

Dans le cadre du plan interministériel 2013-2017 de lutte contre les drogues et conduites addictives, la présence des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) a été renforcée dans les établissements où il n'existait pas de consultation en addictologie et où le relais de prise en charge spécialisée ne pouvait être assuré par un CSAPA. Les ELSA sont chargées d'assister les équipes soignantes dans la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives. Le projet du plan interministériel 2013-2017 signale que « *l'intervention directe des équipes des ELSA auprès des personnes incarcérées renforcera le suivi addictologique spécialisé en prison, favorisera le travail de préparation à la sortie et participera de la réduction des inégalités sociales auxquelles ces personnes sont tout particulièrement confrontées* ». En 2011 le renforcement des ELSA pour un meilleur accès à une prise en charge des personnes détenues ayant un problème d'addiction a été mis en œuvre : 32 ELSA ont bénéficié d'une vacation médicale hebdomadaire de spécialiste en addictologie supplémentaire, pour un montant total de 0,256 M€ intégrés dans la MIG des unités sanitaires concernées.

En outre, l'intervention en détention des ELSA, si elle est souhaitée par la direction de l'administration pénitentiaire, devra cependant veiller à ne pas perturber la lisibilité des actions menées jusqu'à présent en détention³⁹. Le renforcement des équipes des CSAPA référents sera d'autant plus attendu afin que les éducateurs dédiés coordonnent l'ensemble des interventions en détention.

À titre résiduel, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD) peuvent localement compléter ce dispositif. Ils agissent habituellement en lien avec le CSAPA et d'autres structures associatives et cherchent à établir un contact avec les usagers au travers d'intervention à l'extérieur du centre. Ils soutiennent les usagers de drogues dans l'accès aux soins, et aux droits. Les personnels des CAARUD ont pour objectif d'aller au-devant des publics usagers de drogue non inscrits dans une démarche de soins. Les CAARUD sont censés intervenir en amont dans un rôle de prévention, ils ont donc un rôle subsidiaire en prison. Le docteur Frédérique Allaire de l'ARS Poitou Charentes souligne toutefois le rôle intéressant que les CAARUD peuvent jouer dans la réduction des risques.

En effet, les CAARUD travaillent de manière coordonnée avec les unités sanitaires pour mettre en œuvre des dispositifs de réduction des risques liés à l'usage de drogues (traitements de substitution, dépistage des hépatites et du VIH).

Dans cette perspective, le plan justice 2010-2014 pour les personnes placées sous main de justice comporte, dans son axe 3 « Accès aux soins » et mesure 12.2 une action « proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne et développer les traitements de substitution à tous les établissements » prévoyant la révision du guide de bonnes pratiques sur les

³⁸ « Santé et justice, les sois obligés en addictologie », Fédération Addiction, 2011.

³⁹ Synthèse prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral, 28 août 2015, Direction de l'Administration pénitentiaire

traitements de substitution en milieu carcéral de 2002-2003. Un « guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral » est ainsi publié en 2011.

3.2.3. La préparation à la sortie menée de manière conjointe par le CSAPA et le SPIP

« La prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens si elle s'inscrit dans la durée, c'est-à-dire au-delà du séjour en prison ». La préparation à la sortie recouvre non seulement la sortie de prison mais aussi les transferts d'établissement et les aménagements de peines dont le placement à l'extérieur. Le professionnel référent assure la fonction de mise en relation pour le suivi suite à la libération. Il s'agit d'accompagner la personne dans un parcours intégrant le suivi antérieur si celui-ci existe et permettant de rassembler les conditions pour mettre en œuvre l'accès, le maintien et la continuité des soins en incluant la protection sociale.

Les risques encourus pour la santé individuelle peuvent être prévenus en évitant les ruptures de prise en charge et de traitements. De plus, dans ce contexte, le maintien d'une bonne santé permet d'envisager des conditions d'insertion favorables et une plus grande autonomie. Sur le plan collectif, certaines ruptures thérapeutiques (notamment dans les domaines du VIH, hépatites, tuberculose, addictions, santé mentale) peuvent générer des dommages (transmission et émergence d'infections résistantes au traitement)⁴⁰.

Les CSAPA, et dans une moindre mesure les CAARUD, concourent avec le SPIP à la préparation à la sortie des personnes présentant une addiction. Ils organisent le relai de prise en charge avec leurs structures extérieures.

En vertu de l'instruction du 10 novembre 2001, le personnel du CSAPA de référence doit assurer la fonction de mise en relation avec un partenaire extérieur pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de la libération. Les textes prévoient la création d'un poste d'intervenant pour chaque CSAPA qui sera identifié comme intervenant privilégié de l'établissement. Le CSAPA référent doit améliorer la continuité des soins entre la prison et les dispositifs extérieurs et favoriser la mise en relation du patient avec les partenaires extérieurs. Il sera doté d'un demi-ETP d'éducateur spécialisé pour organiser en priorité la sortie. La visite médicale un mois avant la sortie doit être l'occasion de vérifier que le contact a été établi.

Dans les faits, l'intervention de l'éducateur du CSAPA varie selon la nature des établissements pénitentiaires. Dans les maisons d'arrêt, caractérisées par une forte rotation des effectifs et de nombreux transferts, l'éducateur doit intervenir dès le début de la détention et participer au repérage des pratiques addictives. En établissements pour peine où la rotation des détenus est moindre, l'intervention de l'éducateur est centrée sur le milieu de détention pour préparer la sortie. Les contacts doivent être les plus précoces possibles et se concevoir en tant que de besoin en articulation avec les conseillers d'insertion du service pénitentiaire d'insertion et de probation pour garantir les conditions de la continuité effective des soins à la sortie.

En effet, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 prévoit la compétence du SPIP pour préparer la sortie des personnes détenues. Concernant les soins, le rôle du SPIP est d'amener le probationnaire vers les soins et de vérifier son assiduité grâce au certificat remis par les patients⁴¹. Il s'agit également de présenter et expliquer les obligations du probationnaire et leur mise en œuvre. Dans ce cadre, le CPIP prépare le premier entretien entre le probationnaire et le soignant. La Fédération Addiction note qu'en général, la qualité de la relation soignant/soigné dépend de la manière dont le travailleur social a au préalable présenté les choses.

Dans cette perspective, le plan santé justice 2010-2014 pour les personnes placées sous-main prévoit dans son axe 3 « organisation des soins », mesure 13 « organisation la préparation et la continuité des soins à la sortie », action 13.3. « mettre en place au sein des établissements pénitentiaires une organisation pour contribuer à la préparation à la sortie » :

- ♦ **Accès aux droits et ouverture des droits des personnes détenues et de leurs ayants-droits :**

⁴⁰ Plan santé justice 2010-2014, politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

⁴¹ Santé et justice, Les soins obligés en addictologie, Fédération Addiction, 2011

- Structurer les modalités de fonctionnement entre les CPAM, les établissements pénitentiaires, les SPIP et les établissements de santé (Convention de partenariat) et clarifier l'ouverture des droits et les modalités de suivi (Carte vitale attestation...).
- Prévoir et formaliser les modalités de coordination ou concertation des différents partenaires pouvant être impliqués (CPAM, CAF, pôle emploi, conseil général, SPIP, JAP, PJJ, CSAPA, dispositif de soins somatiques et psychiatriques en milieu carcéral, Magistrat, Préfet), le chef de file étant le SPIP pour les majeurs ou les services éducatifs de la PJJ pour les mineurs. Ces modalités devront faire l'objet d'une procédure écrite ;
- Développer des permanences ou la désignation de personnes référentes par les organismes de sécurité sociale et/ou associatifs au sein des établissements pénitentiaires, Prévoir une information des personnels des UCSA sur l'ouverture de certains droits (ALD, CMUC, AAH, AME, ACS...). Pour les personnes en situation irrégulière, initier la demande d'AME et la procédure de régularisation de séjour pour soins le cas échéant. Par ailleurs, il convient de faciliter les démarches de la personne pour l'activation de ses droits sociaux (minima sociaux, assurance maladie et l'aide à la complémentaire santé, Pour la continuité de la couverture maladie : anticiper les dates de sortie dans la mesure du possible pour l'affiliation à la caisse du domicile, proposer l'accès ou le renouvellement de la couverture complémentaire (CMUC ou ACS), l'accès à l'AME pour les détenus en situation irrégulière, renouveler le protocole ALD et le transmettre à la caisse du domicile,
- **Consultation de sortie :**
 - S'assurer de la mise en place pour les condamnés de la consultation de sortie³³ et élaborer un cahier des charges sur les objectifs, le contenu de cette consultation et les modalités de suivi sanitaire après la sortie ;
 - S'assurer d'une délivrance de traitement sur une durée modulable en fonction de la gravité (individuelle et collective) du risque d'une interruption et des garanties de la prise en charge rapide à l'extérieur ;
 - Elaborer une procédure de suivi du dossier médical pour les transferts des personnes jugées à risque (DPS). Les transferts sans transmission du dossier médical peuvent en effet nuire à la continuité des soins. Le choix de l'établissement pénitentiaire revêt à ce niveau une certaine importance.
- **Aspect organisationnel :** Disposer d'un recensement départemental voire régional des structures d'accueil et d'hébergement pouvant être mobilisées pour accueillir des personnes sortant de prison. La mise en place d'un réseau de soins coordonnés notamment pour le suivi des soins somatiques (dont les PASS dentaires nouvellement créées) et psychiatriques doit être recherchée.

Au-delà de l'accès aux droits sociaux, l'absence d'hébergement la sortie est également un facteur de rupture de soins à la sortie. Plusieurs dispositifs de soins résidentiels peuvent accueillir les sortants de prison faisant l'objet de conduites addictives. Il existe, d'une part, des dispositifs de soins résidentiels collectifs notamment :

- Centres d'accueil d'urgence et de transition (CAUT) : de quelques semaines à trois mois le temps de consolider un projet de soins ou d'insertion, réponses tremplin avant l'intégration d'un centre thérapeutique résidentiel, d'un appartement thérapeutique, d'un dispositif sanitaire ou social. Il existe 5 centres de ce type dont 4 sont dédiés aux sortants de prison ;
- Centres thérapeutiques résidentiels (CTR) : prise en charge globale, individualisée, au sein d'une petite unité. Vulnérabilité sociale et psychique et comorbidité ;
- Communautés thérapeutiques (CT) : prise en charge fondée sur le groupe de résidents pairs (35) comme moteur du soin et d'entraide.

De plus, il existe également des dispositifs de soins résidentiels individuels dont :

- Appartements thérapeutiques (AT) : suivi et soutien par le CSAPA, les AT relèvent spécifiquement de l'addictologie ;

- ♦ Appartement thérapeutique de coordination (ATC) : accueillent un public plus large (pathologies chroniques invalidante).

À défaut d'un accueil dans ces dispositifs, des centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie et hôpitaux de jour en addictologie sont disponibles.

3.3. La mise en place d'un pilotage de la prise en charge des conduites addictives afin d'assurer la coordination et la continuité des soins

Une prise en charge effective des conduites addictives nécessite un pilotage notamment en raison de la multiplicité des acteurs en présence. En vertu de l'instruction du 17 novembre 2010, la fonction de pilotage qui associe différents types de professionnels doit être assurée par un acteur identifié au sein de l'établissement pénitentiaire. Compte-tenu du rôle du personnel de l'unité sanitaire à chacun des stades de prise en charge de la personne détenue et conformément à la mesure (3.6) du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, il est proposé que ce soit une personne exerçant à l'unité sanitaire (médecin, infirmier, etc.) qui assure cette fonction.

Cependant cette mission peut être confiée par convention à une personne du service assurant les soins psychiatriques dans l'établissement pénitentiaire ou du service médico-psychologique régional, quand il existe.

Un protocole organisationnel local est élaboré sous la responsabilité de la personne désignée et présenté dans le comité de coordination de l'établissement. Ce protocole fera l'objet d'une validation de la part du directeur général de l'agence régionale de santé. Un rapport annuel doit exposer l'activité réalisée dans le cadre de cette nouvelle organisation, notamment sur la base d'indicateurs. Ces indicateurs permettront également le suivi et l'évaluation de l'application de la présente circulaire par le directeur général de la santé et le directeur général de l'offre de soins.

Pour mesurer l'effectivité de la mise en place de cette politique, il convient d'utiliser différents indicateurs :

- ♦ existence d'un bilan addictologique systématique pour chaque entrant (mention dans le dossier médical) ;
- ♦ existence d'un protocole local ;
- ♦ nomination de la personne coordonnatrice (mention dans le protocole) ;
- ♦ nomination du CSAPA référent (mention dans le protocole)
- ♦ réalisation d'au moins deux réunions d'information, de coordination et de suivi de la mise en œuvre du protocole où toutes les structures parties prenantes seront représentées.

En outre, les CSAPA référents sont dotés d'un demi-ETP de travailleur social chargé de coordonner la continuité des soins. Les CSAPA référents recevraient des crédits répartis en fonction du nombre de personnes détenues par établissement. Or, si la direction générale de la santé déclare que le dispositif de CSAPA référent, tel que prévu par le plan d'action stratégique, a fait l'objet d'un développement généralisé, il n'en demeure pas moins que la direction de l'administration pénitentiaire ne dispose pas d'un retour d'information suffisant sur ce sujet. Par deux circulaires relatives à la campagne budgétaire 1 de septembre 2011 et juin 2012, le ministère en charge de la santé a autorisé le versement aux ARS de 3 292 000€. Il conviendrait de s'assurer que les crédits versés par le ministère en charge de la santé ont été à ce jour reversés en intégralité au projet de CSAPA référents. À défaut, des sous-dotations sur le terrain ne manqueraient pas de créer un déséquilibre quant à la prise en charge des usagers de drogue sur le territoire.

Le suivi des CPIP est particulièrement important lors des transferts liés à la surpopulation : le suivi des projets par le CPIP permet d'éviter toute rupture des soins. La liste des personnes susceptibles d'être transférées est proposée par l'établissement à la DISP qui décide du transfert. La liste est communiquée au SPIP pour information et avis (idem avec DSS) : possibilité lui est offerte de formuler une réserve.

3.4. La prévention et la promotion de la santé⁴²

3.4.1. L'information et la formation des détenus

L'administration pénitentiaire porte une attention particulière à la prévention, en renforçant les actions de promotion pour la santé en direction de ces publics. Elle est membre du groupement d'intérêt public ADALIS (Addictions drogues alcool info service) qui a été placé sous la tutelle de l'INPES depuis janvier 2010. Le GIP ADALIS⁴³ est un groupement d'intérêt public qui a pour objet la gestion de services d'information, de prévention, d'orientation et de conseil à distance concernant les addictions, avec et sans substances telles que l'alcool, les drogues et les jeux, en coordination avec les autres dispositifs intervenant dans le champ de la téléphonie «santé». Il a développé des services accessibles par téléphone et par Internet, ainsi qu'un répertoire national des structures spécialisées dans les différents domaines de l'addictologie. Ce GIP s'est substitué en 2009 au groupement d'intérêt public « Drogues Alcool Tabac Info Services » (DATIS). Sa création répond à la nécessité d'offrir un service adapté aux enjeux actuels de la prévention et de la prise en charge des addictions, notamment par la prise en compte des addictions sans substances dont celles aux jeux.

La convention constitutive de ce GIP courait jusqu'au 31 décembre 2013. Elle a été reconduite pour deux ans, par une décision de l'assemblée générale du 20 novembre 2013, jusqu'au 31 décembre 2015. A l'heure actuelle, le ministère de la Justice n'est pas informé des orientations prises par les autorités de tutelle concernant le maintien de la structure.

Les actions d'éducation pour la santé organisées en lien avec les autres services de l'Etat au sein des établissements pénitentiaires permettent la diffusion de messages de prévention à destination des personnes détenues sur les thématiques du tabagisme, de l'alcoolisme, des consommations de drogues illicites et du mésusage de médicaments.

Ces actions visent une prévention large de l'usage de drogues. Elles visent notamment à diffuser, par support papier ou par l'intermédiaire de canaux vidéo internes aux établissements des messages de prévention constitués de campagnes de sensibilisation, de films, travaux d'ateliers audiovisuels autour des addictions.

Les canaux vidéo internes permettent de diffuser de l'information sur la vie de l'établissement, sur les activités proposées, sur les dispositifs d'insertion et de préparation à la sortie, ainsi que des programmes culturels et éducatifs dont les droits sont acquis. Les messages de prévention et d'éducation pour la santé y occupent une place prépondérante. Aujourd'hui, les canaux de diffusion interne fonctionnent dans 47 établissements pénitentiaires. Il convient de développer l'information permettant de prévenir et d'informer sur les conduites à risques, dont les toxicomanies. La conception de ces messages peut associer les personnes détenues, dans le cadre d'ateliers. Par ailleurs, il est essentiel de procéder à l'équipement des établissements qui en sont dépourvus pour y inclure les clips et campagnes d'informations sur le sujet.

Le coût relatif à la production de messages de prévention par l'intermédiaire des canaux internes est de 10.000 € par an. L'installation de canaux internes coûte près de 25 000 € par équipement.

Les actions de la DAP ont également pour finalité de mettre en place des actions d'éducation pour la santé afin sensibiliser les personnes sous main de justice, en milieu fermé comme en milieu ouvert, aux conséquences que peuvent entraîner un usage de produits stupéfiants (conséquences sur le plan somatique et/ou psychiatrique, conséquences judiciaires, sociales).

⁴² Source DAP

⁴³ Sont également membres de ce GIP : le ministère chargé de la police nationale, le ministère chargé du budget, le ministère chargé de la santé, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, le ministère chargé de l'action sociale, le ministère chargé de la famille, l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie, la Fédération addictions, la Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs, le ministère chargé de l'enseignement scolaire, le ministère chargé de la jeunesse et l'Union nationale des associations familiales.

Ces actions visent enfin à aborder la thématique des addictions par le vecteur culturel, touchant ainsi des publics parfois non accessibles au discours de soin et de prévention.

L'administration pénitentiaire a consacré, par l'intermédiaire de ses directions interrégionales, en 2015 près de 180 000 € au cofinancement des actions de promotion de la santé. Sur ces budgets, 27 403€ ont été consacrés à la thématique de la drogue et les toxicomanies.

Tableau 10 : Crédits d'éducation à la santé pour lutter contre les addictions

Participation de la DAP à la lutte contre les drogues et toxicomanies (en €)	DPT 2013		RAP 2014		LFI 2015	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Education à la santé visant à lutter contre la drogue et les toxicomanies	29 760€	29 760€	27 403€	27 403€	27 403€	27 403€

Source : DAP

Au-delà de ces cofinancements, l'administration pénitentiaire entretient des liens étroits avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). La DAP a notamment participé au référencement des actions d'éducation pour la santé en milieu carcéral piloté par l'INPES en 2013, dans le cadre du plan d'actions stratégiques relatif à la santé des personnes sous main de justice. Dans la continuité, la DAP a participé à la publication d'un référentiel de promotion de la santé en 2014 et suit, en 2015 et conjointement avec l'INPES, un appel à projet visant à financer des actions remarquables. L'administration pénitentiaire suit également, en lien avec l'INPES et sur un financement émanant de la MILDECA, deux projets visant à diffuser par le biais de canaux vidéo internes aux établissements des messages de prévention sur la thématique de la consommation de substances stupéfiantes et de produire des supports d'information portant sur le mésusage de médicaments (actions 2015, en cours de réalisation).

3.4.2. La politique de réduction des risques

L'administration pénitentiaire remet aux arrivants des flacons d'eau de javel qu'elle renouvelle gratuitement tous les 15 jours dont l'efficacité n'est pas avérée vis-à-vis de tous les virus.

Le 1^{er} décembre 2012 à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le Sida, les ministres de la Justice et de la santé annonçaient la création de deux groupes de travail paritaires Justice-Santé dont l'un portait sur la prévention et la réduction des risques en milieu carcéral (RDR). Il était chargé de faire des propositions sur la prévention, notamment des maladies transmissibles et les mesures concrètes à mettre en œuvre pour éviter les contaminations (pilotage opérationnel par le ministère des affaires sociales et de la santé).

Le déroulement du groupe de travail réduction des risques en milieu carcéral s'est déroulé en trois étapes distinctes : une première étape sur les risques liés à la consommation de drogues qui a débuté en janvier 2013 et s'est achevée en juin de la même année (4 réunions), une deuxième étape sur les risques liés à la sexualité qui a débuté en juin 2013 (3 réunions jusqu'à l'été 2015) et une troisième étape sur les risques liés au tatouage, à la coiffure et au piercing (lancement en juin 2014, après avis et étude du Haut conseil de santé publique).

3.4.2.1. Les risques liés à la consommation de drogue

Deux documents sont ressortis de ces travaux : une proposition de cahier des charges pour l'expérimentation d'un Programme d'Echange de Seringues (PES) en détention. Il convient de souligner que ce document constitue, selon la DAP, plus une déclaration d'intention qu'un cahier

des charges proposant une méthodologie construite et un document de synthèse sur la faisabilité d'un PES.

L'article 8 du projet de loi de santé publique prévoit que la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues visant à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections, la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants s'applique également aux personnes détenues selon des modalités adaptées au milieu carcéral. Les modalités d'application de ces dispositions devant être déterminées par décret en Conseil d'État, le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministère de la Justice ont entamé une réflexion autour des modalités d'application de cette future loi de santé à l'été 2015.

La direction de l'administration pénitentiaire insiste pour que l'ensemble des moyens de réduction des risques soient implémentés en milieu carcéral et non les seuls PES. Ces moyens comprennent :

- Les modalités d'information des personnes détenues sur les risques liés à l'usage de drogues
- Les modalités d'accès aux services sociaux, de soins généraux et de soins adaptés
- Les modalités de promotion et distribution des matériels destinés à la réduction des risques
- Les modalités d'organisation des actions de promotion et supervision des comportements à risques

3.4.2.2. Les risques liés à la sexualité

Cette étape a fait l'objet d'un travail plus consensuel entre les ministères. Des réunions de préparation DAP/DGS ont permis de lever des points de désaccord. La rédaction d'un document finalisé (constats et préconisations) était attendue pour fin janvier 2014. Le ministère en charge de la santé a sollicité la direction de l'administration pénitentiaire en juillet 2015 aux fins que cette dernière apporte ses observations sur un projet de rapport définitif. Ce dernier document devrait donc être rendu à la rentrée 2015.

Le GT a formalisé, dans cette 2^{ème} étape, des préconisations portant sur une meilleure mise à disposition des moyens de prévention, une augmentation du recours aux traitements post-exposition, des protocoles médicaux renforcés, la mise en place d'actions et de recherches dans le champ de la sexualité en détention, la modification des cursus de formations des personnels de santé intégrant les comportements à risques liés à la sexualité et l'information des personnels pénitentiaires sur ces mêmes thèmes.

Quelques points de négociation n'ont pas été levés et notamment la question de la multiplication des lieux de mise à disposition des préservatifs par l'administration pénitentiaire (dans le cadre du respect de la confidentialité) et la question de l'évaluation demandée par la DAP du nombre de préservatifs distribués par les associations et les unités sanitaires (la DGS indique ne pas pouvoir collecter ces chiffres).

3.4.2.3. Les risques liés au tatouage, coiffure, piercing.

La direction de l'administration pénitentiaire ne dispose pas d'information portant sur les suites données à cette 3^{ème} étape de réflexion dans l'attente de l'avis du Haut Conseil à la Santé publique.

3.5. La formation des personnels pénitentiaires

Si la prise en charge et la continuité des soins relèvent du domaine du ministère en charge de la santé, l'administration pénitentiaire met l'accent sur les actions de formations proposées aux personnels dans le repérage des personnes en situation d'addiction (alcool, drogues). Les

formations sont financées pour l'essentiel par la direction de l'administration pénitentiaire, la MILDECA n'accordant plus de crédits pour la mise en place de sessions de formation, sauf lorsqu'il s'agit de projets particulièrement novateurs. Néanmoins, la direction de l'administration pénitentiaire est invitée par la MILDECA à participer à la mise en place des attestations de formation à la prévention des conduites addictives dont pourraient bénéficier certains personnels pénitentiaires.

L'objectif des formations est d'accroître le savoir-faire des personnels, lorsqu'ils se trouvent face aux personnes placées sous main de justice ayant une conduite addictive et de soutenir les professionnels non soignants lorsqu'ils interviennent dans le champ des addictions. Sont notamment étudiées les principales substances et leurs effets, les comportements d'usage, conséquences sociales et psychologiques des conduites addictives. Les liens et réseaux qui permettent une prise en charge optimale sont également analysés, afin de fournir aux professionnels des pistes de travail en commun avec les unités sanitaires, les CSAPA, les autres professionnels intervenant en détention. L'accent est enfin mis sur le rôle du SPIP et les pratiques professionnelles des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation au regard de la thématique des addictions. Un partage d'expérience est réalisé par les participants.

Les formations organisées par l'administration pénitentiaire concernent en moyenne 700 agents par an. Chaque année, les élèves et stagiaires conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation reçoivent 19 heures de formation sur le thème des addictions. Les directeurs des services pénitentiaires ainsi que les lieutenants pénitentiaires reçoivent 9 heures de formation.

En moyenne, près de 300 agents en formation initiale sont sensibilisés au thème des drogues et addictions. Le nombre d'agents formés et la durée des formations consacrées aux addictions sont en constante augmentation depuis 2008.

Tableau 11 : Crédits dédiés à la formation des personnels à la lutte contre les drogues

Participation de la DAP à la lutte contre les drogues et toxicomanies (en €)	DPT 2013		RAP 2014		LFI 2015	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Formation des personnels sur la lutte contre la drogue et les toxicomanies	9 400€	9 400€	5 184€	5 184€	7 184€	7 184€

Source : DAP

3.5.1. Le dispositif de formation initiale

L'école nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP) intègre des formations ayant pour objectif la prise en charge des usagers de drogue et la lutte contre les conduites addictives (connaissance des produits et législation). Les thématiques suivantes sont dispensées :

- pour tous les publics en formation initiale, thématique « les produits stupéfiants » (formation basique, complétée par les formations suivantes) ;
- pour les directeurs des services pénitentiaires : thématique « prise en charge des conduites addictives en détention » (identification des problématiques, description des cadres de prise en charge, module de 9 heures) ;
- pour les lieutenants : thématique « prise en charge des personnes détenues présentant des conduites addictives » (analyse du rôle du lieutenant, actualisation des connaissances, place du partenariat dans le dispositif module de 9 heures).
- pour les surveillants : thématique « repérer les troubles du comportement » (repérage et signalement) – à préciser.
- pour les DPIIP : thématique « les conduites addictives » (analyser le rôle dans la mise en œuvre du dispositif de prévention et de prise en charge de ce public spécifique module de 9 heures de formation) ;

- pour les CPIP : thématique « les conduites addictives » (identifier les modalités d'intervention du CPIP auprès des personnes placées sous main de justice dépendantes module de 19 heures).

3.5.2. Le dispositif de formation continue

Il s'agit de formations organisées par les directions interrégionales : sessions liées à la prévention de la consommation, aux actions de prévention de la récidive qui font appel à des organismes extérieurs et/ou des ressources locales. Elles portent en majorité sur :

- la connaissance des produits stupéfiants, identification, détection des comportements afférents à leur consommation (multi catégoriel) ;
- l'aide à la prise en charge des personnes placées sous main de justice présentant des addictions (à destination des CPIP) ;
- la sensibilisation aux comportements addictifs (comprendre la complexité de la problématique, comment se faire aider par un réseau de professionnels de la santé) ;
- la meilleure connaissance des produits psychotropes et de leurs effets sur le comportement (multi catégoriel) ;
- les inscriptions à des diplômes universitaires en addictologie et les participations à des colloques portant sur la toxicomanie et les addictions ;
- les déplacements en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie avec visites de structures et échanges avec les personnels y exerçant.

En 2015, l'ENAP a par ailleurs présenté 9 projets au fonds de concours MILDECA portant sur une sensibilisation des élèves aux addictions, en complément des cours « Santé et sécurité au travail » et « Risques Psycho sociaux », dans le cadre d'une action pédagogique « Santé vous bien ». Ces actions de formation sont pilotées et financées par les DISP et, le cas échéant par le fonds de concours MILDECA, lorsque les projets sont novateurs (Cf. supra).

4. Les exemples de prises en charge des usagers de drogue détenus à l'étranger

L'ensemble des prises en charge existantes dans les différents pays de l'Union Européenne est référencé sur deux sites de l'UE et du Conseil de l'Europe⁴⁴. Au sein du Conseil de l'Europe, il existe un groupe dit Pompidou en charge de la lutte contre l'abus et le trafic de drogues avec un sous programme drogues et prison. Il constate que les offres thérapeutiques qui ont le plus de chances de donner des résultats et de réduire les rechutes à moyen et à long terme sont **celles qui réussissent à combiner toutes les sources de soutien disponibles, à différents niveaux, dont celui des pairs, de la famille et d'autres personnes jouant un grand rôle dans la vie des jeunes concernés**. Le dénominateur commun d'exemples de bonnes pratiques inclut une grande flexibilité et la possibilité d'une coopération intersectorielle efficace entre les services répressifs, sociaux et de santé.

Une série d'actions sont mises en place dans la quasi-totalité des pays de l'Union Européenne même si l'accès aux traitements de substitutions et aux tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles reste variable. Concernant les trois derniers points, les prises en charge sont très différentes et plusieurs pays européens ont développé depuis plusieurs années des actions-programmes médico-socio-judiciaires spécifiques à destination des usagers de drogues.

Ces programmes ont toujours été justifiés par la forte prévalence de consommation de produits stupéfiants avant et pendant incarcération par la population détenue et la nécessité de pouvoir proposer à cette population une prise en charge lui donnant la possibilité d'arrêter sa

⁴⁴ <http://www.emcdda.europa.eu/> et http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/default_fr.asp

consommation de drogues, tout en facilitant sa réinsertion, sa préparation à la sortie, la diminution du risque de récidive.

Ci-après, sont présentés trois exemples européens et un exemple américain de programmes ayant été mis en place par l'administration pénitentiaire et son autorité de tutelle.

Au Royaume-Uni, des traitements de substitution et de désintoxication ainsi qu'un soutien psychosocial sont couramment disponibles. **En Allemagne, au Royaume-Uni, en Espagne et aux Pays-Bas**, il existe des programmes de soins assez variés, lesquels sont proposés dans le cadre de la détention, mais aussi à l'extérieur. Il est intéressant de constater, que dans certains pays, des politiques d'incitation à réaliser un traitement sont proposées aux détenus : réduction de la peine d'emprisonnement à condition de suivre une cure (**Allemagne**) ; dispositifs variés de facilitation de l'accès aux soins (**Royaume-Uni**) ; élargissement des possibilités de traitements (**Pays-Bas**). On remarquera enfin qu'aux Pays-Bas, de façon assez pragmatique, le traitement suivi par le délinquant se doit d'être efficace. Le détenu est investi à titre principal dans la prise en compte de son état de santé. L'admission dans les unités de soin se fait sur la base du volontariat.

4.1. La prise en charge au Danemark

Les délinquants qui, avant d'être incarcérés, étaient sous traitement médical, que ce soit à la buprenorphine ou à la méthadone, peuvent continuer à suivre leur traitement en prison, et ce normalement aux mêmes doses. Dans ces cas-là, le médecin de la prison contacte le centre de traitement – il s'agit le plus souvent de celui de la municipalité où habitait le prisonnier avant son emprisonnement - et conclut un accord pour continuer le traitement.

Environ 10% de la capacité des prisons danoises est réservée pour les soins dans des unités spéciales, séparées du reste de la prison. En outre, des soins peuvent être apportés à des détenus qui ne sont pas placés en unités spéciales. **Il existe également des unités pour la motivation et le soutien.** Dans l'ensemble, il y a plus de 50 traitements possibles, y compris des programmes de traitement pour les alcooliques, au sein du système.

Depuis le 1er janvier 2007, le Service des Probations et des Prisons du Danemark a mis en place la « garantie de soins » qui assure le traitement pour les toxicomanes au plus tard 14 jours après la demande du détenu. Une garantie similaire avait déjà été mise en place pour les alcooliques en octobre 2005. En outre, il existe un principe d'équivalence avec l'accès aux soins en milieu libre : les délinquants qui purgent une peine de prison doivent avoir accès aux mêmes soins de désintoxication et dans les mêmes conditions que n'importe quel citoyen, dans la mesure du possible.

Le principe général concernant le traitement de l'addiction à la drogue est de s'assurer que le système carcéral est capable de proposer différentes formes de soins selon des critères différents afin de réussir à combattre l'addiction à la drogue. Cela veut dire que le Service des Probations et des Prisons doit pouvoir proposer des soins ayant pour objectif une totale abstention, mais aussi d'autres types de traitements qui visent plutôt une réduction de la consommation et de l'usage de drogue, également appelés « mesures de réduction des méfaits » et souvent pratiqués avec des traitements médicaux de substitution comme la Méthadone, le Subutex et autres médicaments.

En vertu de la loi sur l'exécution des peines, le Service des Probations et des Prisons a la possibilité de placer les toxicomanes dans des structures de traitement adaptées, en dehors de la prison, pendant qu'ils purgent leur peine. Ce principe est appelé « le placement § 78 ». Les structures accueillantes peuvent être des institutions publiques ou privées. Il est très important de souligner que la stratégie nationale concernant ces placements est de toujours s'assurer que tout détenu qui a la possibilité d'être placé en institution § 78 (c'est-à-dire qui ne s'évadera pas, qui n'est pas dangereux ou dont la présence dans une telle structure n'affectera pas le sentiment général de justice) sera bel et bien placé dans une telle institution. Ce n'est qu'une fois que le personnel aura réellement étudié la question d'un tel placement et qu'il aura finalement considéré, pour une raison ou pour une autre, que le

prisonnier doit rester en prison, que l'on réfléchira au traitement que l'on pourra alors lui proposer au sein de la prison.

Il est évident que de très nombreux détenus ne peuvent être placés en dehors d'un établissement pénitentiaire classique. Le service des Probations et des Prisons essaye de faire en sorte que les démarches réalisées entre les murs de la prison soient le reflet des différentes offres de traitements que l'on trouve à l'extérieur. En conséquence, le Service des Probations et des Prisons n'a pas créé ni fabriqué ses propres unités de soins. Au lieu de cela – depuis 1997 – il a intensifié la coopération avec le système de soins classique pratiqué en dehors de la prison, également appelé « Import-Model ».

Cela explique que les établissements, en partenariat avec des institutions spécialisées dans le traitement de la toxicomanie – publiques ou privées – ont des unités de soins au sein même de la prison, où le personnel est constitué de gardiens de prison et de personnels soignants extérieurs. L'objectif est d'offrir toute la palette de l'offre. En conséquence, les unités de soins ont été mises en place en fonction des différentes formes d'usage et selon des méthodes de traitement différentes. Aujourd'hui, il existe des unités de soins avec les méthodes « Minnesota » avec le soutien de professionnels et d'autres unités où des méthodes psychologiques et thérapeutiques sont utilisées. Toutes les prisons suédoises ont au moins une unité de soins.

Certaines prisons ont également mis en place des unités « sans drogue » (ou unités de contrat) qui proposent un emprisonnement dans un environnement calme et sans drogue, accessible aussi bien pour les non-drogueés que pour les toxicomanes. Les détenus ont pour obligation d'en revenir sans avoir fait usage de drogue et sont soumis à un test d'urine l'attestant ; il n'y a aucun traitement en cours dans ces unités, ni aucun soutien d'aucune sorte. Le principe de ces unités est d'essayer d'amener le toxicomane à prendre la décision de s'abstenir de consommer, grâce à un personnel plus nombreux et de meilleure qualité, plus d'activités et à l'influence positive de ses compagnons détenus.

Les prisonniers peuvent également se voir proposer des soins dans une unité normale où il y aura aussi bien des toxicomanes que des non-drogueés. Ce type de traitement est peu intensif et les détenus ont des séances de soins 2 à 3 fois par semaine.

Enfin, il existe des programmes de motivation dans quelques prisons et dans toutes les prisons locales. Jusqu'à ce qu'en 2007, une loi impose la garantie générale de traitement, le Service des Probations et des Prisons assurait aux détenus des prisons locales qui suivaient les programmes qu'ils seraient placés dans de vraies unités de soins après avoir purgé leur peine.

Il existe des foyers, sortes de centres de réhabilitation entre la prison et la liberté. Un de ces sept foyers est pour les anciens toxicomanes. C'est un foyer sous contrat. Peuvent être placés dans ces foyers, aussi bien les personnes en liberté conditionnelle que les détenus qui ont pratiquement purgé toute leur peine.

4.2. La prise en charge en Grande Bretagne

Il existe un Accord National de Partenariat (National Partnership Agreement) entre le ministère de la Justice britannique et le système de santé britannique (National Health Service – NHS) pour la prise en charge des addictions des détenus.

Le NHS procède désormais par appel d'offres pour tous les services liés aux traitements des addictions dans les prisons et travaille étroitement avec l'agence en charge de la santé publique en Angleterre (Public Health England) et les autorités locales afin d'assurer une continuité dans les soins à la sortie de la détention. Des traitements de substitution et de désintoxication ainsi qu'un soutien psychosocial sont couramment disponibles. Il existe une variété de dispositifs qui permettent de faciliter l'accès à ces traitements dans les prisons selon des fonctionnalités différentes et selon les profils des détenus.

Tous les services du NHS font l'objet d'appels d'offres et sont contractualisés. La durée d'un contrat standard est de 5 ans, avec une possibilité de renouvellement de deux ans. Sur ce modèle à l'échelle nationale, les 10 *Health and Justice host area teams* qui existent en Angleterre gèrent la mise en service des soins: chaque unité peut contractualiser à des échelles variées, et est de plus

en plus amenée à intégrer plusieurs prisons à son groupe. Il y a un mélange de prestataires du secteur public, du secteur privé et d'associations à but non lucratif et de plus en plus d'accords avec des prestataires principaux et des sous-traitants. Hors des soins de santé, les autorités locales sont chargées de contractualiser les soins (« care ») pour les adultes dans les prisons, pour un montant global de 11M£.

Un rapport de la chambre des communes du 10 décembre 2012⁴⁵ résume la problématique et la prise en charge proposée. Cette prise en charge aurait permis, entre 1997 et 2010, une diminution de 68% de la consommation de drogues (mesurées par les tests urinaires obligatoires et randomisés), une diminution significative de la récidive depuis 2000 et une diminution d'un tiers des actes délictuels en rapport avec l'usage de drogues. Elle comporte plusieurs axes.

4.2.1. Les « mandatory drugs tests⁴⁶ » (ou tests urinaires obligatoires et inopinés)

Depuis 1994, des mandatory drugs tests sont mis en place en milieu carcéral en Grande Bretagne. Entre 5 et 10% de la population d'un établissement pénitentiaire est testé chaque mois (en semaine et le weekend). La population testée est tirée au sort, mais des tests sont également effectués en cas de suspicion de consommation. Aucune contrainte ne peut bien entendu être exercée pour la réalisation de ces tests. Cependant, le refus de la personne détenue de se soumettre à ce test peut engendrer une autre procédure judiciaire. Un test positif entraîne une réponse disciplinaire et une proposition de prise en charge médicosociale.

4.2.2. Les CARAT workers

Depuis octobre 1999, chaque établissement pénitentiaire anglais dispose d'un service dédié aux usagers de drogues : CARAT (Counselling, Assessment, Referral, Advice, Throughcare). Des travailleurs sociaux sont chargés d'évaluer avec la personne détenue sa problématique liée à l'usage de drogues, d'orienter le patient vers des interventions psychosociales (thérapies cognitivo-comportementales, programmes en 12 étapes, communautés thérapeutiques) en fonction des disponibilités de ces services dans l'établissement pénitentiaire, de faire le lien avec les services extérieurs lors de la sortie. Le nombre de CARAT workers par prison n'a pas pu être identifié. Néanmoins, ils étaient de près de 20 ETP (à vérifier) au centre pénitentiaire de Wandsworth accueillant 1300 personnes détenues, en 2009. Ils sont directement employés par les services pénitentiaires

Le coût de ces travailleurs n'est pas négligeable : £24 par heure et £70 par heure pour les entretiens individuels (coût tenant compte du nombre de personnes prises en charge par travailleur et du coût de l'encadrement⁴⁷).

4.2.3. Des quartiers dédiés aux usagers de drogue au sein des centres pénitentiaires

4.2.3.1. Les Drug Recovery Wing

Il s'agit d'une unité accueillant plus de 50 personnes détenues pour une période de 3 mois à 2 ans. Les associations NA et AA interviennent plusieurs fois par semaine pour y animer des groupes. Un système de test de drogues y est organisé (détails non retrouvés et différence par rapport au MDT). Apparemment cette prise en charge ne serait pas correctement évaluée.

⁴⁵ <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmhaff/184/18409.htm>

⁴⁶ PSI 11/2007 - Amendments to MDT contract incorporated into this version of PSO 3601

⁴⁷ <http://www.pssru.ac.uk/archive/pdf/dp2855.pdf>

Elle présente pour inconvénients de ne pas prévoir de prise en charge possible pour les petites peines, et pose la problématique du suivi extérieur qui peut faire échouer le travail réalisé à l'extérieur. Le temps de prise en charge doit être suffisant pour permettre le changement, risque d'overdose à la sortie, ne concerne pas les personnes sous traitement de substitution. Il n'y a pas de MDT lors du suivi socio judiciaire extérieur. La prise en charge à la sortie est d'autant plus complexe que le centre accueille une population venant d'un territoire étendu. Pas d'évaluation de l'efficacité d'intervention des NA ou groupe de pairs.

4.2.3.2. Les Drug Intervention Programme : 12 steps ou CBT

Il s'agit d'unités accueillant un petit nombre de personnes (15 à 20) auxquelles qui il est proposé un programme intensif de réflexion autour du comportement addictif et de ses conséquences. Ces programmes durent en général 6 semaines à 6 mois. Un travail de lien avec le milieu extérieur est en général réalisé. Le patient peut poursuivre des activités occupationnelles (travail, éducation).

Ces programmes sont réalisés par des agents employés par l'administration pénitentiaire et des organisations de terrain accréditées par les services correctionnels. Ces programmes sont basés sur des modèles thérapeutiques d'abstinence à la consommation de drogues.

Les avantages sont le travail intensif sur la thématique de l'usage de drogues. Les inconvénients sont les suivants : groupe totalement fermé, travail sur la réinsertion à vérifier. L'étude sur l'efficacité est en attente de réception.

Ci-joint des exemples d'actions mises en place par la charity RAPT⁴⁸ (the Rehabilitation for Addicted Prisoners trust) et accrédités par les services correctionnels :

- Programme bridge : programme de 6 semaines sur le schéma du 12 steps programme (personne abstinente). Ce programme est à destination des personnes détenues encourant une courte peine de prison. Ce programme vise à créer un lien avec les structures extérieures existantes (entretiens motivationnels, compétences sociales, réalisation du step...1)
- Programme de traitement de la dépendance à l'alcool : comme pour le programme bridge mais pour les personnes alcoolodépendantes
- Programme de traitement de dépendance aux substances : durée de 16 à 21 semaines, réparti en 3 phases (6 semaines : induction (rencontre NA, thérapies groupes et individuelles, acquisition compétences sociales) - 12 semaines : 5 premières marches sur 12 sept programme - 2-3 semaines : thérapie group et individuelle sur prévention de la rechute). De programme favorise la constitution d'un travail de groupe de support. C'est ce programme qui a démontré une réduction de la récidive⁴⁹.
- Programme de traitement de la dépendance aux substances pour les femmes : adaptation du programme précédent aux femmes incarcérées avec un focus sur les symptômes du traumatisme et sur les liens familiaux).

Enfin, il convient de souligner une initiative récente pilote, mise en œuvre dans le nord-ouest de l'Angleterre, (notamment à la prison de Manchester) qui met l'accent sur la continuité des soins apportés à ceux qui ont des problèmes d'addictions après leur remise en liberté (l'établissement « passer la grille »), ainsi qu'un travail national mené par des pharmaciens dans le but de développer un dispositif spécifique à la prison qui permettrait d'optimiser l'efficacité des médicaments et de réduire les dangers de ceux qui sont en vente et de ceux qui sont « à risques ».

⁴⁸ Rapt est actif depuis plus de 21 ans et maintenant présent dans 27 centres pénitentiaires britanniques et prend en charge 20 000 personnes annuellement.

⁴⁹ Albert M. Kopak et Al. Effectiveness of the rehabilitation for addicted prisoners trust (RAPt) programme. J Subst Use, 2014.

4.2.4. Les prisons thérapeutiques

Elles doivent être distinguées des communautés thérapeutiques liées aux addictions comme à HMP Garth ou HMP Wymott. Il s'agit d'un environnement permettant d'apprendre pour les détenus et le personnel, amenés à prendre leurs propres décisions. Tout est structuré autour de la thérapie de groupe en petit groupe ou en groupe élargi à toute la communauté. Le travail et l'éducation sont également possibles, ainsi que des thérapies et programmes complémentaires. L'équipe du personnel est pluridisciplinaire : psychologues, thérapeutes, personnel de probation et fait l'objet d'une procédure de sélection.

4.2.4.1. La prison thérapeutique de Grendon

Le Royaume-Uni dispose d'une prison unique en son genre, HMP of Grendon. Elle est implantée près de Aylesbury et a été construite dans les années 60 comme prison psychiatrique expérimentale avec un directeur médecin. Elle relève aujourd'hui des prisons de catégorie B pour des détenus condamnés à des peines d'une durée minimale de deux ans. Sa capacité est de 325 détenus souffrant de troubles de la personnalité. Ses six ailes sont organisées en communautés thérapeutiques autonomes. Les détenus y sont appelés par leur prénom et non par leur numéro.

Le coût moyen de détention est de 48 k£/an par détenu, soit 10k£ de plus que le coût moyen des établissements pénitentiaires de catégorie B (38 k£/an). Ce coût peut se comparer au coût annuel moyen de séjour dans l'hôpital psychiatrique le plus sécurisé comme Broadmoor (250 k£/an).

Les détenus sont volontaires pour y être transférés. La vie en détention est régulée pour partie par les détenus qui ont beaucoup d'autonomie au quotidien et décident collectivement des tâches affectées à chacun. Les groupes de parole ont lieu 3 fois par semaine, ils sont réunis en aile comportant une quarantaine de détenus dispose de son propre psychologue et thérapeute, ses dont les membres se réunissent deux fois par semaine et c'est l'occasion d'un feedback des groupes de parole. Diverses techniques thérapeutiques sont utilisées, comme le psychodrame ou l'art thérapie. C'est la seule prison en Europe à opérer sur une base thérapeutique.

Le taux d'attrition est de 20%, essentiellement au cours des 12 premières semaines de programme d'introduction.

En termes de résultats, le taux de récidive au bout de deux ans des détenus sortant de Grendon (séjour minimum de 18 mois) est de 20% à comparer au taux de récidive moyen des détenus sortants d'autres établissements pénitentiaires. De plus, la prison a le plus bas taux de violence de tous les établissements pénitentiaires du Royaume-Uni. Elle a également le plus bas taux d'usage de drogues et d'automutilations.

4.2.4.2. Les communautés thérapeutiques dans les autres établissements pénitentiaires

D'autres établissements pénitentiaires ont ouvert des communautés thérapeutiques en leur sein, retracées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12 : Etat des communautés thérapeutiques au sein du HM prison service (octobre 2004)

Etablissement	Nombre de places	Type d'organisation
HMP Grendon	235, catégorie B hommes	5 communautés et une unité d'évaluation
HMP Dovegate	200, catégorie B hommes	4 communautés, une unité d'évaluation et une unité pour programme intensif
HMP Gartree	23, catégorie B condamnés à la réclusion	1 communauté

Etablissement	Nombre de places	Type d'organisation
	perpétuelle	
HMP Aylesbury	40 places catégorie C hommes	1 communauté
HMP Blundeston	40 places catégorie C hommes	1 communauté
HMP Send	40 places femmes	1 communauté

Source : HM Prison service order Democratic Therapeutic Communities

Le tableau ci-dessous illustre l'emploi du temps hebdomadaire dans une communauté thérapeutique.

Tableau 13 : Etat des communautés thérapeutiques au sein du HM prison service (octobre 2004)

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
7h45-8H00	Relais avec le personnel de nuit, petit déjeuner	Relais avec le personnel de nuit, petit déjeuner	Relais avec le personnel de nuit, petit déjeuner	Relais avec le personnel de nuit, petit déjeuner	Relais avec le personnel de nuit, petit déjeuner
8H45-9H00	Briefing avant la réunion de la communauté	Briefing avant la tenue du groupe	Briefing avant la tenue du groupe	Briefing avant la tenue du groupe	Briefing avant la réunion de la communauté
9H00-10H30	Réunions de chaque communauté	Réunion de groupe	Réunion de groupe	Réunion de groupe	Réunions de chaque communauté
10H30-10H45	Feedback des détenus	Temps de restitution du facilitateur	Temps de restitution du facilitateur	Temps de restitution du facilitateur	Feedback des détenus
10H45-12H00	Feedback du personnel, supervision, temps d'évaluation Temps de repos pour les résidents	Feedback du personnel, supervision, Temps de repos pour les résidents	Feedback du personnel, supervision, Temps de repos pour les résidents	Feedback du personnel, supervision, Temps de repos pour les résidents	Feedback du personnel, supervision, temps d'évaluation Temps de repos pour les résidents
Repas					
1 ^{ère} moitié après midi	Réunion personnel (1h) Programmes pour les détenus	Groupe pour le personnel (1h) Programmes pour les détenus	Supervision individuelle (1 h chacun)	Supervision individuelle (1 h chacun)	Thérapies complémentaires (art thérapie, psychodrame...)
Thé					
2 ^{ème} moitié après midi	Activités des associations ou de la communauté	Activités des associations ou de la communauté	Activités des associations ou de la communauté	Activités des associations ou de la communauté	Activités des associations ou de la communauté

Source : HM Prison service order Democratic Therapeutic Communities

4.3. La prise en charge en Allemagne

En Allemagne, il existe des mesures d'accompagnement social et psychologique, ainsi que des programmes de substitution et/ou traitement de l'addiction variables selon les Länder. . Ceux-ci sont mis en place à l'initiative des établissements pénitenciers ou des autorités du Land. Il existe

des programmes de désintoxication, des thérapies de substitution, de prévention etc. Toutefois, on constate que la santé n'est pas une priorité dans de nombreux Länder (contrairement aux politiques de réinsertion par la formation ou l'emploi par exemple) et que la plupart des programmes sont à l'initiative d'associations ou de centres de recherche (contre les addictions notamment).

En Basse-Saxe, les établissements pénitentiaires disposent d'un service d'accompagnement social et psychologique qui vient en aide aux détenus, ainsi qu'aux condamnés en milieu ouvert. Ce service est à la disposition des détenus bénéficiant d'un programme de substitution. La substitution ne pose aucun problème en détention. Elle est réalisée sous l'autorité du médecin de l'établissement qui administre le traitement de substitution au cours d'une consultation. Hormis l'établissement pénitentiaire pour mineurs, les établissements pénitentiaires de Basse-Saxe ne proposent pas de programme de traitement de l'addiction. En revanche, ils proposent des séances de préparation à un tel programme, auquel les détenus peuvent participer à leur libération.

En Sarre, l'établissement pénitentiaire d'Ottweiler ne propose que rarement un traitement de substitution en milieu fermé. Un tel traitement n'est jamais proposé en réponse à une situation d'addiction. En revanche, si un détenu bénéficie d'un traitement de substitution avant d'être emprisonné, celui-ci sera poursuivi en détention. Et le traitement de substitution est également mis en œuvre en vue d'une désintoxication en début de peine.

Il convient de relever qu'en application de l'article 35 de la loi relative aux stupéfiants, il peut être mis fin à l'exécution de la peine d'emprisonnement au profit d'une prise en charge thérapeutique destinée à traiter l'addiction. Afin d'éviter une rupture de la thérapie, ou de diminuer ce risque, les détenus doivent suivre un cours de préparation au programme de traitement de l'addiction. Cela est également exigé par les autorités publiques chargées de financer ces programmes (caisses de sécurité sociale, services sociaux ou caisses de retraite). **On trouve ainsi en Allemagne quelques exemples de programmes contre les ruptures de traitement en sortie de détention.** Les détenus sont par exemple divisés en trois groupes, en fonction de différents critères, dont le degré de risque de rechute. Cette division permet d'analyser et comparer les résultats des programmes de de lutte en fonction des publics cibles.

Dans le domaine de la lutte contre les addictions lors de la détention, le programme le plus emblématique a été celui d'échange de seringues dans sept établissements pénitentiaires allemands. Ce programme pilote a été évalué (faisabilité, degré d'acceptation, efficacité) après deux ans et, suite aux résultats probants, une généralisation dans un grand nombre d'établissements en Allemagne a été mise en place. Ce programme est le fruit d'une collaboration entre tous les niveaux du personnel pénitentiaire, les autorités du Land et des chercheurs spécialisés. Par ailleurs, les prisons ont par exemple choisi des modèles différents pour leurs programmes : une prison des femmes a installé cinq distributeurs automatiques et donc anonymes, mais dans celle des hommes, c'est le personnel de l'orientation qui distribuait les seringues.

4.4. La prise en charge aux Pays Bas

Tout entrant en milieu carcéral bénéficie également d'un test de dépistage de drogue afin de faciliter son orientation socio-sanitaire. Il ne semble pas qu'un système de test régulier et randomisé soit organisé.

4.4.1.1. Les unités de soins dédiées aux addictions en détention

Aux Pays-Bas, un certain nombre d'établissements pénitentiaires disposent d'une unité de soins pour les addictions (*verslavingsbegeleidingsafdeling, vba VBAs*, ou Addiction Counselling Departments). Il s'agit d'unités isolées du reste de la détention dans lesquels sont organisés des programmes d'activités journalières spécifiques : sport, travail et groupe

de parole. Le counselling est réalisé par les agents de probation et agents pénitentiaires. Actuellement les Pays Bas ont développé une capacité d'accueil de 465 cellules sur l'ensemble de leur territoire. A noter qu'un traitement obligatoire avec prise en charge dans ces unités peut être décidé par la Cour en tant qu'alternative à la détention ordinaire.

L'admission de ces unités se fait sur la base du volontariat. La motivation du détenu est vérifiée. Le but du séjour dans une unité de soins est la stabilisation et la motivation pour suivre ultérieurement un programme externe à l'établissement pénitentiaire. Il y est fait recours à des tests urinaires systématiques, des groupes de parole et des sessions de conseils. L'administration pénitentiaire est en charge des soins en détention. Dans le cadre d'une réforme en cours sur les programmes de soins médico-légaux, les auteurs d'infractions présentant des problématiques d'addiction seront dirigés vers des soins à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire afin d'accélérer leur réhabilitation et de réduire les risques de récidive.

4.4.1.2. Les programmes permettant de faire le lien dedans/dehors

Le « programme pénitentiaire » (*penitentiair programma*) permet aux détenus un retour progressif à la vie en communauté. Les détenus peuvent passer la dernière partie de leur peine à l'extérieur, moyennant un certain nombre de contrôles et de restrictions de liberté. Ce programme peut concerner notamment le traitement d'une problématique d'addiction – mais pas seulement. Les conditions d'accès du programme pénitentiaire sont : être majeur, avoir été condamné à une peine d'emprisonnement d'au moins 6 mois, et avoir un reliquat à effectuer de 4 semaines à un an. Les participants sont tenus de suivre activement un certain nombre d'activités, comme un « parcours professionnel » ou le traitement d'une problématique de santé mentale et/ou d'addiction. Concrètement, ils suivent un programme strict d'un minimum de 26 heures par semaine, une formation, un stage chez un employeur ou un programme de soins. Le programme pénitentiaire va de pair avec la probation. Il dure 6 mois au maximum. Le participant est tenu de se rendre aux rendez-vous fixés et s'expose à défaut à un retour en détention. Dans un certain nombre de cas le programme pénitentiaire peut aller de pair avec une mesure de surveillance électronique.

4.4.1.3. Les traitements imposés

Un traitement peut être imposé au cours de la détention. Une loi entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2013 a élargi les possibilités de traitement obligatoire pour les détenus.

Il existe le régime de la TBS «*Terbeschikkingstelling*», (littéralement, «mise sous tutelle judiciaire»), qui est une mesure de sûreté - pouvant éventuellement être combinée avec une sanction pénale - laquelle concerne les délinquants affectés d'un trouble de la personnalité et/ou d'un trouble mental présentant un risque sérieux de récidive. La TBS peut être assortie d'un internement psychiatrique pour une durée minimale de 2 ans, en cas d'infractions graves, ou être une TBS sous conditions, pour une même durée minimale de deux ans, cette seconde modalité l'assimilant à un sursis avec mise à l'épreuve comportant une obligation de soins. La décision de placement sous le régime de la TBS est prise sur le fondement d'une étude de la dangerosité de la personne réalisée par le centre «Pieter Ban» basé à Utrecht.

4.5. La prise en charge en Espagne

4.5.1. Les différents modèles de prise en charge

Le plan d'intervention général en matière de drogue en milieu carcéral comprend 3 axes :

- prévention: information, éducation, motivation, avec formation de « médiateurs de santé »⁵⁰ ;
- assistance : réduction des risques, prévention et éducation pour la santé, traitement par méthadone, échange de seringues et kit sniff et pipes ; sevrage/ abstinence, intervention sanitaire : prévention, promotion santé, traitements de substitution, de sevrage et intervention psychosociale : réalisée par une équipe technique du centre pénitentiaire
- réinsertion sociale : travail sur le développement personnel, familial, social et professionnel

Les programmes d'Intervention peuvent se développer en modalité ambulatoire, en centre de jour ou en modules thérapeutiques. En ambulatoire, certains espaces de l'établissement pénitentiaire sont dédiés aux professionnels qui peuvent développer des activités thérapeutiques avec les détenus dans les différents programmes. Ils sont présents dans tous les établissements. S'agissant des interventions en modules thérapeutiques, il s'agit de modules qui hébergent, de façon indépendante du reste de la population en détention, des détenus qui participent au programme intégral. Les objectifs sont de construire un espace socio-éducatif ou thérapeutique où l'intervention multidisciplinaire sera plus efficace.

Ces modules thérapeutiques existent donc sous 3 formes :

- La UTE (unité thérapeutique-éducative), espace sans drogue, promoteur de relations personnelles claires et responsables. Il s'agit de groupes thérapeutiques de détenus, dont la gestion est de la responsabilité exclusive de professionnels du centre pénitentiaire. Elles sont implantées dans 25 établissements pénitentiaires ;
- La communauté thérapeutique intra pénitentiaire. L'Assemblée de Traitement de la communauté thérapeutique exerce les fonctions d'autres organes tels que le conseil de direction et la commission disciplinaire. Elles sont implantées dans 5 établissements ;
- Le module thérapeutique des dépendants aux drogues: l'équipe multidisciplinaire est formée par des professionnels de l'administration pénitentiaire et par des ONG. Ils sont implantés dans 8 établissements ;
- Le module thérapeutique mixte : il prévoit la cohabitation de détenus dépendants avec d'autres types de détenus (malades mentaux, handicapés...). Il est implanté dans 5 établissements.

A noter que les soins auprès des personnes détenues sont organisés, en Espagne, par l'administration pénitentiaire.

4.5.2. Les Unités thérapeutico-éducatives

Développées depuis juillet 1998 les UTE ou unidades terapeuticas y educacion ont commencé dans l'établissement Villabona (où le projet est initialement né en 1994 sous le terme « Espacio libre de drogas »)⁵¹. Ces unités ont pour but de responsabiliser la personne détenue et la déstigmatiser en favorisant sa réinsertion.

Ces unités à l'intérieur du centre pénitentiaire proposent un fonctionnement spécifique basé sur l'entraide (rencontre d'un détenu appui avant l'entrée dans l'unité qui assure le suivi), le renoncement à la consommation de drogues et à la violence physique. Une équipe pluridisciplinaire (surveillants, soignants, travailleurs sociaux) avec un partage d'information et de fonctions en support des personnes détenues appuis entourant les nouveaux groupes

⁵⁰ Personnes détenues formées à délivrer des messages de santé.

⁵¹ Jordi Enjuanes, Faustino García, Begoña Longoria. La Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona, un nuevo modelo penal de reinserción social. Editorial Pedagogía Social Comunitaria y exclusión social. Educación Social et Txus Morata Garcia, Francisco Lopez Jimenez, Jordi Enjuanes Llop. Programa de prevención del consumo de alcohol y otras drogas con alumnos de secundaria en la unidad terapeutica y educativa del centro penitenciario de Villabona. XII Congreso internacional de teoría de la educación. 2011

intégrés à ces unités. La durée totale de séjour dans ces unités n'a pas pu être vérifiée à ce jour. Il semble qu'il n'existe pas de durée limite de temps pouvant être passée dans ces unités.

Tableau 14 : Modalités de fonctionnement des Unités thérapeutiques et d'éducation

Procédures	Contenu
Critères d'inclusion dans l'unité	<ul style="list-style-type: none"> • Toute personne suivant un programme à l'extérieur ; • Tout jeune de moins de 21 ans avec ou sans addiction ; • Toute personne qui le demande.
Procédure d'admission	<ul style="list-style-type: none"> • Réception de la personne par un groupe d'appui, élaboration et signature d'un contrat thérapeutique. • Entrée dans une unité « d'induction » où la personne ne sera en contact qu'avec son groupe thérapeutique de 15 nouveaux arrivants pendant une durée d'un mois. La supervision du groupe étant réalisée par une autre personne détenue « appui » (plus ancienne).
Motifs d'expulsion (sur proposition d'un membre de l'équipe ou du groupe d'appui)	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de la violence verbale ou physique ; • Introduction de drogues ou matériel non autorisé ; • Le non respect d'autres normes établies.

Source : Mission

Les activités de la personne ayant intégré ces unités suivent le contrat thérapeutique élaboré à l'entrée. Le groupe thérapeutique est la pierre angulaire du dispositif. Il comprend au maximum 15 personnes, 2 membres du groupe d'appui et un ou plusieurs professionnels réalisant :

- un espace de communication dans lequel l'interne va travailler ses compétences sociales
- un espace d'analyse des difficultés rencontrées.
- une source d'appui et de motivation.

Des sessions de groupe thérapeutique sont organisées de manière journalière, toujours en présence du groupe d'appui, et au moins une fois par semaine en présence d'un professionnel. Des tâches de travail sont régulièrement prescrites (éventuellement pour répondre aux difficultés rencontrées). A côté de ce groupe de travail, la personne détenue a la possibilité de suivre une scolarité (dont la participation semble quasi systématique), des activités occupationnelles, des formations extérieures, activités sportives ou de culte, une prise en charge sanitaire (somatique et psychiatrique), un contact avec l'environnement familial.

Tableau 15 : Avantages et inconvénients de ce modèle

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre important de personnes prises en charge (capacité de 300 lits à Villabona) ; • Implication importante des agents pénitentiaires ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Etude de résultats limitée : efficacité sur les composantes socio-familiales mais pas sur les changements d'ordre médical ou psychiatrique ;

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Organisation assez souple : un cadre commun mais possibilité de participer à de nombreux modules ; • Intégration dans un dispositif global non complètement isolé ; • Approche globale et non uniquement concentrée sur une thématique (l'usage de drogues). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de réel contrôle de la consommation dans l'unité : contrôle de consommation de drogues confidentiels • Pas de données sur le suivi ; • Approche globale donc pas de travail intensif.

Source : Mission

4.6. La prise en charge aux USA⁵²

Des communautés thérapeutiques en milieu carcéral existent depuis plus de 50 ans aux USA. Il s'agit d'unités sans drogues avec un système d'influence par les pairs et de thérapie de groupe afin de promouvoir l'abstinence et les comportements pro sociaux. Le principe de ces unités est de créer un environnement sécurisé permettant de recevoir le support d'autres personnes ayant des problèmes identiques. Ces unités préparent la sortie avec l'organisation d'un réel relai à l'extérieur dont dépend l'efficacité du dispositif.

Le traitement dure 18 mois et comprend 3 phases (orientation, premier traitement et préparation à la sortie). Les programmes sont très structurés et comprennent 20h/semaines d'activité en rapport avec l'abus de drogues. Une organisation associative de l'état de Californie assure la préparation à la sortie en lien avec son réseau⁵³.

Les communautés thérapeutiques sont extrêmement répandues aux USA, que ce soit en milieu carcéral ou à l'extérieur. Les études retrouvées décrivent une meilleure efficacité des communautés thérapeutiques que les programmes seuls de thérapies cognitivo-comportementales ou de counseling en groupe sur le taux de récidive. Mais ce résultat est surtout démontré au cours de la première année.

Une étude réalisée au Texas mettait en évidence qu'après 3 ans les patients issus de communautés thérapeutiques et ceux n'ayant pas accédé au programme avait le même taux de réincarcération. Mais ceux qui avaient bénéficié d'une prise en charge à la sortie avait un taux de récidive nettement diminué.

Les effectifs pris en charge restent impressionnant outre atlantique. Ainsi dans une prison accueillant 7628 détenues, 2000 étaient inclus dans une communauté thérapeutique. On note cependant que l'inclusion dans un traitement de prise en charge des addictions est obligatoire dans toutes les prisons californiennes pour toute personne ayant un historique de prise ou d'abus de drogues. En effet, pour l'Etat californien, le marché noir et la consommation de stupéfiants sont la principale cause de violences en milieu carcéral. De ce fait, une attention particulière est portée pour empêcher la prolifération de ces produits. Notamment par l'augmentation des contrôles et des fouilles lors des visites. En 2014, l'augmentation des contrôles dans les prisons a conduit à la saisie de 13 kg de marijuana, 1,5 kg de

⁵² Wayne N. Welsh, Gary Zajac, Kristofer Bret Bucklen For whom does prison-based drug treatment work? Results from a randomized experiment. Journal of Experimental Criminology June 2014, Volume 10, Issue 2, pp 151-177

⁵³ Sheldon X. Zhang, Robert E. L. Roberts, Kathryn E. McCollister. Therapeutic Community in a California Prison. Treatment Outcomes After 5 Years. Crime Delinquency OnlineFirst, published on January 29, 2009 as doi: 10.1177/0011128708327035 http://www.cdcr.ca.gov/adult_research_branch/research_documents/tc_5%20yrs.pdf

méthamphétamine, et 0,5 kg d'héroïne. Afin d'aider les détenus à lutter contre leurs addictions, l'Etat californien a mis en place le programme In- Prison Substance Abuse Treatment (SAT) dans toutes les prisons de l'Etat. Celui-ci dure 150 jours et permet aux détenus souffrant d'addiction de bénéficier de soutien médical et psychologique pour dépasser leurs addictions.

4.7. La prise en charge en Suède

Une personne condamnée à une peine d'emprisonnement en Suède a droit à une liberté conditionnelle après avoir effectué les 2/3 de sa peine, si cette dernière était d'au moins 30 jours. De plus, il peut être accordé au détenu une remise en liberté anticipée grâce à des mesures de préparation spéciale à la libération. Normalement, cela peut intervenir, au plus tôt, 12 mois avant la date de mise en liberté conditionnelle. Si le prisonnier est considéré comme ayant besoin d'un traitement spécifique, une préparation spéciale à la libération, au sein d'établissements de soins, peut être accordée au moins un an avant la date de liberté conditionnelle.

4.7.1. Les formes de préparation à la libération

En Suède, le Service des prisons et de la probation propose 4 formes de préparation spéciale à la libération, à savoir i) placement en établissement de soins (Stay in Care), ii) séjour dans une maison de transition, iii) pratique de mise en liberté, iv) activité de libération prolongée.

Le placement « Stay in Care » signifie que le détenu est placé dans une structure de soins fermée. Cette mesure peut être accordée à un prisonnier qui nécessite des soins ou un traitement pour sa dépendance à une substance addictive, tant qu'il n'y a pas de risque notable qu'il commette un crime, échappe à l'exécution complète de sa condamnation (tentative d'évasion) ou adopte un comportement déplacé.

Le séjour en maison de transition signifie qu'un prisonnier est placé, sous le contrôle du Service des Prisons et de la Probation, dans une institution qui est désignée pour apporter supervision et soutien spécial aux prisonniers. Un séjour en maison de transition peut être accordé à un prisonnier qui nécessite une supervision ou un soutien spécial s'il n'y a pas de risque notable qu'il commette un crime, échappe à l'exécution complète de sa condamnation, ou se comporte mal d'une quelconque manière. Une maison de transition, en tant que mesure de préparation spéciale, s'adresse donc aux détenus ayant un besoin spécifique de support ou de contrôle facilitant leur remise en liberté : tout en recevant son traitement, il peut travailler ou participer à des cours, des formations ou une activité spécialement adaptée. Il peut également s'agir de prisonniers sans domicile fixe ou qui ne sont pas prêts à rester dans leur maison sur une longue période sans soutien.

Durant la phase préalable au procès, le tribunal ou le procureur peut demander un rapport préalable au procès pour aider le tribunal à appliquer une sanction en cas de condamnation. Pendant l'élaboration de ce rapport, l'agent de probation a une entrevue avec l'accusé. Si, durant cet entretien, il apparaît comme évident que l'accusé abuse de substances addictives, un rapport très approfondi sera fait. Pendant cet entretien approfondi, qui sera réalisé en présence d'arbitres (parmi le personnel), l'éventualité d'une probation est examinée, sous condition d'un traitement contractuel.

Un traitement contractuel doit être compris comme une peine sous surveillance, ce qui implique que le détenu passe un accord avec le tribunal pour suivre le programme de traitement prévu dans le rapport préalable au procès. Les prérequis pour cette surveillance sous condition de traitement contractuel sont les suivants :

1. L'accusé doit avoir conscience de son addiction et être disposé à suivre ce traitement pour changer ses habitudes comportementales,
2. Sa dépendance doit être intimement liée à son comportement criminel.

La peine de supervision sous condition de traitement contractuel peut être accordée pour un crime relevant d'une peine pouvant aller jusqu'à deux ans d'emprisonnement. Si le tribunal est en mesure d'appliquer une peine de probation à l'accusé sous condition de traitement contractuel, un programme spécifique de traitement doit être joint au rapport préalable au procès ainsi qu'un accord de collaboration entre la municipalité et le Service des Probations.

Le traitement peut relever, soit de soins en établissements spécialisés, soit de soins en ambulatoire, soit d'un programme de traitement géré par le Service des Prisons et de la Probation, réalisé en partenariat avec des institutions privées ou publiques.

Il est important de noter qu'un plan individuel de déroulement de la peine est mis en place pour chaque détenu, et que toutes les mesures sont prises en accord avec les besoins individuels de la personne.

4.7.2. Les programmes et traitement en lien avec les addictions

Le Service des Prisons et de la Probation suédois assure un certain nombre de programmes de traitements concernant le comportement criminel ainsi que la toxicomanie.

Quatre de ces traitements concernent directement la toxicomanie et les toxicomanes :

- PRISM, Programme de réduction de la toxicomanie individuelle (programme anglais par Priestley & Mc Murran),

C'est un programme individuel qui se fait en 21 sessions de 90 minutes chacune, et qui se fait aussi bien en prison qu'en probatoire au sein du Service des Prisons et de la Probation. Le programme permet aux participants de définir leurs propres objectifs, qui peuvent aussi bien être une abstinence complète ou une simple réduction de l'usage de la drogue. Le programme y encourage toutefois l'abstinence et montrera au participant, au fil du temps et grâce à cette approche, qu'il est impossible de passer de l'addiction complète à un soi-disant contrôle de son usage de la drogue, voire à un usage récréatif de la drogue. Le participant est informé qu'une rechute occasionnelle est normale et ne se traduit pas automatiquement par une rechute totale vers les anciennes habitudes, mais doit plutôt être vue comme faisant partie du processus d'apprentissage. Le programme a également pour objectif de fournir au participant des outils pour faire face à une éventuelle rechute.

- Le programme 12 étapes (programme suédois basé sur les principes des Alcooliques Anonymes).

Le programme en 12 étapes est généralement mis en place au sein d'un groupe et comporte 180 séances, mais il peut également être utilisé de manière individuelle. Il est utilisé en prison. Le programme s'appuie sur le constat que les toxicomanes et les alcooliques ont souvent besoin d'une « puissance supérieure » pour changer leur situation. Ce programme a donc une dimension spirituelle. Cette dimension spirituelle n'est absolument pas rattachée à une religion ou à un dieu en particulier.

- Le programme national de la toxicomanie (NSAP : Programme du service correctionnel canadien).

Le programme national de la toxicomanie se fait soit dans un format d'intensité moyenne de 26 séances, soit en format intensif avec 89 séances. Il est mis en place dans les prisons. Il est basé sur les compétences et aptitudes cognitives qui poussent les participants à examiner chaque élément de leur vie et à développer un programme personnel, concret, détaillé et réaliste pour faire face à leurs situations individuelles de « haut risque ». En faisant cela, le programme a pour objectif d'aider les participants à éviter la rechute mais aussi à gérer une éventuelle rechute, le cas échéant.

- Le programme de prévention des rechutes (programme suédois basé sur le principe de prévention des rechutes par Marlatt & Gordon).

Le programme de prévention des rechutes a deux groupes cibles, l'un des deux concerne l'alcoolisme et l'autre la toxicomanie. Le prérequis pour pouvoir participer à ce programme est que le détenu soit conscient de son problème et veuille réellement modifier ses habitudes liées à son addiction. Le programme de prévention des rechutes vise principalement à être un booster, raison pour laquelle la personne doit avoir déjà participé, et ce sur une période longue, à un des programmes précédents ciblant l'addiction avant de participer à ce programme.

4.8. La prise en charge dans les autres pays⁵⁴

Au Portugal des unités sans drogues sont organisées dans 5 établissements pénitentiaires. Leur organisation n'est pas détaillée. L'intervention de NA ou de groupes de counseling est également organisée. Il existe une unité thérapeutique dans une prison et des modules d'apprentissage aux compétences sociales organisés dans 6 centres.

La Slovénie a organisé des unités de traitement sans drogue à partir de 2004. Ces unités accueillent des détenus ayant validé une phase d'abstinence avec programme motivationnel. Les personnes accueillies acceptent les contrôles urinaires, participent à des groupes de travail et poursuivent d'autres activités durant leur séjour dans ces unités. Un contrat thérapeutique est signé avant l'entrée dans l'unité. Ces programmes sont totalement financés par l'administration pénitentiaire. Les programmes thérapeutiques sont réalisés par des agents pénitentiaires, des éducateurs, des psychologues, des travailleurs sociaux, qui sont spécialement formés. Une supervision mensuelle du groupe est réalisée par un professionnel extérieur.

4.9. Les drug courts à l'étranger

La mission a analysé la littérature étrangère, essentiellement anglo-saxonne sur le drug courts. Les drug courts consistent à offrir aux délinquants qui ont des problèmes de toxicomanie des traitements sous la surveillance des tribunaux et le soutien de services communautaires. Les participants sont dirigés vers le programme par les tribunaux et doivent satisfaire à des critères d'admissibilité (consommation importante, infractions non violentes etc...). Le programme de traitement consiste à participer à des séances thérapeutiques et à se soumettre à des tests de dépistage. Les participants sont invités à comparaître régulièrement devant les tribunaux qui infligent des sanctions ou octroient des récompenses (félicitations, réduction du nombre de comparutions). Les résultats font apparaître des réductions variables du taux de récidive, cette réduction pouvant être substantielle dans certains cas.

⁵⁴ Costall P, Brentari C, Chitu A. Drug-free Treatment and other interventions with Drug and Alcohol Users/Misusers in European Prisons : a snapshot. European Network for Drugs and Infections Prevention in Prison. Déc 2006

Encadré 1 : Exemples de littérature étrangère d'évaluation des Drug courts

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie ont-ils un effet positif sur les taux de récidive ? Division de la recherche et de la statistique Ministère de la justice Canada
Treating High-Risk Offenders in the Community : The potential of drug Court D Koetzle, University of Montreal 2015
Predicting success and failure in juvenile drug treatment court: a meta-analytic review David M Stein Journal of substance abuse
Evaluation of the DC Superior Court Drug Intervention Programs National Institute of Justice April 2000
Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: post-release trends in re-arrest, re-incarceration and drug misuse relapse A Galassi, 2015
Les communautés thérapeutiques en milieu carcéral J A Inciardi 1996
Effectiveness of the rehabilitation for addicted prisoners trust programme (RAPt) A M Kopak 2013

4.10. Les préconisations de l'OMS

L'OMS a produit une série de rapports sur la santé en prison (Health in prisons chapter 9 Drug use and drug services in prisons chapter 10 Substitution Treatment in prison, Prison and Health chapter 13 Drug use and related consequences among prison populations in European countries and chapter 14 Drug treatment and harm reduction in prison, chapter 14 Alcohol and prisons, chapter 15 Tobacco use in prison settings, Alcohol problems in the criminal justice system).

5. Les projets innovants

5.1. Le système d'information sur la santé des détenus en Picardie (OR2S)

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale rattache la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier qui met en place, dans chaque établissement pénitentiaire, une unité sanitaire chargée de délivrer les soins et de développer des actions de prévention et de promotion de la santé. Elle prévoit également l'organisation d'un système de recueil de l'état de santé des personnes incarcérées (article R.6112-19 du code de santé publique) visant à adapter les dispositifs sanitaires de prise en charge.

Vingt ans après la promulgation de cette loi, le rapport de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) sur les dispositifs de surveillance de la santé des personnes détenues⁵⁵, commandé dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « *Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice* » par le ministère en charge de la santé rappelait la pauvreté des connaissances sur l'état santé des personnes détenues.

Il préconisait le développement d'enquêtes régulières, le développement d'outils standardisés et informatisés propres au milieu carcéral permettant à long terme de collecter des données issues des dossiers médicaux.

Parallèlement, des acteurs du terrain, ne pouvant se référer qu'aux enquêtes de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (Dress) menées en 1992⁵⁶ et 2003⁵⁷, s'organisaient, particulièrement en Picardie, pour mettre en place un système de recueil pérenne des données sanitaires et sociales des personnes entrant en prison.

⁵⁵ Develay A.-E., Verdout C. Dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues. Synthèse des connaissances et recommandations. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2015. 52 p. disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

⁵⁶ Mouquet M.-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Études et résultats. 2005 ; 386 : 1-12.

En 1999 une réflexion est engagée par les Docteurs Éric Régnauld et René Faure à la DRASS autour de la problématique de la connaissance de l'état de santé de la population carcérale en Picardie. Des groupes de travail sont mis en place. Le 30 avril 2003, le ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité et le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées ont émis un arrêté de création du traitement automatisé relatif à l'enquête sur la santé des entrants en prison. Le but est de disposer d'informations statistiques sur les facteurs de risque de la population en prison et d'aborder les pathologies existantes à l'entrée de l'établissement pénitentiaire afin de conduire des actions de prévention et de prises en charge adaptées. En 2009, la DRASS fait appel à l'OR2S pour mettre en place un outil de recueil de données sanitaires et sociales en milieu pénitentiaire et finance le projet dans le cadre du partenariat santé/justice. Une fiche épidémiologique à remplir lors de la consultation obligatoire d'entrée en détention pour chaque détenu est élaborée de façon commune entre la DRASS, l'OR2S et les UCSA des prisons picardes. L'outil déjà initié a ainsi été repris par un groupe de travail spécifique associant des professionnels de terrain, en concertation avec la direction interrégionale des services pénitentiaires.

En décembre 2009, la fiche est testée dans les établissements d'Amiens et Liancourt durant une semaine. 47 fiches en version papier sont envoyées en retour. En 2010 une étude est lancée à l'échelle départementale. La mise en place du serveur informatique en mai permettant aux Ucsa de saisir les données via internet avec des identifiants personnels. La fonction « impression » de la fiche est opérationnelle en décembre. Après une période de concertation et d'échanges suivie d'une phase de test en 2011, l'application permettant le recueil a été progressivement implantée dans les différentes unités sanitaires des 6 établissements pénitentiaires picards qui représentent environ 2000 détenus répartis en maisons d'arrêt, centres de détention et maison centrale. De 2011 à 2015 il est ainsi procédé au recueil de données permettant d'étudier la santé des détenus dans les établissements pénitentiaires de Picardie, recueil qui aboutit à la production d'un document. En 2015 est créée la fiche « santé mentale » qui vient approfondir le questionnaire somatique. Sa mise en ligne est prévue le 01/01/2016.

5.1.1. La méthode

L'OR2S développe une application sous forme d'une page web sécurisée avec accès par un identifiant et un mot de passe délivrés aux professionnels de santé qui saisissent les informations relatives à l'état de santé et à la situation sociale de la personne entrant en détention. Cette application intègre les questions et les modalités de réponse d'une fiche standardisée de recueil d'informations qui a été validée par un groupe de travail rassemblant les différents acteurs concernés.

La fiche aborde sept grandes thématiques : situation socio-économique, antécédents médicaux, conduites addictives, dépistages du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles réalisés avant l'incarcération, vaccinations antérieures à l'incarcération, état de santé actuel du détenu, prescriptions et dépistages réalisés à l'entrée en détention.

L'examen de la personne entrant en prison par un personnel de santé est systématique. Il est prévu et cadré par les codes de santé publique (R.6112-19) et de procédure pénale (R.57-8-1) et rappelé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Ainsi, à cette occasion, la fiche de recueil d'informations est renseignée anonymement sur l'application informatique par un personnel soignant. Validées par le médecin, les données sont stockées sur un serveur sécurisé habilité de l'OR2S. Une fiche sous un format PDF, mis en page suivant un ordonnancement arrêté par le groupe de travail, intègre les données saisies, cette fiche pouvant être enregistrée localement, voire imprimée et insérée dans le dossier médical du patient. La création de cette fiche permet ainsi d'éviter une autre saisie, ce qui a constitué un élément essentiel d'adhésion des

⁵⁷ Mouquet M.-C. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. *Études et résultats* 1999 Jan;4:1-10.

professionnels des unités sanitaires. Ce dispositif permet la récupération de précieuses données jusqu'alors difficilement accessibles.

L'OR2S réalise annuellement une analyse statistique des données. À partir des informations disponibles, le groupe de travail participe à l'élaboration et à la rédaction de la plaquette produite reprenant ces résultats et diffusée aux professionnels impliqués⁵⁸; il se réunit aussi pour adapter le recueil aux évolutions que les professionnels souhaitent voir apporter, ce que l'OR2S transcrit ensuite au niveau de l'application informatique.

A noter que la fiche reprend des éléments sociaux relatifs au logement et à la situation professionnelle. Ainsi, presque une personne sur dix vivait de façon précaire (logée en foyer, chez des amis ou encore sans domicile fixe) avant son incarcération et plus de trois sur cinq étaient au chômage ou sans profession.

Une fois mis en routine, le recueil de ces données permet d'apprécier la situation socio-sanitaire des nouveaux détenus sur une année mais il permet aussi de montrer les potentielles évolutions d'une année sur l'autre.

5.1.2. Les perspectives d'extension

Le protocole retenu est un dispositif pertinent pour une première approche de la mesure de l'état de santé des détenus entrant en incarcération.

Il permet, à tout instant, de connaître l'état de santé d'une population entrant en détention, tant au niveau des établissements pénitentiaires, que de la région ou partie de celle-ci (où sont situés les établissements pénitentiaires). Outre les comparaisons géographiques et temporelles, le dispositif donne aux acteurs de terrain ainsi qu'aux représentants institutionnels, les informations nécessaires pour adapter les prises en charge sanitaire et sociale offertes à ces populations ce qui permet concrètement d'orienter et d'actualiser les actions de promotion de santé et de prévention.

Il s'agit d'un dispositif acceptable et accepté par les personnels des unités sanitaires. L'application informatique est facile d'utilisation et ne nécessite pas ou peu de formation spécifique. Un guide d'utilisation a été rédigé afin d'explicitier les items et les modalités de leur renseignement. En évitant toute double saisie d'information, son utilisation ne constitue pas un travail supplémentaire mais nécessite cependant un matériel informatique (ordinateur et imprimante) utilisable facilement. Le protocole permet aussi une homogénéisation des informations recueillies lors de l'examen médical, ce qui, outre de nature à garantir une qualité de la prise en charge délivrée, assure une information commune entre les différents établissements.

L'obstacle principal à son utilisation est donc la disponibilité d'un poste informatique relié à internet dans le bureau de consultation. Mais, c'est ce qui est le cas pour les établissements pénitentiaires de Picardie et, de façon plus large, pour la quasi intégralité des unités sanitaires françaises. Son utilisation dépend également de l'investissement des professionnels de santé qui ne peut être encouragé que par le retour des résultats et leur concrétisation au travers la construction concertée d'actions de promotion de santé adaptées. Leur implication dans le dispositif à tout moment est donc essentielle.

Le coût de développement et de maintenance du dispositif est faible. Sa mise en place a justifié une participation initiale de 25 k€ et le coût de fonctionnement annuel est de 15 k€, financement assuré par l'ARS de Picardie. Au regard du montant de la Mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (Migac) destinée aux financements de l'ensemble des unités sanitaires de Picardie, ce coût est acceptable d'autant que la qualité et l'intérêt des résultats obtenus est incontestable. Pour rappel, les données recueillies concernent la quasi-totalité des personnes entrant et non un échantillon randomisé. Le recueil de données a vocation

⁵⁸ Zerkly S et Al. Etat de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire en Picardie. Caractéristiques sanitaire et sociale en 2013, disponible à partir de l'URL : http://www.or2s.fr/images/Plaq_prison_2013.pdf

Ce dispositif répond ainsi autant aux impératifs de l'article article R.6112-19 du code de santé publique qu'aux préconisations du rapport de l'InVS. Il amène donc à réfléchir aux modalités de son extension à d'autres régions. Ainsi, des groupes de travail réunissant ORS, ARS, Direction interrégionale de services pénitentiaires (DISP) et professionnels des unités sanitaires, devraient prochainement se former en Rhône-Alpes et Alsace/Lorraine afin d'envisager les modalités de son extension dans ces régions, ainsi que de l'implantation de l'application informatique auprès des établissements pénitentiaires de ces deux régions. Ainsi, ces extensions régionales permettront de réfléchir aux possibilités d'un élargissement plus conséquent de ce dispositif, même si la réforme territoriale en cours peut entraîner quelques réorganisations au sein de certaines ARS, voire d'ORS et d'impacter sur le calendrier de mise en place. On peut même envisager à terme un dispositif national décliné dans toutes les régions. Cet article a en tout cas pour objet de démontrer aux ARS (tant dans leur pourtour actuel que dans leurs configurations futures pour celles qui sont concernées par les évolutions de leur territoire) l'intérêt de ce dispositif dans la prise en charge des personnes détenues et l'organisation des politiques régionales de santé publique.

Tableau 17 : Ecran de saisie de la fiche entrants

Source : ORS

Une fois la saisie sur le serveur effectuée, la fiche est imprimable et peut être intégrée au dossier personnel du détenu. Elle comprend toutes les informations saisies sur le serveur et permet ainsi une optimisation du travail en évitant le remplissage d'une fiche manuellement. Un exemple de fiche imprimée figure ci-dessous.

Tableau 18 : Exemple de fiche imprimée

Tableau des données entrants

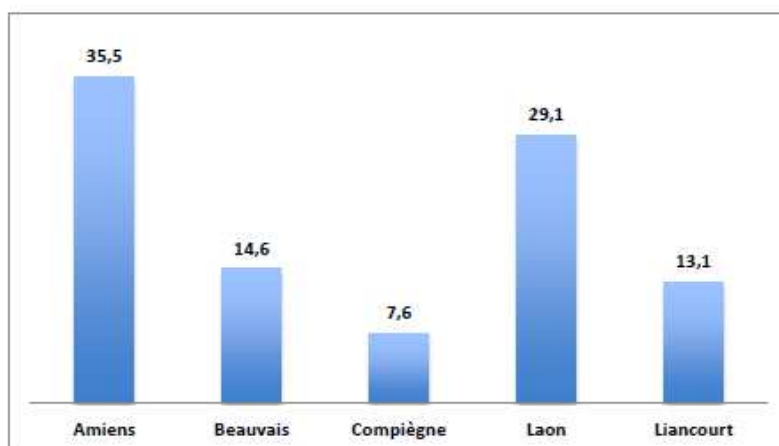
Données	Statut
Nom	<input type="text"/>
Prénoms	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Sexe	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
Statut	<input type="radio"/> Sans emploi <input type="radio"/> En emploi
Niveau de qualification	<input type="radio"/> NUL <input type="radio"/> A.1 <input type="radio"/> A.2
Date d'incarcération	<input type="text"/>
Changement de statut	<input type="text"/>
Motif de l'entrée : <input type="text"/>	
Particularités (autres motifs) : <input type="text"/>	
Particularités (autres motifs) de la famille proche : <input type="text"/>	
Adresse : <input type="text"/>	
Particularités : <input type="text"/>	

Source : OR2S

5.1.3. Les données issues du registre

Sur les 6 établissements pénitentiaires que compte la Picardie, Amiens, Beauvais, Compiègne et Laon ont fait partie du recueil sur toute l'année, Liancourt a été intégré sur les trois quarts de l'année et Château-Thierry n'a pas encore intégré le recueil. Au total 1 703 fiches ont été renseignées (soit 45,1 % des entrants), soit 1 767 fiches après pondération.

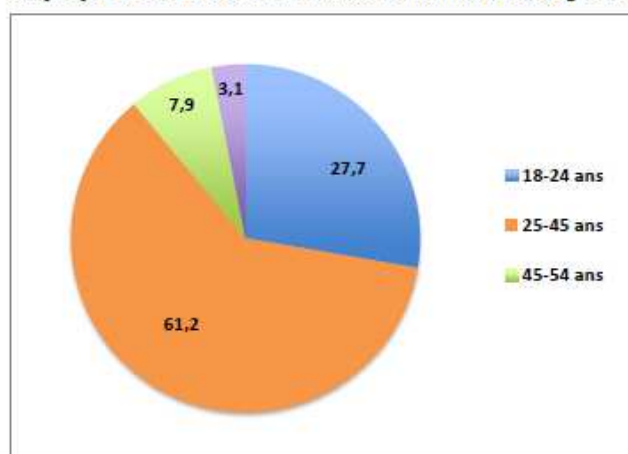
Tableau 19 : Part des fiches renseignées en %



Source : OR2S

En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, les entrants sont constitués d'une majorité d'hommes (95,9 % versus 4,1 % de femmes) et l'âge moyen est de 31,4 ans pour les hommes et 33,0 ans pour les femmes.

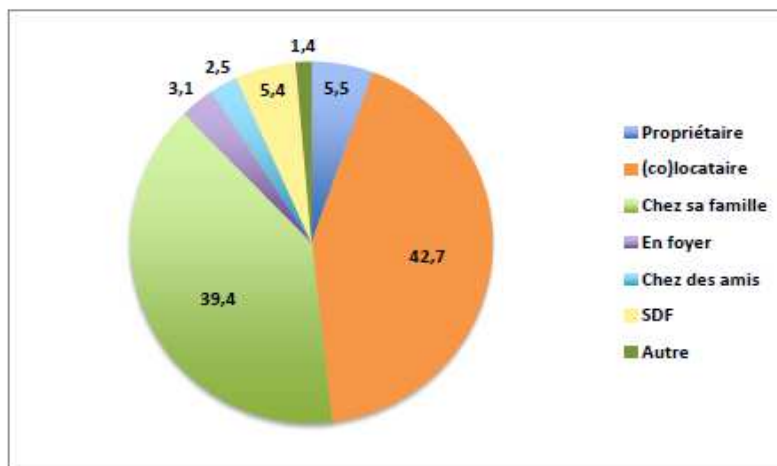
Graphique 1 : Part des détenus masculins selon la classe d'âge, en %



Source : OR2S

Avant l'incarcération, des données relatives à la famille et au logement sont intégrées dans la fiche : 3 détenus sur 5 sont célibataires, 1 détenu sur 2 a des enfants, 2 détenus sur 5 vivaient au sein de leur famille avant leur incarcération, ce qui s'explique par le fait que 3 nouveaux détenus sur 10 ont moins de 25 ans.

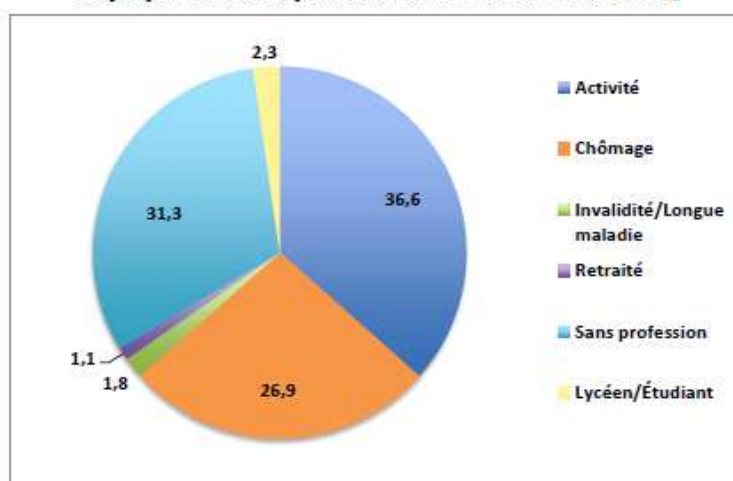
Graphique 2 : Domicile avant incarcération, en %



Source : OR2S

En ce qui concerne l'emploi, plus d'1 détenu sur 3 a déclaré exercer une activité professionnelle au moment de son incarcération. Parmi ceux en activité, il s'agit d'un CDI pour 30,4 %, d'intérim pour 23,1%, d'une autre catégorie pour 20,3 % (*auto-entrepreneur*), d'un CDD pour 19,8 % et d'une formation pour 6,4 %.

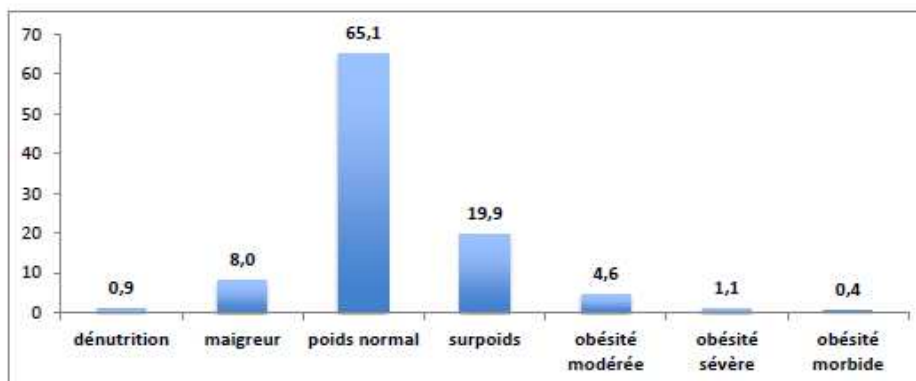
Graphique 3 : situation professionnelle avant incarcération en %



Source : OR2S

Enfin les données concernant l'état de santé sont très riches : pour 3 détenus sur 5 des soins bucco-dentaires sont à programmer, 34,8 % des détenus ont un traitement en cours au moment de leur incarcération. 25,8 % des détenus présentent au moins une pathologie chronique au moment de leur incarcération, 61,6 % des détenus disent avoir consulté un médecin au cours des douze derniers mois, 13,8 % des détenus disent avoir été hospitalisés (hors psychiatrie) au cours des douze derniers mois et plus d'1 détenu sur 4 est en surcharge pondérale (dont 6,1 % sont obèses) comme l'illustre le graphique suivant.

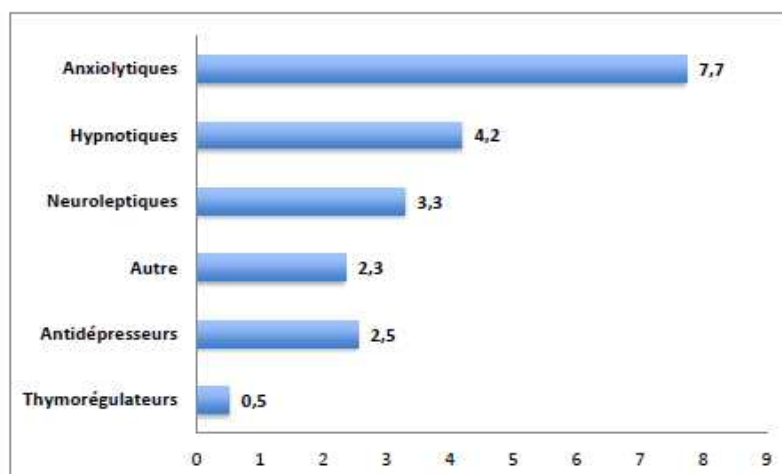
Graphique 4 : Classes d'IMC parmi les entrants en %



Source : OR25

En ce qui concerne la santé mentale, 20,8 % des détenus disent avoir bénéficié d'un suivi psychiatrique antérieur, 16,6 % des détenus disent avoir un traitement psychiatrique en cours au moment de leur incarcération, 5,1 % des détenus disent avoir été hospitalisés en psychiatrie au cours des douze derniers mois et 9,4 % des détenus disent avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois.

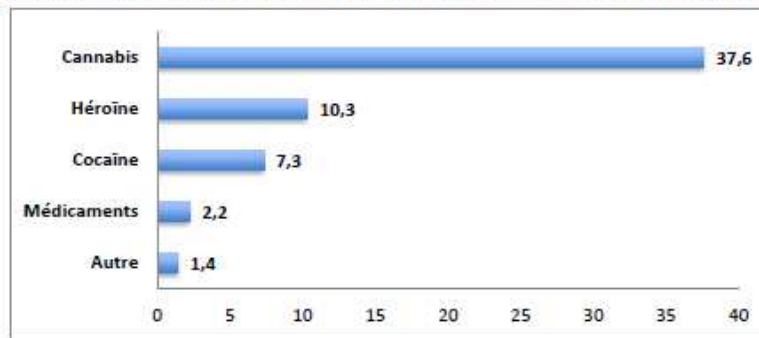
Graphique 5 : Consommation de substances psychotropes au moment de l'incarcération des hommes détenus, en %



Source : OR25

En ce qui concerne les addictions au tabac et à l'alcool, 84,0 % des détenus se déclarent fumeurs, 21,4 % des détenus disent boire quotidiennement de l'alcool, 8,6 % disent avoir bénéficié antérieurement d'une cure de désintoxication à l'alcool et 10,0 % d'un suivi ambulatoire en cours, 28,6 % disent avoir consommé régulièrement de la drogue au cours des 12 derniers mois et 13,3 % de façon occasionnelle. Parmi eux, ils ont consommé du cannabis pour 37,6 %, de l'héroïne pour 10,3 %, de la cocaïne pour 7,3 %, des médicaments (dérivés codéines, amphétamines...) pour 2,2 %, et d'autres produits (LSD, ecstasy...) pour 1,4 %.

Graphique 6 : Consommation de drogues des hommes détenus au cours des 12 derniers mois, en %



Source : OR25

En ce qui concerne les examens médicaux et le dépistage, 45,8 % des entrants ont eu une prescription d'au moins une consultation spécialisée à leur entrée, 42,8 % la prescription d'une consultation généraliste, 18,8 % la prescription d'une consultation en psychiatrie, 35,6 % un passage en urgence et 63,8 % la prescription d'au moins un examen biologique. 61,4 % ont eu la prescription d'au moins un examen biologique pour une infection sexuellement transmissible (VHB, VHC, VIH, TPHA-VRDL, *Chlamydiae*). Quel que soit le virus, les dépistages pour l'hépatite B, l'hépatite C, le VIH et la syphilis ont été effectués par les deux tiers des détenus dans les douze mois précédant leur incarcération (HB : 62,7 %, HC : 62,3 %, VIH : 62,6 %, syphilis : 57,3 %). Les deux tiers des détenus ont au moins un vaccin à jour (parmi les répondants), 81,4 % le sont pour le DTP et 79,2 % pour le VHB.

5.2. Le projet de suivi de cohorte de patients du CSAPA

5.2.1. Le contexte

En France, les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont des structures d'accueil et de soin pluridisciplinaires qui ont pour mission de prendre en charge l'addiction à tout produit psychoactif (opioïdes, stimulant, cannabis, alcool...) mais aussi les addictions sans substance.

Dans certains pays comme les Etats-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni, des cohortes de patients suivis dans des structures médico-sociales similaires ont été mises en place. Elles ont permis entre autres de comparer l'efficacité de différents traitements, différentes modalités de prise en charge à moyen et long-terme pour prévenir la consommation de drogues, d'étudier les comportements à risque pour la santé et d'évaluer les bénéfices sociétaux et financiers de la prise en charge.

Les données disponibles sur cette population en France proviennent soit d'études locales avec un nombre limité de patients soit d'enquêtes transversales répétées telle que l'enquête RECAP (REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) utilisant les dossiers informatisés des patients suivis en CSAPA.

Devant l'absence d'un tel suivi longitudinal de ces patients, l'OFDT a conduit une étude de faisabilité de la mise en place d'une cohorte de patients suivis en CSAPA à partir des dossiers patients informatisés. Cette étude a montré que la mise en place d'une telle cohorte était pertinente et faisable mais qu'elle nécessitait une adaptation du recueil des données aux questions de recherche et une amélioration de la qualité de ce recueil.

Etant donné l'ampleur d'un tel projet de cohorte de patients vus en CSAPA utilisant les données du dossier informatisé à un niveau national, une phase pilote réalisée dans un échantillon de CSAPA est nécessaire. Cette phase pilote est l'objet d'un appel d'offre.

5.2.2. Le contenu du projet de suivi d'une cohorte de patients

5.2.2.1. Objectifs de la phase pilote

Sur un échantillon de CSAPA, l'objectif est d'amorcer la mise en place d'une cohorte de patients vus en CSAPA utilisant les données du dossier patient informatisé et de définir les modalités de mise en place d'une cohorte nationale avec une durée de suivi prolongée.

Cette recherche vise à :

- D'une part évaluer le rôle des déterminants liés à la prise en charge (traitements pharmacologiques et non pharmacologiques) de l'addiction aux opioïdes, aux stimulants et à l'alcool et aux déterminants individuels et structurels (caractéristiques du CSAPA) sur :
 - des indicateurs de conduites addictives, à risque et de prévention (consommation des produits psychoactifs, prises de risques, comportements de prévention du risque, dépistage, prévention des rechutes) ;
 - des indicateurs de santé et de bien-être (comorbidités, pathologies associées, rétention en traitement), des indicateurs socio-sanitaires sur l'accès aux soins (prise en charge des pathologies infectieuses et psychiatriques), l'insertion sociale et l'incarcération ;
- D'autre part connaître le devenir des patients après la sortie de prise en charge en CSAPA et comprendre les raisons de cette sortie

5.2.2.2. Méthodes et perspectives

Il s'agit d'une étude de cohorte pilote prospective, longitudinale, multicentrique des patients suivis en CSAPA. Vingt CSAPA volontaires seront recrutés. La cohorte sera constituée de tous les patients bénéficiant d'une prise en charge en CSAPA pour une addiction aux opioïdes, aux stimulants ou à l'alcool et acceptant de participer à l'étude. Dans cette phase pilote, il est prévu de suivre 2500 patients sur 1 an. Les données des patients seront collectées à M0, M6 et M12.

Les variables collectées seront celles des dossiers informatisés des patients après standardisation du recueil pour les besoins de l'étude. Une formation auprès des professionnels des CSAPA est prévue afin d'optimiser la qualité du recueil.

En fonction des résultats préliminaires de l'étude, la cohorte sera étendue à d'autres CSAPA et le suivi des patients déjà inclus sera prolongé dans le temps. Par ailleurs la taille de l'échantillon prévue permettra de répondre à des questions de recherche pertinentes

5.3. Les programmes de prévention de la récidive

5.3.1. Des programmes soutenus par la MILDECA

La commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA) a pour mission, dans le cadre d'un comité de sélection et d'évaluation des programmes, de promouvoir le développement de programmes de prévention répondant à des critères et des recommandations issus de travaux réalisés en France et au niveau international et d'en sélectionner les plus prometteurs pour les faire évaluer par des équipes académiques.

Dans de nombreux cas, le passage à l'acte délinquant est facilité par la consommation de drogues (trafic, perte des inhibitions, etc.). Les actions autour de la prévention de la récidive ont pour but d'informer les usagers de drogue des effets et méfaits des produits illicites, de l'influence de l'entourage, des situations à risque et les stratégies d'évitement. Au-delà de cette information nécessaire, les projets visent à un suivi personnalisé des personnes toxicomanes.

La mise en place des programmes de prévention de la récidive a débuté dans les années 1990 à l'initiative de quelques services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) qui ont ressenti le besoin de faire évoluer leur méthode d'intervention jusqu'alors exclusivement fondées sur l'entretien individuel avec la personne prise en charge. Il s'agit d'une modalité d'intervention des SPIP complémentaire des entretiens individuels.

Les programmes de prévention de la récidive (PPR) ont été mis en place par l'administration pénitentiaire en mars 2008⁵⁹. Ils sont conduits par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). Ils visent à apprendre aux personnes sous main de justice, dans un objectif de non réitération, à réfléchir aux conséquences de leur conduite délictuelle ou criminelle, à les amener à mieux se connaître et à mieux se contrôler, à reconnaître et à éviter les situations qui précèdent le passage à l'acte et à leur donner la possibilité de mettre en pratique des comportements pro-sociaux. Ils sont mis en place en milieu ouvert et fermé. Certains sont spécifiques à la problématique de l'addiction.

L'objectif des PPR est de travailler collectivement (groupes de parole) sur le passage à l'acte délictueux, ses conséquences pour la victime et la société et les conditions de sa non-réitération. Ces programmes figurent sous la mesure 13 du plan d'action (élaborer de nouveaux programmes de prévention de la récidive en lien avec les addictions pour les personnes sous main de justice).

La MILDECA finance une partie de ces programmes lorsqu'ils portent sur la problématique des addictions (150 000€ sur trois ans). Les PPR constituent une modalité d'intervention des personnels d'insertion et de probation auprès des personnes placées sous main de justice, complémentaire de la prise en charge habituelle consistant en des entretiens individuels. Ce mode de prise en charge est proposé aux personnes suivies en fonction d'une évaluation de leurs besoins et des modalités de leur passage à l'acte. A cette occasion, une demande de soins peut émerger et être orientée vers les acteurs sanitaires compétents.

Plus précisément, un PPR vise à réunir un groupe de personnes présentant une problématique commune liée au type de délit commis pour faire réfléchir les participants sur les conséquences de leur conduite, les amener à mieux se connaître et leur donner la possibilité de changer de comportement, en s'appuyant sur la dynamique du groupe et sur l'utilisation d'outils pédagogiques. Les thèmes travaillés portent notamment sur le passage à l'acte faisant apparaître une difficulté en matière d'addiction.

Cette démarche criminologique s'inspire de nombreux exemples étrangers (Canada, Ecosse, Angleterre, Espagne) et s'inscrit dans une dimension européenne. Ces programmes se distinguent de la prise en charge thérapeutique assurée par les équipes médicales. L'intervention de l'administration pénitentiaire trouve en effet son fondement dans une condamnation sanctionnant un acte délictueux. Ces programmes sont conçus pour être réalisés en 10 à 15 séances de une à deux heures avec 8 à 12 participants par PPR. Dorénavant, l'animation de PPR fait partie du socle commun de la formation initiale des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation. La DAP développe également la formation continue autour de ces programmes.

Le coût d'un PPR est de 3250 € en moyenne. Il existe un coût induit du travail de mise en œuvre et des formations des personnels. Près de 50 000€ ont été consacrés en 2014 à la réalisation de PPR liés aux addictions. Il était prévu en 2013 la réalisation de 30 programmes de prévention de la récidive en lien avec les addictions, et autant en 2014 et 2015.

Les PPR en lien avec les addictions financés par des crédits MILDECA l'ont été soit sur le fonds de concours (dans cette hypothèse, seule la consommation de stupéfiants est visée), soit sur le plan gouvernemental 2013-2015 (sur ces crédits, la thématique alcool pouvait être intégrée).

Tableau 20 : Crédits liés aux PPR addictions de 2013 à 2015

Participation de la	DPT 2013	RAP 2014	LFI 2015
---------------------	----------	----------	----------

⁵⁹ Circulaire de la DAP n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

DAP à la lutte contre les drogues et toxicomanies (en €)	AE	CP	AE	CP	AE	CP
PPR visant à la lutte contre la drogue et les toxicomanies ⁶⁰	58 794€	58 794€	48 817€	48 817€	50 000€	50 000€

Source : MILDECA

5.3.2. Mais en nombre limité et non évalués

Les PPR sont des modalités de prise en charge collectives de personnes placées sous main de justice, axées sur des infractions. Ainsi, dans le cas de figure qui vous intéresse, les PPR n'ont pas vocation à être centrés sur les addictions, mais sur des comportements délictueux, en lien avec une conduite addictive.

Les tableaux suivants recensent ces PPR spécifiques mis en œuvre entre le 01/01/2014 et le 01/09/2015 sur le territoire ou dont la mise en œuvre est prévue entre septembre 2015 et juin 2016.

⁶⁰ Financement par l'intermédiaire du fonds de concours MILDECA et du plan gouvernemental de lutte contre les conduites addictives 2013-2017.

Tableau 21 : PPR n lien avec une problématique additive par DISP 2014/2015

SPIP	Antenne	MO/MF	Thème du PPR	Public ciblé	PPR commencés en 2014	PPR commencés en 2015
DISP BORDEAUX						
SPIP 19 Corrèze	Tulle	MO	Délinquance routière	Personnes présentant souvent une problématique alcoolique et/ou de consommation de produits stupéfiants	Février à juillet 2014	
SPIP 19 Corrèze	Tulle	MO	Délinquance routière	Personnes présentant souvent une problématique alcoolique et/ou de consommation de produits stupéfiants		Février à juin 2015
SPIP 40 Landes	Dax	MO	Infractions routières	Personnes condamnées pour des infractions routières dont CEA, conduite sous l'emprise de stupéfiants	Avril à juin 2014	
DISP CENTRE EST DIJON						
SPIP 08 Ardennes	Charleville-Mézières	MO	Alcool et délits routiers	Personnes condamnées pour CEA	Septembre 2014 - janvier 2015	
SPIP-21 Côte D'Or	Dijon	MF	Toxicomanie		Courant 2014	
SPIP-21 Côte D'Or	Dijon	MO	Délits routiers		Courant 2014	
SPIP-21 Côte D'Or	Dijon	MO	Délits routiers		Courant 2014	
SPIP-21 Côte D'Or	Dijon	MO	Alcool	Auteurs de délits commis sous l'emprise de l'alcool	Courant 2014	
SPIP 36-Indre	Châteauroux	MF	Violences commises sous l'emprise de l'alcool	Personnes détenues condamnées pour des faits de violences commises sous l'emprise de l'alcool.	De mars à avril 2014 - 1 séance par semaine pendant 8 semaines	
SPIP-45 Loiret	Montargis	MO	L'alcool et vous	Personnes condamnées pour des infractions commises sous l'effet de l'alcool (pas uniquement délits routiers)	Du 28 mars au 3 octobre 2014	
SPIP 45 Loiret	Montargis	MO	Addictions	Passage à l'acte délinquant en lien avec une consommation excessive d'alcool (violences sur		Mars à juillet 2015

70

				conjoint, CEA en récidive, appels téléphoniques malveillants, menaces de mort sur fond de consommation d'alcool]		
SPIP 58 Nièvre	Nevers	MO	Les conduites addictives et leurs conséquences	Condamnés pour des conduites addictives, sous l'angle du comportement indépendamment du produit consommé (CEA, Stupéfiants, violences sous l'effet de produits) ayant entraîné une condamnation pénale.	Octobre 2014-1 ^{er} trimestre 2015	
DISP LILLE						
SPIP-27 Eure	Bernay	MO	Conduite sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants	Auteurs d'infractions routières sous l'emprise de l'alcool ou de produits stupéfiants	21 février au 27 juin 2014	
SPIP-59 Nord	Lille	MO	CEA	Auteurs d'infractions routières sous l'emprise de l'alcool	Dernier trimestre 2014	
SPIP-60 Oise	Beauvais	MO	CEA et délits routiers	Auteurs d'infractions routières sous l'emprise de l'alcool	D'octobre à décembre 2014	
SPIP-60 Oise	Beauvais	MO	Addiction	Personnes condamnées pour des infractions commises sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants		De avril à juin 2015
SPIP-60 Oise	Compiègne	MO	Addiction	Personnes condamnées pour des infractions commises sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants		De avril à juin 2015
SPIP-60 Oise	Liancourt	MF	Addiction	Personnes condamnées pour des infractions commises sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiants		De avril à juin 2015
SPIP-62 Pas-de-Calais	CP Longuenesse	MF	Addiction/Infractions	Personnes condamnées pour des faits d'infraction à la législation sur les stupéfiants	Du 6 février au 10 avril 2014	
SPIP-80 Somme	Péronne	MO	Infractions routières	Auteurs d'infractions routières type CEA	D'octobre 2014 à mai 2015	
SPIP-80 Somme	Abbeville	MO	CEA	Auteurs d'infractions routières sous l'emprise de l'alcool		Avril-juin 2015
DISP LYON						
SPIP 01 - Ain	Bourg-en-Bresse	MO	Conduites sous alcool ou stupéfiants			De janvier à mai 2015
SPIP 15 Cantal	Aurillac	MO	Addiction		Courant 2014	
SPIP 43 - Haute-Loire	Le Puy-en-Velay	MF	Alcool et passage à l'acte	Hommes incarcérés à la maison d'arrêt du Puy-en-Velay et condamnés pour conduite sous l'empire d'un état		Mai 2015

71

				alcoolique (CEA) et autre faits sous l'empire d'un état alcoolique,		
DISP MARSEILLE						
SPIP 13 Bouches du Rhône	Tarascon	MO	Délinquance routière	Personnes suivies en MO dont l'infraction est en lien avec la thématique		Démarrage 01/04/2015
DISP PARIS						
NEANT						
DISP RENNES						
SPIP 14 Calvados	Caen	MO	Infractions routières	PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE ayant commis une infraction routière en lien avec l'alcool avec un faible sens de leur responsabilité, du risque, un rapport à la loi distant ou distendu	Octobre 2014 – juin 2015	
SPIP 14 Calvados	Caen	MO	Infractions routières	PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE ayant commis une infraction routière en lien avec l'alcool avec un faible sens de leur responsabilité, du risque, un rapport à la loi distant ou distendu	Octobre 2014 – juin 2015	
SPIP 85 Vendée	La Roche sur Yon/Sables d'Olonne	MO et MF	Infractions routières	PPR ouvert aux personnes suivies sélectionnées par l'ensemble des CPIP sur les critères suivants: - en milieu ouvert et en milieu fermé au titre d'une permission de sortir (peine mixte pour évaluation des impacts du groupe de parole en MO) -délits en lien avec des infractions à la sécurité routière -recherche de l'accord de principe de la personne à sa participation au groupe de parole	4 avril à 4 juillet 2014	
DISP STRASBOURG						
SPIP 55 Meuse	Montmédy	MF	Délinquance routière sous produits	Personnes condamnées à des délits routiers commis sous l'empire d'un état alcoolique ou de la prise de stupéfiants	D'octobre 2014 à mars 2015.	
SPIP 55 Meuse	Saint Mihiel	MF	Délinquance sous l'emprise de l'alcool	Personnes condamnées volontaire, faisant l'objet d'une infraction en lien avec des problématiques addictives.	Du 3/12/2014 au 16/03/2015	

72

SPIP 67 Bas-Rhin	CD Oermingen	MF	Infraction à la législation sur les stupéfiants	Personnes détenues volontaires, confrontées à des problématiques addictives et faisant l'objet d'une mesure judiciaire pour infraction sous l'emprise de produit stupéfiant	De décembre 2014 à juin 2015	
DISP TOULOUSE						
SPIP 32 Gers	Auch	MO	Les condamnés ayant commis des faits en état de dépendance	Les condamnés ayant commis des faits en état de dépendance (addiction alcool et/ou stupéfiants)	Du 3 octobre 2014 au 14 novembre 2014	
SPIP 32 Gers	Auch	MO	Les condamnés ayant commis des faits en état de dépendance	Les condamnés ayant commis des faits en état de dépendance (addiction alcool et/ou stupéfiants)		Du 13 mars au 25 juin 2015
MOM						
SPIP de Guadeloupe	Baie- Mahault	MF	Violences et toxicomanie	Le PPR sera mené au sein du Centre Pénitentiaire de Baie-Mahault. Il s'adresse potentiellement à tous les détenus de l'établissement incarcérés pour des infractions en lien avec les violences armées. Seront ciblés dans ce cadre les auteurs d'atteintes aux personnes mais également les auteurs d'atteintes aux biens (vol avec violence, vol sous la menace d'une arme...)	Du 15 septembre au 22 décembre 2014	
SPIP de La Réunion	Saint Denis	MO	Délits routier en lien avec la consommation d'alcool	Mixte si possible, à défaut uniquement des hommes condamnés dans le cadre d'un SME résidant sur le secteur ouest de l'île.	De février à juin 2014	
SPIP de La Réunion	Saint Denis	MO	Violences et addictions	Hommes condamnés à un SME pour des faits de violence avec identification d'une pratique addictive (résidant sur le secteur Est du ressort du TGI de St Denis)		De février à mai 2015
SPIP de La Réunion	CD Le Port	MF	Violences et addiction	Hommes incarcérés au CDR ayant commis des infractions à caractère sexuel dans le cercle familial ou par une personne gravitant dans l'entourage du cercle familial (voisin...).	De mai à juin 2014	
SPIP de La Réunion	CD Le Port	MF	Violences et addictions	Personnes condamnées pour des faits en lien avec des comportements violents (à l'exclusion des violences		Avril-mai 2015

73

				sexuelles) induits pas les addictions		
SPIP de La Réunion	MA Saint Pierre	MF	Délinquance routière	Toute personne détenue à la maison d'arrêt concernée par un acte de délinquance routière ou lié au véhicule dans son parcours. Le groupe comprendra des personnes ayant des âges variés mais le public de la MA concerné a majoritairement moins de 35 ans.		Mai-juin 2015
SPIP de Guyane	CP Remire Montjoly	MF Quartier femmes	Prévention des ILS	Femmes condamnées pour transport de produits stupéfiants	Du 7 octobre 2014 au 10 février 2015	
SPIP de Mayotte	SPIP Mamoudzou	MO	Les addictions	Probationnaires concernés par l'obligation de soins, dans le déni	De décembre 2014 à juin 2015	
SPIP de Nouvelle Calédonie	Nouméa	MF	Passage à l'acte sous addiction	Auteurs de délits avec problème d'addiction sur la Nouvelle Structure.	A partir de septembre 2014	
SPIP de Martinique	Fort de France	MO	Violences et addictions	Action s'adressant à un groupe de 7 à 10 personnes actuellement suivies dans le cadre d'un SME et qui restent soumises à une obligation de soins		Non précisé

Source : DAP

Tableau 22 : PPR en lien avec une problématique addictive par DISP 2015/2016

SPIP	Antenne	MO/MF	Thème du PPR	Public ciblé	Calendrier de réalisation	Commentaires
DISP BORDEAUX						
SPIP 16 Charente	Angoulême	MO	Violences conjugales	Personnes présentant souvent une problématique alcoolique	Septembre 2015 à juin 2016	
SPIP 16 Charente	Angoulême	MO	Délits routiers	Personnes notamment condamnées pour CEA et/ou problématique liée à l'usage de produits stupéfiants	Septembre 2015 à juin 2016	
SPIP 40 Landes	Mont-de-Marsan	MO	Violences conjugales	Personnes présentant souvent une problématique alcoolique	Octobre 2015 à avril 2016	

74

SPIP 40 Landes	Dax	MO	Infractions routières	Personnes condamnées pour des infractions routières dont CEA, conduite sous l'emprise de stupéfiants	Septembre à novembre 2015	
SPIP 64 Pyrénées Atlantique	Pau	MO	Violence et addiction	Personnes ayant commis des violences sous l'empire de produits stupéfiants	De novembre 2015 à Février 2016	
DISP CENTRE EST DIJON						
SPIP 37 Indre-et-Loire	Tours	MO	Addiction	PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE suivies en milieu ouvert condamnées pour des faits liés à une problématique d'addiction	Septembre 2015 à juin 2016	
SPIP 08 Ardennes	Charleville Mézières	MO	Alcool et délits routiers	Personnes condamnées pour des faits de CEA et suivies en SME ou STIG	Septembre 2015 à juin 2016	
SPIP 58 Nièvre	Nevers	MO	Conduites addictives	Les conduites addictives, sous l'angle du comportement quel que soit le produit consommé amis ayant eu pour conséquence une condamnation pénale.	Septembre 2015 à juin 2016	
SPIP 21 Côte d'Or	Dijon	MO/MF	Alcool dépendance et actes de délinquance	Personnes condamnées motifs liés à consommation d'alcool, en milieu ouvert personne suivies en PSE, SME, SSJ, STIG en MF condamné détenu pour une peine suffisamment longue pour suivre l'ensemble du PPR.	Septembre 2015 à avril 2016	
SPIP 21 Côte d'Or	Dijon	MO/MF	Toxicomanie	Comportements délictueux comportant une prise de toxique ou une dépendance hors CEA simples	Septembre 2015 avril 2016	
DISP LILLE						
SPIP-62 Pas-de-Calais	Arras	MO	Addiction	Personnes condamnées pour des infractions en lien avec la prise de produits toxiques Groupe mixte (hommes / femmes)	A partir de septembre 2015	
SPIP-62 Pas-de-Calais	Béthune	MO	Addiction	Auteurs d'infraction avec problématique d'addiction	2 ^{ème} semestre 2015	
SPIP 59 Nord	Douai	MO	CEA	Auteurs d'infractions routières sous l'emprise de l'alcool	Dernier trimestre 2015	
SPIP 59 Nord	Cambrai	MO	CEA	Auteurs d'infractions routières sous l'emprise de l'alcool	Dernier trimestre 2015	

75

DISP LYON						
NEANT						
DISP MARSEILLE						
NEANT						
DISP PARIS						
NEANT						
DISP RENNES						
SPIP 29 Finistère	Morlaix	MO	Conduite sous produits	Public mixte suivi en milieu ouvert (SME, PSE, LC, PE) A l'exclusion des infractions à caractère sexuel ou de violences sur personnes au sein de l'environnement proche. Présentant une forte problématique d'addiction	24 nov 2015 - 2 février 2016	Recherche action avec Université de Rennes II Elaboration et mise en œuvre d'un outil d'évaluation des effets de la participation au PPR sur les PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE
SPIP 29 Finistère	Brest	MF	Jeunes multirécidivants faible réceptivité et problématique conduites addictives	PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE jeunes (18 à 26 ans) présentant un niveau d'adhésion relativement faible, rencontrant des difficultés multiples (récidive ou réitération) et connaissant des difficultés en matière de conduites addictives. Public mixte suivi en milieu fermé. A l'exclusion des infractions à caractère sexuel ou de violences sur personnes au sein de l'environnement proche.	27 nov 2015 - 4 février 2016	Recherche action avec Université de Rennes II Elaboration et mise en œuvre d'un outil d'évaluation des effets de la participation au PPR sur les PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE
SPIP 53 Mayenne	Laval	MO et MF	Infraction routière sous l'emprise d'un produit en récidive		10 nov 2015 -22 mars 2016	Recherche action avec Université de Rennes II

76

DISP STRASBOURG						
SPIP 25 /39 Doubs/ Jura	Montbéliard	MO	Délinquance commise sous l'influence de l'alcool		Septembre 2015- Avril 2016	Elaboration et mise en œuvre d'un outil d'évaluation des effets de la participation au PPR sur les PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE SPIP initiateur
DISP TOULOUSE						
SPIP 31 Haute-Garonne	Toulouse	MO	4 PPR (violence, AICS, délit routier, incivilités) avec 1 séquence « addiction » intégrée au Programme	PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE suivis en MO	Septembre 2015 à décembre 2016	Modalité axée sur le concept CONSOMMATEUR : positionné sur une prise en charge collective spécifique autour d'un accompagnement à l'évolution des représentations et à une meilleure gestion des risques
SPIP 31 Haute-Garonne	Seysse	MF	3 PPR (violence, incivilités, Délit routier) avec 2 séquences « addiction » intégrée au Programme	PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE suivis en MF	Septembre 2015 à décembre 2015	Modalité axée sur le concept CONSOMMATEUR : positionné sur une prise en charge collective spécifique autour d'un accompagnement à l'évolution des représentations et à une meilleure gestion des risques
SPIP 81 Tarn	Castres	MO	Délits routiers	Délinquants routiers avec problématique d'addiction	Novembre 2015	

77

MOM						
<i>Martinique</i>	<i>CP Ducos</i>	MF	Délinquance routière	Auteurs d'infractions incluant un délit routier	Du 2 septembre au 16 décembre 2015	

Source : DAP

5.3.3. Le bilan et l'évaluation du dispositif

Une fiche type de bilan a été prévue pour chaque PPR. Toutefois, le bureau Me2 ne dispose pas de la totalité des bilans des services déconcentrés, et deux exemples de bilan transmis par les directions interrégionales ont été communiqués à la mission (Cf. Bilan PPR MO Réunion Délits routiers-alcool et Bilan PPR Violences et toxicomanie). Ces bilans comportent des données chiffrées d'indicateurs d'activité du programme ainsi que les retours du questionnaire d'évaluation des participants au PPR permettant de mesurer les intégrations faites (intégration de la loi, reconnaissance des faits, contrainte et acte posé sur la victime etc...) mais en permettent pas d'en évaluer totalement son efficacité (effets à long terme).

Une recherche action, financée par la MILDECA et pilotée par la DAP avec l'Université de Toulouse, vient d'être lancée sur les directions interrégionales de Toulouse et de Bordeaux. Il s'agit dans ce cadre d'accompagner sur le plan méthodologique, les personnels en SPIP mettant en place ces programmes et d'évaluer leurs besoins. De plus dans le cadre de la préparation du deuxième plan santé justice, il est envisagé de mettre en œuvre une évaluation d'impact des PPR sur le parcours de prise en charge de la personnes placée sous main de justice avec l'objectif d'adapter les PPR en fonction des résultats de l'étude.

5.4. L'expérience de « Drug Court » à Bobigny

A la suite d'une mission d'observation du programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec en 2013⁶¹, la MILDECA et le ministère de la justice ont proposé un projet pilote de prise en charge socio-judiciaire des auteurs d'infractions souffrant d'addiction à l'alcool ou aux drogues. Il s'agit d'un projet expérimental de prise en charge présentencielle des usagers de drogues. La juridiction de Bobigny a donné son accord pour être le siège de cette expérimentation, ainsi que le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) de Seine Saint Denis. Le ministère de la Santé et l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France se sont associés à sa construction avec l'ensemble des acteurs nationaux et locaux, institutionnels et associatifs des champs judiciaires et sanitaires, concernés par le projet, notamment la Fédération Addiction, la Fédération Citoyens et Justice.

Ce projet du TGI prévoit que sous réserve de l'entrée dans un programme strict d'activités 5 heures par jour et 5 jours par semaine, la chambre correctionnelle après déclaration de culpabilité et ajournement du prononcé de la peine, renvoie l'affaire avec une mise à l'épreuve pendant un an. A la fin du délai, le probationnaire comparait devant la chambre qui prononce la peine en tenant compte du déroulement du suivi au vu du rapport adressé au JAP. Dans ce cadre, l'objectif principal du dispositif est la prévention de la commission de nouvelles infractions. Les objectifs intermédiaires sont la réduction de la problématique addictive et la réinsertion, mesurés par l'amélioration du score de l'Index de Gravité de la Toxicomanie (IGT).

Les objectifs spécifiques liés aux méthodes s'inscrivent dans un changement de paradigme et une évolution des pratiques professionnelles concernant les soins contraints : dimension collaborative et empathique du suivi judiciaire basée sur les progrès observés et sur une réponse constructive et adaptée face aux écarts, aux rechutes et à la gestion contrôlée de la consommation ; évolution des partenariats et de l'articulation entre les professionnels du champ judiciaire et du champ médico-social ; ancrage du suivi thérapeutique dans un programme global, intensif et adapté à la situation et aux besoins de la personne.

⁶¹ Les programmes de traitement de la toxicomanie qui ont été observés à Montréal et Vancouver sont articulés autour de l'idée d'une approche globale de la personne et d'une concertation renforcée entre les différents acteurs du programme, notamment ceux de la santé et de la justice.

Pour assurer le respect de ces objectifs, il est prévu que le dispositif soit coordonné par un binôme de professionnels, l'un relevant du secteur médico-social, l'autre de la justice. Il doit s'appuyer sur la spécialisation des acteurs qui le mettent en œuvre de façon à ce que chaque personne soit suivie par des professionnels identifiés (magistrat, conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), professionnels médico-psycho-sociaux-éducatifs...).

Les objectifs spécifiques liés aux méthodes seront évalués chemin faisant, dès le début de l'expérimentation, afin d'ajuster les conditions de mise en œuvre du projet à ses objectifs. Cette évaluation d'implantation, appelée recherche interventionnelle, devra permettre de formaliser les processus validés afin d'en assurer la diffusion. Une évaluation d'impact est prévue dans un second temps.

Le projet pilote a été construit en commun avec l'ensemble des services concernés en 2014 et a débuté le 30 mars 2015 par les premières orientations prononcées en audience pour une entrée des probationnaires dans le programme spécifique, qui comporte un suivi comportant au moins 5 heures par jour dans un local dédié avec une équipe médico-sociale spécifique au dispositif rattachée à un CSAPA, une équipe du SPIP de Seine-Saint-Denis et des personnels d'associations proposant des activités culturelles, corporelles et/ou sportives. Dans le projet de Bobigny, la grande complexité des questions de secret partagé, de culture professionnelle commune sur la question des addictions a rendu nécessaire la construction d'un dispositif ad hoc permettant l'accompagnement pluridisciplinaire de la personne et la prise en compte de l'ensemble de ses problématiques et besoins.

L'évaluation de l'articulation entre la justice et la santé dans le contenu des mesures pénales aura pour but d'observer comment les mesures de suivi liées à des problématiques de consommation de substances psychoactives sont mises en œuvre dans les territoires, qu'il s'agisse de mesures pré-sentencielles, d'alternatives aux poursuites ou de peines.

Dans cette perspective, un état des lieux pourra être réalisé concernant les mesures qui sont ou ne sont pas utilisées et mises en œuvre dans les différents ressorts par l'institution judiciaire, parallèlement à un état de lieux des ressources locales en matière de soins, une description des liens entre les acteurs de santé (ARS, structures hospitalières, structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD)), et les acteurs judiciaires (parquets, délégués du procureur, juges d'instruction, JAP, juges des enfants, SPIP, associations socio-judiciaires, PJJ), sans oublier de rechercher quelles sont les évaluations des personnes avant la prise de décision judiciaire. Ces liens pourront être analysés quant à leur forme, leur historique, les raisons pour lesquels ils peuvent être peu développés à certains endroits, et leurs modalités financières.

Il paraît opportun de prévoir dans cette étude un volet qualitatif concernant le partage du secret professionnel, l'appréhension de la question des soins sous contrainte par les professionnels de santé, les préalables et conditions jugés nécessaires par les acteurs de santé et de justice, chacun dans sa logique professionnelle, pour pouvoir inscrire la personne dans un parcours de soins (motivation de la personne...) dans le cadre de la peine, l'efficacité de l'injonction thérapeutique qui avait justement été créée pour répondre à ce problème de partage du secret à travers l'intervention du médecin relais.

La MILDECA travaille avec les ministères concernés sur le périmètre et la méthodologie précise de cette évaluation, dont les acteurs devront être définis. Le SPIP de Seine Saint Denis est particulièrement investi dans ce projet et participe à l'animation et l'organisation des activités du programme. La DAP est membre du comité de pilotage de ce projet, installé par la garde des Sceaux le 30/06/2015 et dont la première réunion de travail devrait avoir lieu en octobre 2015.

5.5. Le projet EVACAPA de l'ANPAA 25 pour limiter la récidive en matière de conduite en état alcoolique

A la fin des années 1990, 20 à 25% des conducteurs interpellés pour conduite sous l'emprise de l'alcool récidivent dans les trois ans et la part de l'alcool dans les accidents est de 30%. Il est estimé que le week end et la nuit jusqu'à 30% des conducteurs peuvent avoir une alcoolémie supérieure à 0,5g/l. Longtemps sanction et éducation ont été opposées. Des expériences ont été menées à l'étranger et leur évaluation a montré que les programmes éducatifs étaient plus efficaces pour prévenir la récidive

L'ANPAA a mis en place un programme expérimental innovant, intitulé EVACAPA (Evaluation d'une Action auprès des Conducteurs Ayant un Problème d'Alcool). Ce programme a été proposé de juillet 1998 à janvier 2011 dans le ressort du tribunal de Besançon aux conducteurs arrêtés pour la première fois en état d'ivresse.

La population cible était les primo-délinquants avec pour critères d'exclusion : être récidive au-delà d'une période de réhabilitation, alcoolémie supérieure à 2.5g/l/sang au moment du délit, maîtrise difficile du français (lu, écrit, parlé), ayant causé des blessures ou mort d'autrui dans le cadre de la CEA

Il a concerné 372 conducteurs, dont 65% étaient des buveurs excessifs, 26% des alcoolodépendants et 9% n'avaient pas de problème avec l'alcool. On notera que dans 90% des cas, les conducteurs sous l'emprise de l'alcool concernent des buveurs chroniques. Le taux de récidive constaté pour les personnes condamnées en 1991 pour conduite en état d'ivresse était de 22%. Le programme associait sanction et éducation, était basé sur la multidisciplinarité (tous les partenaires impliqués dans la sécurité routière) et faisait l'objet d'une évaluation/

Les personnes qui acceptaient d'y participer étaient déclarés coupables par le tribunal mais voyaient leur peine ajournée durant un an avec mise à l'épreuve, à charge pour eux de se soumettre durant cette période à un suivi dont les modalités étaient tirées au sort (suivi individuel, 4 entretiens et courriers, suivi collectif avec débats en groupe ou intervention minimale, 2 entretiens). Un contrôle médical était effectué à trois reprises dans tous les cas.

Tableau 23 : Description du contenu du suivi dans les trois groupes

Groupe 1 : stratégie individuelle	Groupe 2 : stratégie collective	Groupe 3 : intervention minimale
<ul style="list-style-type: none"> - 1 entretien avec CPIP - 1 entretien avec conseiller en alcoologie ANPAA - 1 visite médicale - 1 entretien avec conseiller en alcoologie ANPAA - 1 entretien avec CPIP - 1 visite médicale - 10 courriers mensuels d'information 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 séances 2h à semaines d'intervalle dans les 3 mois qui suivent l'ajournement : thèmes justice, sécurité routière et santé - 1 visite médicale - 1 séance 2h au 3ème mois : comportement - 1 séance 2h, 1 mois avant fin d'ajournement : synthèse - 1 visite médicale 	<ul style="list-style-type: none"> remise d'une liste d'adresses
document interactif entretiens individuels	document interactif 5 séances collectives	document interactif (40 pages) ⁶²

⁶² L'alcool dans ma vie : bénéfices, équivalences de verres, évaluation du risque santé ; informations pratiques : l'alcool dans l'organisme, les effets de l'alcool sur la santé, alcool et sécurité routière, alcool et justice, test ; l'alcool mode d'emploi : évaluation de la consommation avant et après l'interpellation, les bonnes raisons de boire moins / travail de la motivation/ comment se préparer à boire moins / 10 façons de vous aider à boire moins, alcool et conduite automobile / mode d'emploi

Groupe 1 : stratégie individuelle	Groupe 2 : stratégie collective	Groupe 3 : intervention minimale

Source : ANPAA

Le programme associait les partenaires suivants : ANPAA 25, préfecture, commission médicale préfectorale, tribunal correctionnel et SPIP. L'évaluation portait sur le taux de récidive à t + 3 ans et le rapport à l'alcool : consommation déclarée, qualité de vie, évolution des paramètres biologique.

La probabilité de récidiver à trois ans a été divisée par quatre dans le groupe qui a bénéficié du suivi collectif (5,5% contre 11% pour le groupe suivi individuel et 15% pour le groupe contrôle).

Validé par la justice, le programme EVACAPA a été prolongé par ACAPA depuis mars 2005, proposé comme peine complémentaire par l'ANPAA 25 (loi n°2003-495 du 12 mars 2003). Le programme dure 6 mois et s'articule autour de deux axes : un suivi médical alcoologique individuel couplé à cinq modules psycho éducatifs collectifs :

- Le suivi médical individuel : il consiste en une consultation d'entrée de programme avec un médecin, y compris un examen biologique et une analyse clinique (confidentialité des informations) et de fin de programme mettant en évidence la modification du comportement consécutive au travail socio-éducatif, résultats biologiques à l'appui.
- Le suivi collectif : il est constitué de cinq modules⁶³ de deux heures chacun, par groupe de 12 personnes, dont le coût de 220€/personne est à la charge du participant et vient en déduction de l'amende infligée.

5.6. La création d'une communauté thérapeutique à Bordeaux

La prise en charge française principalement orientée, depuis les années 1990, vers la réduction des risques tend parfois à exclure le sevrage et l'abstinence⁶⁴ des offres de prise en charge. Depuis le mois d'octobre 2006⁶⁵, des communautés thérapeutiques ou centres thérapeutiques communautaires proposent aux personnes présentant une dépendance à un produit de consolider leur abstinence d'une conduite addictive ou d'une consommation au travers d'une prise en charge en milieu fermé pendant une période d'un à deux ans. Ces centres peuvent avoir le titre d'établissement expérimental CSAPA⁶⁶ Pour mémoire, et depuis novembre 2010, un CSAPA référent est nommé dans chaque établissement pénitentiaire⁶⁷.

Il convient de noter qu'un premier projet de communauté thérapeutique avait été développé en 1998 au centre de détention d'Argentan mais des difficultés d'ordre organisationnel propre à l'association portant l'expérimentation n'avaient pas permis le maintien de cette action. Aucun nouveau projet de ce type n'a été développé depuis cette date en France.

⁶³ Module justice (parquet), sécurité routière (IDSR), effets de l'alcool (ANPAA), alcool et comportement (psychologue), synthèse.

⁶⁴ Jauffret-Routside. Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française. *Alcoologie et addictologie* 2011 ; 33(2) :101-110

⁶⁵ Circulaire DGS/MILDT/SD6B no 2006/462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques.

⁶⁶ Article D.3411-1 du code de la santé publique et Le décret du 14/05/2007 relatif aux missions des Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

⁶⁷ Instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

Dans ces conditions, un projet pilote doit être mis en place par la DISP de Bordeaux, permettant aux personnes détenues qui souhaitent consolider leur abstinence d'une conduite addictive ayant entraîné une infraction d'accéder à une unité leur ouvrant différents dispositifs de réhabilitation dont l'efficacité a été démontrée. Le projet consiste à créer une unité de réhabilitation pour usages de drogues (URUD). Mené par la communauté thérapeutique de Barsc (un dispositif médico-social d'addictologie) en lien avec le JAP, ce projet d'URUD serait implanté au centre de détention de Neuvic.

Compte tenu de la transversalité de la problématique addiction et des dispositifs déjà existants à destination des personnes usagères de drogue, ce projet promoteur de santé ne peut se concevoir que comme étant pluridisciplinaire⁶⁸, respectueux des compétences de chacun. En proposant un projet axé sur la prévention de la récidive et la réhabilitation dans la collectivité, l'ensemble des partenaires, acteurs de la prise en charge des personnes placées sous main de justice, sont appelés à contribuer à sa mise en œuvre.

Il est envisagé de créer une unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD), isolée du reste de la détention (aile ou étage spécifique), pouvant accueillir un groupe ouvert de 20 personnes, volontaires, répondant aux critères d'inclusion (personne adulte condamnée pour une durée de plus de 6 mois, sevrée de toute drogue) et acceptant le test urinaire.

Il serait proposé aux volontaires, après élaboration d'un contrat thérapeutique, de participer à des thérapies de groupe et des entretiens individuels. Toute mesure visant à favoriser la réinsertion serait privilégiée (maintien des liens extérieurs, formation professionnelle, construction d'un projet extérieur, etc...). Les groupes les plus anciens auraient vocation à constituer les personnes support des derniers arrivés. Les suivis socio-éducatifs et médico-psychologique seraient maintenus à la sortie de l'unité⁶⁹.

Educateurs CSAPA, conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), agents pénitentiaires, acteurs associatifs (du type Narcotiques Anonymes) pourraient intervenir dans cette unité. Les soins seraient organisés selon les mêmes dispositions que pour les autres personnes détenues.

Le séjour dans l'unité, pour une période de 6 mois se déroulerait en trois phases : induction (motivation, acclimatation au dispositif, reconnaissance de la problématique), réhabilitation (application des phases du *12 steps program*), réintégration (préparation au retour en détention ou sortie). Des sessions de groupe pourraient être organisées 2 fois par jour 5 jours sur 7. Des groupes d'entraide seraient créés et pourraient se réunir deux fois par jour. Le weekend serait consacré aux activités sportives, au maintien des liens familiaux, aux interventions associatives. Une attention particulière serait portée à la préparation à la sortie de l'unité, qu'elle s'opère à l'intérieur ou vers l'extérieur de la détention, impliquant les structures médicosociales et associatives.

5.7. Le projet de Médecins du monde à Marseille

Médecins du monde a produit une étude visant à réduire les incarcérations liées à la maladie mentale⁷⁰. Le présent rapport avait plusieurs objectifs : d'une part, étudier, à travers la littérature internationale et nationale, les rapports entre troubles psychiatriques sévères, sans-abrisme et incarcération, d'autre part examiner les solutions alternatives développées au niveau international et national, enfin élaborer à Marseille un diagnostic local sur la question, identifier les problèmes et proposer un dispositif opérationnel visant à les résoudre.

⁶⁸ L'addiction à une drogue est une problématique sociétale multi dimensionnelle dont la prise en charge ne peut se cantonner à un seul champ, qu'il soit médical, social, psychologique, sociologique ou judiciaire.

⁶⁹ Cette proposition se base sur des éléments issus de la littérature et des expériences françaises et étrangères.

⁷⁰ Prisons, grande précarité et maladie mentale : comment réduire les incarcérations ? Médecins du Monde - (C.O Doron)

Ses principaux résultats et recommandations sont les suivants.

5.7.1. Le croisement entre troubles psychiatriques sévères, sans-abrisme et incarcération est bien identifié dans la littérature internationale⁷¹.

Au niveau national, les études laissent suspecter une situation comparable⁷² mais il n'existe pas d'étude spécifique sur le sujet. D'où la recommandation d'encourager les études quantitatives et qualitatives interrogeant les liens entre conditions socioéconomiques précaires (et sans-abrisme au premier chef), troubles psychiatriques graves et incarcération. Etudier en particulier les trajectoires de vie des personnes repérées (nombre de réincarcérations, type de condamnations et de procédures).

5.7.2. Au niveau international, notamment anglo-saxon, une multiplicité d'initiatives visant à traiter cette situation hors de la prison ont été développées sous le nom de « jail diversion » (près de 560 programmes aux Etats-Unis)

Ces programmes ont plusieurs caractéristiques :

- Ils sont fondés sur une évaluation systématique et revendiquent un meilleur rapport coût/efficacité, évalué sur un ensemble de variables (récidive, amélioration qualité de vie et insertion sociale, soin etc.). On sort du discours idéologique pour entrer dans une « evidence based policy » ;
- Ils rompent avec le modèle de la prison et s'appuient sur une volonté de déflation carcérale affichée par tous les acteurs sur les cas visés (troubles mentaux, sans-abrisme, abus de substance...);
- Ils reposent sur des initiatives locales et des négociations entre acteurs, plus faciles à mettre en place dans le droit anglo-saxon ;
- Ils adoptent une vision totale et séquentielle de la chaîne conduisant de l'interpellation à l'incarcération. Ce qui signifie des interventions de diversion à tous les moments de la chaîne :
 - Réduction des interpellations par développement d'une collaboration police/acteurs de santé mentale ;
 - Abandon ou suspension des poursuites ; ou aménagement de la peine avec engagement dans des programmes alternatifs en milieu ouvert ;
 - Développement de cours spécialisées dans les cas de troubles psychiatriques et précarité, ou de cellules psychiatrie/précarité ;
- Ils impliquent une prise en charge pluri-disciplinaire en milieu ouvert, avec logement individuel ou collectif, travail de réinsertion socio-professionnelle, soins psychiatriques ou des problèmes addictifs si nécessaire.

Ce genre d'initiatives est totalement déficitaire au niveau national. D'où la recommandation de favoriser les expérimentations d'évitement des incarcérations et de prise en charge en milieu

⁷¹ Entre 4 et 15% de troubles mentaux sévères en prison ; env. 15% de sans-abri dans les jails américaines ; un fort croisement entre sans-abrisme et troubles psychiatriques sévères.

⁷² 13,2% de psychotiques dans la population sans-abri ; 21,3% dont 7,3% de schizophrénie dans la population carcérale ; une surreprésentation de personnes entre très grande précarité en prison (env. 60%) et des sans-abri (env. 10%).

ouvert pour les populations en grande précarité et atteintes de troubles psychiatriques en France.

Il est facile de voir en quoi cette recommandation s'inscrit pleinement dans la volonté de la ministre de la Justice de développer une culture de la peine qui rompt avec la seule peine de prison et de celle, du ministère de la Santé, de traiter le problème des personnes incarcérées avec des troubles psychiatriques sévères, qui a fait l'objet de multiples condamnations au niveau européen. Mais pour développer ces expérimentations, encore faut-il en déterminer les modalités adaptées à la situation française ; et préciser sur quels problèmes elles doivent intervenir et dans quelles conditions elles seront possibles à appliquer.

5.7.3. Les constats effectués par Médecins du monde

1. Il peut y avoir un intérêt, en suivant les recommandations du Conseil de l'Europe, à développer au niveau des formations policières, des modules spéciaux sur les questions de psychiatrie-précarité, qui soient adaptés aux réalités du terrain et permettent un dialogue entre acteurs de la santé mentale, travailleurs sociaux et forces de l'ordre.

Par contre, Médecins du monde affiche pour l'instant une certaine méfiance envers une coopération plus approfondie police/psychiatrie, telle qu'elle existe dans certains pays anglo-saxons. Il importe de travailler sérieusement en amont sur les modalités de cette coopération et les garanties qui permettent de préserver les droits de chaque citoyen.

2. Il semble à cet organisme moins important de développer des alternatives aux poursuites, qui existent déjà et sont surtout utilisées pour augmenter le taux de réponse pénale, que de véritables dispositifs d'évitement des incarcérations, qui se situent donc dans le cadre pénal.

En effet, les alternatives aux poursuites ont plus pour effet d'augmenter la population traitée par une juridiction que de réduire effectivement les populations poursuivies et, possiblement, incarcérées. De plus, les alternatives aux incarcérations elles-mêmes sont souvent une manière d'accroître les populations placées sous-main de justice sans diminuer en fait la population carcérale. On a ainsi constaté ces dernières années une croissance conjointe des placements en milieu ouvert et des incarcérations. Il faut donc veiller à ce que le nouveau dispositif de peine de probation n'ait pas le même effet.

Une des solutions consisterait, comme dans les pays scandinaves, à fixer un plafond ou un objectif de réduction du taux d'incarcération lui-même, ce qui mécaniquement conduirait à un recours accru aux peines alternatives.

3. La création d'une nouvelle peine de probation, au sein de laquelle s'intégrerait parfaitement la prise en charge pluridisciplinaire en milieu ouvert que nous proposons pour les personnes en grande précarité atteintes de troubles psychiatriques sévères, n'a de sens que si on prend en compte les conditions effectives de son recours par les tribunaux.

Le constat fait à partir de la situation marseillaise, et d'études sur la situation lyonnaise ou toulousaine, est sur ce point sans appel : le vrai problème n'est pas tant l'existence ou non d'une peine alternative à la détention, que le fait que la détention est une solution de facilité et un recours culturellement banalisé, en particulier en comparution immédiate.

L'une des questions qui doit être posée est celle de la procédure de comparution immédiate et comment on peut remédier à son effet dramatique quant à l'incarcération quasi-systématique de populations en grande précarité, présentant des troubles psychiatriques plus ou moins avérés, sachant que le Parquet requiert presque systématiquement la détention dans ces cas, et que les

juges se soumettent aux réquisitions du Parquet, soit par défaut, soit par prudence, soit parce qu'ils considèrent qu'au moins, en prison, ces personnes seront soignées et prises en charge.

Plusieurs problèmes apparaissent sur lesquels Médecins du monde propose d'intervenir :

- Un déficit grave d'informations sur l'état psychiatrique des personnes au moment de la comparution.

Contrairement à ce qui se passe aux Assises, l'état psychiatrique de la personne est très rarement évalué, du fait de la rapidité des procédures, des modes d'organisation des examens psychiatriques en garde à vue etc. Cette situation conduit souvent les juges à considérer que la détention (provisoire ou non) sera un moment d'évaluation et de soin des personnes.

Nous recommandons donc d'améliorer le dispositif d'évaluation des troubles psychiatriques sévères avant la comparution. Comme l'ont montré divers rapports, c'est à ce niveau, beaucoup plus que dans une réduction des non-lieux psychiatriques, qu'il faut chercher la cause de la prévalence des troubles psychiatriques sévères en prison.

- Si les magistrats n'adoptent pas les alternatives à l'incarcération dont ils disposent déjà (SME en particulier) sur les populations qui nous concernent, c'est parce que la détention leur apparaît plus commode, plus sécurisante et que la procédure pénale les y invite (art. 144 du CPP, qui pose des exigences de représentation et de réduction du trouble qui, mécaniquement, jouent en leur défaveur).

Vu le temps et des éléments dont ils disposent au moment de la comparution, cela n'est guère surprenant. Il est donc recommandé de monter un dispositif opérationnel, rapidement mobilisable, articulant un logement en milieu ouvert, un travail social, une prise en charge et une évaluation psychiatrique, et offrant des garanties de contrôle judiciaire suffisantes, qui puisse être proposé comme alternative à la détention provisoire en comparution immédiate.

Ce dispositif permettrait, dans les cas signalés comme difficiles, de prendre le temps nécessaire à une évaluation, en milieu ouvert, en disposant du délai de droit qu'il est possible de demander en comparution immédiate. Pendant ce temps, la personne engagerait un premier travail de soin et de réinsertion et serait évaluée, de sorte qu'à l'audience finale, elle pourrait être jugée plus sereinement, avec plus d'éléments, et qu'il apparaîtra (ou non) que des solutions alternatives à la détention sont possibles à mettre en place.

Sans l'adoption d'un tel dispositif, la création d'une nouvelle peine de probation risque de n'être qu'un vœu pieux, ou de ne s'appliquer qu'à ceux à qui, déjà, un SME était susceptible de s'appliquer sans difficulté. Les autres – qui sont ceux qui en auraient le plus besoin – n'en bénéficieront pas.

4. La nécessité d'un plaidoyer rigoureux sur l'évitement des incarcérations

Médecins du monde s'inscrit pleinement dans la volonté de la Ministre de faire en sorte que la prison cesse d'être la forme a priori de la peine, comme si peine était nécessairement égal à peine de prison. Il faut ici souligner qu'il existe toute une culture de la prison et de sa banalisation à déconstruire, en particulier sur les populations qui nous occupent. Contrairement aux pays anglo-saxons, notamment, la conviction que les malades mentaux ou les sans-abri n'ont pas place en prison est loin d'être partagée : on trouve de nombreux psychiatres et juges pour entretenir le mythe selon lequel là, au moins, ils seront pris en charge et qu'ils n'y sont pas si mal. Arguments qui ne se fondent sur rien de solide.

Médecins du monde avance plusieurs arguments :

1. Un argument économique : la prison coûte cher pour une efficacité relative très faible, en particulier dans les cas qui nous intéressent. Des multiples études rigoureuses permettent

d'étayer qu'une prise en charge pluridisciplinaire en milieu ouvert est plus efficace et souvent moins coûteuse.

2. Un argument sanitaire : les effets sanitaires de la prison sont dramatiques en ce qui concerne la morbidité et la mortalité⁷³ et en matière de santé mentale. Il convient de noter, avec l'ensemble des instances européennes, que les SMPR ne sont pas des institutions de soins adaptées pour les troubles mentaux sévères, mais de simples dispositifs d'appoint. Les conditions de vie en prison, les allers retours prison/hôpitaux psychiatriques, sont autant de conditions d'aggravation des troubles.

3. Un argument social : il s'exerce de fait une discrimination négative envers les populations en grande précarité et/ou atteintes de troubles psychiatriques, en ce qui concerne la prison (inscrite dans l'art. 144 du CPP). Il convient de tout faire pour les replacer dans une situation plus égalitaire de ce point de vue. Le fait de ne pas disposer d'un logement ou d'avoir des troubles psychiatriques ne doit pas devenir un facteur discriminant. De manière plus générale, la surreprésentation des personnes en très grande précarité ou issues des « minorités visibles » en prison signe une vraie rupture du pacte social.

4. Un argument sécuritaire : la prison, dans les cas qui nous occupent, ne réduit pas la récidive, bien au contraire : des études scientifiques sérieuses ont établi, par comparaison de cohortes, que la prise en charge en milieu ouvert réduisait la récidive mieux que la prison, tout en assurant une meilleure réinsertion sociale et prise en charge sanitaire. Ajoutons à cela que les mêmes études établissent que la prise en charge en milieu ouvert, y compris de pathologies mentales couplées à des crimes graves, n'augmente absolument pas l'insécurité dans la population (voir les résultats du programme Nathaniel aux EU).

5. Un argument politique : le laxisme n'est pas du côté de ceux qui cherchent à réduire la récidive par des moyens dont il est établi qu'ils sont plus efficaces et moins coûteux tout en étant plus humains, mais du côté de ceux qui clament sans cesse qu'ils veulent réduire la récidive tout en adoptant des mesures dont il est établi qu'elles l'accroissent et coûtent très cher en étant socialement destructrices. Ajoutons que les infractions ici visées sont des infractions relativement bénignes et où il n'y a souvent pas d'autre victime que l'Etat lui-même.

L'intérêt de l'Etat est plus de réintégrer efficacement les personnes et de réduire leur risque de récidive à moindre coût – humain et économique – que d'infliger des peines inefficaces. Il importe surtout de commencer une pédagogie qui distingue nettement la peine et la peine de prison et qui repose sérieusement le sens de la peine de prison dans diverses situations. Lorsque la peine de prison a été généralisée au XIXe siècle, c'était sur la base de tout un ensemble d'arguments sur son sens et son efficacité ; aujourd'hui, elle relève souvent d'un automatisme mécanique.

5.7.4. Le contenu du programme proposé

Si la mission exploratoire⁷⁴ initiale visait à couvrir l'ensemble des différentes étapes du parcours des justiciables : interpellation (garde à vue), déferrement (condamnation), incarcération, sortie de prison. Il a finalement été validé de se concentrer sur la phase pré-sentencielle (avant l'incarcération), sentencielle (prison) et post-sentencielle (sortie de prison dans le cadre d'un aménagement de peine).

Le dispositif envisagé concerne en priorité la phase pré-sentencielle, soit la phase qui part de l'interpellation et va jusqu'à la comparution, la condamnation et l'incarcération de la personne.

⁷³ La mortalité non-naturelle est entre 3,5 et 10,6 fois plus élevée pour les sortants de prison. Le risque de mort par overdose de 124 à 274 fois plus élevé.

⁷⁴ Diagnostic complet disponible dans le rapport de la mission exploratoire

Sur la demande du Ministère de la Justice, le programme a élargi sa mission (sur un nombre restreint de personnes) aux personnes sortant de prison dans le cadre d'un aménagement de peine. Dans un contexte national marqué par la volonté de réduire le recours aux incarcérations, Médecins du monde a identifié un problème spécifique posé par le croisement entre troubles psychiatriques sévères et très grande précarité en prison, les populations sans-chez soi et ayant des troubles psychiatriques graves étant surreprésentées dans la population carcérale. Il semble important de développer des programmes expérimentaux d'accompagnement médico-social alternatif, en milieu ouvert, et plus généralement de réduction des incarcérations, tels qu'ils existent dans de nombreux pays pour ces populations.

A Marseille plus spécifiquement plusieurs problèmes ont été relevés sur lesquels il conviendrait d'agir :

- Une forte méconnaissance réciproque des acteurs de la santé mentale, des acteurs de la rue, du monde judiciaire et policier et donc un maillage faible en termes de partenariat et mutualisation des compétences et des savoirs ;
- Un déficit important dans le repérage des pathologies psychiatriques sévères en garde-à-vue et en comparution immédiate, lié au mode d'organisation adopté pour les examens en garde-à-vue et au mandat affiché (examen de compatibilité avec la garde-à-vue). Il convient de faciliter le repérage à minima des troubles psychiatriques ;
- Un recours quasi-systématique aux incarcérations pour les populations visées à travers la procédure de comparution immédiate. La prison apparaît la solution de facilité et, qui plus est, comme un moyen de prendre en charge et évaluer ces personnes d'un point de vue psychiatrique. Son recours est banalisé. Il est aussi rendu quasi-impératif par la procédure pénale elle-même. Il est nécessaire de trouver un moyen pour permettre un jugement plus équitable et serein dans cette phase, qui s'appuie sur une évaluation et une individualisation sérieuse.

Le projet s'adresse aux personnes, sans chez soi et présentant des troubles psychiatriques sévères (schizophrénie ou bipolarité) multi-récidivistes pour des délits mineurs.

Médecins du Monde propose un dispositif expérimental innovant en deux temps avec une phase 1 de préfiguration (12 mois - Démarrage dès que possible) et une phase 2 de réalisation (du 1er avril 2016 au 31 mars 2019 (36 mois). Cette phase concerne la mise en œuvre du projet en direction des usagers, qui a pour objectif général de contribuer à réduire les incarcérations des personnes, récidivistes ou sortant de prison, atteintes de troubles psychiatriques graves et en très grande précarité à Marseille par la mise en œuvre d'alternatives aux incarcérations en favorisant leur inclusion sociale par un dispositif multi-séquentiel expérimental qui puisse servir d'appui à une politique pénale plus générale d'alternative aux incarcérations et de prévention de la récidive.

Les objectifs spécifiques sont d'ici 3 ans, grâce à des mesures alternatives à l'incarcération, réduire la proportion de personnes en très grande précarité ayant des troubles psychiatriques sévères en prison d'améliorer à toutes les étapes la prise en compte des pathologies psychiatriques graves et de l'extrême précarité dans le processus de décision policier et judiciaire ; de développer un dispositif expérimental d'accompagnement en milieu ouvert qui couple logement individuel, activité d'inclusion sociale, évaluation et accompagnement vers le rétablissement des personnes vivant avec une pathologie psychiatrique sévère et pour lesquelles un contrôle judiciaire est nécessaire ; de proposer aux personnes vivant avec une pathologie psychiatrique sévère sortant de prison un accompagnement individualisé, avec logement, réinsertion socio-professionnelle et soins, en articulation/soutien aux juges d'application des peines et conseillers d'insertion et de probation ; de faire la preuve que ce dispositif peut fonctionner avec des résultats meilleurs que la prison sur diverses variables et aider ainsi à la prévention des récidives et à la réduction des incarcérations pour des populations sanitaires vulnérables et socialement exclues.

La phase de préfiguration est estimée à 12 mois avec un démarrage prévu dès que possible et prévoit le recrutement de un ETP de chargé de financement et un ETP coordinateur de programme / Profil : médecin psychiatre/santé publique.

Durant cette phase, Médecins du monde prévoit de « tester » le dispositif afin de le réajuster le cas échéant avant de généraliser sa mise en œuvre sur Marseille. Pour cela, Il est prévu l'inclusion de 10 personnes maximum sur une durée de 6 mois durant lesquels le projet, tel que prévu en phase 2, sera mis en place. Le budget prévisionnel de cette phase est estimé à 244 992€.

Il s'agit d'un dispositif expérimental d'accompagnement en milieu ouvert qui associe logement individuel, activité d'inclusion sociale, évaluation et accompagnement vers le rétablissement des personnes vivant avec une pathologie psychiatrique sévère et nécessitant un contrôle judiciaire. Un tel dispositif de prise en charge pluridisciplinaire en milieu ouvert est très peu développé aujourd'hui en France.

Une évaluation externe, conduite par un laboratoire de recherche est prévue, de type coût /efficacité et coût social sur la durée totale du projet (3 ans). Elle permettra de mesurer notamment la diminution des récidives, l'insertion professionnelle, la qualité de vie et l'état de santé somatique (rétablissement, problématiques liées aux addictions). Le coût de cette évaluation, estimé à 20% du coût du projet global, n'est pas inclus dans le budget présenté. Cette évaluation fera l'objet d'une recherche de fonds spécifique.

6. Les retours terrains et les travaux d'analyse statistiques effectués par la mission

6.1. Les retours et les enquêtes terrain

6.1.1. Un manque de coordination

La diversité des acteurs intervenant pour traiter les addictions des détenus est confirmée par l'enquête de 2003 de l'OFDT portant sur 157 établissements dont 108 maisons d'arrêt, 23 centres de détention, 22 centres pénitentiaires et 4 maisons centrales. En effet, 63 % des établissements soulignent un problème de coordination entre les services. En outre, les problèmes identifiés concernent également un effectif estimé insuffisant dans 40 % des établissements.

L'enquête de l'OFDT de 2003 témoigne d'une mise en œuvre partielle des instructions de la note interministérielle de 2001. En effet, à la fin de l'été 2003, 77% des établissements ne disposaient pas de protocole de prise en charge des détenus présentant un problème d'addiction. À l'inverse, près d'un quart des établissements pouvaient se prévaloir d'avoir dûment signé un protocole (soit 23%, équivalant à 36 structures pénitentiaires), tandis qu'un second quart (regroupant 30 établissements) étaient en cours de formalisation. Les raisons invoquées par les structures pour l'absence de protocole sont l'indisponibilité des acteurs, liée à la pénurie d'effectif, l'absence de structures administratives de concertation, des difficultés relationnelles persistantes entre services et la relative incompréhension de l'intérêt du protocole, davantage perçu « comme un travail administratif que comme une aide sur le terrain ». Cette enquête doit être actualisée en 2016 et la mission ne disposait pas des résultats.

Depuis 2010, deux autres enquêtes ont été menées afin d'évaluer l'organisation de la prise en charge des conduites addictives des personnes placées sous main de justice.

La Fédération Addiction a menée, en partenariat avec l'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP) et l'Association des Professionnels des Addictions en milieu Carcéral

(APAC) une enquête en 2012. Selon les résultats de cette enquête (154 répondants pour 109 établissements pénitentiaires soit 57 % des établissements pénitentiaires), il apparaît notamment que :

- 60 % des établissements répondants ont désigné un professionnel chargé d'assurer la coordination de la prise en charge des addictions ;
- Pour 50 % des répondants, il existe une instance de concertation entre les différents acteurs pour la coordination des soins des addictions selon près de la 50 % des répondants.
- Un repérage addiction est effectué dans les 2/3 des cas lors de la visite médicale d'entrée - où la consommation d'alcool est quasi systématiquement interrogée - et une proposition de rencontrer un professionnel spécialisé est émise dans les 2/3 des cas

Une autre enquête de l'Observatoire des Structures de Santé des personnes Détenues (OSSD) a été engagée pour appréhender l'évolution de l'accompagnement et de la prise en charge des addictions pour les personnes sous main de justice, notamment inscrite dans le plan addiction. L'enquête cherche également à évaluer le caractère effectif de la mise en œuvre de l'instruction du 17 novembre 2010. Un questionnaire - élaboré conjointement par la DGS et la DGOS - a été mis en ligne sur l'OSSD. Les réponses de 122 unités sanitaires ont été recueillies courant 2014 (taux de réponse de 70 %) :

- 90 % des répondants réalisent systématiquement un bilan addictologique. Les outils de repérage pour ce faire sont cependant assez variés ;
- Moins d'une unité sanitaire sur deux (43 %) a un protocole formalisé au moment de l'enquête, le plus souvent mis en place en 2013. A noter toutefois qu'un nombre équivalent d'établissements (42 %) déclarent une mise en œuvre prochaine.
- Dans ¼ des unités sanitaires, un coordonnateur est identifié. Il s'agit d'un médecin le plus souvent. Dans les ¾ des EP, ce coordonnateur exerce dans l'établissement de référence de l'unité sanitaire ; une fois sur cinq, il exerce dans l'établissement psychiatrique de référence. Le recours à un coordonnateur d'un autre établissement est rare.
- Pour la majorité des répondants, un CSAPA a été désigné et une ELSA intervient dans 1/3 des US.

On observe que l'instruction commence à porter ses fruits, l'organisation est de plus en plus formalisée au niveau local, avec cependant une montée en charge progressive, variable d'un établissement pénitentiaire à l'autre⁷⁵.

L'expérience prouve que le coordonnateur addiction constitue un interlocuteur unique, identifié par les personnes détenues, qui prend en charge non seulement la détection, l'information et l'orientation des usagers de drogues mais permet également de servir de relais entre la détention et les différents dispositifs de prise en charge⁷⁶. La prise en charge des personnes sous main de Justice à leur sortie par les CSAPA-milieu libre est d'autant plus efficace que les personnes détenues ont pu être prises en charge efficacement durant le temps de détention.

Consciente des difficultés de coordination des différents acteurs intervenant dans la prise en charge des usagers de drogue, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) travaille actuellement à l'élaboration d'une convention nationale avec l'association Fédération Addiction⁷⁷. La Fédération Addiction, créée en 2011 et issue de la réunion de l'Association

⁷⁵ Éléments de la DGOS, pour la réunion du 1^{er} septembre, moyens et organisations de la prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire.

⁷⁶ L'accompagnement des personnes placées sous main de justice vers les dispositifs visant à l'accompagnement et à la prévention des addictions. Note DAP/PMJ/PMJ2/Pôle santé – version du 18 juin 2015

⁷⁷ Synthèse prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral, 28 août 2015, Direction de l'administration pénitentiaire

Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie (ANITA) et la Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie (F3A), rassemble plus de 700 structures médicosociales dont plus de 70 % des CSAPA et l'ensemble des communautés thérapeutiques françaises. Elle dispose de délégués bénévoles intervenant dans 14 régions françaises.

Ainsi, la Fédération Addiction anime actuellement dans la région Aquitaine des réunions visant à favoriser la coordination des acteurs sanitaires et judiciaires autour de la prise des personnes placées sous main de justice. Elle est également impliquée dans la formation des professionnels en Côté d'Or où la délégation régionale a mis en place un module de formation en addictologie des CPIP.

Tenant compte de ces expériences locales, la DAP souhaite que la convention nationale avec Fédération Addiction, en cours de rédaction, vise à favoriser localement, en cohérence avec les orientations de politique publique, des actions pluridisciplinaires réunissant les intervenants pénitentiaires, judiciaires et sanitaires ayant en charge les personnes placées sous-main de justice et présentant une problématique addictive.

6.1.2. Une prise en charge des pratiques addictives hétérogènes

La diversité d'intervenants (SMPR, USMP, CSAPA) pour prendre en charge les addictions des détenus peut être source de difficultés en termes de coordination et de pilotage et générer des pratiques hétérogènes.

6.1.2.1. Selon les addictions

En sus des disparités entre les établissements, la qualité de la prise en charge varie selon le type d'addictions. Alors que 90 % des détenus sont des fumeurs, les actions de prise en charge d'une dépendance tabagique sont rares. À contrario, la prise en charge de l'abus et de l'usage nocif d'alcool a connu des progrès remarquables : 102 établissements pénitentiaires permettent l'accès à une consultation spécialisée contre 2 en 199.

6.1.2.2. Selon les établissements pour l'accès aux TSO

Les modalités de prise en charge des conduites addictives sont hétérogènes d'un établissement pénitentiaire à un autre, comme le note notamment le plan d'actions stratégiques 2010-2014, politique de santé des personnes placées sous main de justice.

Six sources principales permettent de documenter l'évolution de l'offre de substitution aux opiacés en milieu carcéral, les deux premières émanant directement des services du ministère de la santé.

- La première source est issue des enquêtes menées par la DREES, en 1997 puis en 2003, dans la totalité des 134 maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. Elle fournit la proportion d'entrants déclarant un traitement de substitution en cours par méthadone ou par Subutex lors de la visite médicale d'entrée.
- La deuxième source s'appuie sur les enquêtes sur l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral régulièrement menées par la direction générale de la santé et la direction des hôpitaux du ministère de la Santé (DGS / DHOS), entre 1998 et 2004, un jour donné, auprès des médecins responsables d'UCSA, de SMPR ou des secteurs de psychiatrie générale.
- La troisième résulte du système d'information RECAP (REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) mis en place depuis 2005 par l'OFDT. Le recueil de données porte sur les patients venus chercher de l'aide auprès des structures de soins aux toxicomanes

intervenant en prison : il intègre donc uniquement les 16 maisons d'arrêt pourvues d'un CSAPA intra-carcéral (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, ex-CSST ou ex-CCAA, ainsi rebaptisé depuis 2008), qui était auparavant désigné sous l'appellation d'« antenne toxicomanie », représentant un quart de la population pénale.

- La quatrième source est une enquête spécifique, conduite en 2006 auprès des UCSA et des SMPR, à la demande de la DHOS, de la DGS et de la MILDT qui ont missionné l'OFDT pour réaliser une évaluation d'impact de la circulaire du 30 janvier 2002 ouvrant à tout médecin exerçant en établissement de santé la possibilité de proposer un traitement de substitution à base de méthadone aux toxicomanes dépendants aux opiacés : cette enquête a intégré un volet hospitalier mais aussi un volet pénitentiaire.
- La cinquième source, complémentaire, est l'inventaire des mesures de réduction des risques infectieux réalisé en 2010 auprès de l'ensemble des établissements pénitentiaires français dans le cadre du programme ANRS-PRI2DE (Programme de Recherche et Intervention sur la Prévention du Risque Infectieux en milieu Pénitentiaire). Cet inventaire explorait, à travers un questionnaire adressé à l'ensemble des Chefs de Service d'UCSA et SMPR, l'existence et l'accessibilité aux mesures de réduction des risques infectieux (dont eau de Javel, traitements de substitution aux opiacés, préservatifs, prophylaxie post-exposition, dépistage, information-éducation-communication, mais aussi l'existence de soins dispensés pour des pratiques à risques potentiellement liées à l'usage de drogues). Parmi les 171 établissements pénitentiaires auxquels un questionnaire a été adressé, 103 ont retourné des informations complètes, couvrant 69% de la population incarcérée au moment de l'enquête.
- Enfin, une sixième source pourra être mobilisée prochainement : l'enquête PREVACAR, mise en place en juin 2010 par la DGS et l'InVS, permettra de produire, en 2011, les premières données de prévalence du VIH, du VHC et des TSO en milieu pénitentiaire représentatives au niveau national, grâce à la mise en oeuvre d'un plan de sondages. L'enquête comprend également un volet sur l'offre de soins, exploité en 2010, qui permet de décrire l'offre de TSO disponible dans les établissements pénitentiaires, l'offre de soins et le dépistage du VIH et de l'hépatite C, ainsi que l'offre de vaccination de l'hépatite B : les résultats de ce 2^{ème} volet seront présentés ici. L'enquête prévoit par ailleurs d'analyser les caractéristiques sociodémographiques des personnes incarcérées bénéficiant d'un TSO, dans un échantillon de 2 000 personnes détenues dans 27 établissements pénitentiaires tirées au sort pour être interrogées par questionnaire.

La délivrance de TSO est illustrative de la diversité des pratiques. Déjà, l'accès au TSO n'est pas garanti dans tous les établissements mettant à mal le principe d'équivalence des soins avec l'extérieur affirmé par la loi du 18 janvier 1994. Depuis 1996, la substitution s'est imposée comme traitement des personnes dépendantes aux opiacés. Selon les enquêtes DGOS/DGS réalisées dans la totalité des établissements en mars 1998, novembre 1999, décembre 2001 et février 2004 concernant les traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral, le nombre des personnes incarcérées en bénéficiant est en constante augmentation⁷⁸. On passe ainsi de 2 % de personnes détenues ayant un traitement de substitution à 6,6 %.

Par contre, le déséquilibre entre les deux traitements persiste avec une forte majorité de prescriptions de buprénorphine haut dosage (de 85 %-15 % en 1998 on passe à 80 % - 20 % en 2004) et ceci malgré la circulaire DGS/DGOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la primo prescription de méthadone® en établissement de santé qui a constitué une avancée permettant aux médecins intervenant en milieu pénitentiaire d'initialiser ce traitement.

Toutefois, l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral n'est pas homogène sur le territoire ne respectant pas les dispositions réglementaires visant à assurer aux personnes détenues la même offre de soins qu'en milieu libre. Certaines unités sanitaires offrent de

⁷⁸ Plan santé justice 2010-2014, politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

manière large une substitution aux opiacés par la buprénorphine haut dosage et la méthadone®, d'autres ne proposent que la buprénorphine haut dosage. Enfin certains lieux de soins ne proposent aucune initialisation de traitement de substitution. Les indications des traitements de substitution sont bien codifiées. Leur prescription obéit à des règles précises en particulier pour la méthadone®. D'après l'enquête de la Fédération addiction de 2012, 22 établissements sur les 109 ayant répondu posent un problème avec l'acceptabilité des TSO. Ces établissements réfractaires sont en majorité des maisons d'arrêt. On constate une hétérogénéité des pratiques (refus de principe des TSO et interruption, poursuite de traitements initiés à l'extérieur mais pas de prescription de nouveaux traitements, poursuite et initiation de nouveaux traitements). L'accès au traitement et le suivi médical sont compliqués par le fonctionnement carcéral. Le traitement est dispensé durant les heures de permanence sanitaire mais il n'existe pas de contrôle de la prise au-delà de la distribution ce qui génère un double risque : usage détourné du produit à des fins de trafic (subutex) et un surdosage qui peut être fatal (méthadone). Certaines maisons d'arrêt ont développé une stratégie différenciée : par exemple, à Béthune, les professionnels de santé distribuent des piluliers de subutex de moins de 8 mg.

6.1.2.3. Selon les établissements pour la diversité de l'offre de soins

De manière plus générale, on note une diversité de la qualité de la prise en charge des conduites addictives. D'après l'enquête de la Fédération Addiction de 2013, une prise en charge globale c'est-à-dire médico-psycho-sociale est proposée dans près de la moitié des établissements pénitentiaires. L'enquête souligne en générale un déficit en matière de prise en charge socio-éducative, déficit décrit dans la plan d'action stratégique qui prévoit le renforcement de ce type d'intervention par la dotation d'un mi-temps supplémentaire pour le travailleur social. Dans 23 % des établissements pénitentiaires, la prise en charge des addictions est assurée uniquement par un ou plusieurs dispositifs intramuros. On observe une marge de progression au regard des préconisations du plan stratégique qui prévoit la nomination d'un CSAPA extérieur de référence par établissement de référence par établissement pénitentiaire pour contribuer à la prise en charge spécialisée si besoin et à la préparation à la sortie.

Le rapport de la Fédération Addiction de 2012 « Santé et justice, les soins obligés en addictologie » préconise la mise en place des protocoles de fonctionnement entre une équipe SPIP et CSAPA. Le rapport incite à la recherche la concordance des objectifs de sécurité publique et de santé sans confondre les interventions sanitaires, sociales et répressives.

6.1.3. Des disparités à l'entrée et à la sortie

6.1.3.1. Des disparités de repérage à l'entrée

Si les conduites addictives semblent intégrées dans le bilan de santé effectué à l'arrivée, le rapport d'enquête de la Fédération Addiction de décembre 2012 montre que les objectifs et les modalités du repérage varient.

Le repérage est effectué le plus souvent par un infirmier de l'unité sanitaire (cité par 77 % des répondants) ou par un médecin généraliste (cité par 69 % des répondants), d'autres professionnels sont également cités notamment les médecins psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux. Les outils utilisés pour effectuer le repérage varie également entre les établissements. Si 17 % des établissements pénitentiaires utilisent fréquemment ou régulièrement des tests urinaires lors du dépistage, 26 % des établissements pénitentiaires déclarent ne jamais les utiliser.

Ainsi, l'enquête témoigne la nécessité de protocoliser et d'harmoniser le recueil d'informations sur les pratiques addictives. En outre, l'enquête souligne la nécessité de prévoir l'organisation des modalités de transmission des informations entre professionnels notamment, en cas de transfert administratif d'un détenu, assurer le transfert de son dossier médical.

6.1.4. Des disparités dans la préparation à la sortie

Malgré les textes relatifs à la préparation de la sortie, l'enquête de la Fédération Addiction de 2012 témoigne que des progrès sont encore possibles : près d'un quart des professionnels indiquent qu'il n'existe pas de préparation à la sortie. Ces professionnels interviennent autant dans les US que dans les CSAPA. Cependant, dans près de la moitié des établissements où les structures ont répondu, les réponses ne sont pas identiques : il semble donc qu'au sein même d'un établissement, les différents intervenants n'aient pas la même représentation de ce que contient la préparation à la sortie.

À la sortie, un contact avec la structure de relais n'est pas pris systématiquement ou régulièrement pour près de la moitié des professionnels. Les raisons semblent être majoritairement d'ordre organisationnel résidant principalement dans un manque d'articulation et de communication entre les intervenants. 44 % des professionnels n'organisent pas de rencontre entre le détenu et la structure de prise en charge de l'extérieur au moment de la préparation à la sortie.

De plus, la continuité des soins est liée à l'accès des droits sociaux et au logement. D'une part, les risques à la préparation à la sortie se situent autour de la poursuite des droits sociaux notamment les délais d'instruction par CAF et CPAM. La préparation à la sortie doit anticiper les procédures et leurs délais. L'ordre de réalisation des démarches administratives doit être le suivant : extrait d'acte de naissance, aide financière pour l'achat timbre fiscal et photos d'identité, délai d'obtention d'une CNI, d'un titre de séjour, droits à l'assurance maladie, base, ouverture compte bancaire, inscription Pôle emploi, déclaration fiscale, demande de RSA.

Par exemple, dans le Centre pénitentiaire Bordeaux Gradignan, une collaboration avec CPAM a été mise en œuvre de telle sorte que l'on peut obtenir une CMU C en une semaine. Au centre pénitentiaire de Mont de Marsan, un référent de la CPAM intervient en détention. De même, le CSAPA du Griffon de l'association ARIA à Lyon a développé un dispositif permettant d'instruire le dossier RSA en détention dès la sortie (établissements de Lyon Corbas, Villefranche sur Saône, St Quentin Fallavier). D'après l'enquête de la Fédération addiction de 2013, 80 % des professionnels de l'intra-muros peuvent instruire des dossiers d'ALD et d'AHH. Concernant la CMU-C, il est possible d'instruire les dossiers pour seulement près de la moitié des professionnels de l'intra-muros et 15 % de l'extra-muros.

Cependant, les structures sont souvent saturées ou inadaptées. La sectorisation des partenaires associatifs et institutionnels freine toute mobilité avec d'importants délais d'attente. À titre illustratif, dans la région de Nantes, l'association trait d'union propose un accompagnement des sortants de prison et des sans-abris dans une maison de retraite pour trois mois. Dans le centre pénitentiaire de Bordeaux Gradignan, un travail est mené avec les structures réticentes à accueillir d'anciens détenus, les DSP accompagnant les détenus visites les structures d'accueil et les centres de soin.

Concernant l'hébergement, la MIDECA et la DGS ont financé, dans le cadre d'un appel à projets national en 2010, 7 programmes dont 3 dispositifs d'accueil court et d'accès rapide (CAUT ou CTR sortants de prisons) et 3 projets de consultation avancées de CSAPA en CHRS. L'OFDT a publié en avril 2014 une synthèse de nouvelles mesures d'accueil des sortants de prison financées par cet appel à projet de la MIDECA/DGS. Elle préconise une meilleure inscription des unités d'accueil court et d'accès rapide dans le schéma d'organisation de la sortie, la diversification de l'offre d'hébergement et augmentation de cette offre et la facilitation des démarches administratives.

6.1.5. L'évaluation de la prise en charge

Il n'existe aucune évaluation de l'efficacité de la prise en charge des détenus. Au vu de l'analyse statistique des patients des CSAPA (cf. infra), dont 40% présentent un passé carcéral, il semblerait que cette politique ne soit que très peu efficace pour le sevrage.

Le constat d'absence d'évaluation est confirmé par l'ANPAA. Sur 63 CSAPA A.N.P.A.A. intervenant en milieu carcéral, 34 bénéficient de cette reconnaissance de CSAPA réfèrent ainsi que de moyens ad hoc (0,5 ETP). Les principaux objectifs sont de s'assurer qu'un projet de soins adaptés aux problématiques addictives est mis en place par l'Unité sanitaire, préparer au mieux la sortie, en partant du projet de soins mais en abordant également les problématiques d'hébergement, de droits sociaux, d'insertion etc. en lien avec le SPIP, et organiser au mieux la continuité des soins en addictologie.

Il n'existe pas encore d'évaluation globale de ce dispositif récent. L'A.N.P.A.A. a constitué un guide des pratiques professionnelles faisant état de pratiques diverses mais d'objectifs très concordants. Les pratiques s'adaptent aux ressources et aux contraintes locales, une intervention ne pouvant être la même dans une maison d'arrêt (séjours courts) de 50 places que dans un centre pénitentiaire.

6.2. L'analyse des données remontées par les CSAPA

En termes de soins, 38 000 personnes sont prises en charge en raison de leur consommation de cannabis dans les CSAPA ou autre structures (hôpitaux, médecine de ville) et plus de la moitié des personnes vues pour un problème de consommation de cannabis dans les CSAPA sont adressées à la justice suite à une interpellation pour usage.

Les usagers problématiques de drogues (par voie intraveineuse ou usages réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines) sont estimés à 280 000. La file active des CAARUD est estimée à environ 70 000 personnes en 2012, dont 27% ne disposent d'aucun revenu et 57% d'un revenu social uniquement. 54 000 personnes sont prises en charge dans les CSAPA en raison de leur consommation d'opiacés et 170 000 personnes ont reçu un TSO en 2012.

Afin d'estimer le nombre de personnes placées sous main de justice suivies par les CSAPA, la mission dispose de deux sources de données transmises par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT).

D'une part, une première source de données extraites des **rapports d'activités des CSAPA** à destination des tutelles transmis annuellement à la DGS, qui les retransmet à l'OFDT pour traitement. Les CSAPA remplissent chaque année un rapport d'activité décrivant de façon globale les caractéristiques des personnes accueillies. Ce rapport de synthèse distingue l'activité des CSAPA ambulatoire, celle des dispositifs d'hébergement gérés par des CSAPA et celle des CSAPA en milieu pénitentiaire. Seules les données concernant les interventions en milieu pénitentiaire sont compilées pour obtenir une synthèse présentée dans la première partie ci-dessous. Les données utilisées sont celles extraites des rapports d'activités de 2011, les données sur les années suivantes ayant été transmises avec beaucoup de retard par la DGS à l'OFDT. Les données 2014 ne sont pas encore disponibles. Il convient de souligner qu'il s'agit de la première année pour laquelle l'annexe sur les personnes incarcérées a été demandée aux CSAPA. Il est donc possible que les données soient minorées parce qu'une partie des CSAPA n'était pas encore organisée en 2011 pour remonter les informations afférentes à cette annexe.

D'autre part, une deuxième source de données issues de **l'enquête transversale RECAP** (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) imposée par l'Europe et basée sur les dossiers des patients suivis en CSAPA. RECAP est un recueil de données continu sur les patients venus chercher de l'aide auprès des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Il s'appuie sur les systèmes d'information en place dans les

structures spécialisées (gestion informatisée des dossiers de patients) et sur un noyau minimum commun de questions à utiliser par tous les intervenants du champ des addictions. Les structures restent bien entendu libres d'ajouter des questions ou de décomposer les réponses dans RECAP pour obtenir le niveau de détail correspondant à leurs besoins propres. Dans la pratique, elles disposent de leur propre logiciel de gestion (majoritairement ProGis).

La mise en place de RECAP a demandé au préalable une adaptation des logiciels et des fiches d'accueil utilisées par les différentes structures (les informations nécessaires pour configurer les fichiers extractions à transmettre à l'OFDT sont disponibles dans le document " spécifications techniques " mis en ligne). Cette phase a été réalisée en 2004. Cette étape franchie, les données anonymes sur les patients entrés en contact avec la structure au cours de l'année sont exportées une fois l'année achevée, vers un fichier à transmettre à l'OFDT.

L'Observatoire élabore une synthèse nationale à partir de ces données ainsi qu'une fiche par structure répondante permettant de comparer des indicateurs clefs du centre à ceux de la France entière (sur les caractéristiques des patients uniquement). Afin de permettre une restitution la plus rapide possible, l'OFDT demande que les données lui soient transmises au mois d'avril de l'année suivante au plus tard. Le projet RECAP a été soumis à la CNIL qui a autorisé sa mise en œuvre (autorisation N°04-1059).

L'analyse des spécifications techniques de RECAP indique une très grande richesse d'informations. Elles prévoient en effet une centaine de champs d'information, dont de nombreuses données sociodémographiques et de consommation (cf PJ en annexe).

Toutefois, en ce qui concerne l'origine des personnes et notamment des PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE, il n'est pas possible d'identifier celles effectuant une peine en milieu ouvert, sauf à passer par des éléments liés à l'origine de la prise en charge comme le champ 24 origine de la prise en charge qui prévoit trois options liés à une origine judiciaire : justice orientation post-sentencielle, orientation pré-sentencielle et classement avec orientation.

Quant aux PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE en milieu fermé, les items permettant de les identifier figurent dans plusieurs champs d'information liés au logement et à l'entourage (champs 13 et 14) retracés dans le tableau suivant.

Tableau 24 : Items permettant d'identifier les PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE en milieu fermé

1. Rubrique logement actuel	2. Rubrique entourage
1 Durable indépendant	1 Vit seul
2 Durable chez des proches	2 Vit avec ses parents
3 Durable en institution	3 Vit seul(e) avec enfant(s)
4 Provisoire chez des proches	4 Vit avec un conjoint seulement
5 Provisoire en institution	5 Vit avec conjoint et enfant(s)
6 Autre provisoire	6 Vit avec des amis
7 Etablissement pénitentiaire supprimé en 2011	7 Vit en établissement pénitentiaire (modifié en 2012)
8 SDF	8 Vit en institution (modifié en 2012)
9 Ne sait pas	8 Autre
	9 Ne sait pas

Source : Spécifications techniques de RECAP, OFDT

Enfin, le champ 87 le nombre d'incarcérations et le champ 88 la durée totale des incarcérations (en mois) permettent de connaître le passé justice des patients des CSAPA et de retracer un parcours a minima.

Afin d'identifier les interventions des CSAPA auprès des personnes détenues, l'OFDT a procédé à la demande de la mission à une double extraction des données de l'enquête RECAP 2014 :

- Une extraction des réponses des 16 CSAPA implantés en milieu pénitentiaire ;

- Une extraction des seules données liées à la réponse cochée « vit en établissement pénitentiaire » à la question sur l'entourage de l'enquête RECAP.

Notons que le questionnaire RECAP a été conçu par l'Observatoire européen pour décrire la situation du plus grand nombre de personnes accueillies dans les CSAPA : il ne paraît donc pas parfaitement adapté pour les personnes placées sous main de justice.

6.2.1. L'étude des rapports d'activité des CSAPA en 2011

En 2011, sur un total de 419 CSAPA, 305 CSAPA ont fait parvenir des rapports d'activités exploitables à la DGS qui les a transmis à l'OFDT : les données utilisées concernent donc 72 % du total des CSAPA. Au sein des 305 rapports d'activités exploitables, 119 rapports de CSAPA indiquent être intervenus en milieu pénitentiaire dont 9 CSAPA implantés en établissements pénitentiaires. On estime donc que 38 % du total des CSAPA ayant un rapport d'activité exploitable sont intervenus en milieu carcéral en 2011 et seulement 28 % du total des CSAPA. Les interventions des CSAPA présentées ci-dessous concernent donc le milieu fermé et les sortants de prison. Les variables présentées font l'objet de taux de réponses allant de 16 % et 82 %.

Tableau 25 : Taux de réponse selon les variables dans les rapports d'activités des CSAPA en 2011

Variable	Taux moyen de réponse (en %)
Nombre de sortants de prison accueillis	100 %
Heure mensuelle d'intervention	82 %
Age	70 %
Addiction prédominante	44 %
Nombre de sortants de prison parmi le total de personnes	62 %
Origine de la prise en charge	71 %
Schéma vaccinal	29%
Dépistage	44 %
Traitement	43 %

Source : Mission.

En 2011, les CSAPA sont intervenus dans 161 établissements pénitentiaires auprès de 14 805 personnes avec une fréquence de 3 381 heures mensuelles d'intervention en prison. Le taux de réponse sur les heures mensuelles d'intervention en prison est de 82 % soit 98 CSAPA ayant répondu sur 119. Par extrapolation, le nombre total de personnes incarcérées vues par des CSAPA est estimé à 20 337 personnes en 2011⁷⁹.

Parmi les CSAPA qui ont vu au moins une personne, le nombre de personnes vues par CSAPA varie entre un minimum de 3 et un maximum de 877, avec un nombre médian de 71. Le nombre moyen de personnes vues par CSAPA est de 49. Les 9 CSAPA avec le nombre le plus important de personnes vues en milieu pénitentiaire sont évidemment des CSAPA implantés en établissements pénitentiaires. Les CSAPA implantés en milieu pénitentiaire sont celui de M.A. de Lyon, M.A. de Nantes, de M.A. de Strasbourg, M.A. de Varcès, M.A. de Rouen, M.A. de Bois d'Arcy, M.A. de Dijon, CSAPA de Sequedin-Annoeullin et CSAPA de Marseille.

Par croisement du nombre de personnes vues en établissement pénitentiaire en 2011 et le nombre d'heures mensuelles d'intervention en milieu carcéral, on peut calculer une durée moyenne de prise en charge par détenu par mois en 2011. Lorsqu'un détenu est suivi par un CSAPA, il est vu en moyenne 24,4 minutes par mois, la médiane étant de 20 minutes. Un quart des personnes suivies bénéficient de 12 minutes ou moins de suivi par mois et trois quart des personnes suivies bénéficient de 30 minutes ou moins de suivi.

⁷⁹ (419*14804)/305

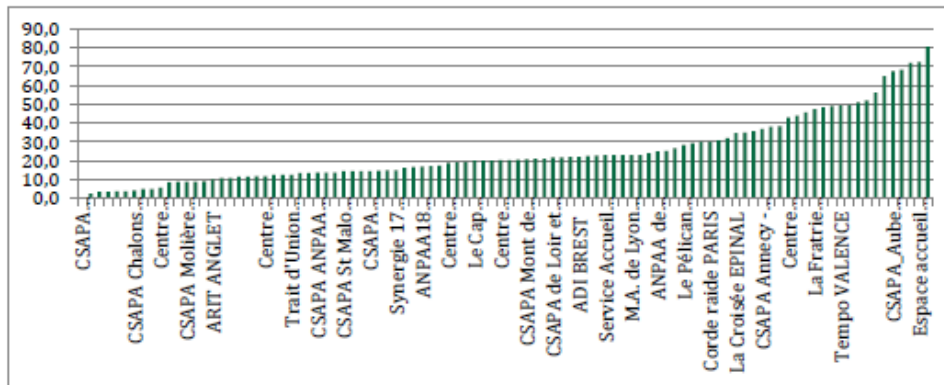
Tableau 26 : Répartition par le quartile des durées de prises en charge par les CSAPA en 2011

Quartile	Valeur
Quartile 1	12,7
Médiane	20,2
Quartile 3	30,5
Quartile 4	80,7

Source : Mission.

Le minimum de temps accordé par détenu par mois est de zéro minute pour le CSAPA d'Annœullin et 1h30 pour le CSAPA de Marseille.

Graphique 7 : Nombre de minutes de suivi par détenu par mois en 2011



Source : Mission.

Concernant le nombre de sortants de prison parmi les personnes vues en établissement pénitentiaire, le taux de réponse est de 62 %. Sur les 68 CSAPA ayant répondu, en moyenne, 46 % des personnes suivies sont des sortants de prison. Un quart des CSAPA prennent en charge moins de 31% de sortants de prison tandis qu'un autre quart des CSAPA prennent en charge plus de 59% de sortants parmi l'ensemble des personnes suivies.

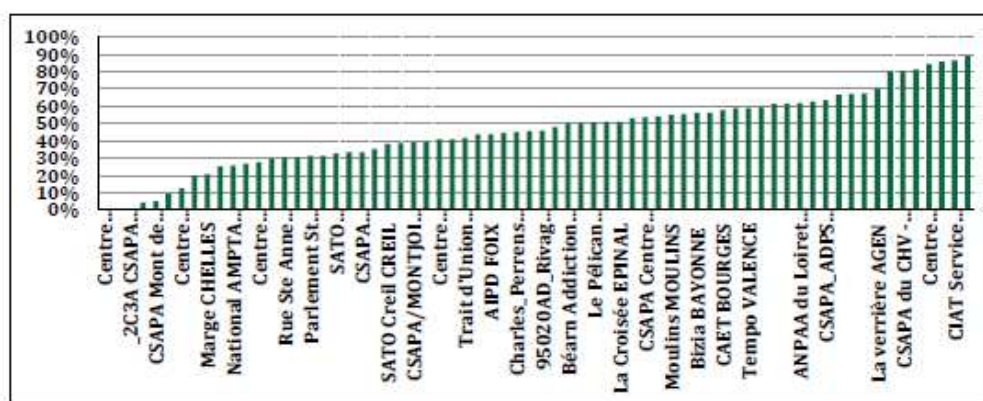
Tableau 27 : Quartiles du ratio de prise en charge de sortants de prisons sur l'ensemble des personnes suivies en 2011

Quartile	Valeur (en %)
Quartile 1	31%
Médiane	46%
Quartile 3	59%
Quartile 4	89%

Source : Mission.

En 2011, le ratio sortant de prison sur total des personnes suivies est maximum pour le CSAPA de Lille dont 89 % des personnes suivies sont des sortants de prison alors que 3 CSAPA intervenant en milieu carcéral à Albi, Jonzac et Châteauroux n'ont pas accueilli de sortants de prison sur l'année.

Graphique 8 : Pourcentage des sortants de prison parmi les personnes suivies par les CSAPA intervenant en milieu carcéral en 2011



Source : Mission.

La consultation au sein du CSAPA est la première prise en charge en addictologie pour près de 27 % des personnes placés sous main de justice vues en 2011. C'est théoriquement une chance compte tenu de l'importance du taux de prévalence des addictions en détention. Les personnes vues sont à 97 % des hommes ayant en majorité entre 30 et 39 ans. En effet, sur un total de 8 425 personnes, la majorité des personnes suivies a entre 25 et 49 ans dont 35 % des personnes entre 30 et 39 ans.

Tableau 28 : Répartition des âges des personnes suivies en milieu carcéral pour addiction par les CSAPA en 2011 (en %)

Moins de 20 ans	Entre 20 et 24 ans	Entre 25 et 29 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	60 ans et plus
2 %	16 %	23 %	35 %	18 %	5 %	1 %

Source : Rapports d'activités des CSAPA en 2011.

Sur un total de 8 522 personnes suivies, l'addiction prédominante est l'alcool dans 49 % des cas puis les opiacés dans 24 % des cas, le cannabis dans 15 % des cas et le tabac dans 4 % des situations. Les autres addictions désignent notamment les addictions sans substances telles que les jeux de argent et de hasard qui touchent 16 personnes sur un total de 8 522 en 2011. Le taux moyen de réponse pour les différentes formes d'addiction prédominante est de 44%. Les pourcentages indiqués se rattachent à l'addiction déclarée comme prédominante, mais qui n'est pas nécessairement exclusive. Par exemple, si le tabac est une addiction prédominante dans 4 % des cas, près de 80 % des détenus fument d'après l'enquête OFDT de 2003.

Tableau 29 : Répartition des formes d'addiction au sein des personnes suivies par les CSAPA en milieu carcéral en 2011

Alcool	Tabac	Cannabis	Opiacés	Cocaine, crack	Amphétamine, ecstasy	Médicaments détournés	TSO détournés	Autres	Total
4177	315	1241	2036	335	15	83	204	116	8 522
49 %	4 %	15 %	24 %	4 %	0 %	1 %	2 %	1 %	100%

Source : Rapports d'activités des CSAPA en 2011.

Sur un total de 8 171 personnes, 39 % des personnes ont été suivies à l'initiative du patient lui-même ou potentiellement de ses proches même si cela semble délicat en milieu carcéral, 31 % ont été orientées par les unités sanitaires et 15 % par les SPIP. Les autres personnes ont été orientées vers le CSAPA à l'initiative du SMPR (7 %), des surveillants (1 %) ou d'autres sources (8 %). Le taux moyen de réponse pour l'origine de la prise en charge est de 71%.

Tableau 30 : Répartition des sources d'orientation vers le CSAPA des personnes suivies en milieu carcéral en 2011

Initiative du patient ou proches	UCSA	SMPR	SPIP	Surveillants	Autres	Total
3 158	2 500	574	1246	72	621	8 171
39 %	31 %	7 %	15 %	1 %	8 %	100%

Source : Rapports d'activités des CSAPA en 2011.

Sur l'année 2011, 1 412 personnes ont débuté une vaccination dans le cadre de la prise en charge par le CSAPA et 110 personnes ont complété le schéma vaccinal. Le taux moyen de réponse concernant la vaccination est de 29%. En ce qui concerne les dépistages, 1 530 personnes ont bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C et 1 515 d'un dépistage du VIH. En ce qui concerne les traitements, un traitement à base de méthadone a été initié par les CSAPA pour 210 personnes et poursuivi en détention pour 566 patients. Le taux moyen de réponse pour le dépistage est de 44%. Dans la même perspective, un traitement à base de buprénorphine haut dosage (BHD) a été initié par les CSAPA pour 208 personnes et poursuivi en détention pour 652 patients. Le taux moyen de réponse pour les traitements à base de buprénorphine haut dosage (BHD) est de 43%.

Les CSAPA peuvent organiser diverses activités pour la prise en charge par les personnes sous-main de justice. Le taux de réponse est d'en moyenne 29 % sur l'ensemble des données concernant les activités dispensées par les CSAPA en 2011. En 2011, on recense 55 groupes de parole, 10 ateliers d'activités artistiques et 4 ateliers d'activités corporelles. En 2011, 803 patients ont assisté à 413 groupes de parole, 182 patients ont participé à 160 ateliers d'activités artistiques et 63 patients ont participé à 47 ateliers d'activités corporelles.

Tableau 31 : Répartition des activités dispensées par les CSAPA en 2011

Caractéristiques de la prise en charge	Groupe de parole	Ateliers d'activités artistiques	Ateliers d'activités corporelles
Nombre de type d'ateliers	55	10	4
Nombre de réunions	413	160	47
Nombre de patients	803	182	63

Source : Rapports d'activités des CSAPA en 2011.

Pour les 44 CSAPA ayant répondu à la question en 2011, 105 groupes d'information ont été mis en place portant notamment sur l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique soit 2,4 groupes d'information par an par CSAPA. Les 105 groupes d'information ont fait l'objet de 387 réunions touchant 1 689 personnes en 2011.

Sur l'ensemble des 119 CSAPA, 36 ont répondu à la question concernant le nombre d'actes patient par an assuré un médecin généraliste, soit un taux de réponse de 30%. Un acte patient désigne une consultation en face à face avec un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Un quart des CSAPA n'ont pas permis aux personnes suivies de disposer d'une consultation avec un médecin généraliste sur l'année 2011. En moyenne, les personnes suivies par les CSAPA en milieu carcéral ont bénéficié de moins d'une consultation avec un médecin généraliste par an (0,99 consultation). La médiane (0,55) étant inférieure à la moyenne (0,99), il existe une forte inégalité concernant l'accès aux consultations assurées par des généralistes dans les CSAPA. Dans les trois quart des CSAPA, les détenus ont bénéficié de 1,48 consultations d'un médecin généraliste par an. Le maximum de consultation généraliste par détenu est de 5,75 par an par détenu dans le CSAPA La Caravelle de Grasse, soit une consultation tous les 2,5 mois.

Tableau 32 : Répartition des consultations de généraliste par détenu suivi par an dans les CSAPA intervenant en milieu carcéral en 2011

Quartile	Valeur (nombre de consultation)
Quartile 1	0
Médiane	0,55519481
Quartile 3	1,4862069
Quartile 4	5,75225225

Source : Mission.

Concernant les consultations assurées par des psychologues, 60 CSAPA ont répondu soit un taux de réponse de près de 50%. En moyenne, un détenu suivi par un CSAPA intervenant en milieu pénitentiaire bénéficie de 2,3 consultations de psychologue par an. Un quart des CSAPA ne propose aucune consultation psychologue sur l'année 2011. Inférieur à la moyenne, la médiane est de 1,56 traduisant une dissymétrie dans l'accès aux consultations assurées par des psychologues dans les CSAPA. Le maximum de consultation proposée est de 9,3 consultations psychologue par an par détenu, soit un peu moins d'une consultation par mois par détenu pour le CSAPA « Argile » de Colmar.

Tableau 33 : Répartition des consultations de psychologue par détenu suivi dans les CSAPA intervenant en milieu carcéral en 2011 (en nombre de consultation par an)

Quartile	Valeur (nombre de consultation)
Quartile 1	0,13
Médiane	1,56
Quartile 3	4,15
Quartile 4	9,27

Source : Mission.

Concernant les consultations par des psychiatres, le taux de réponse est de 21% soit 26 CSAPA ayant répondu sur un total de 119 CSAPA. En 2011, 73% de ces 26 CSAPA ne proposent aucune consultation psychiatrique aux personnes détenues suivies pour addiction. Parmi les 27% de CSAPA restants, la fréquence de consultations varient entre un minimum de 0,24 consultation par an par détenu et un maximum de 5,64 consultations par an par détenu pour le CSAPA d'Aix en Provence en 2011.

En ce qui concerne les actes patients assurés par des assistants sociaux, 34% des CSAPA ont répondu soit 41 CSAPA sur un total de 119. En moyenne en 2011, une personne détenue suivie par un CSAPA intervenant en milieu carcéral bénéficie de moins d'une consultation d'assistants sociaux par an. L'écart entre la moyenne (0,9) et la médiane (0,1) traduit encore une fois une dissymétrie dans l'accès aux soins. Au total, 46% des CSAPA ne proposent pas de consultation par des assistants sociaux sur l'année 2011. Sur les 22 CSAPA proposant des consultations par des assistants sociaux, la moyenne est d'1,74 consultation par personne détenue par an avec une variation entre un minimum de 0,03 consultation par an par personne suivie et un maximum de 7,7 consultations par an par personne suivie pour le CSAPA de Bordeaux.

Concernant les éducateurs spécialisés, 66 CSAPA ont répondu sur un total de 119 soit un taux de réponse de 55%. En moyenne, les personnes suivies par les CSAPA bénéficient de 1,7 consultations par des éducateurs spécialisés sur l'année 2011. 24% des CSAPA ne propose aucune consultation par des éducateurs spécialisés en 2011. Sur les 76% des CSAPA proposant une consultation, les personnes suivies bénéficient en moyenne de 2,3 consultations d'éducateurs spécialisés par an, variant entre 0,1 consultation par an et un maximum de 9,8 consultations par an par personne pour le CSAPA de Foix.

Tableau 34 : Synthèse des « actes » réalisés par catégorie de professionnels dans les CSAPA en 2011

Variable	Médecin généraliste	Psychiatre	Psychologue	Assistant social	Éducateur spécialisé

Variable	Médecin généraliste	Psychiatre	Psychologue	Assistant social	Éducateur spécialisé
Nombre de consultation sur l'ensemble des CSAPA ayant répondu	6 956	2 136	10 527	3 711	10 238
Moyenne de consultation par personne par an	0,99	0,62	2,3	0,9	1,7
Médiane de consultation par personne par an	0,55	0	1,56	0,1	1,3
Taux de réponse	30%	21%	50%	34%	55%

Source : Mission.

Notons tout de même que les comparaisons sur les diverses consultations présentées ci-dessous doivent être prises avec précaution sachant l'on ne dispose par des différentes durées de chacune des consultations.

L'orientation à la sortie de détention peut se faire vers différentes établissements. Pour la variable « orientation à la sortie », le taux moyen de réponse de 39 % soit 46 CSAPA sur un total de 119 CSAPA. Sur les 3 462 personnes orientées à la sortie, 23 % des personnes sont orientés vers des CSAPA intervenant en prison, 36 % vers des CSAPA ambulatoires, 3 % vers des CSAPA avec hébergement, 3 % vers des établissements sanitaires, 5 % vers des médecins de ville, 4 % vers d'autres structures. Pour 25 % des personnes une orientation vers un soin n'a pas été jugée nécessaire.

Tableau 35 : Répartition des orientations des sortants de prison en 2011

CSAPA intervenant en prison	Autre CSAPA ambulatoire	CSA avec hébergement	Établissement sanitaire	Médecin de ville	Autre	Sans orientation (pas nécessaire)	Total
810	1 259	118	114	156	136	869	3 462
23 %	36 %	3 %	3 %	5 %	4 %	25 %	100%

Source : Rapports d'activités des CSAPA en 2011.

6.2.2. L'enquête RECAP en 2014 auprès des CSAPA

6.2.2.1. Les personnes suivies par les CSAPA implantés en pénitentiaires

Une extraction de l'enquête RECAP de 2014 a été menée sur les CSAPA implantés en milieu pénitentiaire. À titre résiduel, les données incluent 3 ou 4 CSAPA qui ne sont pas implantés en milieu pénitentiaire mais qui ont envoyé, dans le cadre de l'enquête RECAP 2014, un fichier séparé pour les personnes vues en établissements pénitentiaires, fichier ad hoc et distinct de l'annexe intervention en milieu pénitentiaire imposée depuis 2011 dans les rapports d'activité des CSAPA à leur tutelle.

Lors de l'enquête RECAP de 2014, 6 des 16 CSAPA pénitentiaires ont répondu : Baumettes (13), Varcès (33), Strasbourg (67), Lyon (69), Bois d'Arcy (78) et Poitiers (86). Le taux de réponse pour les CSAPA pénitentiaires à l'enquête RECAP 2014 est donc de 37,5 %.

Pour l'année 2014, 3 080 personnes ont été suivies dans les 6 CSAPA pénitentiaires ayant répondu à l'enquête dont 42 % en majorité pour l'alcool, 30 % pour le cannabis, 27 % pour opiacés/cocaïne et 2 % d'addictions sans substance. Par extrapolation sur l'ensemble des CSAPA

pénitentiaires⁸⁰, on obtiendrait 8 213 personnes suivies par les CSAPA pénitentiaires pour l'année 2014.

Tableau 36 : Personnes suivies pour addictions par les CSAPA pénitentiaires en 2014

Ensemble	Opiacés, cocaïne, autres	Cannabis	Alcool	Pas de produits
3 080	819	931	1280	50
100 %	27 %	30 %	42 %	2 %

Source : Enquête RECAP 2014, OFDT.

La majorité des personnes suivies par les CSAPA pénitentiaires ont entre 20 et 49 ans : 30 % de l'ensemble des personnes suivies ont entre 30 et 39 ans.

Tableau 37 : Répartition des personnes suivies par les CSAPA pénitentiaires en 2014 par classe d'âge

Total	Moins de 20 ans	Moins de 18 ans	De 20 à 24 ans	De 25 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	Plus de 60 ans
3 086	72	6	578	604	971	648	178	29
100 %	2 %	0 %	19 %	20 %	31 %	21 %	6 %	1 %

Source : Enquête RECAP 2014, OFDT.

En ce qui concerne les catégories sociales professionnelles, les personnes suivies par les CSAPA pénitentiaires sont sans profession/chômeur dans 34 % des cas, des employés dans 30 % des cas et des ouvriers dans 26 % des cas. Le taux de réponse à la question concernant les catégories sociales-professionnelles est de 84 %.

Tableau 38 : Répartition par CSP des personnes suivies par les CSAPA pénitentiaires en 2014

Catégories sociales professionnelles (CSP)	Nombre d'individus
Agriculteur	5
Artisan commerçant	172
Cadre profession libérale	20
Profession intermédiaire	24
Employé	789
Ouvrier	685
Retraité	9
Autres Pers sans profession hors retraités et chômeurs	880
TOTAL	2 584

Source : Enquête RECAP 2014, OFDT.

Parmi les 2 459 personnes suivies par les CSAPA implantés en milieu carcéral, 46 % des personnes n'ont jamais été pris en charge, 33 % ont déjà été pris en charge mais ne le sont plus actuellement et 21 % sont actuellement suivis.

Tableau 39 : Niveau de prise en charge des personnes suivies par les CSAPA en milieu carcéral en 2014

Prise en charge	Nombre
Jamais été pris en charge	1 124
Déjà été pris en charge (mais plus actuellement)	806
Suivi actuellement	529
Total	2459

Source : Enquête RECAP 2014, OFDT.

⁸⁰ (16*3 080)/6

Dans 40 % des cas l'origine de la prise en charge provient du patient, dans 17 % des cas d'une obligation de soins, dans 14 % d'un hôpital ou d'une unité sanitaire ou encore des proches, des structures spécialisé en alcoologie, de la justice ou autre.

Tableau 40 : L'origine de la prise en charge des personnes suivies par les CSAPA en milieu carcéral en 2014

Origine de la prise en charge	Nombre de personnes	%
Le patient lui-même	1 086	40,7
Les proches (familles/amis)	80	2,2
Médecin de ville	594	3,0
CSST, assimilé	8	1,3
structures de RDR	2	0,4
Structure spécialisée en alcoologie	2	1,9
Équipe de liaison	42	0,5
Autre hôpital/autre sanitaire	427	14,1
Institutions et services soc	331	3,8
Obligation de soins	74	17,0
Injonction thérapeutique ou autre mesure pénitentiaire	4	4,5
Justice : classement avec orientation	3	2,3
Autre mesure judiciaire ou administrative	5	1,8
Milieu scolaire/Universitaire	2	1,2
Autre	18	5,3
Total	2678	87,4

Source : Enquête RECAP 2014, OFDT.

6.2.2.2. Les personnes placées sous main de justice en milieu ouvert et les sortants de prison suivies par les CSAPA

La deuxième extraction de données sur l'enquête RECAP 2014 se fonde sur les réponses dans la fiche RECAP à la section « Entourage » notamment la case « vit en établissement pénitentiaire ». Figurant auparavant dans la section « Logement » de la fiche RECAP, la mention sur l'établissement pénitentiaire figure depuis 2013 dans la section « Entourage ».

D'après le Guide de remplissage du questionnaire pour les structures spécialisées en addictologie⁸¹, dans le cas des centres qui n'interviennent qu'en milieu carcéral, ce sont les conditions de logement et l'entourage avant l'incarcération qui doivent être décrites pour les personnes vues la première fois. Les données extraites grâce aux réponses « vit en établissement pénitentiaire » ne concernent donc pas les CSAPA implantés en milieu pénitentiaire : elles représentent les réponses des CSAPA intervenant en milieu carcéral hors des 16 CSAPA implantés en établissement pénitentiaire.

Selon l'OFDT, ces données sont moins représentatives que celles concernant l'extraction sur les CSAPA pénitentiaires. En effet, il est possible qu'il y ait des problèmes résultant des changements introduits dans les réponses à cette question en 2013. Il se peut également que tous les CSAPA n'adoptent pas la même optique vis à vis des questions portant sur l'entourage pour les personnes incarcérées. Les données proviennent donc d'un grand nombre de CSAPA intervenant parfois très peu en milieu pénitentiaire.

En 2014, 1 416 personnes ont répondu « vit en établissement pénitentiaire » à la question sur l'entourage dont 37 % déclarant les opiacés et la cocaïne comme addiction principale, 30 % l'alcool, 16 % le cannabis et près de 17 % déclarant ne pas avoir d'addiction principale.

⁸¹ Guide de remplissage du questionnaire pour les structures spécialisées en addictologie, octobre 2013, OFDT

Tableau 41 : Répartition de la consommation de drogues parmi les personnes suivies par les CSAPA en 2014

Opiacés, cocaïne, autres	Cannabis	Alcool	Pas de produit n°1	Ensemble
523	229	429	235	1 416
37 %	16 %	30 %	17 %	100%

Source : Enquête RECAP 2014, OFDT.

La majorité des personnes prises en charge ont entre 25 et 49 ans avec une forte proportion entre 30 et 39 ans.

Tableau 42 : Catégorie d'âge des personnes en milieu ouvert et sortant de prisons suivis par les CSAPA en 2014

Catégorie d'âge	Ensemble
moins de 20 ans	112
moins de 18 ans	47
de 20 à 24 ans	228
de 25 à 29 ans	277
de 30 à 39 ans	439
de 40 à 49 ans	245
de 50 à 59 ans	79
plus de 60 ans	22
TOTAL	1402

Source : Enquête RECAP 2014, OFDT.

L'origine de la prise en charge provient dans 41 % des cas du patient lui-même, dans 17 % des cas d'une obligation de soins, 14 % d'un hôpital et d'un service sanitaire, 5 % d'une injonction thérapeutique.

Tableau 43 : Origine de la prise en charge pour les personnes en milieu ouvert suivies par les CSAPA en 2014

Origine de la prise en charge	Nombre de personnes	%
Le patient lui-même	503	41
Les proches (familles/amis)	27	2
Médecin de ville	37	3
CSST, assimilé	16	1
structures de RDR	5	0
Structure spécialisée en alcoologie	23	2
Equipe de liaison	6	0
Autre hôpital/autre sanitaire	174	14
Institutions et services soc	47	4
Obligation de soins	210	17
Injonction thérapeutique ou autre mesure pénitentiaire	56	5
Justice : classement avec orientation	29	2
Autre mesure judiciaire ou administrative	22	2
Milieu scolaire/Universitaire	15	1
Autre	66	5
TOTAL	1237	87

Source : Enquête RECAP 2014, OFDT.

Avant l'incarcération, 48 % des personnes suivies par les CSAPA en 2014 déclaraient être sans professions (hors retraités et chômeurs), 25 % ouvriers et 22 % employés.

Tableau 44 : Répartition des personnes en milieu ouvert suivies par les CSAPA en 2014 selon les catégories sociales professionnelles

Catégories sociaux-professionnelle	Nombre de personnes	%
Agriculteur	2	0
Artisan commerçant	29	2
Cadre Prof Libérale	7	1
Profession intermédiaire	14	1
Employé	287	22
Ouvrier	323	25
Retraité	8	1
Pers sans profession hors retraités et chômeurs	630	48
TOTAL	1300	92

Source : Enquête RECAP 2014, OFDT.

6.2.3. Les caractéristiques générales des patients consultant en CSAPA du point de vue des antécédents d'incarcération

Afin d'examiner le passé incarcération des personnes consultant les CSAPA, la mission a examiné les champs 87 relatif au nombre d'incarcérations et 88 relatif à la durée totale des incarcérations (en mois). Ces données permettent de connaître le passé justice des patients des CSAPA et de retracer un parcours a minima.

Tableau 3 : Répartition des personnes suivant dans les CSAPA suivant les antécédents d'incarcération

Antécédents d'incarcération	Cannabis		Opiacés		Alcool	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Total 2011	17 915	100	53 190	100	4 874	100
Oui	6 538	36,5	22 818	42,9	2 129	43,7
Non	11 376	63,5	30 371	57,1	2 744	56,3
Taux de réponse		85,2		82,2		18,7
Total 2012	17 073	100	38 975	100	25 501	100
Oui	6 709	39,3	18 630	47,8	10 429	40,9
Non	10 363	60,7	20 344	52,2	15 071	59,1
Taux de réponse		74,4		79,3		46,7
Total 2013	19 745	100	39 164	100	30 721	100
Oui	7 557	38,3	20 037	51,2	10 863	35,4
Non	12 188	61,7	19 127	48,8	19 858	64,6
Taux de réponse		67,5		74,2		39,9

Sur un taux de réponse variant entre 67 et 85% selon les années, le nombre de réponses positives sur des antécédents d'incarcération varie entre 37 et 39% pour les consommateurs principalement de cannabis. Sur un taux de réponse variant entre 74 et 82% selon les années, le nombre de réponses positives sur des antécédents d'incarcération varie entre 43 et 51% pour les consommateurs principalement d'opiacés. Enfin, sur un taux de réponse variant entre 19 et 47% selon les années, le nombre de réponses positives sur des antécédents d'incarcération varie pour les consommateurs principalement d'alcool varie entre 35 et 44%.

En l'extrapolant à l'ensemble des patients des CSAPA, cela signifie que près de 40% des consommateurs principaux de cannabis, 50 à 60% des consommateurs principaux d'opiacés et 35 à 45% des consommateurs principaux d'alcool ont un passé carcéral.

Tableau 3 : Répartition des personnes suivant dans les CSAPA suivant le nombre d'antécédents d'incarcération

Antécédents d'incarcération	Cannabis	Opiacés	Alcool
-----------------------------	----------	---------	--------

	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Total 2011	3 217		13 967	100		
1 incarcération	1 447		5 349	38,3	1 089	
2 à 3 incarcérations	871	100	3 687	26,4	564	100
4 et plus incarcérations	896	45	4 944	35,4	332	51,8
		27,1			192	30,5
		27,9				17,7
Taux de réponse		49,2		61,2		51,1
Total 2012	3 287	100	11 206	100	5 488	100
1 incarcération	1 456	44,3	4 202	37,5	2 387	43,5
2 à 3 incarcérations	821	25	3 014	26,9	1 492	27,2
4 et plus incarcérations	1 009	30,7	3 989	35,6	1 602	29,2
Taux de réponse		48,9		60,2		52,7
Total 2013	3 511	100	11 581	100	5 125	100
1 incarcération	1 597	45,5	4 094	35,4	2 205	43
2 à 3 incarcérations	912	26	3 135	27,2	1 263	24,6
4 et plus incarcérations	1 002	28,5	4 352	37,6	1 657	32,3
Taux		46,5		57,8		47,2

Non seulement les anciens détenus représentent une part très importante de la population fréquentant les CSAPA, mais leur passé carcéral est important puisque les patients ayant été détenus plus d'une fois représentent plus de la moitié des patients anciens détenus pour les consommateurs principaux de cannabis, 2/3 pour les consommateurs principaux d'opiacés et 60% pour les consommateurs principaux d'alcool.

6.3. Les données relatives aux statistiques de la justice

6.3.1. Les différents types de mesures de soins

En matière d'addictions, il existe deux types de mesures : l'obligation de soins et l'injonction thérapeutique. La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'obligation de se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Le tableau suivant récapitule les hypothèses dans lesquelles les mesures d'obligation de soins et d'injonction de soins peuvent être prononcées.

Tableau 45 : Hypothèses de prononcé de l'obligation de soins et de l'injonction de soins

MESURE	Obligation de soins	Injonction de soins
Contrôle judiciaire	Oui sans limitation de durée (Article 138 10° du CPP)	Non

Sursis avec mise à l'épreuve	Oui <i>(article 132-45 du CP)</i>	Uniquement lorsque l'injonction de soin a été prononcée avant le 10 mars 2010 si infraction pour laquelle le SSJ est encourue et expertise concluant à la possibilité d'un traitement médical <i>(article 132-45-1 du CP, abrogé)</i>
Ajournement avec mise à l'épreuve	Oui <i>(Article 132-64 du CP)</i>	Non
Sursis assorti de l'obligation d'accomplir un travail d'intérêt général	Oui <i>(article 132-54 du CP)</i>	Non
Contrainte pénale	Oui <i>(article 131-4-1 du CP)</i>	Oui si infraction pour laquelle le SSJ est encourue et expertise concluant à la possibilité d'un traitement médical <i>(article 131-4-1 du CP)</i>
Suivi socio-judiciaire	Oui <i>(article 131-36-2 du CP)</i>	Oui si expertise concluant à la possibilité d'un traitement médical <i>(article 131-36-4 du CP)</i>
Placement sous surveillance électronique	Oui <i>(article 132-26-3 du CP et 723-10 du CPP)</i>	Non
Semi-liberté et placement extérieur	Oui <i>(article 132-26 du CP et 723-4 du CPP)</i>	Non
Permission de sortir	Oui <i>(article 723-4 du CP)</i>	Non
Libération conditionnelle	Oui <i>(article 731 du CPP)</i>	Oui si infraction pour laquelle le SSJ est encourue et expertise concluant à la possibilité d'un traitement médical <i>(article 731-1 du CPP)</i>
Libération sous contrainte	Oui <i>(article 720 du CPP)</i>	Uniquement pour la LSC exécutée sous le régime de la libération conditionnelle dans les conditions précisées pour cette dernière <i>(article 720 du CPP)</i>
Surveillance judiciaire	Oui <i>(article 723-30 du CPP)</i>	Oui si expertise médicale concluant à la possibilité d'un traitement médical <i>(article 723-30 du CPP)</i>
Surveillance de sûreté	Oui <i>(article 706-53-19 du CPP)</i>	Oui <i>(article 706-53-19 du CPP)</i>

Source : DACG

6.3.1.1. L'injonction thérapeutique (IT)

Le cadre des injonctions thérapeutiques est prévu à l'article L3413-1 à 4 du CSP. Il a été réformé par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, précisé par décret du 16 avril 2008, et par la loi du 13 décembre 2011 relative à la répartition des contentieux et à l'allègement de certaines procédures juridictionnelles. Ces mesures peuvent être prononcées lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques (élargissement du champ à cette dernière catégorie).

Cette mesure peut être prononcée (depuis 2007) à tous les stades de la procédure, et peut être également une modalité d'exécution d'une peine dans le cadre notamment de SME.

L'injonction thérapeutique consiste en une « mesure de soins ou de surveillance médicale », et est par conséquent assurée par un médecin. De fait, elle instaure une triangulation entre d'une part, l'autorité judiciaire qui informe l'ARS des mesures d'injonctions thérapeutiques, d'autre part, l'ARS qui oriente les usagers sous mesure vers un médecin relais, psychologue ou tout professionnel de santé habilité et enfin, ce professionnel relais qui fait connaître à l'autorité judiciaire son avis sur l'opportunité de la mesure d'injonction thérapeutique.

Le médecin relais (ou, le cas échéant, à une évaluation socio-psychologique par un psychologue habilité ou tout professionnel de santé également habilité par le directeur général de l'agence régionale de santé) est chargé de procéder à l'examen médical, de faire connaître à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure, de la mise en œuvre de la mesure d'injonction thérapeutique, d'en proposer les modalités et d'en contrôler le suivi sur le plan sanitaire (examen à trois et six mois). Si l'examen par le professionnel relais confirme la nécessité de soins pour l'intéressé, le professionnel relais lui fait part des modalités d'exécution de l'injonction thérapeutique et l'invite à choisir un médecin ou un professionnel de l'accompagnement et des soins en addictologie pour le suivi de cette mesure. Il informe l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation médicale de l'intéressé. En cas d'interruption du suivi à l'initiative de l'intéressé, ou de tout autre incident survenant au cours de la mesure, le médecin relais en informe immédiatement l'autorité judiciaire. Au terme de l'exécution de la mesure, il détruit l'ensemble des pièces de procédure qui lui ont été adressées. Tenus au secret des informations à caractère personnel des usagers, les professionnels de l'accompagnement et des soins en addictologie ne peuvent pas communiquer d'information nominative à l'autorité judiciaire comme à l'ARS.

L'injonction thérapeutique ne doit pas être confondue avec l'injonction de soin pour les délinquants sexuels (avec médecin coordonnateur, médecin et psychologue traitants) L3711-1 à 5 CSP.

6.3.1.2. L'obligation de soins

Il s'agit de l'obligation de se soumettre à des mesures de contrôle, de traitement ou de soins même sous le régime de l'hospitalisation ». Cette mesure peut être prononcée à tous les stades de la procédure pénale : en pré-sentenciel (contrôle judiciaire) ou post-sentenciel (sursis avec mise à l'épreuve), ajournement avec mise à l'épreuve, libération conditionnelle, placement extérieur.

6.3.2. La pratique

Les constats faits sur le terrain sont les suivants :

- Les professionnels relais nommés sont inégalement répartis sur le territoire et beaucoup de territoires en sont dépourvus. Les statistiques par ARS ne sont pas disponibles ;
- L'élargissement des mesures d'IT au champ alcool est globalement faible ;
- Parmi les 75 000 usagers ayant fréquenté les CSAPA ANPAA en 2014, 39 % consultent de leur propre initiative ou à la demande d'un proche, 30 % sont orientés par la justice, notamment dans le cadre d'une obligation de soins et 9% sont orientés par la médecine libérale.

A défaut de professionnel relais nommé, le parquet et le SPIP sont tentés de demander aux professionnels de l'accompagnement et des soins en addictologie, principalement aux médecins, de jouer le rôle d'expert (cette tendance existait aussi avant la réforme de l'IT de 2007 = la justice, à défaut d'avoir les moyens de diligenter des expertises, et les SPIP, par manque de moyens, ont régulièrement demandé aux CSAPA d'évaluer le risque de récurrence / dangerosité potentielle d'usager sous mesure de justice : or le risque de récurrence ne s'évalue pas médicalement et l'expertise au service de la justice n'est pas la mission des CSAPA).

A défaut de professionnel relais nommé, plutôt que le prononcé de mesures d'IT, certains tribunaux préfèrent prononcer un stage de sensibilisation aux dangers des stupéfiants ou une obligation de soin « classique » en matière d'alcool... et se développe le souhait de co-construire des stages "alcool" sur le modèle des stages "stupéfiants".

L'intérêt de ces obligations est le coût faible pour la collectivité (dotation globale du CSAPA) et un coût assuré soit par l'usager (stage payant) soit par la dotation globale du CSAPA. Toutefois, il convient de souligner l'hétérogénéité des pratiques et la mise en oeuvre inégale de l'IT, selon les juridictions et la rareté de sa mise en oeuvre pour la « consommation habituelle et excessive d'alcool ».

6.3.3. Les stages de sensibilisation

6.3.3.1. Le stage de sensibilisation aux dangers des stupéfiants

Datant de 2007, cette mesure a pour objectif de faire prendre conscience au consommateur des dommages induits par une consommation de produits stupéfiants et d'autre part les incidences sociales d'un tel comportement.

Depuis la loi du 5 mars 2007, le stage de sensibilisation peut être prononcé au titre des mesures alternatives aux poursuites, de l'ordonnance pénale et de la composition pénale ou en peine complémentaire. Elle s'adresse aux usagers de drogues occasionnels ou réguliers non problématiques, majeur ou mineur d'au moins 13 ans.

L'obligation d'accomplir le stage peut aussi être prononcée à titre de peine complémentaire :

- Les usagers pour qui cette mesure est décidée à l'occasion du délit d'usage de produits stupéfiants : il s'agit essentiellement d'usagers de drogues occasionnels ou réguliers mais pas encore problématiques, interpellés sur la voie publique ou identifiés à l'occasion de démantèlement de réseaux locaux.
- Les usagers pour qui cette mesure est décidée à l'occasion d'une infraction autre : c'est le cas notamment pour des faits de violences ou de sanctions prononcées dans le cadre de la lutte contre les violences routières.

Les équipes de l'ANPAA constatent sur le terrain qu'il existe une diversité des gestionnaires (gestionnaires CSAPA, association socio-judiciaire, etc.), une diversité des durées (1 ou 2 jours) une diversité des professionnels animateurs : animateur de prévention, médecin, psychologue, travailleur social et une diversité des coûts (120 € pour un stage public majeur d'un jour porté par ANPAA 54, 230 € pour un stage majeur ou mineur d'un jour porté par ANPAA 32).

6.3.3.2. Le stage alcool

Sur un modèle évalué positivement (l'étude pilote EVACAPA portée par l'ANPAA 25 dont l'impact est favorable sur la récidive¹⁵) ou sur le modèle des stages stupéfiants, se développent les stages alcool, « payant » ou pas, en tant qu'alternative aux poursuites, complément de peine / alternative aux sanctions. Une diversité des professionnels intervenants et l'intervention d'organismes privés peuvent se rencontrer sur le terrain.

Il existe trois types de mesures relatives aux soins : l'obligation de soins, l'injonction thérapeutique et l'injonction de soins, distinctes tant dans leur contenu que dans leur champ d'application.

6.3.4. Les différentes mesures et les hypothèses de prononcé de ces mesures

L'injonction thérapeutique peut être ordonnée dans les cas suivants :

- Le procureur de la République peut enjoindre aux personnes ayant consommé de manière illicite des stupéfiants, de se soumettre à une mesure de soins ou de surveillance médicale. L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformés au traitement médical prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme (art L 3423-1 du code de la santé publique).
- Dans le cadre d'une composition pénale (art 41-2 17° du code de procédure pénale).
- Le juge d'instruction, le juge des enfants ou le juge des libertés et de la détention peuvent également astreindre, par ordonnance, les personnes mises en examen pour usage illicite de stupéfiants à subir une mesure de soins ou de surveillance médicale (art L 3424-1 du code de la santé publique).
- La juridiction de jugement peut à titre de peine complémentaire astreindre la personne ayant commis le délit d'usage de stupéfiants à se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique (art L 3424-2 du code de la santé publique). Au demeurant, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, la juridiction de jugement peut prononcer une injonction thérapeutique à l'encontre de personnes condamnées pour d'autres faits que l'usage de stupéfiants, dès lors que ces dernières apparaissent souffrir d'addictions (article 132-45 3° du code pénal).

6.3.5. Les statistiques disponibles

Seules les statistiques relatives aux différentes catégories suivantes sont disponibles :

- aux condamnations prononcées pour inexécution d'une décision ordonnant une injonction thérapeutique (article L.3425-2 du code de la santé publique) ;
- aux mesures d'injonction de soins ordonnées en tant qu'obligation dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (article 131-36-4 du code pénal et L.3711-1 et suivants du code de la santé publique) ;
- aux mesures d'injonctions thérapeutiques, réservées aux personnes ayant fait usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques, prononcées et inscrites au casier judiciaire national, soit à titre de peine en application des articles L.3425-1 et L.3425-2 du code de la santé publique, soit en tant qu'obligation d'une composition pénale en application de l'article 41-2 du code de procédure pénale ;
- et aux mesures d'injonctions thérapeutiques prononcées dans le cadre d'une procédure alternative aux poursuites ayant donné lieu à un classement sans suite (injonctions thérapeutiques "réussies").

Les condamnations pour inexécution d'une décision ordonnant une injonction thérapeutique :

Tableau 46 : Nombre de condamnation en infraction principale pour inexécution d'une décision ordonnant une injonction thérapeutique

Infraction	Condamnations infraction principale				
	2010	2011	2012	2013	2014*
Inexécution d'une décision ordonnant une injonction thérapeutique	0	1	3	1	2

Source : Casier Judiciaire National, données provisoires pour 2014

Les mesures d'injonction de soins prononcées dans le cadre du suivi socio-judiciaire :

Tableau 47 : Nombre de mesure d'injonction de soins en tant qu'obligation du suivi socio-judiciaire

Année	2010	2011	2012	2013	2014*
Mesure d'injonction de soins en tant qu'obligation du suivi socio-judiciaire	499	504	542	551	526

Source : Casier Judiciaire National, données provisoires pour 2014

Ces données doivent être considérées avec prudence dans la mesure où elles ne sont pas transmises de manière exhaustive au casier judiciaire national.

Les mesures d'injonction thérapeutique prononcées et inscrites au Casier Judiciaire National

Tableau 48 : Nombre de mesures

Année	2010	2011	2012	2013	2014*
Total des mesures d'injonction thérapeutique	386	468	388	560	695
<i>Dont obligation d'une composition pénale</i>	372	408	366	542	676
<i>Dont peine à titre principal</i>	9	25	10	4	7
<i>Dont peine à titre complémentaire</i>	5	35	12	14	12

Source : Casier Judiciaire National, données provisoires pour 2014

Les injonctions thérapeutiques prononcées dans le cadre de procédures alternatives aux poursuites ayant donné lieu à un classement sans suite :

Tableau 49 : Nombre de mesures

	2011	2012	2013	2014
Nb d'injonction thérapeutique	4 428	3 126	2 802	2 533

Source : SID CASSIOPEE

L'ensemble de ces données apparaît ainsi parcellaire et ne permet pas d'appréhender de manière globale le volume des obligations de soins, des injonctions thérapeutiques et des injonctions de soins prononcées chaque année. Ainsi le système statistique de la justice ne parvient pas à appréhender correctement le phénomène des addictions parmi les PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE.

PIECES JOINTES

PIECE JOINTE N°1



FICHE RECAP – mise à jour juin 2012

(Recueil commun sur les addictions et les prises en charge)

Cette présentation n'a qu'une valeur d'exemple. Cette fiche n'est en pas destinée à être envoyée à l'OFDT.

Sauf indication contraire, chaque item ne donne lieu qu'à une seule réponse.

Type de fiche <input type="checkbox"/> Entrée dans la structure <input type="checkbox"/> Reprise de traitement <input type="checkbox"/> Suivi continu		Date de l'entretien <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> J J M M A A	
Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Année de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ou âge approximatif <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre d'enfants <input type="text"/> <input type="text"/> (pas d'enfants = 0)	Département de domicile <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Catégorie socio-professionnelle <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Artisan, Commerçant <input type="checkbox"/> Cadre profession libérale <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans profession <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Logement <input type="checkbox"/> Durable ⁸² indépendant <input type="checkbox"/> Durable ¹ chez des proches <input type="checkbox"/> Durable ¹ en institution <input type="checkbox"/> Provisoire chez des proches <input type="checkbox"/> Provisoire en institution <input type="checkbox"/> Autre provisoire <input type="checkbox"/> Etablissement pénitentiaire (2011) <input type="checkbox"/> SDF <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Entourage <input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/> Vit avec ses parents <input type="checkbox"/> Vit seul avec enfant(s) <input type="checkbox"/> Vit avec un conjoint seulement <input type="checkbox"/> Vit avec un conjoint et enfant(s) <input type="checkbox"/> Vit avec des amis <input type="checkbox"/> Vit en établissement pénitentiaire (2012) <input type="checkbox"/> Vit en institution (2012) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	

⁸² Possibilité de passer au moins les 6 prochains mois dans le même logement.

<p>Origine principale des ressources⁸³</p> <p><input type="checkbox"/> Revenus d'emplois</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Retraites ou pensions d'invalidité(2012)</p> <p><input type="checkbox"/> ASSEDIC</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Revenu de solidarité active (RSA)</p> <p><input type="checkbox"/> Allocation adulte handicapé</p> <p><input type="checkbox"/> Autre(s) prestation(s) sociale(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Ressources provenant d'un tiers</p> <p><input type="checkbox"/> Autre ressources (y compris sans revenus)</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Situation professionnelle⁸⁴</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CDI ou équivalent (2012)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CDD de plus de 6 mois (2012)</p> <p><input type="checkbox"/> Activité rémunérée intermittente⁸⁴</p> <p><input type="checkbox"/> Chômage</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiant, élève, stage non rémunéré</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité</p> <p><input type="checkbox"/> Autre inactif</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Niveau d'étude</p> <p><input type="checkbox"/> N'a pas terminé le primaire</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau primaire</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau diplôme national du brevet⁸⁵</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau BEP, CAP</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau Bac</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau Bac +2</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau au-delà Bac +2</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>
<p>Origine de la prise en charge actuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient lui-même</p> <p><input type="checkbox"/> Les proches (famille ou amis)</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin de ville</p> <p><input type="checkbox"/> Structure spécialisée en toxicomanie</p> <p><input type="checkbox"/> Structure de réduction des risques</p> <p><input type="checkbox"/> Structure spécialisée en alcoologie</p> <p><input type="checkbox"/> Equipe de liaison</p> <p><input type="checkbox"/> Autre hôpital ou autre sanitaire</p> <p><input type="checkbox"/> Institution ou service social</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Justice, orientation post-sentencielle</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Justice, orientation pré-sentencielle</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Justice, orientation avec orientation administrative</p> <p><input type="checkbox"/> Autre mesure judiciaire ou administrative</p> <p><input type="checkbox"/> Milieu scolaire ou universitaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>		<p>Prise en charge liée à l'usage de substances psychoactives</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais pris en charge</p> <p><input type="checkbox"/> Déjà pris en charge mais pas actuellement</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi actuellement</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>Année de la première prise en charge liée à l'usage de substances psychoactives</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>Traitement de substitution aux opiacés en cours⁸⁶</p> <p>(prescription médicale)</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, méthadone</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, buprénorphine haut dosage (BHD)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (sulfate de morphine, codéine)</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>Si oui, depuis quelle date</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>J J M M A A</p>	<p>Autre(s) traitement(s) en cours⁴ (prescription médicale)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>Si oui, le(s)quel(s) ? (plusieurs réponses possibles)</p> <p><input type="checkbox"/> Acamprosate</p> <p><input type="checkbox"/> Naltrexone</p> <p><input type="checkbox"/> Antabuse</p> <p><input type="checkbox"/> Substitut(s) nicotinique(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Antidépresseur(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Bupropion</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiolytique(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Hypnotique(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Neuroleptique(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre(s)</p>	
<p>Produits consommés : indiquer les produits consommés au cours des 30 derniers jours qui, selon l'équipe soignante, posent le plus de problèmes au patient et motivent la prise en charge actuelle.</p>		

⁸³ Au cours des 6 derniers mois.

⁸⁴ Au moins 3 mois au cours des 6 derniers mois

⁸⁵ Brevet des collèges, ancien BEPC

⁸⁶ En cas de mésusage, mentionner la substance dans les produits consommés posant problèmes.

Code produit*	Mode de consommation habituel		Fréquence de consommation (30 derniers jours)		Usage/Dépendance		Age de début consommation
1. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1. Injecté 2. Fumé / inhalé 3. Mangé / bu 4. Sniffé 5. Autre 6. NSP	<input type="checkbox"/>	1. Pas plus d'une fois 2. ≤ 1 x par semaine 3. 2 à 3 x par semaine 4. 4 à 6 x par semaine 5. Chaque jour 6. NSP	<input type="checkbox"/>	1. Usage simple 2. Usage nocif 3. Dépendance 4. NSP	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Produit à l'origine de la prise en charge actuelle (si différent du 1 ^{er} produit consommé ou si pas de produit consommé)							
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Problème de polyconsommation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas							
Nombre de joints cannabis consommés en moyenne par jour (30 derniers jours) <input type="text"/>				Le patient fume-t-il ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas			
Si oui, nombre de cigarettes consommées en moyenne par jour (30 derniers jours) <input type="text"/>							
Utilisation de la voie intraveineuse <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Oui, antérieurement, mais pas au cours de l'année <input type="checkbox"/> Oui, au cours de l'année mais pas les 30 derniers jours <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 30 derniers jours <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui : âge lors de la première injection <input type="text"/>				Partage des seringues <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Oui, antérieurement, mais pas au cours de l'année <input type="checkbox"/> Oui, au cours de l'année mais pas les 30 derniers jours <input type="checkbox"/> Oui, au cours des 30 derniers jours <input type="checkbox"/> Ne sait pas			
Sérologie VIH		Test VIH		Sérologie VHC		Test VHC	
<input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Résultat positif <input type="checkbox"/> Résultat négatif		<input type="checkbox"/> Jamais fait de test <input type="checkbox"/> Déjà fait un test mais pas dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Test réalisé au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sait pas		<input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Résultat positif <input type="checkbox"/> Résultat négatif		<input type="checkbox"/> Jamais fait de test <input type="checkbox"/> Déjà fait un test mais pas dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Test réalisé au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Vaccination VHB complète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas							
Antécédents psychiatriques				Incarcérations Si oui :			

Hospitalisation(s)	Tentative(s) de suicide	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Nombre d'incarcérations
antérieure(s)	<input type="checkbox"/> Oui nombre <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Non, jamais	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Oui nombre <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	Durée totale
<input type="checkbox"/> Non, jamais			d'incarcération
<input type="checkbox"/> Ne sait pas			<input type="text"/> mois

* Codes produits	31. Barbituriques	51. Amphétamines	70. Tabac
00. Alcool	32. Benzodiazépines	52. Méthamphétamine	90. Autres produits
11. Héroïne	33. GHB/GBL	53. MDMA et dérivés	91. Jeux d'argent
12. BHD	34. Autres hypno. et tranquillisants	54. Cathinone synthétique	93. Cyber addiction
13. Méthadone	35. Antidépresseurs	55. Autres stimulants	95. Trouble du comportement alimentaire
14. Fentanyl	41. Cocaine (poudre)	61. LSD	97. Autres addictions sans produits
15. Autres opiacés	42. Crack	62. Champi. Hallucinogènes	98. Non renseigné
20. Cannabis	43. Autres dérivés de la Cocaine	63. Kétamine	99. Pas de produit consommé
		64. Autres hallucinogènes	
		80. Colles et solvants	

PIECE JOINTE N°2



RECAP

(Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge)

Spécifications techniques (Août 2012)

Ce document présente le format du fichier à envoyer à l'OFDT pour l'élaboration des données nationales RECAP. Il fournit les informations nécessaires pour configurer les logiciels⁸⁷.

Les données doivent être transmises dans un fichier plat (format texte) sans séparateur (champs délimités par des largeurs fixes) en respectant les tailles, formats et codes précisés ci-dessous :

⁸⁷ Une présentation détaillée des informations à recueillir (noyau commun de questions pour les structures spécialisées en addictologie et guide de remplissage du noyau commun) peut être consultée sur le site de l'OFDT (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap.html>).

Libellé de la variable	Taille (nombre de caractères)	N° colonne		Codes et formats
		début	fin	
1. Type d'enregistrement ⁸⁸	1	1	1	1 Entrée dans la structure 2 Reprise de traitement 3 Suivi continu : situation actuelle
2. Date de la situation ⁸⁹	10	2	11	jj/mm/aaaa
3. Nom de la structure en clair	40	12	51	
4. Numéro identifiant de la structure	10	52	61	
5. Numéro identifiant du patient pour l'enquête ⁹⁰	12	62	73	
6. Date du début de la prise en charge actuelle ⁹¹	10	74	83	jj/mm/aaaa
7. Sexe	1	84	84	1 Homme 2 Femme
8. Année de naissance	4	85	88	
9. Age approximatif	2	89	90	
10. Nombre d'enfants	2	91	92	
11. Nombre d'enfants à charge	2	93	94	Exploitation abandonnée en 2008 (ne pas supprimer, laisser le champ vide)
12. Catégorie socioprofessionnelle	1	95	95	1 Agriculteur 2 Artisan commerçant 3 Cadre, profession libérale 4 Profession intermédiaire 5 Employé 6 Ouvrier 7 Retraité 8 Sans profession (hors retraité et chômeur) 9 Ne sait pas
13. Logement actuel	1	96	96	1 Durable indépendant 2 Durable chez des proches 3 Durable en institution 4 Provisoire chez des proches 5 Provisoire en institution 6 Autre provisoire 7 Etablissement pénitentiaire supprimé en 2011 8 SDF 9 Ne sait pas
14. Entourage	1	97	97	1 Vit seul 2 Vit avec ses parents 3 Vit seul(e) avec enfant(s) 4 Vit avec un conjoint seulement 5 Vit avec conjoint et enfant(s) 6 Vit avec des amis 7 Vit en établissement pénitentiaire (modifié en 2012) 8 Vit en institution (modifié en 2012) 8 Autre 9 Ne sait pas
15. Département du domicile (ou de vie si SDF)	3	98	100	001 Ain à 095 Val-d'Oise, avec 02A Corse-du-Sud 02B Haute-Corse Pour les DOM 971 Guadeloupe 972 Martinique

⁸⁸ Cette donnée permet de savoir si il s'agit d'un nouveau patient (code 1), d'un patient connu mais sans contact avec la structure pendant au moins six mois (code 2) ou d'un patient suivi sans interruption supérieure à six mois (code 3).

⁸⁹ Date de l'entretien au cours duquel les données sont recueillies (patient entrant) ou actualisées (patient suivi).

⁹⁰ Le numéro d'identifiant du patient pour l'enquête, associé au numéro d'identification de la structure, permet à l'OFDT de retrouver les données relatives à une personne souhaitant exercer son droit d'accès aux informations.

⁹¹ Cette date correspond à la date du premier contact entre le patient et la structure.

Libellé de la variable	Taille (nombre de caractères)	N° colonne		Codes et formats
		début	fin	
				973 Guyane 974 Réunion 975 St Pierre et Miquelon 976 Mayotte
16. Origine principale des ressources au cours des 6 derniers mois	1	101	101	1 Revenus d'emplois 2 Retraites ou pensions d'invalidité (modifié en 2012) 3 ASSEDIC 4 Revenu de solidarité active (RSA) (modifié en 2011) 5 Allocation Adulte Handicapé (AAH) 6 Autre(s) prestation(s) sociale(s) 7 Ressources provenant d'un tiers 8 Autres ressources (y compris sans revenus) 9 Ne sait pas
17. Situation professionnelle au cours des 6 derniers mois	1	102	102	1 CDI ou équivalent 2 CDD de plus de 6 mois (modifié en 2012) 3 Activité rémunérée intermittente (au moins 3 mois au cours des 6 derniers mois) 4 Chômage 5 Etudiant, élève, stage non rémunéré 6 Retraité 7 Autre inactif (Au foyer, invalide) 8 Ne sait pas
18. Couverture sociale	1	103	103	Exploitation abandonnée en 2008 (ne pas supprimer, laisser le champ vide) 1 Affilié Sécurité Sociale 2 Non affilié Sécurité Sociale 3 Ne sait pas
19. CMU Bénéficiaire de la couverture maladie universelle si affilié sécurité sociale	1	104	104	Exploitation abandonnée en 2008 (ne pas supprimer, laisser le champ vide) 1 Oui 2 Non
20. ALD Bénéficiaire de l'affection de longue durée si affilié sécurité sociale	1	105	105	Exploitation abandonnée en 2008 (ne pas supprimer, laisser le champ vide) 1 Oui 2 Non
21. AME Affilié à l'aide médicale d'État rénovée	1	106	106	Exploitation abandonnée en 2008 (ne pas supprimer, laisser le champ vide) 1 Oui 2 Non
22. Bénéficiaire d'une couverture complémentaire	1	107	107	Exploitation abandonnée en 2008 (ne pas supprimer, laisser le champ vide) 1 Oui 2 Non
23. Niveau d'études	1	108	108	1 N'a pas terminé le primaire 2 Niveau primaire 3 Niveau BEPC 4 Niveau BEP, CAP 5 Niveau Bac 6 Niveau Bac+2 7 Niveau au-delà Bac+2 8 Ne sait pas
24. Origine de la prise en charge actuelle	2	109	110	1 Le patient lui-même 2 Les proches (famille ou amis) 3 Médecin de ville 4 Structure spécialisée en toxicomanie 5 Structure de réduction des risques 6 Structure spécialisée en alcoologie 7 Equipe de liaison 8 Autre hôpital ou autre sanitaire 9 Institution ou service social 10 Justice, orientation post-sentencielle (modifié en 2011) 11 Justice, orientation pré-sentencielle (modifié en 2011) 12 Justice, classement avec orientation (modifié en 2011)

Libellé de la variable	Taille (nombre de caractères)	N° colonne		Codes et formats
		début	fin	
				13 (vide) (modifié en 2011) 14 Milieu scolaire ou universitaire 15 Autre 16 Ne sait pas
25. Prise en charge liée à l'usage de substances psychoactives	1	111	111	1 Jamais pris en charge 2 Déjà pris en charge mais pas actuellement 3 Suivi actuellement 4 Ne sait pas
26. Année de la première prise en charge	4	112	115	
27. Traitement de substitution aux opiacés en cours	1	116	116	1 Non 2 Oui, méthadone 3 Oui, buprénorphine haut dosage (BHD) 4 Oui, autre (sulfate de morphine, codéine) 5 Ne sait pas
28. Si traitement de substitution, depuis quelle date	10	117	126	jj/mm/aaaa
29. Autre(s) traitement(s) en cours : Acamprosate ?	1	127	127	0 Non 1 Oui
30. Autre(s) traitement(s) en cours : Naltrexone ?	1	128	128	0 Non 1 Oui
31. Autre(s) traitement(s) en cours : Antalouse ?	1	129	129	0 Non 1 Oui
32. Autre(s) traitement(s) en cours : Substitut(s) nicotinique(s) ?	1	130	130	0 Non 1 Oui
33. Autre(s) traitement(s) en cours : Bupropion ?	1	131	131	0 Non 1 Oui
34. Autre(s) traitement(s) en cours : Anxiolytique(s) ?	1	132	132	0 Non 1 Oui
35. Autre(s) traitement(s) en cours : Hypnotique(s) ?	1	133	133	0 Non 1 Oui
36. Autre(s) traitement(s) en cours : Antidépresseur(s) ?	1	134	134	0 Non 1 Oui
37. Autre(s) traitement(s) en cours : Neuroleptique(s) ?	1	135	135	0 Non 1 Oui

Libellé de la variable	Taille (nombre de caractères)	N° colonne		Codes et formats
		début	fin	
38. Premier produit consommé au cours du mois passé	2	136	137	00 Alcool 11 Héroïne 12 Buprénorphine haut dosage (BHD) 13 Méthadone 14 Fentanyl 15 Autre opiacé 20 Cannabis 31 Barbiturique 32 Benzodiazépine 33 GHB/GBL 34 Autre hypnotique ou tranquillisant 35 Antidépresseur 41 Cocaine (poudre) 42 Crack 43 Autres dérivés de la Cocaine 51 Amphétamine 52 Méthamphétamine 53 MDMA ou dérivé 54 Cathinone synthétique 55 Autre stimulant 61 LSD 62 Champignons hallucinogènes 63 Kétamine 64 Autre hallucinogène 80 Colle ou solvant 70 Tabac 90 Autre produit 91 Jeux d'argent (modifié en 2011) 93 Cyber addiction (modifié en 2011) 95 Trouble du comportement alimentaire (modifié en 2008) 97 Autre addiction sans produit (modifié en 2011) 98 Non renseigné 99 Pas de produit consommé
39. Mode de consommation habituel (1 ^{er} produit)	1	138	138	1 Injecté 2 Fumé / inhalé 3 Mangé / bu 4 Sniffé 5 Autre 6 NSP
40. Fréquence de consommation (1 ^{er} produit)	1	139	139	1 Pas plus d'une fois au cours des 30 derniers jours (occasionnellement) 2 Une fois par semaine ou moins 3 Entre 2 et 3 fois par semaine (modifié en 2012) 4 Entre 4 et 6 fois par semaine (modifié en 2012) 5 Chaque jour 6 NSP
41. Usage/dépendance (1 ^{er} produit)	1	140	140	1 Usage simple (modifié en 2011) 2 Usage nocif 3 Dépendance 4 NSP
42. Age de début de consommation (1 ^{er} produit)	2	141	142	
43. Deuxième produit consommé au cours du mois	2	143	144	Voir n°38
44. Mode de consommation habituel (2 ^{ème} produit)	1	145	145	Voir n°39
45. Fréquence de consommation (2 ^{ème} produit)	1	146	146	Voir n°40
46. Usage/dépendance (2 ^{ème} produit)	1	147	147	Voir n°41
47. Age de début de consommation (2 ^{ème} produit)	2	148	149	Voir n°42
48. Troisième produit consommé au cours du mois	2	150	151	Voir n°38
49. Mode de consommation habituel (3 ^{ème} produit)	1	152	152	Voir n°39
50. Fréquence de consommation (3 ^{ème} produit)	1	153	153	Voir n°40
51. Usage/dépendance (3 ^{ème} produit)	1	154	154	Voir n°41
52. Age de début de consommation (3 ^{ème} produit)	2	155	156	Voir n°42
53. Quatrième produit consommé au cours du mois	2	157	158	Voir n°38

Libellé de la variable	Taille (nombre de caractères)	N° colonne		Codes et formats
		début	fin	
54. Mode de consommation habituel (4 ^{ème} produit)	1	159	159	Voir n°39
55. Fréquence de consommation (4 ^{ème} produit)	1	160	160	Voir n°40
56. Usage/dépendance (4 ^{ème} produit)	1	161	161	Voir n°41
57. Age de début de consommation (4 ^{ème} produit)	2	162	163	Voir n°42
58. Cinquième produit consommé au cours du mois	2	164	165	Voir n°38
59. Mode de consommation habituel (5 ^{ème} produit)	1	166	166	Voir n°39
60. Fréquence de consommation (5 ^{ème} produit)	1	167	167	Voir n°40
61. Usage/dépendance (5 ^{ème} produit)	1	168	168	Voir n°41
62. Age de début de consommation (5 ^{ème} produit)	2	169	170	Voir n°42
63. Produit à l'origine de la prise en charge (PEC)	2	171	172	Voir n°38
64. Mode de consommation (produit PEC)	1	173	173	Voir n°39
65. Fréquence de consommation (produit PEC)	1	174	174	Voir n°40
66. Usage/dépendance (produit PEC)	1	175	175	Voir n°41
67. Age de début de consommation (produit PEC)	2	176	177	Voir n°42
68. Consommation d'alcool quotidienne : nombre de verres standard d'alcool bus par jour en moyenne au cours du mois passé	4	178	181	Exploitation abandonnée en 2008 (ne pas supprimer, laisser le champ vide) une décimale (##.#)
69. Nombre d'ivresses alcooliques au cours des 30 derniers jours	2	182	183	Exploitation abandonnée en 2008 (ne pas supprimer, laisser le champ vide)
70. Consommation de tabac quotidienne : nombre de cigarettes fumées par jour en moyenne au cours des 30 derniers jours	2	184	185	
71. Consommation de cannabis quotidienne : nombre de joints fumés par jour en moyenne au cours des 30 derniers jours	2	186	187	
72. Utilisation antérieure de l'injection	1	188	188	1 Jamais 2 Oui, antérieurement, mais pas au cours de l'année (modifié en 2012) 3 Oui, au cours de l'année mais pas les 30 derniers jours (modifié en 2012) 4 Oui, au cours des 30 derniers jours 5 Ne sait pas
73. Age lors de la première injection	2	189	190	
74. Partage des seringues	1	191	191	1 Jamais 2 Oui, antérieurement, mais pas au cours de l'année (modifié en 2012) 3 Oui, au cours de l'année mais pas les 30 derniers jours (modifié en 2012) 4 Oui, au cours des 30 derniers jours 5 Ne sait pas
75. Sérologie VIH	1	192	192	1 Inconnue 2 Positive 3 Négative
76. Test VIH	1	193	193	Champ modifié en 2012 1. Jamais fait de test 2. Déjà fait un test mais pas dans les 12 derniers mois 3. Test réalisé au cours des 12 derniers mois 4. Ne veut pas répondre 5. Ne sait pas
77.	9	194	202	Vide
78. Sérologie VHC	1	203	203	1 Inconnue 2 Positive 3 Négative
79. Test VHC	1	204	204	Champ modifié en 2012 1. Jamais fait de test 2. Déjà fait un test mais pas dans les 12 derniers mois 3. Test réalisé au cours des 12 derniers mois 4. Ne veut pas répondre 5. Ne sait pas
80.	9	205	213	Vide
81. Vaccination VHB complète	1	214	214	1 Oui 2 Non

Libellé de la variable	Taille (nombre de caractères)	N° colonne		Codes et formats
		début	fin	
				3 Ne sait pas
82. Antécédents psychiatriques : Hospitalisation(s) antérieure(s) (hors sevrage)	1	215	215	1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas
83. Nombre d'hospitalisations	2	216	217	
84. Tentative(s) de suicide	1	218	218	1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas
85. Nombre de tentatives de suicide	2	219	220	
86. Incarcération(s)	1	221	221	1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas
87. Nombre d'incarcérations	2	222	223	
88. Durée totale des incarcérations (en mois)	3	224	226	
89. Comorbidité psychiatrique	1	227	227	Remplissage facultatif (laisser le champ vide si non renseigné) 1 Pas de comorbidité 2 Trouble psychotique ou délirant 3 Trouble anxieux ou dépressif 4 Trouble de la conduite alimentaire 5 Trouble de la personnalité 6 Autre trouble 7 Ne sait pas
90. Champ vide (utilisé par ProGDis uniquement)	1	228	228	
91. Contexte ⁹²	1	229	229	1 Consultation cannabis 2 CSAPA 3 Consultation cannabis et CSAPA
92. Le patient fume-t-il ?	1	230	230	Champ ajouté en 2008 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas
93. Le patient est-il sous traitement médicamenteux (addiction, affection psychiatrique) ?	1	231	231	Champ ajouté en 2008 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas
94. Autre(s) traitement(s) en cours : Autre(s) ?	1	232	232	Champ ajouté en 2008 0 Non 1 Oui
95. Suivi en établissement pénitentiaire	1	233	233	Champ ajouté en 2011 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas
96. Problème de polyconsommation	1	234	234	Champ ajouté en 2012 1 Oui 2 Non 3 NSP
97. Question facultative à liste 1	2	235	236	1 R1... à... 10 R10 (2011)
98. Question facultative à liste 2	2	237	238	1 R1... à... 10 R10 (2011)
99. Question facultative à liste 3	2	239	240	1 R1... à... 10 R15 (2011)
100. Question facultative à liste 4	2	241	242	1 R1... à... 10 R20 (2011)
101. Question facultative à texte	40	243	283	(2011)

⁹² Indique si un patient est vu dans le contexte consultation cannabis ou dans le contexte CSAPA. Un patient reçu dans le cadre de la consultation cannabis est enregistré en codant cette variable 1 ; s'il est reçu dans le cadre d'une consultation en CSAPA, il est codé à 2. Pour les patients vus d'abord dans la consultation cannabis puis dans le cadre du CSAPA, la variable sera codée 3.

Annexe 11. Insertion professionnelle : formation, accès à l'emploi et travail
--

1. FORMATION PROFESSIONNELLE : UNE DECENTRALISATION PUSSEE.	222
1.1. LA FORMATION : UN ELEMENT STRUCTURANT DE LA REINSERTION.....	222
1.2. LA REGION, ACTEUR CENTRAL DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE, SELON LA LOI DU 5 MARS 2014.....	223
1.3. LE DISPOSITIF D'ACCUEIL D'INFORMATION ET D'ORIENTATION ISSU DE LA LOI DU 5 MARS 2014 RELATIVE A LA DECENTRALISATION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE.....	224
1.3.1. <i>Les missions locales</i>	224
1.3.2. <i>Pôle emploi</i>	227
1.3.3. <i>Le conseil en évolution professionnelle</i>	227
1.3.4. <i>La formation professionnelle des personnes détenues</i>	227
1.3.4.1. Bilan de la formation professionnelle en détention ⁸	228
1.3.4.2. La décentralisation de la formation professionnelle	229
1.3.4.2.1. Le dispositif mis en place par la DAP	229
1.3.4.2.2. Le point de vue des opérateurs privés	231
1.3.5. <i>Protocoles avec des fédérations professionnelles</i>	233
1.3.5.1. UIMM	233
1.3.5.2. Convention avec le MEDEF	235
1.4. AU ROYAUME -UNI	236
2. TRAVAIL ET ACCES A L'EMPLOI : LE DIAGNOSTIC ET L'ETAT DES LIEUX	238
2.1. LE DROIT APPLICABLE	239
2.2. DONNEES QUANTITATIVES.....	240
2.2.1. <i>Les données pour les personnes suivies en milieu ouvert ou sortant de prison</i>	240
2.2.2. <i>Les données pour les personnes détenues</i>	241
2.3. LE POINT DE VUE DES PERSONNES DETENUES.....	245
2.4. LE SERVICE GENERAL	245

2.5. LE TRAVAIL EN CONCESSION ET LES ACTIVITES DU SERVICE DE L'EMPLOI PENITENTIAIRE DE LA REGIE INDUSTRIELLE DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES (SEP-RIEP)	246
2.5.1. <i>Le travail en concession</i>	246
2.5.2. <i>Le service de l'emploi pénitentiaire</i>	247
2.6. L'ACCES A L'EMPLOI DES PERSONNES SORTANT DE PRISON ET CELLES QUI SONT SUIVIES EN MILIEU OUVERT	248
2.6.1. <i>La transition vers le travail à l'extérieur</i>	250
2.6.2. <i>Les contrats uniques d'insertion (CUI)</i>	250
2.7. DROITS A LA RETRAITE	250
2.8. LES OUTILS DE SUIVI ET DE DEVELOPPEMENT DE L'EMPLOI EN MILIEU PENITENTIAIRE ...	251
2.8.1. <i>Le programme « entreprendre »</i>	251
2.9. LES OBSTACLES AU DEVELOPPEMENT DE L'EMPLOI	251
2.9.1. <i>les obstacles physiques</i>	251
2.9.2. <i>Les obstacles tenant à l'organisation des établissements pénitentiaires</i>	252
2.9.3. <i>Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire</i>	252
2.9.3.1. Des entreprises qui accordent de l'importance à l'insertion des personnes éloignées de l'emploi et sont prêtes à jouer le jeu... mais beaucoup moins lorsqu'il s'agit de personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire	253
2.9.3.2. Un niveau d'information relativement faible sur les dispositifs pour favoriser l'emploi des personnes condamnées	253
2.9.3.3. Des freins assez forts à l'embauche de personnes condamnées	253
2.9.3.4. Les possibilités d'emploi de personnes détenues purgeant actuellement leur peine au sein d'un établissement pénitentiaire sont mieux connues...même si les entreprises manquent beaucoup d'informations	254
2.9.3.5. Des entreprises qui perçoivent un certain nombre d'avantages à la mise en place d'ateliers au sein des établissements pénitentiaires	254
2.10. L'INSERTION PAR L'ACTIVITE ECONOMIQUE : UN DISPOSITIF PERTINENT POUR UNE PISTE PROMETTEUSE	254
2.11. LES FACTEURS DE PROGRES	257
2.11.1. <i>La commande publique</i>	257

2.11.2.	<i>Mettre en place des stratégies territoriales de développement de l'emploi, concomitamment à des stratégies de filières ou de niches</i>	258
2.11.3.	<i>Mieux reconnaître l'expérience de travail en détention à l'extérieur, articuler et étayer le lien travail et formation</i>	261
2.11.4.	<i>Développer un programme d'ampleur appuyé sur le recours au service civique</i>	262
2.12.	LES QUESTIONS PENDANTES : NATURE DE LA RELATION DE TRAVAIL ET PASSAGE A LA REMUNERATION HORAIRE	265
2.12.1.	<i>la nature de la relation de travail</i>	265
2.12.2.	<i>Le passage à la rémunération horaire</i>	266
2.12.2.1.	Le constat	266
2.12.2.2.	Les contentieux relatifs aux rémunérations	269
2.12.2.3.	les questions à résoudre	269
2.12.2.3.1.	Offre de travail versus niveau de rémunération	269
3.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES, NOTES, RECHERCHES ET ETUDES	269

1. Formation professionnelle : Une décentralisation poussée.

1.1. La formation : un élément structurant de la réinsertion.

La loi du 15 août 2014 a apporté une modification à l'article 2 de la loi du 24 novembre 2009, concernant les objectifs et les méthodes du service public pénitentiaire.

La rédaction actuelle indique : « *Le service public pénitentiaire est assuré par l'administration pénitentiaire sous l'autorité du garde des sceaux, ministre de la justice, avec le concours des autres services de l'Etat, des collectivités territoriales, des associations et d'autres personnes publiques ou privées.*

Chacune de ces autorités et de ces personnes veille, en ce qui la concerne, à ce que les personnes condamnées accèdent aux droits et dispositifs de droit commun de nature à faciliter leur insertion ou leur réinsertion.

Des conventions entre l'administration pénitentiaire et les autres services de l'Etat, les collectivités territoriales, les associations et d'autres personnes publiques ou privées définissent les conditions et modalités d'accès des personnes condamnées aux droits et dispositifs mentionnés au deuxième alinéa en détention.

Sont associés à ces conventions des objectifs précis, définis en fonction de la finalité d'intérêt général mentionnée au même deuxième alinéa, ainsi que des résultats attendus, et faisant l'objet d'une évaluation régulière. »

La loi du 24 novembre 2009 a assigné à l'administration pénitentiaire une obligation positive : article 27 : « Toute personne condamnée est tenue d'exercer au moins l'une des activités qui lui est proposée par le chef d'établissement et le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation dès lors qu'elle a pour finalité la réinsertion de l'intéressé et est adaptée à son âge, à ses capacités, à son handicap et à sa personnalité.

Lorsque la personne condamnée ne maîtrise pas les enseignements fondamentaux, l'activité consiste par priorité en l'apprentissage de la lecture, de l'écriture et du calcul. Lorsqu'elle ne maîtrise pas la langue française, l'activité consiste par priorité en son apprentissage. L'organisation des apprentissages est aménagée lorsqu'elle exerce une activité de travail. »

Enfin, la loi du 5 mars 2014, tirant les enseignements des expérimentations dans deux régions, de la décentralisation des actions de formation professionnelle aux personnes détenues a confié aux treize nouvelles régions une compétence pleine et entière en la matière.

Les questions relatives au financement de la formation professionnelle et de l'emploi figurent en annexe consacrée au financement des politiques d'insertion.

Sans revenir sur l'absence de connaissance des personnes placées sous main de justice du point de vue de leur situation socioprofessionnelle, plusieurs éléments méritent d'être soulignés en introduction.

Tout d'abord, tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert, l'âge est un critère connu, qui a conduit l'administration pénitentiaire à adosser, pour une large part, les dispositifs d'insertion professionnelle sur les politiques en faveur de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes de 18 à 26 ans.

En second lieu, si des données existent, même de manière parcellaire, s'agissant de la situation socioprofessionnelle en milieu fermé, elles ne font pas l'objet d'un recueil ordonné

pour le milieu ouvert. Aussi, est présenté ci-après, pour l'essentiel, un état des lieux concernant les personnes détenues.

Enfin, les politiques et programmes d'accès à la formation et à l'emploi sont établis, cela résulte des points précédents, davantage en termes d'offre de prestations que du point de vue de la demande et des besoins. De ce point de vue, interrogée par la mission, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté a établi, dans une note adressée à la mission, quels étaient les obstacles, du point de vue des personnes détenues, à l'accès à une activité en détention, et particulièrement au travail ou à une formation : *« de manière générale, les personnes détenues font état d'une insuffisance de postes de travail au sein des établissements et de la faible offre de formation professionnelle. Elles relèvent également le caractère occupationnel de ces activités. Nombre d'entre elles saisissent le CGLPL en raison du délai écoulé depuis la demande de travail ou de formation professionnelle qu'elles ont pu formuler (délais de plusieurs mois, en l'espèce). Nous recevons de nombreux témoignages de personnes faisant état de l'écart existant entre le salaire qu'elles perçoivent et la réglementation ; certaines engagent des recours contre le DAP à ce sujet. »*

1.2. La région, acteur central de la formation professionnelle, selon la loi du 5 mars 2014.

La loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle apporte des transformations profondes à la répartition des compétences entre l'Etat et les régions qui disposent désormais de compétences de droit commun en matière de formation professionnelle et d'apprentissage. Les nouvelles compétences des régions portent notamment sur la formation des publics spécifiques, tels que les demandeurs d'emplois en situation de handicap et les personnes détenues.

Cette nouvelle étape de la décentralisation s'est accompagnée d'une réorganisation du service public régional de la formation professionnelle et de l'orientation, qui a pour objectif de garantir le droit à l'accès à la formation de tous, en adaptant les qualifications à chaque territoire et en mettant en place des programmes dédiés aux personnes en grande difficulté d'apprentissage et d'insertion. La région est également en charge du **service public régional d'orientation (SPRO)** pour assurer l'orientation des scolaires, des étudiants, des chômeurs, des salariés, des cadres, etc. Dans ce cadre, une nouvelle offre de service commune aux cinq principaux réseaux (missions locales, OPACIF/FONGECIF, Pôle emploi, CAP emploi et l'APEC) de conseils en matière d'orientation et d'insertion, le conseil en évolution professionnelle (CEP), sera délivrée.

Au niveau national, le Conseil national de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelle (CNEFOP)¹ élabore une stratégie nationale coordonnée entre tous les acteurs qui interviennent en matière d'emploi, de formation et d'orientation professionnelle. La loi permet ainsi à l'Etat, qui reste l'autorité responsable de la politique nationale de l'emploi, à la région et désormais aux partenaires sociaux responsables de la formation des salariés, de travailler ensemble pour le partage de diagnostics, le dialogue pour la coordination des actions et outils de chacun, la mise en commun de financements et l'évaluation régionale, consolidée au niveau national.

Au niveau régional, le Conseil régional de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelle (CREFOP) - ² assure la coordination entre les acteurs des politiques d'orientation, de formation professionnelle et d'emploi et la cohérence des programmes de formation dans la région. Il favorise la définition et la mise en œuvre d'une stratégie régionale concertée en matière d'orientation professionnelle, de développement de l'alternance. Cette instance qui adopte le contrat de plan régional de développement de la formation et de l'orientation professionnelle (CPRDFOP), est co-présidée par le préfet de région et le président du Conseil régional.

1.3. Le dispositif d'accueil d'information et d'orientation issu de la loi du 5 mars 2014 relative à la décentralisation de la formation professionnelle

1.3.1. Les missions locales

Les missions locales ont été créées il y a plus de trente ans, par une **ordonnance n°82-273 du 26 mars 1982**, à la suite du rapport de Bertrand Schwartz en 1982.

Une instance nationale, le Conseil National des missions locales (CNML), placée auprès du ministre en charge du travail et dont les missions ont été modifiées par le décret du 5 août 2015, est chargée de définir un programme national et anime le réseau des 447 missions locales, présentes sur l'ensemble du territoire national avec 5 000 points d'accueil et, selon le CNML, 13 000 professionnels qui accompagnent les jeunes de 16 à 25 ans dans leur recherche d'emploi, tout en les aidant à dépasser les obstacles à leur insertion professionnelle et sociale. Il est chargé de formuler toutes recommandations sur les conditions de mise en œuvre par les missions locales et les permanences d'accueil, d'information et d'orientation du droit à l'accompagnement vers l'emploi et du contrat d'insertion dans la vie sociale.

Exerçant une mission de service public de proximité, le réseau, financé par l'État, le Fonds social européen (F.S.E.) et les collectivités locales, est engagé de longue date dans l'accompagnement des jeunes sous main de justice.

Il n'a pas été possible d'obtenir du Conseil National des Missions Locales des éléments de bilan, malgré une demande formulée par la mission conjointe le 02 novembre 2015 et à laquelle il a été répondu le 12/02/2016 pour prendre acte d'un constat de carence de la part de cette instance.

Le système d'information des missions locales, Parcours 3, rénové en 2013, est mis en œuvre dans le cadre d'une délégation de service public, sous la dénomination I-milo. Absents de la co-construction, les services de la direction de l'administration pénitentiaire ne peuvent disposer des informations sur les parcours qu'il recueille.

Une convention signée en 1986, soit il y a trente ans, entre le Ministre de la justice et la délégation interministérielle à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, prévoyait la mise en place d'antennes des missions locales dans les établissements pénitentiaires, spécialement les maisons d'arrêt, afin de remplir leur fonction d'accueil, d'information et d'orientation des jeunes. Ce protocole a été renouvelé en 1990³.

Ces démarches, expérimentales à l'origine, persistent. Les antennes des missions locales, si elles existent encore dans certains établissements pénitentiaires, n'ont fait l'objet d'aucune véritable consolidation ni d'aucun financement pérenne.

Entre 2009 et 2012, les missions locales ont bénéficié d'un appui des programmes pilotés par le Haut-commissaire à la Jeunesse, Martin Hirsch, qui fait des missions locales l'axe central de l'accompagnement des jeunes quittant l'école à 16 ans sans aucune perspective. A cette fin, elles sont devenues des prescripteurs de contrats aidés. C'est en s'appuyant sur ce dispositif, qu'un certain nombre d'entre elles se sont re mobilisées pour l'accueil de jeunes sous main de justice en milieu ouvert et en milieu fermé. Une évaluation de l'action des missions locales en direction de ce public a été conduite sous l'égide de l'association nationale des directeurs de missions locales, visant à recenser le travail conduit par l'ensemble du réseau afin d'appuyer une extension du financement des postes de référents CIVIS/justice, au-delà du périmètre expérimental défini en 2006⁴.

Tableau N°1 : **Développement du contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS).**

•

Départements	Missions Locales (ML) membres de l'expérimentation	Postes de conseillers CIVIS
Rhône (69) 12 ML	<ul style="list-style-type: none"> - ML Lyon Insertion - ML Vaulx en Velin - ML Plateau Nord Val de Saône - Fontaine sur Saône - ML Villefranche sur Saône - ML Intercommunale pour la Formation et l'Insertion de Givors - ML Villeurbanne ML Intercommunale d'Oullins - ML Inter cantonale Bron - Décines - Meyzieu - ML Vénissieux - ML Rhône sud est - Saint Fons - ML Nord ouest Rhône – Tarare - ML Mont d'or et Mont du Lyonnais - Tassin La Demi Lune 	5 postes (financement des postes géré par la ML de Lyon)
Seine-Saint-Denis (93) 8 ML	<ul style="list-style-type: none"> - ML de Pantin - ML de Bobigny - ML de Sevran - ML d'Aulnay - ML d'Epinay sur Seine - ML de Saint-Denis - ML d'Aubervilliers - ML de Bondy 	4 postes
Essonne (91) 10 ML	<ul style="list-style-type: none"> - ML Bretigny sur Orge - ML Corbeil Essonne - ML Crosnes - ML Etampes - ML Evry - ML Grigny - ML Juvisy sur Orge - ML Les Ulis - ML Massy - ML Saint Michel sur Orge 	4 postes

Val d'Oise (95) 3 ML	<ul style="list-style-type: none"> - ML Cergy-Pontoise - ML Franconville - ML Sarcelles 	4 postes (2 postes à la ML de Sarcelles)
Bouches du Rhône (13) 4 ML	<ul style="list-style-type: none"> - ML de Marseille - ML de Martigues - ML du Golfe de Fos-Istres - ML du Pays d'Aix – Aix en Provence 	4 postes
Nord (59) 6 ML	<ul style="list-style-type: none"> - ML du Douaisis – Douais - ML de Tourcoing/Vallée de la Lys - ML de la Sambre/Avesnois – Maubeuge - ML de Valenciennes - ML de Weppes - ML de Lille 	4 postes
<i>Les Missions Locales ayant participé à l'enquête de l'ANDML sont notées en rouge</i>		

- *Source : étude nationale de l'association nationale des directeurs de missions locales*

Le tableau qui précède montre que 43 missions locales (sur 447, soit moins de 10 % du total) ont conduit des actions en direction des personnes placées sous main de justice. Elles ont engagé à cet effet 25 postes (sur un total de 13 000 agents).

Comme cela a déjà été évoqué, le Conseil national des missions locales a été rendu destinataire par la mission d'un questionnaire qu'il lui était demandé d'adresser aux 447 missions locales. Ce questionnaire visait à disposer d'une cartographie précise des relations entre ce réseau territorial et les établissements pénitentiaires. Notamment, il cherchait à connaître l'existence au cours des cinq dernières années, d'un partenariat formalisé (par exemple par une convention) avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation pour des actions ponctuelles au bénéfice des personnes placées sous main de justice. Il était en outre demandé pour les trois dernières années, action par action, les montants des financements et ETP engagés par chaque mission locale ainsi que les montants et la provenance des éventuels cofinancements (Etat, région, département, Commune, FSE, OM, fondations, autres...). Il était enfin sollicité de définir le niveau de collaboration avec le SPIP et les axes éventuels d'amélioration.

En l'absence d'un tel document, la mission interministérielle n'a donc pu disposer d'éléments d'information de la part du réseau ni de sa tutelle, le ministre du travail : elle ne peut porter une appréciation sur la qualité des relations existantes entre les services extérieurs de l'administration pénitentiaire (établissements et SPIP) et les missions locales. La mission a, cependant, eu connaissance d'initiatives et d'expériences qui, si elles sont intéressantes, généralement évaluées et doivent être encouragées et soutenues, ne peuvent constituer à elles seules une politique.

1.3.2. Pôle emploi

Du point de vue des saisines reçues par le CGLPL⁶, les personnes détenues font état de deux difficultés majeures :

- insuffisance des intervenants de pôle emploi dans les établissements et parfois, défaut de remplacement pendant plusieurs mois ;-
- défaut d'information des personnes détenues pour obtenir un rendez-vous avec le conseiller de Pôle emploi.

L'action de Pôle emploi est prévue par une convention nationale signée entre la DAP et la direction générale de Pôle Emploi

1.3.3. Le conseil en évolution professionnelle

La loi du 5 mars 2014 a créé une nouvelle offre de service commune aux cinq principaux réseaux de conseil en orientation professionnelle et en insertion (Pôle emploi, les OPACIF/FONGECIF, les missions locales, les CAP emploi, et l'APEC) : le conseil en évolution professionnelle (CEP).

Le CEP sera délivré sur la base d'un cahier des charges national dans le cadre du service public régional de l'orientation et permettra l'accès à un accompagnement renforcé pour l'élaboration d'un projet professionnel individuel, pouvant conduire le cas échéant à la validation et au financement d'un parcours de formation.

Or, des éléments recueillis tant auprès de la direction de l'administration pénitentiaire que lors des déplacements sur le terrain, la mission n'a pas constaté que cette nouvelle offre qui semble pourtant adaptée, notamment en milieu ouvert, figurait dans les préoccupations des acteurs.

1.3.4. La formation professionnelle des personnes détenues

Le constat partagé par l'ensemble des acteurs est que l'offre de formation professionnelle est faible au regard des besoins des publics concernés.

Les établissements anciens souffrent d'obstacles structurels au développement de la formation professionnelle (insuffisance de surfaces, plateaux techniques inadaptés). Les établissements plus récents, à gestion publique ou à gestion déléguée font face à des difficultés d'une autre nature : l'offre de formation professionnelle rémunérée n'est pas toujours quantitativement suffisante faute de moyens budgétaires. Les orientations pour le développement de la formation professionnelle des personnes détenues sont connues et s'inscrivent plus généralement dans les orientations générales des pouvoirs publics dans ce domaine : favoriser les formations qualifiantes, comme les CAP ou BEP, plutôt que d'investir dans des formations « occupationnelles », en vue de l'accès à l'emploi des personnes incarcérées, et donc leur réinsertion.

1.3.4.1. Bilan de la formation professionnelle en détention^a

Tableau N°2 : Bilan de la formation professionnelle

	Gestion publique	Gestion déléguée	Expérimentation régionalisation
ACCUEIL DES ENTRANTS ET ACTION DE MOBILISATION SUR PROJET			
Accueil du détenu à son arrivée en détention à l'analyse initiale de la demande en insertion professionnelle avec personnel dédié	Non accueil généraliste	Oui, Objectifs à 90% des entrants en CD et 80% des entrants en MA	Non Pas d'obligation dans le cadre de la convention AP/Région
DEFINITION/EVALUATION D'UN PROJET PROFESSIONNEL INTRA MUROS (EMPLOIS ET FORMATION)			
Plateforme d'orientation parcours en détention et mesures de suivi individualisé avec personnel dédié (conseiller formation, psychologue du travail...)	Non	Oui, Objectifs à 100% des besoins et des demandes	Non Pas d'obligation dans le cadre de la convention AP/Région
ACCES A UN APPRENTISSAGE METIER PAR LA FORMATION			
Plateau de Formation Professionnelle	Oui	Oui	Oui
Tutorat, accompagnement sur poste de travail et renforcement de l'employabilité sur les postes de travail pénitentiaire	Non	Oui, objectifs à 20% des postes en CD et 12 % des postes en MA	Non Pas d'obligation dans le cadre de la convention AP/Région
DEFINITION/EVALUATION D'UN PROJET PROFESSIONNEL DE SORTIE (EMPLOI/FORMATION)			
Plateforme d'orientation préparation à la sortie / définition projet professionnel avec personnel dédié (Conseiller formation, psychologue du travail...)	Partiel (actions spécifiques sur certains établissements sur le plateau de formation)	Oui, objectifs à 100% des besoins et des demandes	Non Pas d'obligation dans le cadre de la convention AP/Région
ACCES A L'EMPLOI DURABLE EN FIN DE PEINE			
Placement à l'emploi en fin de peine avec du personnel dédié : action spécifique et directe de l'opérateur hors appui de Pôle Emploi dans le cadre de sa convention avec le Ministère de la justice	Non, Pas d'action directe du personnel de l'Administration pénitentiaire. Appui de Pôle Emploi	Partiel, Pas d'objectifs contractuels mais dispositifs développés en complément des missions de Pôle Emploi	Non, pas d'action spécifique de la Région Appui de Pôle Emploi

Source : Sodexo

Deux textes réglementaires antérieurs à la loi du 24 novembre 2014 (une circulaire interministérielle du 28 avril 1995, complétée par une note interne à la direction de

JUILLET 2016

I.G.S.J – I.G.A.S. – I.G.F

Mission d'évaluation des politiques d'insertion des personnes confiées à l'administration pénitentiaire par l'autorité judiciaire

l'administration pénitentiaire du 2 juillet 2003 établissant les grands principes de mise en œuvre et d'organisation de la formation professionnelle dans les services déconcentrés) définissent les orientations de la formation professionnelle dans les établissements pénitentiaires. En revanche, aucun texte n'établit des normes comparables pour le milieu ouvert, qui relève du droit commun.

L'administration pénitentiaire était, jusqu'à la loi du 5 mars 2014, responsable de l'analyse des besoins, de la conception et de la mise en œuvre des programmes de formation en milieu fermé ainsi que de leur suivi et de leur évaluation. Cette responsabilité l'avait conduit à différencier l'offre de formation selon les types d'établissements :

- en maison d'arrêt, en initiant des parcours d'insertion ;
- en établissement pour peines, en favorisant l'accès à la qualification et à la certification pour un retour durable à l'emploi.

Sur le fondement de l'article 9 de la loi pénitentiaire³, deux régions (Pays de la Loire et Aquitaine) avaient expérimenté un transfert de la compétence en matière de formation professionnelle et un rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGSJ avait procédé à l'évaluation de cette expérimentation en 2013. Ce rapport estimait que cette décentralisation était positive et identifiait trois principales conditions du succès pour la généralisation :

- un délai nécessaire à l'acculturation réciproque entre les conseils régionaux et l'administration pénitentiaire ;
- des ajustements de la gouvernance, en recommandant la mise en place d'un accompagnement étroit des équipes de l'administration pénitentiaire pour permettre aux professionnels de nourrir un dialogue équilibré avec les équipes du conseil régional ;
- le transfert de compétence de l'Etat aux régions sur la formation dans les établissements en gestion déléguée

Les tableaux suivants retracent le bilan des actions et dispositifs de la formation professionnelle

Tableau N°3 : Evolution globale des crédits de fonctionnement 2012-2014

Année	BOP 103 (D GEFP ¹)	FSE	A P / gestion publique	A P /gestion déléguée	Autres crédits ³	Marché AFPA	Total
2012	6 567 126	4 834 880	1 973 466	23 087 466	1 135 267	3 800 000	41 398 205
2013	6 356 467	4 296 092	1 646 406	26 498 965	624 319	3 800 000	43 222 249
2014	5 762 541	1 890 791	1 907 521	26 7282 47	2 045 243	3 800 000	42 134 343

1.3.4.2. La décentralisation de la formation professionnelle

La décentralisation prévue par la loi du 5 mars 2014 s'est réalisée en deux étapes :

Au 1^{er} janvier 2015 : pour les établissements pénitentiaires à gestion publique ;

Au 1^{er} janvier 2016 : pour les établissements à gestion déléguée à l'exclusion de certains établissements dont les contrats de marché arriveront à échéance le 31 décembre 2017,

1.3.4.2.1. Le dispositif mis en place par la DAP

Dans le cadre de l'application du 2° du II de l'article 21 de la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 susvisée relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale, la

région « finance et organise la formation professionnelle des personnes sous-main de justice. Une convention conclue avec l'État précise les conditions de fonctionnement du service public régional de la formation professionnelle au sein des établissements pénitentiaires ».

Pour la mise en œuvre et le pilotage des plans régionaux de formation professionnelle et afin que les dispositifs de formation professionnelle proposés aux personnes détenues soient maintenus et développés pour assurer à la fois la cohérence du parcours d'exécution de peine en détention avec les dispositifs de formation proposés dans le cadre du droit commun et une insertion socio-professionnelle à la sortie de détention, la convention conclue entre les conseils régionaux et les directions interrégionales des services pénitentiaires précise les conditions de fonctionnement du service public régional de la formation professionnelle au sein des établissements pénitentiaires.. Elle a ainsi pour objet de :

- préciser les modalités d'exercice de la compétence formation professionnelle ;
- définir les orientations générales de la politique de formation des personnes détenues et les modalités de mise en œuvre des dispositifs de formation et d'insertion professionnelles;
- développer les modalités et les outils de collaboration entre les services de la Région et ceux de l'administration pénitentiaire ;
- prévoir si nécessaire des déclinaisons territoriales spécifiques.

Compte tenu des spécificités des publics détenus et de l'organisation particulière des établissements pénitentiaires, l'accompagnement et le déploiement du transfert de compétences impliquent que les référents formation professionnelle de la Région et de la DISP veillent respectivement à :

- Pour la Région :
 - o intégrer la dimension des enjeux de la formation professionnelle pour une prise en charge opportune des publics détenus, dans la construction du plan régional de formation professionnelle et ses déclinaisons locales au regard, notamment, de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 et des dispositions de la loi du 5 mars 2014, ainsi que de celles de la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales ;
 - o mettre en place avec son interlocuteur désigné au sein de la DISP, des partenariats formalisés avec les différents services de l'AP : DISP, SPIP, établissements... ;
 - o piloter, coordonner et animer au niveau du territoire la politique régionale de formation professionnelle.
- Pour la DISP :
 - o élaborer l'état des lieux des locaux et des équipements de formation et le diagnostic initial qui sera communiqué à la Région lors de la préparation du transfert de compétences puis l'actualiser chaque année ;
 - o soumettre des propositions d'analyses et d'études et contribuer à leur élaboration - accompagner les services de la Région dans la connaissance du milieu pénitentiaire, en particulier concernant les orientations prévues en matière de prise en charge des publics détenus ;
 - o contribuer au suivi de la formation.

Différentes instances sont mises en place pour optimiser les articulations des différents niveaux d'intervention :

- **Le comité local de formation professionnelle (CLFP)**, présidé par la Région ; il est convoqué à l'initiative de cette dernière et composé comme suit :

- o Chef d'établissement ou son représentant ;
- o DFSP/IP ou son représentant ;
- o Représentant de la Région en charge de la formation professionnelle ;
- o Responsables de la formation professionnelle et du travail de la DISP ;
- o Responsable local de la formation professionnelle (établissement en gestion)

- publique) ;
- Représentant de Pôle Emploi et du représentant de la Mission Locale le cas échéant ;
- Responsable local de l'enseignement (Education Nationale) ;
- Représentant du SEP, si le SEP RIEP est présent sur site
- Experts ou personnalités extérieures le cas échéant.

Dans chaque établissement, le CLFP procède à l'analyse des besoins. Il valide le plan local de formation, s'assure de sa mise en œuvre et de son organisation matérielle en fonction des besoins identifiés, des publics (cohérence des actions de formation proposées en tenant compte des parcours d'exécution de peine adaptés aux spécificités et aux besoins des publics visés) et des moyens mis à disposition. Pour ce faire, il étudie les possibilités de mise à disposition des moyens matériels et humains utiles à l'exécution du plan local de formation (PLF), notamment celles relatives à la régulation des mouvements, à la gestion des plannings, et à la mise à disposition des locaux.

Un comité de pilotage régional composé, notamment du Président de la Région ou de son représentant et du directeur interrégional des services pénitentiaires ou de son représentant. Le comité de pilotage régional est assisté d'un groupe technique régional, composé des services techniques de la Région et de la DISP. Ce groupe technique peut inviter toute personne utile dans le cadre de ses travaux. Il a pour tâche d'assurer la coordination et le bon fonctionnement des dispositifs de formation.

Le comité de pilotage régional se réunit au moins une fois par an pour assurer le suivi de la mise en œuvre du plan régional de formation, conformément aux engagements des différents partenaires.

Il a également pour mission d'apporter des éléments de réflexion, d'analyse et, le cas échéant, des propositions, au regard des résultats.

Chaque année, la DISP et la Région, sur la base de l'inventaire matériel réalisé par l'Administration Pénitentiaire, examineront les perspectives et feront le point à cette occasion sur les questions d'hygiène et de sécurité.

Selon les termes de la DAP, pour évaluer le « taux de (ré) insertion des personnes ayant suivi une formation », les indicateurs retenus sont les suivants

- nombre de personnes classées au travail en établissement ;
- nombre de personnes ayant bénéficié d'un aménagement de peine ;
- nombre de personnes poursuivant un parcours de formation, en établissement ou à l'extérieur ;
- nombre d'obtention de diplômes ou de titres professionnels en fin de formation ;
- nombre de personnes embauchées en CDD ou CDI à leur sortie de détention. ».

Selon les informations recueillies par la mission, ces indicateurs n'ont pas fait l'objet de modalités de partage et de diffusion sur l'ensemble du territoire national avec les services des conseils régionaux.

1.3.4.2.2. Le point de vue des opérateurs privés

Les opérateurs privés exerçant les activités de formation, d'orientation et d'insertion professionnelle des personnes détenues sur les établissements à gestion déléguée ont alerté le législateur sur le fait que les compétences transférées n'étaient pas exercées selon les mêmes modalités selon que l'établissement est en gestion publique ou en gestion déléguée, entraînant, selon ces derniers, une distorsion de concurrence. Ils font valoir que les prestations visant à l'acquisition de compétences professionnelles et l'émergence d'un projet professionnel sont la résultante d'un cahier des charges obligatoire dans sa mise en œuvre par les opérateurs privés sur les établissements à gestion déléguée, alors qu'il ne l'est pas pour les établissements à gestion publique.

Le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ précité sur les modalités de ce transfert recommandait aux acteurs institutionnels de procéder à une évaluation systémique, établissement par

établissement, afin de mesurer concrètement les masses de l'ensemble de ces dispositifs d'insertion, leur interpénétration les uns dans les autres, leurs contributions et leurs intérêts dans la réinsertion des personnes et donc la lutte contre la récidive. Mais il ne résulte pas des constatations de la mission que cette recommandation ait été suivie d'effets. Ainsi à Strasbourg, le marché évaluation/orientation serait, selon les acteurs interrogés par la mission, un « vrai retour en arrière » puisqu'auparavant, au cours de la phase dite « d'accueil », la totalité des personnes étaient vues, alors que le nouveau marché (bloc 1) ne prévoit pas un accueil systématique de toutes les personnes écrouées. De plus, selon les informations recueillies par la mission, seul l'appel à projet de la DISP de Toulouse prévoit explicitement la possibilité de poursuivre à l'extérieur les actions initiées à l'intérieur.

La mission a également examiné les cahiers des charges de la DISP de Paris qui confirment le diagnostic d'un certain désordre, lié, selon les personnes rencontrées au, « saucissonnage » et à la multiplication des acteurs et qui fait craindre une certaine inefficience des dispositifs.

De plus, la préparation du transfert aux régions s'est accompagnée au cours de l'année 2015 de démarches qui ont été perçues comme discriminatoires par les opérateurs privés. En effet, lors des visites que les services des conseils régionaux ont menées dans les établissements pénitentiaires, notamment pour faire un état des plateaux techniques de formation, il a été rapporté à la mission que l'ensemble des DISP (à l'exclusion d'une seule) n'avait pas autorisé les services de formation des opérateurs privés à présenter l'ensemble de leurs dispositifs en cours.

En outre, les opérateurs privés ont évoqués, faute de mesures transitoires, la nécessité d'anticiper un plan social de licenciement qu'ils évaluent entre 250 et 300 personnes à l'issue du transfert total aux régions, ne connaissant pas les conditions éventuelles d'une reprise des contrats de travail de leurs personnels.

Dans le ressort de la DISP de Toulouse, au 15 décembre 2015, suite à la notification des marchés par les deux régions (Midi Pyrénées et Languedoc Roussillon) aux organismes de formation et au co-financement des programmes par le FSE, les programmes suivants ont été mis en place :

- **Reconduction des Plans Locaux de Formation** sur les trois établissements de Seysses (centre pénitentiaire) et Muret (31) et la maison d'arrêt de Foix (09) ;
- **Les actions de formations rémunérées** feront l'objet d'une **validation des acquis** (indicateur de performance) soit par titre soit par attestation.

Dans les établissements disposant d'ateliers de production tels que le centre de détention de Muret, des actions de formation devront permettre aux personnes détenues d'acquérir les savoirs faire utiles pour entrer en production chez les concessionnaires.

Encadré Le point de vue d'un opérateur privé (Sodexo) sur la décentralisation de la formation des personnes détenues

La loi prévoit de transférer aux Régions la compétence formation sur les 145 établissements

en gestion publique au 1^{er} Janvier 2015 (50% des places de détention), et sur les 45 établissements en gestion déléguée dans un délai de 22 mois, soit au 1er janvier 2016 (50% des places en détention)

L'Etat consacre, selon Sodexo, en moyenne **52** millions d'euros pour le financement de l'insertion professionnelle des publics sous main de justice. La répartition de ces fonds est la suivante :

- Financement des actions de formation, (gestion publique + gestion déléguée) : **31,2** millions d'euros (dont 10 millions pour la gestion déléguée et 21,2 millions pour la gestion publique)
- Financement des actions d'orientation professionnelle (uniquement sur les établissements à gestion déléguée) : **17** millions d'euros,
- Financement de la rémunération des stagiaires : **3,8** millions d'euros (crédits DGEFP).

Selon les calculs opérés par cet opérateur de gestion déléguée, le ratio « place de détention/formation » a un coût annuel de 350,9 euros, tandis qu'il s'établirait à un coût annuel de 743 euros dans les établissements sous gestion publique.

Le nombre d'heures réalisées par l'ensemble des opérateurs en gestion déléguée s'établissait à 1 682 021 heures en 2013 contre un volume total annuel dans les établissements en gestion publique de 3 469 000 heures de stage réalisées.

Cet opérateur en conclut que le coût horaire moyen de l'heure stagiaire s'établirait à 5,94 euros dans les établissements à gestion déléguée au lieu de 11,86 euros dans les établissements à gestion publique ; le rapport IGAS IGSJ avançait pour sa part, pour la région Aquitaine, dans le cadre de l'expérimentation un coût horaire moyen de l'heure stagiaire de 8,06 euro et de 7,76 euros pour la région des Pays de Loire.

1.3.5. Protocoles avec des fédérations professionnelles

1.3.5.1. UIMM

Les certificats de qualification professionnelle, réactivés par la loi du 5 mars 2014 par le compte personnel de formation et les nouvelles formes de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) étaient opérationnels en détention bien avant la loi. En effet, ces dispositifs s'inscrivaient déjà dans les grandes orientations de la politique de réinsertion professionnelle des personnes placées sous main de justice conduite par l'administration pénitentiaire. La loi n'innove donc pas de ce point de vue mais elle réaffirme la nécessité de former et de qualifier les personnes afin de sécuriser leur parcours professionnel hors les murs. C'est sous cette orientation que la direction de l'administration pénitentiaire a répondu à une sollicitation de l'Union des industries métallurgiques et minières (UIMM), soucieuse de répondre à une demande forte d'emplois de la part de ses adhérents.

Pour la direction de l'administration pénitentiaire, le bilan du protocole avec l'UIMM est le suivant :

Sur le ressort de la DISP de Lille, une convention de partenariat a été signée avec l'UIMM Nord-Pas-de-Calais et A2I le 30 juin 2011 pour une durée de 3 ans. Elle porte sur la mise en place du projet de formation Inser MétalJustice au CD de Longuenesse et vise l'obtention de certificats de qualification professionnelle. Des forums emploi sont également organisés avec des entreprises adhérentes. Le bilan final est attendu au 1er trimestre 2016.

Sur le ressort de la DISP de Rennes, le partenariat a été formalisé avec l'UIMM d'Ile et Vilaine et du Morbihan et A2I le 4 février 2014 pour une durée de 3 ans. La convention concerne le projet de formation Horizon Industrie Lorient-Ploemeur. Ce dernier consiste à préparer les personnes détenues du centre de détention de Ploemeur à l'obtention de licences professionnelles de soudure.

Sur le ressort de la DISP de Strasbourg, le partenariat a été formalisé avec l'UIMM de Meurthe et Moselle et A2I, le 3 août 2014 pour une durée de 24 mois. La convention porte sur le projet Horizon Industries au CD de Toul. Ce dernier consiste à préparer les personnes détenues à l'obtention de licences professionnelles de soudure.

Sur le ressort de la DISP de Toulouse, une convention de partenariat a été conclue avec l'UIMM Midi Pyrénées et A2I le 21 avril 2014 portant sur la mise en place du dispositif Actindustrie Justice visant à faciliter l'insertion des personnes détenues vers les métiers de la métallurgie (en PJ). Ce dispositif prévoit la mise en place d'une formation qualifiante des personnes détenues au sein des ateliers du centre de détention de Muret permettant l'obtention de certifications professionnelles en soudure.

Sur le ressort de la DISP de Paris, des contacts sont en cours avec le nouveau délégué départemental de Seine et Marne.

La mission mentionne au titre des partenariats pour l'emploi, la participation de l'Union des Industries et des Métiers de la Métallurgie (UIMM) pour favoriser la transition vers le travail à l'extérieur des personnes placées sous main de justice à un emploi. Sur trois ans, le budget de l'UIMM était de 480 000 € pour 40 actions consacrées aux personnes placées sous main de justice. Bien que participant à des actions de réinsertion professionnelle, l'UIMM n'est pas en mesure d'évaluer à l'échelle nationale le montant des financements dédiés à l'accès à l'emploi des personnes placées sous main de justice. S'il s'agit d'actions de formation, l'objectif est de favoriser un retour à l'emploi facilité dans des secteurs marqués par des difficultés à l'embauche. Le label apposé par l'UIMM sur les certificats de compétences professionnelles doit agir comme une forme de facilitateur dans les processus de recrutement.

Encadré : le dispositif A2I au CD de Muret

Dispositif qualifiant aux métiers de la métallurgie et préparatoire à la sortie

Action Soudure Industrielle CQPM n° 042 Centre de Détention de Muret débouchant sur le certificat de qualification professionnelle de la métallurgie.

L'évolution constante des activités de production industrielle, de plus en plus automatisées voir informatisées, nécessitent des organisations du travail toujours plus adaptées. Malgré la modestie du coût de la main d'œuvre pénale, les établissements pénitentiaires demeurent exposés à la concurrence des pays émergents.

Face à ce constat, l'industrie régionale peine à trouver la main d'œuvre nécessaire à son activité, malgré les 9% de chômage en Midi Pyrénées. Dans le cadre du protocole d'accord national, signé le 28 mai 2008, entre le MEDEF et le ministère de la Justice et des diverses rencontres opérées pour accompagner le développement de l'emploi pénitentiaire, l'Union des Industries et des métiers de la Métallurgie et la DISP de Toulouse ont décidé d'unir leurs compétences avec pour objectif de faciliter l'insertion professionnelle des personnes placées sous mains de justice et de contribuer à résoudre les difficultés de recrutement rencontrées par les entreprises des industries technologiques.

Le dispositif financé par le fond A2I (Agir pour l'Insertion dans l'Industrie) et baptisé « Actindustrie Justice » a démarré le 2 Juin 2014 et doit permettre :

- de préparer les personnes détenues à leur retour dans la vie active dans un secteur porteur d'emplois et ainsi prévenir d'une éventuelle récidive.

- aux entreprises, confrontées à une pénurie de main d'œuvre, de repérer des candidats compétents, ayant fait preuve d'aptitudes et de qualités dans l'exercice de leur activité professionnelle en milieu pénitentiaire.

Sept détenus du Centre de détention de Muret, formés aux métiers de l'industrie ont obtenu la certification de soudeur industriel (Certificat de Qualification Paritaire de la Métallurgie - CQPM N°42).

Un taux de réussite de 80%, salué par l'organisation patronale de l'UIMM. La remise des certifications s'est effectuée le 22 juillet 2015

Le plateau technique a été équipé avec le matériel nécessaire, il reste quelques aménagements à faire (tables pour chaque cabine, nettoyage).

Concernant le déroulement de la formation, les formateurs s'adaptent au rythme des stagiaires sur la semaine, avec les contraintes de production. Les cours de technologie et théorie sont dispensés par courtes périodes (10 minutes environ) au sein des ateliers. Un livret de compétences « Passeport Formation » a été mis en place pour suivre les évolutions des acquis. Au terme de la formation, un examen final est organisé dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur.

Les échanges entre le jury de professionnels (qui se rend à l'établissement au préalable afin d'appréhender l'environnement de travail des stagiaires) et chaque stagiaire durent environ 45 minutes. Les stagiaires n'ayant qu'un accès restreint à l'outil informatique, les Compagnons du Devoir proposent de fournir une trame papier, pouvant être complétée avec les formateurs tout au long de la formation et permettant, le cas échéant une présentation du travail lors de l'examen.

Une attention particulière est accordée aux personnes ayant des difficultés en lecture et écriture. Les Compagnons du Devoir ont réalisé un article dans « Le Journal des Compagnons du Devoir », mensuel diffusé nationalement auprès de tous les salariés de l'association, les entreprises partenaires, les entreprises versant la taxe d'apprentissage à cette association, et les partenaires institutionnels.

1.3.5.2. Convention avec le MEDEF

Le partenariat existant entre l'administration pénitentiaire et le MEDEF a été contractualisé le 28 mai 2008. Il a pour objet de faciliter la réinsertion professionnelle des personnes détenues. Les signataires se sont engagés notamment à renforcer la préparation à la sortie des personnes sous main de justice. Des actions locales ont été mise en place : mise en relation de personnes détenues sur des offres d'emploi, organisation de forums emploi/métiers en détention, visite des ateliers avec les délégués locaux du MEDEF. Les

actions menées étant locales, il n'existe pas, au niveau national, de comptes rendus. Il n'existe pas non plus de réunions du comité de pilotage national de ce partenariat, qui semble peu investi du côté de la direction de l'administration pénitentiaire.

Selon la direction de l'administration pénitentiaire, il n'y a pas eu de comité de pilotage national ces dernières années avec le MEDEF. Par ailleurs, il n'existe pas de bilans disponibles par DISP.

Ce partenaire de la DAP a fait valoir auprès de la mission les efforts importants qui ont été effectués pour sensibiliser, mobiliser et convaincre ses unions départementales. Il est regretté l'absence d'interlocuteurs au niveau central, comme l'absence de réunions périodiques pour faire part des résultats obtenus ou des difficultés rencontrées.

Ont été portés à la connaissance de la mission, quelques exemples de ce partenariat¹. Les informations recueillies étant trop éparses et insuffisamment mesurées, il est difficile de les évaluer. Toutefois, cette convention de partenariat avec la première organisation représentative des entreprises, regroupant à la fois des fédérations professionnelles et disposant d'un réseau de proximité avec des délégations territoriales, devrait constituer un enjeu stratégique pour la DAP, enjeu qui semble avoir été minoré.

Encadré : l'application de la convention nationale avec le MEDEF à la DISP de Toulouse

Le directeur interrégional des services pénitentiaires (DISP) de Toulouse, s'est rendu le 1er février 2012, au Club de la presse de Montpellier pour la signature d'une convention entre la DISP et le MEDEF de Languedoc Roussillon représenté par son délégué général.

Cette convention est la déclinaison régionale du protocole d'accord national signé le 28 mai 2008 entre le MEDEF et le ministère de la Justice et des Libertés.

Le DISP a souligné l'importance d'un tel accord qui vise à développer avec l'organisation patronale (fédérations professionnelles et Unions territoriales), le partenariat d'entreprises pour mettre en place les relais nécessaires à la sortie sur l'emploi des personnes incarcérées et à l'implantation d'entreprises concessionnaires au sein des établissements pénitentiaires.

D'une durée de deux ans, la convention régionale comprend deux axes majeurs :

- *Un axe d'information et de communication : intervention en milieu carcéral de chef d'entreprises (forums emplois,...), organisation de visites d'entreprises, information sur les offres d'emploi et de formations ;*
- *Un axe économique et social : développement des activités de productions industrielles, de VAE, de parrainage ou de tutorat etc....*

Cette convention a permis, dans le ressort de la région Languedoc Roussillon, de sensibiliser les entreprises aux missions de l'administration pénitentiaire dans le domaine de l'insertion et de soutenir le développement de différentes actions :

- *L'organisation de forum Emploi/Formation au sein des établissements pénitentiaires ;*
- *L'élaboration et la diffusion de différents supports d'information sur le travail pénitentiaire (journaux d'entreprises, pages internet etc...).*

1.4. Au Royaume-Uni

Il existe différents programmes pour former et éduquer les délinquants (*offenders*), les préparer ou les aider à accéder à l'emploi :

¹ Par exemple, cf. *infra* l'application de la convention avec le MEDEF en région Midi-Pyrénées ou la signature le JUILLET 2016

Le Offender Learning and Skills Service propose un service d'éducation dans les prisons, cocommandité par la *Skills Funding Agency (SFA)* – une agence du *Department for Business, Innovation and Skills – BIS* – ministère des entreprises, de l'innovation et des compétences) et le *National Offender Management Service (NOMS)* – Agence exécutive du ministère de la Justice). En 2012, quatre établissements de formation ont été choisis comme fournisseurs de ce service d'éducation, dans le cadre d'un appel d'offre ouvert et concurrentiel.

Le Virtual Campus (Campus Virtuel) : dans les prisons, le Campus Virtuel favorise l'accès à des moyens destinés à faciliter la réinsertion des délinquants. Du matériel pédagogique (apprentissage et formation en ligne) permet aux détenus de chercher des emplois adaptés et de développer leur CV. Les intéressés peuvent être aidés dans leurs démarches et dépôts de candidatures par des conseillers du *National Careers Service* (service national d'orientation des carrières). Ce programme opérationnel, disponible dans 95 prisons, en Angleterre et au Pays de Galles, fonctionne sur la base d'un partenariat avec le *NOMS*, la *SFA* et *BIS*. On le trouve également dans cinq institutions pour jeunes délinquants et trois hôpitaux sécurisés. Il est constitué d'un réseau interne d'ordinateurs et de serveurs au sein des établissements concernés, connectés à un contenu externe privé et un serveur de données, via une connexion Internet sécurisée. La gestion des données est effectuée par des utilisateurs habilités, en dehors de la prison via une interface spécialisée (*Management Information System interface*) avec les moyens des télécommunications du ministère de la Justice.

L'un des objectifs clés du Campus Virtuel est d'améliorer les chances de succès pour les détenus qui recherchent une formation complémentaire ou souhaitent retrouver un emploi. Le Campus Virtuel permet notamment l'acquisition d'un outil essentiel, à savoir d'un CV approfondi, pour certains détenus, leur premier CV...

Un large éventail de contenus et d'outils de réinsertion est disponible. Les détenus utilisent le Campus Virtuel pour étudier du niveau élémentaire jusqu'à l'obtention d'un diplôme d'études supérieures. Le Campus offre notamment la possibilité d'accéder aux « *Open University's introductory level Openings courses* », formation s'adressant à des apprenants ayant peu de connaissances ou d'expérience dans les études. Par ailleurs, les cours délivrés par la *City and Guilds of London (C&G)* et la majorité des cours de la *Oxford, Cambridge and Royal Society of the Arts (OCR)* sont accessibles par ce biais. *Le Offender Learning and Skills Service (OLASS)* examine et met à jour en permanence ce large éventail d'apprentissages, de formations et de matériel éducatif, qui sont contrôlés, mis à jour ou retirés dans un cycle de six mois.

Les délinquants peuvent ainsi développer les compétences dont ils auront besoin et de créer des liens avec les employeurs avant leur sortie de prison.

Le Campus Virtuel fournit aussi des informations concernant quelque 80 000 postes vacants et permet aux détenus, via un système de messagerie sécurisé, d'échanger avec les conseillers et tuteurs pertinents afin de candidater sur un poste. Un détenu libéré peut continuer accéder au Campus Virtuel via un portail intégré dédié intitulé « *Bring On Potential* » (BOP).

L'interface de gestion des données du Campus Virtuel permet un travail collaboratif sur chaque dossier, entre le personnel pénitentiaire et les éducateurs. Le système permet également au personnel de faire appel à d'autres partenaires, tels que les agents de probation et les associations locales de soutien (*community support organizations*).

L'emploi des détenus : le travail en prison offre aux détenus la possibilité d'acquérir une expérience et des compétences dans des domaines variés, tels que: textile, ingénierie, menuiserie, impression, vente au détail, blanchisserie industrielle, exploitation agricole, centres d'appel, services d'assemblage etc. Ces produits et services sont généralement fournis à l'échelle industrielle pour répondre à la demande interne, comme par exemple la fabrication de vêtements et de literie pour une utilisation au sein de l'administration pénitentiaire elle-même. Cependant, grâce à une approche concertée avec d'autres administrations, le travail est de plus en plus effectué pour le compte d'autres ministères, notamment le ministère de la Défense. Cela comporte des avantages importants, non

seulement pour les contribuables, mais aussi pour les détenus qui acquièrent des compétences professionnelles fondamentales, gages de réinsertion et donc de prévention d'une récidive future.

La « **Temporary release from prison** », mise en liberté conditionnelle⁴, qui permet à un détenu de s'absenter de son établissement fermé pendant une courte période (le plus souvent en fin de peine ou à l'approche d'une libération conditionnelle), pour rentrer chez lui, exercer un emploi rémunéré ou volontaire fait partie des options mises en avant par le Collège ; il s'agit de faciliter la réintégration dans la communauté par la reconstruction d'un lien social et l'anticipation de mesures pratiques (recherche d'un logement, inscription à une formation, constitution d'une épargne etc.). L'action comporte un volet à destination des toxicomanes auxquels il est de surcroît proposé un soutien psychologique durant cette période de mise en liberté conditionnelle.

De son côté, le ministère de la Justice veille à ce que, après la remise en liberté des détenus, un noyau d'employeurs leur offre des possibilités d'emploi. Ceci est particulièrement encouragé par le *Employers' Forum for Reducing Re-offending (EFFRR)*, une association d'employeurs engagés en faveur de l'emploi d'ex-détenus, et comptant parmi ses rangs certaines des plus grandes entreprises du Royaume-Uni. Des événements de « networking » cherchent à accroître la visibilité du groupe et à partager les bonnes pratiques parmi ses membres. Un avantage clé de l'*EFFRR* est qu'il s'agit d'un réseau entre pairs (qui permet aux entreprises de s'adresser à d'autres entreprises et, par le mentorat et le soutien, d'encourager de nouvelles entreprises à les rejoindre). Des précisions peuvent être obtenues en cliquant sur le lien ci-dessous².

Le *NOMS Co-financing Programme* offre également une aide aux anciens détenus en recherche d'emploi. Financé par l'Union européenne, ce programme vise à accroître les possibilités d'emploi, d'éducation ou de formation pour les délinquants au sein de la prison où dans la « communauté », à l'extérieur des établissements pénitentiaires. Il vise les délinquants auxquels un soutien ciblé serait particulièrement bénéfique et en les aidant à accéder aux dispositifs existants. L'accent est mis sur les personnes condamnées à une peine inférieure à 12 mois, les femmes, les minorités ethniques, et les personnes souffrant d'un handicap.

2. Travail et accès à l'emploi : le diagnostic et l'état des lieux

Une abondante littérature administrative a examiné ces dernières années le thème du travail en prison³.

Parmi celle-ci on peut citer un avis du Conseil économique et social (CES) de 1987 consacré au travail en prison qui retenait deux propositions portant plus particulièrement sur le travail en détention :

- améliorer en priorité les conditions de travail et la formation professionnelle (proposition

³ Sénat :

19 juin 2002 : prisons : le travail à la peine. (rapport d'information) par M. Paul Loridant au nom De La Commission Des Finances.

juillet 2012 : bilan de l'application de la loi pénitentiaire dressé par Nicole Borvo Cohen-Seat et de Jean-René Lecerf au nom de la commission des lois et de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois (rapport n°629 (2011-2012),).

Conseil économique et social :

- Travail et prison Rapporteur/Intervention : Jean TALANDIER Adopté le : 09/12/1986

- Les conditions de la réinsertion socioprofessionnelle des détenus en France Section des Affaires sociales Rapporteur Donat Decisier Adopté le : 22/02/2006

Cour des comptes

- rapport public thématique le service public pénitentiaire : « prévenir la récidive, gérer la vie carcérale » Juillet 2010

n° 3) ;

- préciser le statut du détenu au travail pour lui redonner une dignité (proposition n° 4).

Concernant cette dernière proposition, l'avis du Conseil économique et social préconisait un rapprochement progressif avec le droit commun pour les conditions de travail, la rémunération, l'expression individuelle et collective et l'accès à une instance chargée de régler les litiges individuels du travail. En ce qui concerne ce dernier point, la proposition de mettre en place une institution paritaire à l'intérieur des murs à l'instar des Conseils de prud'hommes était une solution originale qui aurait mérité d'être étudiée.

2.1. Le droit applicable

Le travail des personnes placées sous main de justice répond à deux situations différentes :

- selon que la personne exécute une peine en milieu ouvert : l'accès à un emploi relève des dispositifs de droit commun, à charge pour la personne de justifier d'une activité professionnelle⁴ ;
- selon que la personne est détenue : le travail est alors régi par divers textes, dont certains de portée internationale. En particulier, notamment au sens de l'article 4 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme, la Cour de Strasbourg a pu estimer que : « Le travail obligatoire effectué par le requérant pendant sa détention pouvait donc être considéré comme un « travail requis normalement d'une personne soumise à la détention » selon les termes de l'article 4 de la Convention. Dès lors, il ne constituait pas un « travail forcé ou obligatoire » au sens du même article de la Convention »⁵.

L'article 27 de la loi du 24 novembre 2009 a assigné à l'administration pénitentiaire une obligation positive d'offre d'activité: « Toute personne condamnée est tenue d'exercer au moins l'une des activités qui lui est proposée par le chef d'établissement et le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation dès lors qu'elle a pour finalité la réinsertion de l'intéressé et est adaptée à son âge, à ses capacités, à son handicap et à sa personnalité.

Lorsque la personne condamnée ne maîtrise pas les enseignements fondamentaux, l'activité consiste par priorité en l'apprentissage de la lecture, de l'écriture et du calcul. Lorsqu'elle ne maîtrise pas la langue française, l'activité consiste par priorité en son apprentissage. L'organisation des apprentissages est aménagée lorsqu'elle exerce une activité de travail. »

L'article 33 de la loi du 24 novembre 2009 susvisée dispose: « *La participation des personnes détenues aux activités professionnelles organisées dans les établissements pénitentiaires donne lieu à l'établissement d'un acte d'engagement par l'administration pénitentiaire. Cet acte, signé par le chef d'établissement et la personne détenue, énonce les droits et obligations professionnels de celle-ci ainsi que ses conditions de travail et sa rémunération. Il précise notamment les modalités selon lesquelles la personne détenue, dans les conditions adaptées à sa situation et nonobstant l'absence de contrat de travail, bénéficie des dispositions relatives à l'insertion par l'activité économique prévues aux articles L. 5132-1 à L. 5132-17 du code du travail* ».

« *Dans le cadre de l'application du présent article, le chef d'établissement s'assure que les mesures appropriées sont prises afin de garantir l'égalité de traitement en matière d'accès et de maintien à l'activité professionnelle en faveur des personnes handicapées détenues* »⁶

Hormis l'article 33 de la loi pénitentiaire de 2009, les principales dispositions législatives

⁴ Article 132-45 La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes : 1° Exercer une activité professionnelle ou suivre un enseignement ou une formation professionnelle ; [...]

⁵ Voir par exemple CEDH Meier c. Suisse 9 février 2016

⁶ 2 Tribunal des conflits, 14 octobre 2013, O. Vincent, n° 3918

relatives au travail des détenus sont les articles 717-3 et 718 du CPP. Outre son troisième alinéa aux termes duquel « les relations de travail des personnes incarcérées ne font pas l'objet d'un contrat de travail », l'article 717-3 du CPP précise dans son second alinéa qu'« au sein des établissements pénitentiaires, toutes dispositions sont prises pour assurer une activité professionnelle, une formation professionnelle ou générale aux personnes incarcérées qui en font la demande ».

Par ailleurs, la rémunération du travail en prison est régie par les deux derniers alinéas de l'article 717-3 du CPP:

« Les règles relatives à la répartition des produits du travail des détenus sont fixées par décret. Le produit du travail des détenus ne peut faire l'objet d'aucun prélèvement pour frais d'entretien en établissement pénitentiaire.

« La rémunération du travail des personnes détenues ne peut être inférieure à un taux horaire fixé par décret et indexé sur le salaire minimum de croissance défini à l'article L. 3231-2 du code du travail. Ce taux peut varier en fonction du régime sous lequel les personnes détenues sont employées ».

L'article 718 précise pour sa part que : « Les personnes détenues peuvent travailler pour leur propre compte avec l'autorisation du chef d'établissement ».

Plusieurs dispositions réglementaires régissent le travail en détention des personnes écrouées et hébergées : l'alinéa 1er de l'article 15 du règlement type des établissements pénitentiaires indique : « la personne détenue adresse sa demande écrite [de travail] au chef d'établissement ». L'organisation du travail des personnes détenues résulte, depuis l'intervention du décret du 23 décembre 2010 précité, des dispositions figurant dans la section première « Du travail des personnes détenues » du chapitre X « Des actions de préparation à la réinsertion des personnes détenues » du Titre II « De la détention » du livre cinquième « Des procédures d'exécution » de la troisième partie « Décrets simples » du CPP. L'article D. 433-1 précise que, « outre les modalités prévues à l'article D. 432-3, alinéa 3, le travail est effectué dans les établissements pénitentiaires sous le régime du service général, de la concession de main d'œuvre pénale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les établissements pénitentiaires et le service de l'emploi pénitentiaire » (SEP).

Le troisième alinéa de l'article D. 432-3, auquel renvoie cet article, prévoit que les détenus peuvent être autorisés à travailler pour leur propre compte par le chef d'établissement et aussi pour le compte d'associations constituées en vue de préparer leur réinsertion sociale et professionnelle. Ces associations sont agréées par décision du directeur interrégional des services pénitentiaires. Le travail a lieu dans le cadre de la convention conclue entre les établissements pénitentiaires et le service de l'emploi pénitentiaire.

2.2. Données quantitatives

2.2.1. Les données pour les personnes suivies en milieu ouvert ou sortant de prison

Il n'existe pas de données générales permettant de connaître, y compris pour les sortants de prison, de manière exhaustive ou par voie d'échantillonnage, les conditions de l'accès ou du retour à l'emploi des personnes sortantes de prison ou suivies en milieu ouvert. (cf. proposition N°1)

2.2.2. Les données pour les personnes détenues

Tableau N°4 : **INDICATEUR 1.4 : Pourcentage de détenus à l'intérieur des établissements bénéficiant d'une activité rémunérée**

7

	Unité	2013 Réalisation	2014 Réalisation	2015 Prévision PAP 2015	2015 Prévision Actualisée	2016 Prévision	2017 Cible
Pourcentage de détenus bénéficiant d'une activité rémunérée (travail et formation professionnelle)	%	29,5	28,5	29,5	28,5	28	28
Indicateur de contexte: masse salariale des activités de production à l'intérieur des établissements pénitentiaires (en brut)	M€	37,5	37,5	36	36	35	36
Indicateur de contexte : masse salariale du service général (en net)	M€	24	23,9	nd	nd	nd	nd

Sources de données : RAP 2016 statistique établie par les établissements (moyenne de données mensuelles au 1er jour ouvré de chaque mois - RMA)

Pour les différentes formes de travail (service général, concession, SEP RIEP), le tableau récapitulatif suivant peut être établi :

Tableau N°5 : **Tableau récapitulatif des différentes formes de travail en détention**

2014	Service général	SEP/RIEP	Concessions
nombre de détenus classés en moyenne annuelle	8391	983	7132
salaire moyen versé en €	254	532	408
nombre d'heures travaillées moyennes mensuelle	1 082 514	108 388	632 539
nombre total d'heures travaillées	12 990 173	1 300 592	7 590 470

Source : chiffres clés de l'administration pénitentiaire 2014

En 2014, selon les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, 23 423 personnes détenues ont eu, en moyenne mensuelle, une activité rémunérée que ce soit du travail en détention, du travail à l'extérieur pour les personnes écrouées non détenues ou une formation professionnelle rémunérée⁸. Ces activités se répartissent entre le service général (les activités liées à la maintenance de l'établissement pénitentiaire, la restauration, l'hygiène et

⁷ Précisions méthodologiques :

Mode de calcul : depuis le PLF 2013, le numérateur comptabilise le nombre de personnes écrouées hébergées (et non plus personnes écrouées), exerçant une activité de travail en détention, au premier jour ouvré du mois et le dénominateur le nombre de personnes écrouées et présentes dans l'établissement au premier jour ouvré du mois.

L'indicateur est la moyenne des douze relevés au 1er jour du mois des rapports mensuels d'activité (RMA) établis par les établissements. L'indicateur est ainsi recentré sur les activités rémunérées (travail et formation professionnelle) à l'intérieur des établissements pénitentiaires.

Les personnes détenues rémunérées visées sont celles qui occupent un poste au service général ou en atelier de production, ou qui sont stagiaires rémunérés de la formation professionnelle en établissements pénitentiaires.

⁸ Le travail en milieu pénitentiaire, Rapport annuel d'activité 2014, Bureau du Travail, de la Formation et de l'Emploi (PMJ3)

diverses tâches d'intérêt commun, comme la bibliothèque), et le travail au bénéfice d'un secteur marchand, (qu'il s'agisse d'un concessionnaire, de la régie industrielle des établissements pénitentiaires ou d'une activité d'insertion par l'économique).

Le taux d'activité global (qui inclut le travail mais aussi la participation à une action de formation professionnelle rémunérée) reste très faible par rapport aux besoins. Il a fléchi par rapport à l'année 2014 atteignant 34,6 % contre 35,9 % en 2013. Il varie de manière substantielle entre les établissements pour peines (51 %) et les maisons d'arrêt (31,5 %)⁹ au sein desquelles la sous activité est la plus forte.

Au titre du travail (incluant le service général, l'emploi chez les concessionnaires, et le SEP-RIEP), l'administration pénitentiaire enregistre 59 735 540 € de rémunérations brutes versées durant l'année 2014 pour 3 896 885 journées travaillées¹⁰. Le tableau ci-dessous présente une synthèse de la répartition des emplois et de la masse salariale selon les différentes formes de travail en détention.

Tableau N°6 : Répartition de la masse salariale entre les différentes formes de travail en détention

En 2014	Service général	Concession		SEP-RIEP	Total
		Gestion publique	Gestion déléguée		
Masse salariale (en €)		12 042 429	11 942 470		
	24 566 146	23 984 899		6 620 732	55 171 777
ETP		4 146	3 720		
	8 391 (48.6 %)	7 866 (45.7 %)		983 (5.7%)	17 240
Rémunération mensuelle moyenne (en €)	254	242	267	532	NN

Source : Le travail en milieu pénitentiaire, Rapport annuel d'activité 2014, Bureau du Travail, de la Formation et de l'Emploi (PMJ3).

En moyenne, en 2014, les objectifs fixés par les conventions d'objectifs (C.O.B) pour les différentes directions interrégionales (DI) sont atteints à 96 % en termes de masse salariale et à 94 % en termes d'ETP. Cependant, une disparité dans le niveau d'atteinte des objectifs C.O.B de travail existe selon les directions interrégionales. Par exemple, alors que la DI de Strasbourg atteint 100 % de son objectif C.O.B en termes de masse salariale, la DI de Marseille atteint 89 % de son objectif. Cette différence n'est pas expliquée.

Tableau N°7 : ETP par direction interrégionale comparée aux objectifs C.O.B en 2014

Métropole (hors MOM)	E.T.P 2014	Objectif E.T.P 2014	Écart E.T.P/Objectif
DI de Bordeaux	673	733	92 %
DI de Dijon	738	785	94 %
DI de Lille	991	1000	99 %
DI de Lyon	700	751	93 %

⁹ Données issues des chiffres clés de la DAP qui inclut dans le taux d'activité le travail et la formation rémunérée, ce qui entraîne des discordances avec les données détaillées de l'emploi et de la formation

¹⁰ Idem

Métropole (hors MOM)	E.T.P 2014	Objectif E.T.P 2014	Écart E.T.P/Objectif
DI de Marseille	467	506	92 %
DI de Paris	1190	1304	91 %
DI de Rennes	747	795	94 %
DI de Strasbourg	770	812	95 %
DI de Toulouse	628	638	98 %
Total métropole	6904	7324	94 %

Source : Le travail en milieu pénitentiaire, Rapport annuel d'activité 2014, Bureau du Travail, de la Formation et de l'Emploi (PMJ3).

Dans les établissements en gestion déléguée, l'offre de travail est à la charge de l'entreprise titulaire du contrat de gestion, selon des objectifs fixés contractuellement en termes d'heures de travail selon la capacité et le taux d'occupation des établissements. Le non-respect des objectifs contractuels par les gestionnaires implique le versement de pénalités financières proportionnelles à la différence entre le résultat et l'objectif.

Le taux d'emploi diffère du taux d'activités (qui correspond à une obligation légale pesant sur l'administration pénitentiaire) ; **lorsqu'il est rapporté à l'ensemble des personnes détenues, il montre en creux que la part de chômage¹¹ est plus importante dans les établissements pénitentiaires qu'elle ne l'est dans la population générale.**

La direction de l'administration pénitentiaire ne dispose pas de cet indicateur qui pourrait être pondéré par une adaptation de la notion de chômeur selon la définition internationale adoptée en 1982 par le Bureau international du travail (BIT)¹². La détermination de la part de chômage doit être rapportée au nombre de personnes détenues, déduction faite de ceux qui ont une activité rémunérée (16502), pondérée de la structure d'âge de la population.

La mission a ainsi considéré que si le taux de chômage dans l'ensemble des établissements pénitentiaires pouvait être estimé au 1^{er} janvier 2015 entre 65%, selon qu'étaient comptabilisées les personnes détenues en activité (soit de travail soit d'une formation professionnelle rémunérée¹³), et 75 %, en rapportant le nombre de personnes détenues classées au travail en moyenne mensuelle (service général, RIEP-SEP ou concessions)¹⁴, il devrait être mis en regard de la structure sociodémographique de la population détenue. Certes, il conviendrait de prendre en considération des paramètres spécifiques, tels que la part des personnes empêchées pour diverses raisons telles celles qui sont bénéficiaires de l'allocation adultes handicapées. Durant la même période, le taux de chômage s'établissait à 9,9 % de la population générale mais atteignait 23,9 % dans la tranche des 16-24 ans., La détermination d'un indicateur national, établi avec l'INSEE pour en assurer la fiabilité, permettrait de connaître avec précision la part de chômage atteinte dans les établissements pénitentiaires et ainsi de pouvoir servir d'appui à des stratégies locales convaincantes. (Les rapports de visite des établissements pénitentiaires effectués par le contrôleur général des lieux de privation de liberté confirment cette tendance, là où elle a été relevée, en la nuanciant selon le type d'établissements pénitentiaires¹⁵. Ainsi, il a été constaté que les ratios

¹¹ Au sens de l'INSEE qui distingue le taux de chômage (pourcentage de chômeurs dans la population active (actifs occupés + chômeurs), notion différente de la part de chômage qui, elle, mesure la proportion de chômeurs dans la population totale

¹² Selon le BIT, est considéré comme chômeur une personne en âge de travailler (15 ans ou plus) qui répond simultanément à trois conditions :- être sans emploi, c'est à dire ne pas avoir travaillé au moins une heure durant une semaine de référence ;- être disponible pour prendre un emploi dans les 15 jours ;- avoir cherché activement un emploi dans le mois précédent ou en avoir trouvé un qui commence dans moins de trois mois.

¹³ En rapportant le nombre de personnes en activité en moyenne mensuelle -23 423 - au nombre de personnes écrouées détenues au 1^{er} janvier 2015, soit une part de chômage de 64.6 %

¹⁴ 16506 personnes selon la DAP rapportées à 66270 personnes détenues écrouées et hébergées au 1^{er} janvier 2015, soit une part de 75.1%.

¹⁵ Rapports de visite des établissements pénitentiaires publiés en ligne sur le site du contrôleur général des lieux de privation de liberté

travailleurs/inactifs pouvaient même être très inférieurs¹⁶.
 Au centre de détention de Muret (31), les données sont les suivantes.

Tableau N°8 : **Exemple de l'emploi au centre de détention de Muret**

		2013	2014
Effectif moyen de l'établissement		589	582
Nbre de personnes détenues classées		53%	53.5%
	concessionnaires	227 (38.5%)	228 (39.1%)
	RIEP	62(10.5%)	65 (11.1%)
	Formation	23 (3.9%)	19 (3.2%)
	autres	1 (0.1%)	1
	Part de chômeurs	47%	46.5%

Source (rapport au comité d'évaluation du centre de détention de Muret pour 2014

Il est cependant relevé, dans les rapports de visite du CGLPL, des exceptions significatives, comme à la MC Saint Martin de Ré : "L'offre de travail, exceptionnelle dans un établissement pénitentiaire, permettant à près de 80 % des personnes détenues de bénéficier d'un salaire (60% en mai 2009, lors de la première visite) constitue un atout pour l'établissement qu'il convient de préserver ».

A la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, en janvier 2010 : "Parmi les 35% de la population pénale classée au travail, la majorité (71% d'entre eux) est employée en atelier. Le chômage (jusqu'à 56% au CJD) et l'absentéisme (jusqu'à 33% au D5) restreignent très nettement le nombre de ceux réellement présents à un poste." » (cf. proposition N°2)

La mise en place d'indicateurs d'emploi permettrait d'avoir une vision précise de la demande d'emploi. S'il est illusoire d'utiliser cet indicateur pour ajuster l'offre en temps réel, en revanche, la variation de la demande donne des indications assez précises sur les revenus, et leur absence ou leur diminution, la difficulté pour les personnes détenues à cantiner, à aider leurs familles à l'extérieur et à indemniser les victimes.

De surcroit, la variation d'emploi peut également être considérée comme un indicateur de gestion d'un risque sécuritaire, une hausse sensible de la part de personnes détenues au chômage, notamment dans un établissement pour peine, étant de nature à accroître les tensions.

La connaissance d'un tel indicateur par les partenaires clés de l'administration peut permettre, de surcroit, d'anticiper des interventions, par exemple en réunissant plus rapidement les CPU dédiées à l'examen des personnes dépourvues de ressources, en actionnant les associations qui peuvent abonder les fonds de secours ou en sollicitant par

¹⁶ Voir notamment les recommandations sur les visites des établissements suivants : MA Reims novembre 2008, MA Nice novembre 2008, CP Mont-de-Marsan octobre 2009, CP Le Havre juillet 2011

anticipation les organismes de formation, malgré la rigidité des dispositifs et l'annualisation de leur programmation.

2.3. Le point de vue des personnes détenues

Le Défenseur des droits relève, de la part de ses délégués intervenant en établissement pénitentiaire des difficultés d'accès au travail, « plus particulièrement des difficultés liées à un manque de places pour être classé au travail (le temps d'attente est très long pour obtenir un travail et l'incompréhension des détenus quant au choix du détenu qui obtient le travail, choix qui ne leur paraît pas objectif »¹⁷.

Selon le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dans une note adressée à la mission¹⁸ : « De manière générale, les personnes détenues font état d'une insuffisance de postes de travail au sein des établissements et de la faible offre de formation professionnelle. Elles relèvent également le caractère occupationnel de ces activités. Nombre d'entre elles nous saisissent en raison du délai écoulé depuis la demande de travail ou de formation professionnelle qu'elles ont pu formuler (délais de plusieurs mois, en l'espèce). Nous recevons de nombreux témoignages de personnes faisant état de l'écart existant entre le salaire qu'elles perçoivent et la réglementation ; certaines engagent des recours contre le DAP à ce sujet. [..]

S'agissant des procédures de classement au travail, nous sommes vigilants quant aux personnes dites « prioritaires » telles que celles dépourvues de ressources suffisantes et isolées (sur le plan familial et géographique). Enfin, nous avons déjà saisi des chefs d'établissement relativement aux conditions dans lesquelles avaient été prononcés des déclassements de poste de travail : le constat global est que l'appréciation du 2° de l'article R.57-7-34 du CPP « le déclassement d'un emploi ou d'une formation lorsque la faute a été commise au cours ou à l'occasion de l'activité considérée » est très large, la notion de « au cours ou à l'occasion » étant utilisée de manière particulièrement extensive par les chefs d'établissement. ».

Dans les établissements pénitentiaires, il s'agit très souvent de gérer une pénurie de l'offre de travail, qui peut être examinée aussi bien pour le service général (cf. 2.4 infra) que pour l'emploi en concession ou celui offert par le service de l'emploi pénitentiaire (cf. 2.5). La situation des personnes suivies en milieu ouvert, plus mal connue, n'en mérite pas moins une attention soutenue, le travail demeurant l'un des déterminants de la prévention de la récidive (cf. infra 2.6).

2.4. Le service général

Le service général désigne l'ensemble des emplois occupés par des personnes détenues dans des fonctions de maintenance, de restauration et d'entretien des lieux de vie collective en détention. L'administration pénitentiaire propose des travaux aux personnes détenues dans le cadre des activités de fonctionnement de l'administration pénitentiaire telles que la préparation et le service des repas ou l'entretien¹⁹. Il est régi par l'article D. 433-3 du CPP. Dans chaque établissement, des détenus sont affectés au service général pour maintenir propres les locaux de la détention et assurer différents travaux nécessaires au fonctionnement des services : nettoyage, maintenance des bâtiments, jardinage, cuisine, lingerie, bibliothèque, cantine, coiffure. Toutefois, aucun détenu ne peut être employé aux

¹⁷ Etat des lieux établi par le Défenseur des droits pour la mission

¹⁸ Note de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté pour la mission sur les principaux constats du CGLPL en matière d'insertion. Voir également le rapport annuel du CGLPL pour 2015.

¹⁹ Le travail en prison : une démarche citoyenne, Direction de l'administration pénitentiaire, 2012

écritures de la comptabilité générale, au greffe judiciaire ou dans les services de santé.

En 2014, 8 637 personnes détenues travaillent au service général quotidiennement et près de 24 566 146 € sont versés en salaires. L'emploi au service général représente à lui seul la moitié de l'emploi des personnes détenues écrouées et La rémunération mensuelle nette moyenne y est de 254 € pour trois à sept heures de travail par jour²⁰.

Entre 2013 et 2014, le montant d'ETP pour le service général a diminué de - 4 % pour les établissements en gestion publique et stagné pour les établissements en gestion privé, alors que la population écrouée et hébergée a baissé dans une proportion moindre sur cette période.

Parmi les diverses formes de travail des personnes placées sous main de justice, seul le travail au service général représente une dépense pour le programme 107. L'augmentation de l'offre de travail « marchand » devrait donc constituer un axe majeur pour la direction de l'administration pénitentiaire.

Sans mésestimer l'importance du travail au service général pour la réinsertion des personnes détenues, la faible rémunération servie comme la faible qualification des tâches effectuées peuvent être considérées comme moins porteuses dans une perspective de préparation d'une sortie.

Il convient de relativiser là encore cette appréciation au regard des efforts faits par des chefs d'établissement comme par des gestionnaires privés pour articuler l'emploi au service général avec des processus de qualification. Une évaluation générale de ces efforts localisés permettrait d'engager une négociation avec des organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) qui collectent les fonds de la formation professionnelle des entreprises, gèrent et financent les actions de formation et les contrats de professionnalisation.

Cette orientation permettrait de qualifier ce travail à grande échelle et ainsi faire baisser la dépense pour le programme 107, tout en maintenant le volume global des ETP.

2.5. Le travail en concession et les activités du service de l'emploi pénitentiaire de la régie industrielle des établissements pénitentiaires (SEP-RIEP)

Parmi les autres modalités de travail en détention, deux autres relèvent davantage de l'emploi marchand : le travail en concessions et les activités du service de l'emploi pénitentiaire (SEP-RIEP).

2.5.1. Le travail en concession

Les activités en concessions consistent pour les personnes détenues à travailler dans des ateliers installés dans les établissements pénitentiaires pour le compte d'entreprises privées. L'administration pénitentiaire prête les locaux et affecte les détenus tandis que les concessionnaires apportent le matériel et le savoir-faire.

Les conditions de rémunération et d'emploi des personnes détenues sont fixées par une convention conclue entre l'administration et l'entreprise « en référence aux conditions d'emploi à l'extérieur, en tenant compte des spécificités de la production en milieu carcéral et dans le respect du taux horaire minimal fixé à l'article D. 432-1 » (art. D. 433-1).

Le travail en concession représente 5 969 ETP. En 2014, dernière année connue, la masse salariale en concession est de 29 258 919 € pour une rémunération mensuelle nette moyenne de 408 €.

²⁰ Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire en 2015, Direction de l'administration pénitentiaire

Tableau N°9 : **Répartition du travail en concession entre établissements en gestion publique et gestion déléguée en 2014**

Type de gestion	Gestion publique	Gestion déléguée	Total
Masse salariale 2014 (en €)	13 634 836	15 487 089	29 258 919
salaire moyen mensuel	422.7€,	394.55€.	408 €(moyenne)
ETP 2014	2 688	3 271	5969

Source : Le travail en milieu pénitentiaire, Rapport annuel d'activité 2014, Bureau du Travail, de la Formation et de l'Emploi (PMJ3).

2.5.2. Le service de l'emploi pénitentiaire

Les personnes détenues peuvent également travailler dans des ateliers de la régie industrielle des établissements pénitentiaires (RIEP), créée en 1951 pour compenser le nombre insuffisant de postes de travail en concession.

Selon ce schéma, l'État emploie directement les personnes détenues à des travaux de production et se charge de l'écoulement des produits. La RIEP, délocalisée à Tulle, est gérée depuis 1998 par le service de l'emploi pénitentiaire (SEP), service à compétence nationale placé sous l'autorité du directeur de l'administration pénitentiaire. Ce service est chargé en particulier d'organiser la production des biens par les personnes détenues, d'en assurer la commercialisation et de gérer la RIEP. En 2014, le service de l'emploi pénitentiaire a géré 46 ateliers de production implantés dans 23 établissements pénitentiaires recevant majoritairement des personnes détenues condamnées à de longues peines. Ce service intervient dans plus de douze secteurs d'activités différents (confection, menuiserie boissellerie, métallerie, mécanique générale, imprimerie, informatique, numérisation d'archives audiovisuelles, travail à façon, reliure, cuir, exploitation agricole et diverses activités liées aux plans de sauvegarde du patrimoine).

Les ateliers du service de l'emploi pénitentiaire (SEP) ont employé, au cours de l'année 2014, 182 agents qui ont encadré 983 personnes détenues en moyenne mensuelle (4,2 % des actifs rémunérés écroués) pour un total de 1,3 M d'heures travaillées. La rémunération mensuelle moyenne nette par poste de travail, en équivalent temps plein, a été de 532 €.

La régie produit notamment des primo-équipements pour les ouvertures d'établissements pénitentiaires (3,4 M€ en 2015 pour les équipements des établissements de Riom, Valence et Fleury) et le mobilier des nouveaux palais de justice.

Au 1er juillet 2015, 47 ateliers, répartis sur 24 sites pénitentiaires, emploient 1 185 personnes détenues (1047 en 2014), dans les secteurs du métal, de la menuiserie, de la confection, des travaux informatiques, du façonnage, de l'imprimerie et de l'agriculture.

Tableau N°10 : **Répartition du travail dans les ateliers du SEP- RIEP entre établissements en gestion publique et gestion déléguée en 2014**

Type de gestion	Gestion publique	Gestion déléguée
Masse salariale 2014 (en €)	6 377 020	311 157
ETP 2014	995	52

Source : Le travail en milieu pénitentiaire, Rapport annuel d'activité 2014, Bureau du Travail, de la Formation et de l'Emploi (PMJ3).

2.6. L'accès à l'emploi des personnes sortant de prison et celles qui sont suivies en milieu ouvert

Comme cela a été indiqué précédemment, les données quantitatives relatives au travail des personnes sortantes de prison ou suivies en milieu ouvert sont défaillantes.

Il n'existe pas de suivi organisé au niveau central ni au niveau des DISP des protocoles mis en place pour permettre un accès à l'emploi ou un retour des personnes sortant de prison ou suivies en milieu ouvert.

L'application du droit commun n'exclut pas la mise en place de passerelles particulières pour faciliter le retour à l'emploi mais leur organisation relève de l'initiative locale.

La mission n'a pas disposé des éléments qui auraient permis une collecte nationale et systématique de ces initiatives, le recensement ci-dessous relevant d'informations recueillies lors de ses déplacements en régions.

Encadré : initiatives menées dans les régions Midi-Pyrénées et Languedoc Roussillon en milieu ouvert

*Avec la Direccte Midi Pyrénées, un **dispositif d'orientation et de préparation à la sortie (DOPS)**, visant à l'orientation et à l'insertion professionnelle des personnes détenues a été mis en place. Le dispositif est mené conjointement par les acteurs suivants : DISP/ SPIP 31/ Pôle emploi justice du 31, cofinancé par l'Etat et le Conseil Départemental, Pôle Emploi selon le profil de la personne (RSA ou non). Le Dispositif d'Orientation et de Préparation à la Sortie (DOPS) qui a fonctionné en 2015 pour cinq établissements de la région midi Pyrénées se poursuivra en 2016 en concernant tous les établissements pénitentiaires.*

***Avec l'école nationale vétérinaire de Toulouse** : des contrats d'accompagnement vers l'emploi de 6 mois renouvelables jusqu'au maximum de 2 ans permettent une réinsertion professionnelle durable. A ce jour 7 postes de travail sont proposés à des sortants de détention (aménagement de peine ou suivi SME) par convention SPIP, Pôle emploi et le conseil départemental.*

***Dans l'Hérault, le projet Puimisson"** a été mis en place : la congrégation des Moines et Moniales de St Joseph ont signé le 25 septembre 2013 à Puimisson (Hérault) une convention avec la DISP de Toulouse (Section travail DPIPPR) visant à faciliter l'insertion dans la vie active des publics placés sous-main de justice. Très investie dans l'accueil et l'accompagnement des populations en situation de précarité, la communauté religieuse St Joseph a accepté en avril 2011 de recevoir sur son site, des personnes condamnées par la justice à des peines de travaux d'intérêt général.*

Souhaitant poursuivre cette collaboration, la communauté a répondu favorablement à la proposition de l'administration pénitentiaire d'introduire au projet de construction du monastère, une clause d'insertion sur le principe des clauses sociales utilisées dans les marchés publics.

Les entreprises retenues dans la réalisation de cette construction se sont engagées à réserver un volume d'heures de travail, équivalent à 10% du volume total des heures générées par le chantier, à une action d'insertion professionnelle. L'objectif affiché par les Moines et Moniales est de répondre à une exigence de solidarité et de cohésion sociale en facilitant le recrutement de personnes condamnées. Pour l'administration ce type de collaboration permet d'ouvrir de nouvelles opportunités d'exécution de peine

pour la personne placée sous-main de justice en mobilisant les mesures et dispositifs pour l'emploi et de formation professionnelle. L'expérience s'est avérée concluante.

Au terme de l'action, les entreprises ont dépassé leurs obligations en réalisant 1 166h d'insertion pour un objectif de 450h fixé à la convention La collaboration des services SPIP, Maison de l'emploi du grand Biterrois (MDEGB) et Pôle Emploi Justice s'est par ailleurs renforcée et étendue à d'autres types d'actions

Les partenaires impliqués : La DISP de Toulouse

La DR de Pôle Emploi LR

La Maison de l'Emploi MDEGB

La Mission Locale de Béziers

Le SPIP de l'Hérault

Dans le ressort de la DISP de Toulouse, des projets innovants ont pu voir le jour avec des partenariats multiples :

- Le Chantier Extérieur en partenariat avec les Voies Navigables de France, le conseil régional, Pôle emploi et le CFPPA permet la mise en situation de travail de 8 personnes détenues (CAE/CUI) ;
- Le chantier extérieur Bâti+ sur l'Ariège propose également cette alternative sous forme de 6 postes mais aussi des actions non rémunérées mais permettant une remobilisation vers l'emploi ;
- Placement extérieur INSTEP (8 à 12 places) partenariat Direccte/ FSE etc.... Sur cinq demi-journées par semaine les personnes suivies en milieu ouvert font l'objet d'un accompagnement renforcé avec des professionnels autour du montage d'un projet Professionnel individualisé- Retour à l'emploi.
- ECTI : association avec qui la Fondation FACE a conventionné pour un accompagnement individuel ou en groupe portant sur des démarches de retour à l'emploi, création de microentreprises

Encadré : dispositif pour les jeunes de moins de 25 ans

Un partenariat actif du SPIP avec les missions Locales de Toulouse de la Haute Garonne mais aussi de l'Ariège notamment dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif Garantie Jeune: il s'agit d'une garantie à une première expérience professionnelle : conclue sous la forme d'un contrat réciproque d'engagements entre un jeune bénéficiaire et une mission locale pour une durée d'un an. L'objectif de l'accompagnement est de créer des liens directs, immédiats et privilégiés entre les jeunes et les employeurs, comme vecteurs du développement de l'autonomie sociale et professionnelle des jeunes accompagnés. Le jeune qui intègre le dispositif est rémunéré (important pour la pérennisation). L'accompagnement est à la fois vers l'emploi mais aussi en accompagnant le jeune dans son emploi.

Ces projets, selon les entretiens que la mission a pu avoir sur le terrain, nécessitent une bonne connaissance des dispositifs complexes en matière d'aide à l'emploi. Le secrétariat général du comité interministériel pour la prévention de la délinquance (CIPD) a compilé un manuel recensant l'ensemble des dispositifs d'insertion des jeunes ; de tels documents sont également disponibles au Ministère de l'emploi et du travail. Tout en reconnaissant leur importance pour l'insertion des personnes suivies en milieu ouvert, ils sont chronophages pour des résultats parfois limités. La mise en place d'une compétence d'ingénierie de projets dans les DISP permettrait de limiter ces obstacles.

2.6.1. La transition vers le travail à l'extérieur

Depuis 1993, une politique conjointe est engagée entre le ministère de la Justice et le ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue social pour permettre aux personnes placées sous main de justice d'accéder aux services de droits communs et ainsi de préparer leur réinsertion professionnelle²¹.

Ainsi qu'il est indiqué dans la partie dédiée au budget et au financement des politiques d'insertion, la convention-cadre nationale de collaboration signée en 2010 entre la direction de l'administration pénitentiaire a été renouvelée pour la période 2013-2015. La convention vise en priorité des interventions en milieu fermé : aucun recensement des partenariats locaux existant en milieu ouvert n'est effectué. Des entretiens que la mission a pu conduire en région, il ressort que les partenariats sont davantage fondés sur les capacités de mobilisation des ressources locales par les CPIP dans leurs secteurs d'intervention que sur de réelles relations institutionnelles.

2.6.2. Les contrats uniques d'insertion (CUI)

Ainsi qu'il est indiqué dans la fiche dédiée au budget et aux financements des politiques d'insertion, les personnes placées sous main de justice peuvent bénéficier de contrats aidés. En 2015, selon les calculs de la mission, les personnes placées sous main justice bénéficient au minimum d'un total de 392 contrats uniques d'insertion sans que le nombre exact puisse être connu à défaut de croisements de fichiers.

Tableau N°11 : Répartition des contrats CUI de moins de 6 mois par régions et par nature entre 2013 et 2015

	2013			2014			2015		
	CUI CAE	CUI CIE	TOTAL CUI	CUI CAE	CUI CIE	TOTAL CUI	CUI CAE	CUI CIE	TOTAL CUI
	1036	134	1170	802	113	915	239	153	392

Source : Extraction DGEFP 2015.

2.7. Droits à la retraite

Le vieillissement de la population détenue pose d'autres questions, notamment celle des droits à la retraite. Cette problématique a notamment été soulevée par le CGLPL. Les courriers reçus par le Contrôleur général et les rapports de visite des établissements

²¹ Convention cadre nationale de coopération entre Pôle emploi et l'administration pénitentiaire 2013-2015.

pénitentiaires témoignent des difficultés rencontrées par les personnes détenues pour faire valoir leurs droits à la retraite, en particulier concernant la prise en compte des périodes de travail effectuées en détention²².

La direction de l'administration pénitentiaire et la direction de la sécurité sociale ont décidé d'une information interservices (DISP, CARSAT et établissements pénitentiaires) pour appeler leur vigilance sur le traitement des demandes individuelles de reconstitution de carrières des personnes détenues.

2.8. Les outils de suivi et de développement de l'emploi en milieu pénitentiaire

2.8.1. Le programme « entreprendre »

Le programme « entreprendre » est un plan national lancé en janvier 2008 par la DAP.²³ Il avait pour objectif d'augmenter le nombre de détenus ayant accès à une activité rémunérée au titre du travail, du service général et de la formation professionnelle. Il concernait 168 établissements, comportait 11 cibles et 28 objectifs portant sur l'organisation du travail, les infrastructures dédiées au travail, la formation du personnel en relation avec les ateliers, l'alternance travail-formation au service général et les relations avec les partenaires économiques. Les thématiques de ce plan concernaient les infrastructures liées au travail, l'organisation du travail, les relations commerciales avec les entreprises, l'hygiène et la sécurité des ateliers et des zones de travail du service général.

Selon la Cour des comptes²⁴ : « Les premiers bilans de ce plan, qui concerne 168 établissements, ont mis en évidence des résultats disparates d'une DISP à l'autre. Si les mesures consistant à mieux répondre aux attentes des entreprises commanditaires ont eu un certain succès, la mise en place de la journée continue, qui semble surtout motivée par la nécessité de réduire les mouvements en détention, n'a pas reçu partout le même accueil. Ainsi, alors que le plan « Entreprendre » a pu jouer un rôle d'amortisseur aux effets de la crise économique, son efficacité reste encore à démontrer. »

Une seule évaluation a été effectuée pour l'année 2009, montrant notamment que l'alternance travail-formation au service général devait encore être améliorée et que le niveau d'emplois en établissement pénitentiaire ne pourrait venir que du secteur privé.

Le rapport annuel d'activité sur le travail pénitentiaire effectué par la DAP mentionne ce programme pour en présenter les initiatives les plus marquantes. En réalité, seules deux directions interrégionales (Bordeaux et Toulouse) semblent encore s'appuyer sur ce dispositif.

2.9. Les obstacles au développement de l'emploi

2.9.1. les obstacles physiques

En s'appuyant sur l'examen de quatre-vingt-dix des rapports de visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté dans des établissements pénitentiaires, il ressort que

²² Cf. note du CGLPL pour la mission

²³ Cf rapport IGF2008-M-087-02 les modalités de partenariat entre l'administration pénitentiaire et le secteur privé avril 2009

²⁴ Cour des comptes *Rapport public thématique Le service public pénitentiaire : « Prévenir la récidive, gérer la vie carcérale » Juillet 2010*

généralement, les établissements de petite taille ne disposent pas des surfaces nécessaires à l'installation d'ateliers²⁵ : « Face à l'absence d'atelier et de locaux disponibles, des personnes détenues travaillent en cellule et obtiennent ainsi une rémunération. Leurs conditions de vie ne sont cependant pas satisfaisantes, en raison d'un surencombrement de la cellule et de conditions d'hygiène dégradées. Des solutions pour améliorer cette situation devraient être recherchées. »

La configuration des locaux fait obstacle aux livraisons : portes d'entrée trop étroites, absence de quai de déchargement, etc. De plus, la pénurie engendre des difficultés dans les procédures de classement, obligeant les chefs d'établissement à faire des choix qui ne sont pas dictés par des critères privilégiant nécessairement les processus de réinsertion.

A l'inverse, certains établissements ont orientés l'ensemble de leur organisation autour du travail : « L'établissement dispose d'ateliers qui constituent de véritables unités de production gérées par le service de l'emploi pénitentiaire (SEP) de l'administration pénitentiaire. Elles permettent la réalisation d'un travail qualifiant qui offre des conditions de rémunération supérieures à la moyenne générale des salaires versés aux détenus. » Il est souligné²⁶ « L'action menée par le chef d'établissement et son équipe pour développer le travail en atelier mérite d'être saluée et encouragée. ».

2.9.2. Les obstacles tenant à l'organisation des établissements pénitentiaires

Selon le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dans cette grande maison d'arrêt de la région parisienne, il est relevé : « S'agissant des ateliers, du fait des mouvements et du planning des occupations, le taux d'absentéisme des travailleurs est important. Les concessionnaires s'en plaignent. »²⁷

S'agissant des procédures de classement au travail, le CGLPL fait le constat global est que l'appréciation du 2° de l'article R.57-7-34 du CPP : « le déclassement d'un emploi ou d'une formation lorsque la faute a été commise au cours ou à l'occasion de l'activité considérée » est très large, la notion de « au cours ou à l'occasion » étant utilisée de manière particulièrement extensive par les chefs d'établissement. »

La situation générale de l'emploi dans les établissements pénitentiaires peut être ainsi caractérisée :

- Une offre de travail faible et insuffisante ;
- Une activité se caractérisant en général par un travail peu qualifié ;
- Un travail donnant lieu à une faible rémunération²⁸.

2.9.3. Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire²⁹

Le secrétariat général à la modernisation de l'action publique (SGMAP) a financé, à la demande de la mission, une étude réalisée par l'institut TNS Sofres auprès d'entreprises et ayant pour objet d'identifier les freins et leviers à l'embauche des personnes placées sous main de justice. Les résultats essentiels de cette enquête d'opinion, réalisée auprès d'un échantillon de 600 entreprises, sont les suivants.

²⁵ Voir par exemple, le rapport de visite de la MA Chaumont août 2011

²⁶ Voir par exemple, le rapport de visite de la MA Belfort février 2009

²⁷ MA Fleury-Mérogis janvier 2010 n°11 (Services communs)

²⁸ Sur ce dernier aspect voir le chapitre du rapport annuel du CGLPL pour 2011 consacré aux rémunérations.

²⁹ Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – TNS Sofres pour SGMAP – Janvier 2016

2.9.3.1. Des entreprises qui accordent de l'importance à l'insertion des personnes éloignées de l'emploi et sont prêtes à jouer le jeu... mais beaucoup moins lorsqu'il s'agit de personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire

Près de neuf entreprises sur dix (88%) estiment avoir un rôle à jouer important, voire très important (43%) dans l'insertion professionnelle des personnes éloignées de l'emploi (seniors, jeunes, personnes handicapées, chômeurs de longue durée...).

En termes de secteur, seul le BTP se démarque négativement, mais avec un score qui reste assez élevé (77%). Cette importance accordée à l'insertion vaut de façon massive pour toutes les catégories de personnes éloignées de l'emploi sauf pour celles condamnées, face auxquelles les entreprises sont clairement divisées (seulement 47% estiment qu'il est important que les entreprises agissent en faveur de leur insertion professionnelle).

A noter que les entreprises de plus de 50 salariés sont plus positives sur ce point.

Mais dans un contexte où les perspectives d'embauche pour 2016 semblent modestes pour les entreprises interrogées (à peine un tiers envisagent de recruter), celles-ci sont peu disposées à embaucher des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire (69% n'envisageraient pas d'en embaucher, dont 33% certainement pas).

Les entreprises de plus de 10 salariés et du secteur de l'industrie affichent toutefois des prédispositions plus favorables. Toutes se montrent en revanche plus ouvertes envers les autres catégories de personnes éloignées de l'emploi.

2.9.3.2. Un niveau d'information relativement faible sur les dispositifs pour favoriser l'emploi des personnes condamnées

Un peu moins d'une entreprise sur deux sait que les entreprises ont la possibilité d'embaucher des personnes condamnées en contrat d'insertion (45%). Dans le même temps, elles se déclarent mal informées sur ce sujet (88% au total, dont 64% très mal informées).

D'après les entreprises interrogées, celles qui emploient des personnes condamnées le font principalement pour favoriser leur insertion. L'intérêt en termes d'image est beaucoup moins perçu (42% pour l'ensemble des entreprises).

2.9.3.3. Des freins assez forts à l'embauche de personnes condamnées

Même après une explication sur les possibilités offertes par les contrats d'insertion, deux entreprises sur trois n'envisagent toujours pas d'embaucher des personnes condamnées (66% de réponses négatives).

Le secteur de l'industrie confirme en revanche sa plus grande ouverture (48% vs 34% pour l'ensemble).

Parmi les entreprises qui n'envisagent pas d'employer des personnes condamnées, une sur deux affirme que, même si leurs profils pouvaient correspondre à ses besoins, elle ne souhaiterait pas en employer.

Toutes les mesures proposées pour favoriser l'emploi des personnes condamnées et suivies par les services de justice sont jugées utiles par les répondants, en particulier le fait d'être informé précisément sur les précautions à prendre lorsqu'on embauche ces personnes (89%). Les autres mesures recueillent des scores positifs supérieurs à 75% (accompagnement personnalisé pour faciliter le processus d'embauche, allègement de charges fiscales ou encore accompagnement sur la procédure de recrutement).

Mais globalement, les freins à l'embauche restent bien plus forts que les leviers. Le profil psychologique des personnes condamnées apparaît comme un frein majeur (84% « oui, dissuaderait »), suivi du danger que les condamnés représentent pour les salariés (71%) et des craintes quant à leur fiabilité (69%). En matière de leviers, la volonté d'agir en faveur de

la réinsertion sociale arrive en tête des critères qui pourraient inciter à employer des personnes condamnées et suivies par les services de la justice (71%), suivi par le souhait de donner une seconde chance (65%). Les autres leviers proposés apparaissent comme moins décisifs (bénéficier d'informations sur les précautions à prendre, d'un accompagnement personnalisé de la part de l'administration pénitentiaire ou la promotion de l'image de l'entreprise).

2.9.3.4. Les possibilités d'emploi de personnes détenues purgeant actuellement leur peine au sein d'un établissement pénitentiaire sont mieux connues...même si les entreprises manquent beaucoup d'informations

On constate une bonne connaissance des entreprises sur la possibilité de faire travailler des personnes détenues purgeant actuellement leur peine en mettant en place des ateliers de production au sein même des établissements pénitentiaires (58%, dont 37% savent bien de quoi il s'agit) – quels que soient le secteur et la taille de l'entreprise.

Mais les répondants s'estiment là aussi très mal informés sur les démarches à effectuer pour mettre en place cet atelier (89% sont mal informés, dont 67% très mal).

D'après les entreprises interrogées, celles qui ont recours à ce type de solution le font surtout pour bénéficier d'une main d'œuvre à bas coût (81%) mais aussi pour favoriser l'insertion sociale des détenus (73%).

2.9.3.5. Des entreprises qui perçoivent un certain nombre d'avantages à la mise en place d'ateliers au sein des établissements pénitentiaires

Près des deux tiers des entreprises interrogées n'envisagent pas de faire travailler des détenus en mettant en place un atelier de production au sein d'un établissement pénitentiaire (dont 42% « certainement pas »). Elles invoquent très majoritairement le fait que l'atelier de production ne correspond pas à leur besoin (88% d'entre elles). Pour les autres, l'engagement social en faveur de l'insertion (76% parmi les entreprises pourrait avoir besoin d'un atelier) et la valorisation d'une fabrication française (72%) sont les deux principaux leviers perçus. En revanche, les opinions sont plus partagées sur les freins, les frais de fonctionnement apparaissant comme le principal.

2.10. L'insertion par l'activité économique : un dispositif pertinent pour une piste prometteuse

L'article 33 de la loi 24 novembre 2009 entendait rapprocher les dispositifs mis en œuvre en prison du droit commun, avec notamment la possibilité de création d'entreprises d'insertion intra-muros à deux niveaux :

- Des ateliers chantiers d'insertion (ACI) pour des personnes très éloignées de l'emploi ou de l'activité ;
- Des entreprises d'insertion (EI) par l'économique pour des personnes moins éloignées de l'emploi.

A cet effet, la direction de l'administration pénitentiaire a mis en place depuis mai 2014 un dispositif selon ces deux axes.

L'objectif affiché est, par la localisation d'une structure d'insertion par l'activité économique (SIAE) dans un établissement pénitentiaire, de permettre le développement des qualifications et l'acquisition d'une expérience professionnelle.

L'objectif quantifié pour l'année 2015 est de créer 70 ETP..

Les ressources prévisionnelles proviennent conjointement de la DAP et de la DGEFP. Elles s'élèvent à 406 252 € pour sept sites pour les entreprises d'insertion et à 1 098 216 € (7

sites) pour les ateliers ou chantier d'insertion (ACI) et leur détail figure dans l'encadré suivant.

Le programme étant en phase de démarrage, il est difficile d'en évaluer l'impact. Plusieurs facteurs positifs tenant au processus mis en place méritent d'être soulignés :

- La démarche de projet associe les bailleurs de fonds (DAP et DGEFP) avec des opérateurs (FNARS qui a mobilisé son réseau) ;
- Des comités de pilotage tripartites se réunissent à intervalles réguliers pour énoncer les difficultés, mobiliser les opérateurs locaux.

Toutefois, la montée en charge peut apparaître faible au regard des besoins (70 emplois prévus en 2015). Le dispositif mis en place repose exclusivement sur des engagements et des financements de l'Etat et il n'est pas apparu que la recherche de partenariats plus diversifiés tant auprès des collectivités locales, par exemple en inscrivant les SIAE dans les conseils départementaux de l'insertion par l'activité économique.

Encadré : le développement de structures d'insertion par l'économie à la DISP de Toulouse

Dispositif expérimental	Phase expérimentale 2015-2017	Public
<p><i>La Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a introduit de nouvelles dispositions dans le déroulement des activités professionnelles en milieu carcéral. L'article 33 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 définit la formalisation de la relation de travail entre l'administration pénitentiaire et la personne détenue (création d'un acte d'engagement) et ouvre la possibilité pour cette dernière dans les conditions adaptées à sa situation et nonobstant l'absence de contrat de travail de bénéficier des dispositions relatives à l'insertion par l'activité économique (L.5132-1 à L.5132-17 du code du travail)</i></p> <p><i>Dans la perspective de la déclinaison de cet article, un groupe de travail (GT IAE) a été installé au niveau national le 23 mai 2014 réunissant la DGEFP, les têtes de réseau de l'IAE (FNARS, Fédération des entreprises d'insertion et Chantier Ecole), Pôle emploi et l'administration pénitentiaire. Les travaux ont permis de finaliser le cadre juridique et les modalités d'intervention de la SIAE en milieu pénitentiaire (organisation du dispositif).</i></p> <p>LE CADRE JURIDIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'acte d'engagement ; • Le contrat d'implantation ; • La charte d'accompagnement <p>ORGANISATION DU DISPOSITIF</p>	<p><i>Le projet vise à développer en milieu pénitentiaire les principes mis en œuvre par les SIAE, pour augmenter l'employabilité des personnes détenues et faciliter leur retour à la vie civile. Ce type de collaboration dans la prise en charge des personnes placées sous-main de justice doit permettre le développement des qualifications et l'acquisition d'une expérience professionnelle des personnes détenues et le renforcement du lien « dedans dehors ».</i></p> <p><i>En instaurant une continuité dans la prise en charge globale de ses publics, à la sortie de détention, le ? SIAE participe au développement des mesures d'aménagements de peines et à la lutte contre la récidive. La section travail s'est portée candidate auprès de la DAP pour conduire l'expérimentation</i></p> <p>LES FINANCEMENTS DGEFP :</p> <p><i>Aide au démarrage au titre du FDI 60% de l'aide au poste</i></p>	<p><i>Les personnes détenues condamnées dont le quantum de peine restant à purger est compris entre 6 mois minimum et 12 mois maximum de la sortie de détention avec ou sans expérience professionnelle, éloignées de l'emploi ou rencontrant des difficultés particulières d'insertion sociale et professionnelle.</i></p> <p><i>Les personnes détenues visées sont donc celles dont le cumul des insuffisances de qualification/formation et des problématiques sociales ne permet pas un classement au service général ou auprès d'un concessionnaire « classique » en établissement pénitentiaire.</i></p> <p><i>La démarche implique également que le détenu soit en capacité de poursuivre son travail de réinsertion hors les murs par le biais des mécanismes (bracelet électronique, contrainte pénale) prévus à cet effet.</i></p> <p>LE PROJET D'ACTIVITÉ</p> <p><i>A l'étude, projet d'implantation d'une activité de fabrication de jus de fruits et de légumes sur le CP Perpignan (Pyrénées Orientales) avec l'entreprise d'insertion A.N.D.R.E.S., association nationale de développement des épiceries solidaires</i></p> <p><i>L'entreprise développe des coopérations en circuits courts entre les structures d'aides alimentaires et les petites exploitations agricoles locales</i></p> <p>Site pilote : le CP Perpignan</p> <p>Nombre prévisionnel de postes en insertion : 10</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Les modalités d'intervention ; • Le pilotage du dispositif ; • Le cahier des charges – propositions <p>LES MODALITES DE FINANCEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participation financière DAP et DGEFP 	<p>socle + 5% de modulation</p> <p><u>DAP</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide au démarrage de 3 000€ par projet - Mise à disposition gracieuse d'un espace de production et de bureaux - Non facturation des fluides - Cotisations sociales prises en charge par l'administration (non facturées aux ACI) - Formation des intervenants SIAE 	
--	--	--

Encadré Expériences d'entreprises

La mission a contribué à la réalisation d'un échantillon d'entreprises ayant une expérience des embauches de personnes placées sous main de justice sur la base d'informations communiquées par la DAP et différentes fondations ou fédérations.

/ **Guilbert Propreté** : plusieurs embauches de sortants de prison, dont certaines d'anciens salariés entrés en détention soit pendant leur contrat, soit après avoir quitté l'entreprise ; le PDG a notamment permis à des personnes détenues de bénéficier d'un aménagement de peine grâce à l'emploi proposé.

/ **Groupe M6** : deux embauches, un recrutement en cours actuellement

/ **Stream Global Services, devenu Convergys** : embauche en début d'année d'un ancien détenu.

/ **Bocca-sacs** : embauche d'un chauffeur-livreur il y a plusieurs années

/ **Rungis Groupement d'Employeurs** : reçoit et traite les candidatures de sortants de prison avant de les orienter auprès des employeurs du marché de Rungis (notamment Bocca-sacs)

/ **SIA Habitat** : plusieurs embauches de sortants de prison

/ **Transport Challenger** : n'embauche que des sortants de prison.

/ **Moët & Chandon** : plusieurs embauches, notamment pendant la période des vendanges

/ Humando: une entreprise de travail temporaire d'insertion (ETTI) filiale du groupe ADECCO.. Les missions temporaires représentent un sas très important pour que nos candidats reprennent pied dans la vie sociale et le monde du travail et ses contraintes.

VINCI a créé une structure d'insertion qui s'appelle "VIE" et embauche des personnes sortants de prison.

Lors des déplacements en région, la mission a pu constater que des initiatives locales conduites dans le champ de l'insertion par l'activité économique, avec une implication des SPIP pour que des personnes sous main de justice en bénéficient, pouvaient être parfois sollicitées dans le cadre de partenariats européens. La caractéristique de ces projets est fréquemment que les acteurs français en sont partenaires sans en être les moteurs. Il n'existe pas à ce jour de recensement ou d'identification consolidée au niveau national de ces programmes européens financés par la DG justice.

L'absence de bilan de ces expériences, en raison d'une difficulté matérielle de collecte d'informations auprès des tous les services déconcentrés, en DISP comme en DIRRECTE, pour croiser les données disponibles dans les différents réseaux de compétence ne permet pas de disposer d'une visibilité sur ces programmes. L'intérêt en serait pourtant évident pour devenir promoteurs d'actions et mobiliser des ressources supplémentaires.

2.11. Les facteurs de progrès

2.11.1. La commande publique

Dans un rapport de 2006, le Conseil économique et social préconisait : « *accroître l'offre de travail pénitentiaire en dotant la RIEP, dans le cadre du statut d'établissement public, de la personnalité juridique et de l'autonomie financière et renforcer l'attractivité du travail pénitentiaire, enfin faciliter l'accès à la commande publique, actuellement limitée, notamment dans le cadre de l'attribution des marchés publics ;* »³⁰

Les acheteurs publics sont donc incités à envisager leurs marchés comme facteur d'insertion et à les rédiger en incluant des clauses sociales pouvant cibler les personnes sous-main de justice comme public bénéficiaire de l'action d'insertion.

Le rapport précité de l'IGAS et de l'IGF sur le financement de l'insertion par l'activité économique préconisait d'accroître cette approche de manière significative.

Le guide « *Commande publique et accès à l'emploi des personnes qui en sont éloignées* »³¹ de l'observatoire économique de l'achat public précise (p.6) : « *Sont également susceptibles d'être visés par une clause sociale les personnes placées sous mains de justice employées en régie, dans le cadre du service de l'emploi pénitentiaire / régie des établissements pénitentiaires (SEP / RIEP) ou affecté à un emploi auprès d'un concessionnaire de l'administration pénitentiaire.* ». En pratique, cette forme de reconnaissance de la vocation d'insertion du SEP-RIEP lui permet soit de répondre directement aux marchés publics comportant des clauses sociales, soit d'intervenir comme sous-traitant du titulaire du

³⁰ Voir le rapport du CES précité

³¹ Guide élaboré par l'Atelier de réflexion sur les aspects sociaux de la commande publique des ministères économiques et financiers Version 2.1 - Octobre 2015

marché (les heures de production du SEP-RIEP sont alors valorisées en tant qu'heures d'insertion).

2.11.2. Mettre en place des stratégies territoriales de développement de l'emploi, concomitamment à des stratégies de filières ou de niches

Au Royaume Uni, les établissements pénitentiaires ont développé ces dernières années une stratégie très offensive pour accroître l'offre de travail en détention. La philosophie sous-jacente de ce réseau d'entreprises, appuyé sur une structure rattachée au ministère de la justice (One to One solutions) est résumée dans cette citation de Sir Richard Branson, le président et fondateur de Virgin : « *plus vous pouvez rendre productives les personnes pendant qu'elles sont en prison, plus elles peuvent apprendre et meilleures sont leurs chances de réussir une fois qu'elles sont libérées* ».

Au Canada, CORCAN est un programme de réadaptation clé du Service correctionnel du Canada (SCC)³². Il offre aux personnes détenues des possibilités d'emploi et une formation portant sur les compétences relatives à l'employabilité pendant leur incarcération dans des pénitenciers fédéraux et, pendant de brèves périodes, après leur mise en liberté. Cela se fait grâce aux formations professionnelles en cours d'emploi et certifiées par des tierces parties qui sont axées sur quatre secteurs d'activité :

- la fabrication ;
- les textiles ;
- la construction ;
- les services.

En moyenne, chaque jour, 2 000 personnes détenues travaillent dans les ateliers de CORCAN, et, au cours d'une année, plus de 4 000 suivent des formations en cours d'emploi de CORCAN. Les ateliers de fabrication de CORCAN sont dotés d'équipement de pointe, et les instructeurs sont très compétents. CORCAN fournit également aux clients des plans d'aménagement ainsi que d'autres services de conception, de dessin ou d'architecture. Il s'appuie sur un technocentre interne, le Centre national d'ingénierie et de soutien technique (CNIST) qui joue un rôle essentiel dans l'emploi des personnes détenues en leur offrant de l'enseignement et de la formation aux personnes détenues, qui peuvent se servir de leurs nouvelles compétences et expertise pour appuyer les représentants des ventes de CORCAN en répondant aux besoins et exigences du client en matière de conception. Les personnes détenues qui ont terminé avec succès leur stage avec CORCAN au CNIST ont un taux d'emploi de 100 % après leur mise en liberté.

³² CORCAN est un organisme de service spécial (OSS) au sein du Service correctionnel du Canada, ce qui lui permet de fonctionner comme une entreprise tout en respectant les politiques et les règlements du gouvernement. Tous les revenus générés sont utilisés pour financer le programme, c'est à dire pour acheter le matériel et l'équipement dont les personnes détenues ont besoin pour travailler et pour apprendre ainsi que pour payer leur formation.

CORCAN est issu d'une série de rapports qui préconisaient l'augmentation de l'utilisation des produits pénitentiaires par le gouvernement, l'augmentation du volume d'activités de relations publiques concernant les ateliers industriels dans les prisons, et des conditions de travail plus réalistes au sein des ateliers dans les prisons. En 1980, la marque de fabrique CORCAN voit le jour et devient un OSS en 1992, ce qui entraîne :

- une comptabilité analytique plus transparente ;
- une gestion financière proche de celle d'une entreprise ;
- un moyen de former des coentreprises avec le secteur privé
- une plus grande capacité de répondre aux exigences et aux besoins du marché ;
- la possibilité de faire acquérir aux personnes détenues des compétences répondant mieux aux normes du secteur privé.

L'action pilote « éliminer le flou » par CORCAN au Canada

CORCAN a mis en valeur une action pilote « Éliminer le flou »: les personnes détenues à l'Établissement Fenbrook en Ontario acquièrent des compétences en lunetterie. Le service a créé en 2012 le seul laboratoire d'optique à la pointe de la technologie au Canada qui soit dirigé par des personnes détenues et construit par elles, en s'inspirant d'un programme semblable aux États-Unis. Il offre actuellement des verres correcteurs à l'ensemble de la région de l'Ontario. Ce laboratoire utilise la technologie de commande numérique par ordinateur, la même qui est utilisée dans les principaux laboratoires au monde, ce qui permet aux personnes détenues de tailler des verres d'une manière rapide et précise. Après avoir reçu une formation sur l'utilisation des dernières technologies, les personnes détenues pourront travailler dans n'importe quel autre laboratoire à la suite de leur mise en liberté et auront les connaissances pour accomplir efficacement les tâches liées à la production de verres correcteurs.

L'exemple de la zone industrielle installée sur l'emprise du CD de Muret mérite un examen attentif : placée dans l'orbite de croissance de la métropole toulousaine, l'établissement qui dispose de surfaces conséquentes dédiées au travail a su, de longue date, affermir des partenariats structurés avec le cluster local en place autour de l'industrie aéronautique : réalisation de pièces pour Airbus Industries, sous-traitance pour des fabricants de machines-outils, etc.

Cette démarche peut être analysée comme une expérience positive mais isolée et non reproductible en raison du contexte économique local particulièrement favorable. Il serait cependant intéressant d'examiner plus en détail les facteurs endogènes et exogènes qui expliquent cette réussite.

Le traitement des données, la logistique par exemple, sont des secteurs créateurs nets d'emploi à l'extérieur ne nécessitant pas de prérequis en termes de qualifications professionnelles, souvent tentés par la délocalisation de leur activité et qui pourraient par une démarche proactive conduite en lien avec les services qualifiés de l'Etat (Dirrecte) ou des Conseils régionaux, chefs de file du développement économique territorial, être explorés pour développer l'offre d'emploi dans les établissements pénitentiaires.

Depuis plusieurs années, se développent également dans les établissements pénitentiaires, des centres d'appels (voir encadré ci-dessous).

Encadré° L'exemple des « centres d'appels » :

Les difficultés économiques et l'évolution des tendances sectorielles du travail ont amené l'administration pénitentiaire à revoir le positionnement des activités professionnelles proposées en milieu pénitentiaire. Des actions innovantes sont notamment menées pour élargir au secteur tertiaire les possibilités de concession.

En juin 2012, la section travail a organisé l'implantation de l'institut de sondage BVA sur le CD de Muret.

Une gestion centralisée et sécurisée des enquêtes téléphoniques réalisées à partir de la plateforme.

<p><i>L'activité de centre d'appels est un secteur porteur que l'administration pénitentiaire entend privilégier et développer</i></p>	<p><i>Deux chefs d'équipes BVA supervise les différentes opérations.</i></p> <p><i>Un plan de charge de 2500 heures de travail en moyenne par mois.</i></p> <p><i>Deux équipes de 12 télé-enquêteurs intervenant en journée et en soirées (jusqu'à 21h) travaillent à la réalisation d'enquêtes et de sondage pour le compte de cette société</i></p>
--	---

S'agissant des centres d'appels, la direction de l'administration pénitentiaire a transmis les éléments suivants :

Sur les trois centres d'appel en détention identifiés par la mission, le centre d'appel porté par l'entreprise MAD Marketing au sein de la Maison d'arrêt des femmes de Versailles, a cessé son activité le 6 juin 2012.

Le CD de Muret a conservé son centre d'appels. Ce dernier est en activité depuis le mois de mai 2012. Il appartient à l'entreprise BVA sondages. Depuis septembre 2015, une équipe d'une quinzaine de personnes détenues exercent le métier de téléopérateur. Auparavant, deux équipes se partageaient le travail. Cette activité se déroule sur quatre jours à raison de 6 heures par jour. Les personnes détenues recrutées bénéficient d'une formation de 15 jours avant d'intégrer leur poste.

Le CD de BAPAUME sur le ressort de la DISP de Lille disposait également d'un centre d'appel porté par l'entreprise MKT qui a mis fin à son activité en juillet 2012.

Le CD de Nantes sur le ressort de la DISP de Rennes détient un centre d'appels créé en 2009 et porté par le SEP/RIEP. 4 personnes détenues occupent des postes de téléopérateurs. L'activité concerne la téléprospection (environ 500 à 1000 appels sortants). Le service commercial du SEP/RIEP est le client principal du centre d'appels notamment afin de développer l'activité des ateliers. Viennent ensuite les DISP de Dijon, Lille et Paris. Le SEP/RIEP envisage de proposer cette prestation aux entreprises du secteur privé.

Le CD de Rennes pour femmes dispose également d'un centre d'appels installé en 2008 et porté par une entreprise privée. 10 femmes détenues travaillent en qualité de téléopératrice. L'activité porte sur la téléprospection et la sous-traitance pour la société Bouygues.

Cependant, cette administration ne dispose pas actuellement de bilans d'activité pour l'ensemble des centres d'appels.

D'une manière générale, la direction de l'administration pénitentiaire a indiqué à la mission que le travail prospectif sur les filières d'emploi en détention n'était pas effectué. L'administration pénitentiaire propose aux personnes détenues volontaires classées des emplois au Service Général, en Production ou au sein des ateliers de la RIEP en fonction des opportunités.

Les concessionnaires installés en détention proposent essentiellement du travail de façonnage dans les établissements pénitentiaires, donc des emplois peu qualifiés.

2.11.3. Mieux reconnaître l'expérience de travail en détention à l'extérieur, articuler et étayer le lien travail et formation

Au terme de la mission, il n'est pas ressorti que le lien entre travail et formation tels qu'ils sont développés à l'intérieur des établissements pénitentiaires répondaient principalement à une finalité de préparation à la sortie et visaient à favoriser un retour à l'emploi ou à une formation professionnelle qualifiante. Les objectifs poursuivis répondent davantage à des préoccupations internes, telles que celle de pouvoir assurer un revenu aux personnes détenues pour subvenir à leurs besoins en détention, assister leurs familles à l'extérieur ou dédommager les victimes, voire à assurer l'ordre intérieur. Si ces objectifs ne sont pas contestables, ils mériteraient d'être prioritairement complétés par cette dimension liée à une préparation efficace de la sortie et au final de prévention de la récidive. Des initiatives existent en ce sens, qui méritent d'être valorisées autour du partenariat avec l'UIMM), mais elles ne peuvent à elles seules constituer une véritable orientation structurelle.

Atelier de réparation de Velibs par JC Decaux à la MA de Villepinte : une formation qualifiante tournée vers l'emploi

Dans le cadre de son action au sein de la structure SPILE, Sortir de Prison Intégrer l'Entreprise, JCDecaux a organisé la formation professionnelle de détenus à la maison d'arrêt de Villepinte depuis Janvier 2014. L'objectif était de faciliter le retour à l'emploi de sortants de prison.

Sept postes de réparation de vélib' ont ainsi été installés par l'intermédiaire de Sodexo Justice Services sous le contrôle et l'autorité de l'administration pénitentiaire.

En deux ans, 40 détenus ont successivement été formés à la mécanique cycle. 2000 vélib' par an ont été remis à neuf sur les 55000 réparés en atelier par an. Sur cette même période, deux détenus ont été recrutés en CDI et un en CDD par Cyclocity, filiale de JCDecaux. Leur accueil dans l'entreprise a été basé sur le droit à l'oubli. Le suivi social a été pris en charge par les associations. A ce jour, un des ex détenus est toujours en poste et deux nouvelles embauches sont planifiées en 2016. Concernant les autres sortants de prison, aucune information n'est disponible sur leur activité une fois sortis : il n'est ainsi pas possible de connaître l'utilité de leur expérience acquise à l'atelier.

En 2016, l'entreprise souhaite renforcer l'aspect formation en organisant un titre professionnel de mécanicien réparateur cycle, reconnu par le Ministère chargé de l'emploi, plus dense en termes de contenu que le CQP « Mécanicien Cycles ». Par définition, le Certificat de Qualification Professionnelles (CQP) est une certification créée et délivrée par les branches professionnelles et il n'a pas de niveau reconnu par l'Etat qui lui permette d'être pris en compte à l'extérieur de la branche.

Néanmoins, certaines branches professionnelles ont souhaité que le niveau de leur certification soit officiellement reconnu. Le « titre professionnel Mécanicien(ne) réparateur (trice) de cycles et motocycles », est inscrit au niveau national et enregistré au RNCP en tant que titre au niveau V (comparable à un CAP). Cette démarche est envisageable sur des temps de détention plus long. Dans cet objectif, l'entreprise prépare le transfert de l'atelier de Villepinte au centre de détention de Liancourt.

2.11.4. Développer un programme d'ampleur appuyé sur le recours au service civique

L'ambition du Service civique, créé en 2010 et piloté par l'Agence du service civique, est d'offrir aux jeunes l'opportunité de s'engager, de donner de son temps à la collectivité et aux autres. Il vise également, selon ses promoteurs, à renforcer la cohésion nationale et la mixité sociale, en apportant à des jeunes de 16 à 25 ans, la possibilité, pour une période de 6 à 12 mois, pour une durée hebdomadaire de mission minimale de 24 heures hebdomadaires d'accomplir une mission d'intérêt général reconnue prioritaire pour la Nation, donnant lieu au versement d'une indemnité prise en charge par l'État et ouvrant droit à un régime complet de protection sociale financé par l'État.

La direction de l'administration pénitentiaire bénéficie depuis le 20 novembre 2015 d'un agrément (cf. pièce jointe in fine) qui autorise des missions pour accompagner des personnes détenues sous trois thématiques:

- La solidarité;
- Le sport ;
- La culture et les loisirs.

Cet agrément couvre le périmètre des services déconcentrés.

Un dispositif a été mis en place au ministère de la Justice depuis la mi-2015. Les services centraux de l'administration pénitentiaire ont désigné des correspondants qui ont organisé dans les directions interrégionales des services pénitentiaires un réseau de référents chargés d'assurer la promotion de ce dispositif. Mais le « portage » politique ne semble pas avoir été défini au niveau approprié. En outre, les objectifs quantitatifs de ce programme demeurent modestes, alors même que des expérimentations prometteuses ont été mises en place (cf. infra)

De plus, en se limitant aux actions en détention, le dispositif se prive d'un vivier qui permettrait à des personnes jeune suivies ne milieu ouvert de pouvoir ne bénéficier.

Le Président de la République a souhaité qu'en 2016, 150 000 jeunes soient accueillis en Service civique chaque année. Le Ministère de la Justice devrait apporter une réponse plus conséquente à cette volonté.

Le volontaire du service civique perçoit une indemnité de 467 euros **net par mois (573 en fonction de critères sociaux) versée par l'agence du service civique (ASC)**, et une prestation de 106 euros correspondant aux frais de nourriture et de transport versée par les DISP. Les missions sont d'une durée de huit mois, pour une durée minimale de 24h hebdomadaire. Un engagement de Service Civique n'est pas incompatible avec une poursuite d'études ou un emploi à temps partiel. Les volontaires qui travailleraient auprès des personnes prises en charge par l'administration pénitentiaire pourront avoir accès au dispositif de formation continue de la DAP, ainsi qu'à des formations dispensées par les partenaires de l'Agence du service civique (formation à la citoyenneté, premiers secours...etc). Les volontaires seront accompagnés par des professionnels de la DAP pour construire leur projet d'avenir. Il peut être effectué dans 9 grands domaines: culture et loisirs, développement international et action humanitaire, éducation pour tous, environnement, intervention d'urgence en cas de crise, mémoire et citoyenneté, santé, solidarité, sport. **La DAP a proposé des missions en établissement auprès des services pénitentiaires d'insertion et de probation dans les domaines de la culture, le sport et l'insertion, vecteurs essentiels d'insertion et de socialisation**

Objectifs de l'expérimentation

Dans le Val d'Oise comme en Gironde, des expérimentations sont en cours pour que des jeunes sous main de justice réalisent une mission de Service Civique. Le Service Civique apparaît en effet comme un outil pertinent pour la lutte contre la récidive au travers d'une insertion sociale des jeunes, tremplin vers une insertion sociale et professionnelle durable.

L'objectif est de favoriser la réinsertion sociale et permettre à des jeunes sortant de prison en aménagement de peine (port d'un bracelet de surveillance électronique) d'effectuer une mission de Service Civique. Il doit permettre d'assurer un retour travaillé et progressif à la vie civile et citoyenne.

Sur l'ensemble de la population carcérale de la Maison d'Arrêt du Val d'Oise (MAVO), environ 42% des détenus ont entre 18 et 25 ans, et sont de nationalité française.

L'expérimentation porte sur une dizaine de jeunes détenus volontaires par an, pour des contrats d'engagement de Service Civique d'une durée de 8 à 10 mois.

Une dizaine de jeunes ont pu en bénéficier depuis 2012 dans 5 structures d'accueil différentes, dont les Enfants du Canal et Unis Cité. Cette expérimentation pourrait utilement s'élargir aux personnes condamnées mais non incarcérées afin que la totalité de leur temps d'incarcération soit rendu constructif par ce dispositif lié à l'aménagement de la peine sous la forme du bracelet électronique.

L'expérimentation mise en place

Les personnes incarcérées peuvent sortir de détention en aménageant leur peine au profit d'un PSE (description ci-dessous). Cet aménagement de peine est prononcé réaliser un contrat de Service Civique. Un organisme d'accueil agréé pour accueillir des volontaires en Service Civique reçoivent la personne placée permettant ainsi la réalisation d'un parcours d'aménagement de peine.

Description du placement sous surveillance électronique (PSE)

Cet aménagement de peine est possible pour des personnes détenues condamnées à une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à deux ans, ou dont le reliquat de peine est inférieur ou égale à deux ans (un an en cas de récidive). Cette mesure soumet le placé à des horaires fixes d'assignation à domicile, établis à l'avance par le magistrat en fonction de son activité (horaires de travail et temps de trajet). Le premier critère de sélection est donc celui de l'hébergement.

Les critères de sélection des personnes placées sur ce dispositif

Les critères de sélection sont examinés à la lumière de la mission de Service Civique proposée : infraction commise, compétences, investissement et bon comportement en détention (respect du règlement et des personnels et non commission d'infractions pendant la détention), et motivation pour le projet. Le logement est une condition nécessaire du PSE.

Procédure :

Une fois la présélection effectuée par la maison d'arrêt, 3 à 5 candidatures par mission de Service Civique sont proposées à l'organisme d'accueil agréé. Suite à un entretien au sein de la Maison d'Arrêt, cette dernière recrute le candidat qui lui convient le mieux, comme pour le recrutement de n'importe quel autre volontaire en Service Civique.

Dès lors que l'intéressé débute sa mission de Service Civique, le SPIP assure un suivi régulier d'environ un entretien par mois. Le suivi consiste en la vérification du respect des obligations liées à la mesure de placement sous surveillance électronique, et à l'évaluation de l'apport du dispositif du Service Civique (évolution du comportement, apport du Service Civique sur la qualité de vie, vie sociale et familiale et professionnelle, apport de nouvelles compétences, évaluation origine sociale, géographique, critères financiers). Un lien régulier est opéré avec l'organisme qui reçoit la personne placée.

Premier bilan et critères d'évaluation de l'expérimentation

Les premiers retours depuis un an sont très positifs de la part de la DDCS comme de la maison d'arrêt. L'engagement de Service Civique s'inscrit ainsi dans le parcours de réinsertion des jeunes, le temps de mission permet un tremplin vers l'autonomie dans un cadre bienveillant.

Pour la première fois en 2014, deux volontaires ont été réincarcérés pendant leur mission de Service Civique. La mission a donc pris fin. Le SPIP comme la juge d'application des peines participant au projet ne considèrent pas ces deux réincarcérations comme des échecs pour autant : il faudra envisager les bénéfices apportés par le Service Civique pendant la suite du parcours du jeune. Cet aléa sera de toute manière toujours présent pour ce type de public.

Tous les jeunes ont manifesté du stress lié au bracelet électronique (fortes contraintes de respect des horaires) ainsi que des difficultés à se projeter et à envisager l'avenir. Un accompagnement renforcé reste par conséquent indispensable pour ces jeunes pendant toute la durée de la mission, notamment pour accompagner les jeunes dans leur projet d'avenir – les organismes d'accueil ne sont pas outillés pour l'accompagnement de ce type de public.

Des contrats d'un an pourraient être nécessaires : il faut au moins 3 mois au jeune pour trouver ses marques dans la structure. L'objectif serait de permettre aux jeunes de poursuivre leur mission à la fin de la mesure de bracelet électronique – à l'heure actuelle, la mission a été calée sur la durée du bracelet. L'intérêt serait de pousser les jeunes à poursuivre leur mission y compris une fois le bracelet retiré. Des jeunes en remise de peine pourraient également bénéficier du Service Civique dans ce cadre.

Un partenariat avec l'Ecole de la deuxième chance est envisagé pour la poursuite du programme, afin de permettre aux jeunes d'avoir une remise à niveau, indispensable à leur future recherche d'emploi. Un modèle de formule combinée comme cela a pu être fait avec l'Education nationale semble néanmoins trop complexe dans un premier temps pour des jeunes qui ne sont pas en mesure de gérer trop d'interlocuteurs en même temps (la structure d'accueil, le SPIP, l'E2C).

Il est trop tôt néanmoins pour déterminer si le Service Civique a un effet sur la récidive.

La DAP propose d'accueillir 150 jeunes de décembre 2015 à décembre 2016. Un suivi étroit a été mis en place au sein de l'administration centrale mais les objectifs quantitatifs semblent

faibles. D'autant plus que les premières semaines de déploiement du dispositif ont mis en évidence un dispositif solide de correspondants mobilisés dans les directions interrégionales. Une révision à la hausse de l'objectif fixé devrait être envisagée et les ressources humaines mobilisées au niveau central renforcées.

2.12. Les questions pendantes : nature de la relation de travail et passage à la rémunération horaire

2.12.1. la nature de la relation de travail

En l'absence de contrat de travail, les détenus exerçant une activité professionnelle ne bénéficient pas des protections liées à l'existence d'un tel contrat. L'action collective est prohibée et il n'existe pas non plus de liberté syndicale, ni de participation à la détermination des conditions de travail³³.

Le travail des détenus relève donc d'un régime dérogatoire.

Dans son rapport de 2006, le Conseil économique et social indiquait vouloir : « rapprocher le statut du détenu-travailleur du droit commun du travail. A cet effet, le Conseil économique et social, dans le droit fil de son avis rendu en 1987, préconise l'instauration d'un contrat d'engagement comparable au contrat de travail et auquel serait associé un certain nombre de garanties sociales. De même, en cas de litige relatif au travail, des procédures de recours devraient être mises en place. Il importe enfin de relever significativement le niveau du seuil minimum de rémunération (SMR) et de l'harmoniser»³⁴.

Comme le notait le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) dans son rapport pour l'année 2011, « le caractère dérogatoire au droit commun du travail pénitentiaire transparait également dans le terme utilisé pour l'accès à l'emploi en détention : le " classement ". Effectivement, une personne détenue qui souhaite travailler doit en faire la demande, être " classée " au travail par la commission pluridisciplinaire unique (CPU) et être affectée à un poste. Le classement repose sur des critères prévus par les dispositions de l'article D. 432-3 du code de procédure pénale (...).

Cette situation, entérinée à deux reprises par le Conseil Constitutionnel, n'apparaît pas universelle. Tous les pays ne disposent pas de la même approche, s'agissant de la politique générale pénitentiaire à adopter en matière de travail des détenus. On peut citer, à titre préliminaire plusieurs exemples, traduisant des conceptions différentes.

Premier exemple, celui de l'Italie, où le travail est considéré comme l'élément central du traitement pénitentiaire et n'a pas de connotation répressive. Les droits sociaux conférés aux détenus sont très nombreux : le détenu qui travaille devient une personne avec des droits identiques à ceux des travailleurs libres : droit à un salaire, aux congés, aux contributions sociales, aux indemnités en cas d'accident du travail ou de maladie, aux allocations familiales. Les détenus sont affiliés dès leur incarcération aux assurances maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale.

³³ Lola Isidro, « Droit du travail en détention : Les détenus, des travailleurs libres ? », in *Lettre « Actualités Droits-Libertés » du CREDOF*, 14 mars 2013.

³⁴ ??

Second exemple, celui de l'Allemagne. En Allemagne, la loi pénitentiaire, en son article 41, oblige les détenus condamnés au travail, ce qui traduit une conception différente du travail en détention, davantage orientée sur la contrainte et qui participe à l'idée de peine. On ne retrouve pas autant de droits sociaux qu'en Italie, et ce alors même que le dispositif de protection sociale est loin d'être négligeable. Une assurance spécifique à l'activité réalisée couvre le risque d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Les détenus au chômage technique gardent 33% de leur salaire.

Troisième exemple, l'Espagne. Il existe dans ce pays, à l'instar de l'Italie, de nombreux droits sociaux, lesquels empruntent à la réglementation de droit commun. Cependant, cette réglementation fait quelques fois l'objet d'adaptations liées aux exigences du monde pénitentiaire. *L'Ente Publico par el Empleo y la formacion* (EPEF) fixe les taux de rémunération horaires, lesquels sont proches du salaire minimum interprofessionnel. La durée du travail doit être conforme aux règles de droit commun. Les détenus bénéficient en principe, d'un repos hebdomadaire d'une durée d'un jour et demi sans interruption, du droit aux jours fériés, ainsi que du droit à congés de 30 jours ouvrables rémunérés. Le directeur de l'établissement pénitentiaire dispose d'une certaine marge de manœuvre pour établir le calendrier de travail de chaque détenu. Autre spécificité du droit du travail en matière carcérale : l'organisme gestionnaire du travail en prison ainsi que le détenu travailleur bénéficient de réductions de cotisations à l'assurance chômage.

Quatrième exemple, au Royaume-Uni, les détenus disposent d'un système de prestations sociales assez diversifié. Il tourne essentiellement autour d'un système d'assurance : assurance maladie, chômage etc ... Tout détenu demandant à travailler et n'accédant pas à un travail bénéficie d'une indemnité spécifique de chômage versée par les pouvoirs publics d'un minimum de 2,5 livres par semaine.

En matière d'expression collective, **en Italie**, il existe quelques dispositions sur la représentation des détenus dans quelques matières particulières. **Au Royaume-Uni** et **en Espagne**, certaines revendications collectives peuvent, en pratique, être mises en place dans le cadre d'associations ou de commissions. C'est **en Allemagne**, que les droits d'association et de réunion sont les mieux reconnus. **En Italie**, la loi pénitentiaire prévoit des dispositions sur la représentation des détenus pour certaines activités bien délimitées. Par exemple, des représentants des détenus sont prévus pour contrôler la préparation de la nourriture (art. 9 alinéa 6 loi pénitentiaire n°354/1975 par tirage au sort tous les mois), ou pour la gestion des bibliothèques (art. 12). **Au Royaume-Uni**, aucun syndicat particulier ne représente les travailleurs, mais des revendications collectives peuvent être exprimées au sein de la prison et des associations de détenus peuvent être créées. **En Espagne**, en l'absence de réglementation sur la représentation des travailleurs, les détenus peuvent en pratique participer à des commissions au sein desquels ils expriment leurs avis (notamment en matière de rémunération). **En Allemagne**, les droits d'association et de réunion sont reconnus. En mai 2014 a été créé un syndicat de détenus (GG/BO), qui compte environ 600 adhérents répartis dans 45 établissements pénitentiaires.

2.12.2. Le passage à la rémunération horaire

2.12.2.1. Le constat

Prévue par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, le passage à la rémunération horaire

constitue un volet de la réinsertion par l'activité professionnelle. La mise en œuvre de la rémunération horaire doit être incluse dans les marchés en gestion déléguée lors de leur renouvellement. À cet effet, 56 M€ en autorisation d'engagement sont prévus dans l'action n° 2 du programme 107 en 2015 pour les marchés arrivant à échéance le 31 décembre 2015.

L'article 717-3 du code de procédure pénale est complété par un alinéa « La rémunération du travail des personnes détenues ne peut être inférieure à un taux horaire fixé par décret et indexé sur le salaire minimum de croissance défini à l'article L.3231-2 du code du travail. Ce taux peut varier en fonction du régime sous lequel les personnes détenues sont employées ». Depuis le décret 2010-163 du 23 décembre 2010, un seuil minimum de rémunération (SMR) applicable au travail pénitentiaire est déterminé par la direction de l'administration pénitentiaire et revalorisé en fonction des évolutions du SMIC. Il fixe ainsi à un pourcentage du SMIC le montant de cette rémunération. Le seuil minimum de rémunération a été porté à 4,32 € au 1er janvier 2015.

Tableau N°12 : **Le seuil minimum de rémunération (SMR)**

Type de travail	% du SMIC applicable	
ateliers de production	45 %	
service général	classe 1	33 %
	classe 2	25 %
	classe 3	20 %

Au début 2014, une expérimentation de l'application de la rémunération horaire individuelle a été engagée au sein d'un panel représentatif d'établissements. L'objectif était de mettre en œuvre « en conditions réelles » les attendus de la loi pénitentiaire en matière de rémunération des activités de production afin de pouvoir diffuser les bonnes pratiques lors de la généralisation du dispositif.

Six établissements pénitentiaires ont été retenus.

: Expérimentation 2014 relative à la rémunération horaire en production

Expérimentation 2014 relative à la rémunération horaire en production

Au début 2014, la mise au point d'une expérimentation du passage à la rémunération horaire est menée sur 6 établissements pénitentiaires par l'administration pénitentiaire.

Au vu des différents plans d'actions présentés par les établissements, deux sites se distinguent par leur méthode : le centre pénitentiaire de Bordeaux Gradignan (grille de rémunération progressive fondée sur la cadence) et la maison d'arrêt du Mans-le-Croisettes (principe d'un bon travail intérimaire en lieu et place de l'acte d'engagement).

Centre Pénitentiaire de Bordeaux - Gradignan

*L'expérimentation a débuté en janvier 2014 au sein des ateliers. À la différence des autres sites pilotes, Bordeaux a décidé de communiquer de manière officielle auprès des détenus et du personnel de surveillance, mais aucun déclassement n'a été prononcé. En revanche, la direction de l'administration pénitentiaire n'a pas souhaité communiquer à l'égard du concessionnaire. Des tableaux de suivi des horaires effectifs sont saisis par un contremaître détenu et alimentent, après contrôle par le responsable local du travail, les fiches de paie. Ces tableaux au format Excel sont ensuite transmis au régisseur. Globalement, le nombre d'heures effectives réalisées par les opérateurs aux mois d'août et septembre 2014, a augmenté suite à une demande plus importante du donneur d'ordres. **L'établissement a mis en place un barème progressif de rémunération fondé sur la cadence qui est incitatif, notamment pour les opérateurs qui n'atteignent pas le seuil minimum de rémunération.***

Maison d'Arrêt Le Mans-les Croisettes

Après une réflexion globale sur l'organisation de l'établissement, l'établissement pénitentiaire et GESPA ont remis en service les badgeuses pour le pointage des heures en juillet 2014.

*Les premières analyses montrent un écart de 12 % entre les heures effectives et les heures de présences aux ateliers. L'établissement a donc instauré avec GEPSA deux temps de pauses fixes durant la séquence de travail. Sur les 68 opérateurs classés au cours des 15 premiers jours de décembre 2014, 15 à 30 % sont en dessous du seuil minimum horaire, cette tranche d'opérateur est considérée comme pouvant être remodelés. **En revanche, 30 % des opérateurs sont nettement en dessous du seuil minimum horaire (environ 2,9 €/heure, soit 30 % du SMIC). Pour ces détenus, GESPA propose une nouvelle orientation en CPU.***

Le chef d'établissement et GEPSA veulent poursuivre en phase réelle jusqu'à la fin du marché en décembre 2015, leur plan d'action étant fondé sur une autre idée du management des opérateurs notamment grâce à un accompagnement individualisé et un acte d'engagement à durée déterminée. Les opérateurs sont classés à la mission avec une productivité attendue et un revenu garanti respectant le seuil minimum horaire. S'ils ne suivent pas les cadences demandées de manière répétées (3 missions), ils ne sont pas reclassés mais orientés vers d'autres activités.

Source: Synthèse concernant l'expérimentation 2014 « rémunération horaire en production », Administration pénitentiaire.

Plusieurs hypothèses d'évolution sont envisagées par la DAP, l'ensemble des coûts liés à ces différentes hypothèses n'ayant pas été transmis à la mission:

- Moratoire sur le service général et la production ;
- Moratoire sur la production et mise en œuvre pour le service général ;
- Mise en œuvre pour le service général et la production dans les établissements en gestion déléguée MGD015, contrats dans lesquels le principe de la rémunération horaire avait été inscrit.

S'agissant de la RIEP, pour le passage à la rémunération horaire, la problématique attachée à la RIEP est liée à la nature très particulière de son activité commerciale. En pratique, le passage est effectif dans les ateliers du service de l'emploi pénitentiaire.

2.12.2.2. Les contentieux relatifs aux rémunérations

Selon la direction de l'administration pénitentiaire, les cas de contentieux en matière de rémunération du travail se sont multipliés ces dernières années. En effet, depuis la parution de la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire, des modifications substantielles ont été apportées concernant la rémunération des personnes détenues. Afin de limiter le nombre de recours contentieux, l'administration a pris le parti de traiter par voie transactionnelle les demandes préalables indemnitaires de rattrapage de rémunération qui sont présentées par les personnes incarcérées

Si le montant des transactions était nul en 2012, il s'élève à 24 690 € en 2013, 33 259 € en 2014 et 16 289 € au 30 juin 2015.

Les sommes totales ainsi versées ont été les suivantes (précontentieux et contentieux):

Tableau N°13 : **Sommes versées par la DAP:**

2012	2 298,97 €
2013	53044,94 €
2014	55 218 €
au 30 juin 2015	24052€
TOTAL	134613.61€

Ces montants sont évidemment à mettre en regard de l'ensemble des rémunérations versées.

2.12.2.3. les questions à résoudre

Deux approches ont été mises en œuvre pour la comptabilisation du travail effectif :

- le décompte individualisé (manuel ou automatisé – et les coûts afférents) ;
- la déduction d'un temps forfaitaire (pause) par ateliers à partir du moment où les opérateurs sont au travail (avec un ajustement à la marge pour les détenus qui quittent l'atelier durant la séquence de travail).

2.12.2.3.1. Offre de travail versus niveau de rémunération

L'expérimentation a montré qu'une partie non négligeable des personnes détenues classées au travail était très éloignée d'une productivité égale à 45% du SMIC. L'application stricte des dispositions de la loi pénitentiaire les excluraient du champ. L'administration envisage aussi de développer une solution alternative consistant à moduler le seuil de rémunération au regard de l'ancienneté dans le poste (35% du SMIC pour moins de 6 mois de classement).

Finalement, six ans après l'adoption de la loi pénitentiaire, cette disposition n'est toujours pas à l'œuvre.

3. Références bibliographiques, notes, recherches et études

- *Le travail en prison. Enquête sur le business carcéral*, par Gonzague Rambaud Ed. Autrement, 2010, 186 p., 19 euros.
- **Travail en prison : une loi lacunaire mais pas d'incompétence négative**, *Revue française de droit administratif*, novembre-décembre 2015, n° 6, 1200-1202 Roblot-Troizier, Agnès

- Le Conseil constitutionnel et le travail en prison : une occasion manquée ?, *Recueil Dalloz*, 22 octobre 2015, n° 36, 2083-2084 Céré, Jean-Paul
- Évaluation du transfert des services d'emplois dans la collectivité, qui passent de CORCAN aux services correctionnels communautaires (Rapport de recherche R-324). Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada. Évaluation du transfert des services d'emplois dans la collectivité (SEC), qui passent de CORCAN aux Services correctionnels communautaires Nolan, A., Power, J., Woods, M. et C. Cousineau (2014).
-
- *Danemark Measuring the Effect of Probation and Parole Officers on Labor Market Outcomes and Recidivism* Lars H. Andersen • Christopher Wildeman Published online: 18 December 2014 *J Quant Criminol* (2015) 31:629–652 Springer Science+Business Media New York 2014 : les objectifs de l'étude au Danemark en 2002-2009 est d'utiliser un ensemble unique de données pour jumeler l'action des agents de probation et de libération conditionnelle avec leurs « clients » pour identifier les effets de causalité sur les entrées de ceux ci dans le marché du travail et la récidive. L'étude montre que, bien que dans une mesure moindre que le sens commun pourrait le suggérer, les agents de probation et de libération conditionnelle ont un effet sur la dépendance de leurs clients aux programmes de transferts sociaux (environ 10 points de pourcentage) et la récidive criminelle (environ 30 points de pourcentage),

- Documents joints

Insertion professionnelle

1- travail emploi



Décision n° NA-000-15-00391-00

Portant agrément au titre de l'engagement de Service Civique

Le Président de l'Agence du Service Civique

Vu le code du service national, notamment son titre I^{er} bis ;
Vu, avec pièces à l'appui, la demande d'agrément présentée le 20 novembre 2015 par l'organisme intéressé ;

Décide :

Article 1^{er}

La DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE dont le siège social est situé 8 rue du Renard 75004 PARIS (N°SIRET : 12001201800111) est agréée, pour une durée de deux ans à compter de la signature de la présente décision, au titre de l'engagement de Service Civique.

La liste des Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires de la Direction mentionnée au premier alinéa bénéficiant, en application de l'article R. 121-36 du code du service national, de l'agrément accordé à celui-ci est annexée à la présente décision.

Article 2

Les missions susceptibles d'être accomplies par les personnes accueillies en Service Civique sont les suivantes :

Thème	Numéro	Sous-numérotation	Intitulé
Solidarité	1	A	Accompagner les activités d'insertion en faveur des personnes détenues.
Culture et loisirs	4	A	Accompagnement à la mise en place d'actions culturelles en milieu carcéral.
Sport	5	A	Accompagnement à la mise en place d'activités sportives en milieu carcéral.

En cas de déplacement à l'étranger (hors Union Européenne) et quelle qu'en soit la durée, la Direction agréée doit obligatoirement transmettre à l'Agence du Service Civique les lieux et dates du séjour ainsi que les coordonnées de la structures accueillant les volontaires.

Article 3

La Direction de l'Administration Pénitentiaire mentionnée à l'article 1^{er} est autorisée avant le 31 décembre 2015 à engager 104 mois de service et à consommer 13 mois de service selon la répartition indicative détaillée en annexe. Le nombre de mois engagés mentionné ci-dessus ne pourra faire l'objet d'aucun report.

NA-000-15-00391-00

Annexe 12. Rapport TNS Sofres sur les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire-SGMAP-Janvier 2016

Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire

SGMAP

Rapport de résultats

Janvier 2016



48VN60



TNS Sofres
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016
© TNS




Rappel des objectifs de l'étude

Au printemps 2015, le Premier ministre a saisi l'Inspecteur Général des Services Judiciaires (assisté de l'Inspection des Services Pénitentiaires), l'Inspection Générale des Finances et l'Inspection Générale des Affaires Sociales aux fins de procéder, dans le cadre de la modernisation de l'action publique, à une mission d'évaluation des politiques interministérielles d'insertion des personnes confiées à l'administration pénitentiaire par l'autorité judiciaire.


Dans ce cadre, la mission interministérielle a demandé à TNS Sofres, avec le soutien du Secrétariat Général à la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP), de réaliser une enquête quantitative auprès des dirigeants d'entreprises et DRH afin de :



Identifier les freins et les leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire




TNS Sofres
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016
© TNS




2

Rappel de la méthodologie




ÉCHANTILLON

- 600 entreprises du secteur privé.
Public cible : personne en charge des ressources humaines et de la gestion du personnel (Dirigeant ou DRH)
- Méthode des quotas (taille d'entreprise croisée par le secteur d'activité) et stratification par région.
- Lors de la phase d'enquête, l'échantillon a été raisonné afin de disposer de bases suffisantes dans les différentes strates. Dans le calcul des résultats, les différentes tailles d'entreprises et les secteurs d'activité ont été remis à leur poids réel.




MODE DE RECUEIL

- Interviews réalisées par téléphone.




DATES DE TERRAIN

- Du 05 au 15 janvier 2016



DURÉE DU QUESTIONNAIRE


- 15 minutes




Auteurs TNS Sofres
Guillaume CALINE
Julie COQUILLE
Valérie FERNANDES

SGMAP
Vincent LAHUEC
Stéphan GIRAUD

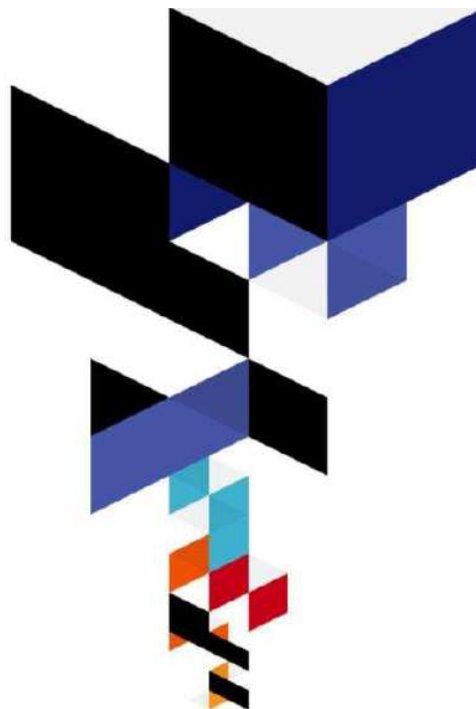
Janvier 2016
48VN60 | © TNS



TNS Sofres
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016
© TNS



3



Synthèse



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



1. Des entreprises qui accordent de l'importance à l'insertion des personnes éloignées de l'emploi et sont prêtes à jouer le jeu... mais beaucoup moins lorsqu'il s'agit de personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire

Près de 9 entreprises sur 10 (88%) estiment avoir un rôle à jouer important, voire très important (43%) dans l'insertion professionnelle des personnes éloignées de l'emploi (seniors, jeunes, personnes handicapées, chômeurs de longue durée...).

- En termes de secteur, seul le BTP se démarque négativement, mais avec un score qui reste assez élevé (77%).

Cette importance accordée à l'insertion vaut de façon massive pour toutes les catégories de personnes éloignées de l'emploi sauf pour celles condamnées, face auxquelles les entreprises sont clairement divisées (seulement 47% estiment qu'il est important que les entreprises agissent en faveur de leur insertion professionnelle)

- A noter que les entreprises de plus de 50 salariés sont plus positives sur ce point.

Mais dans un contexte où les perspectives d'embauche pour 2016 semblent modestes pour les entreprises interrogées (à peine un tiers envisage de recruter), celles-ci sont peu disposées à embaucher des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire (69% n'envisageraient pas d'en embaucher, dont 33% certainement pas).

- Les entreprises de plus de 10 salariés et du secteur de l'industrie affichent toutefois des prédispositions plus favorables.

Toutes se montrent en revanche plus ouvertes envers les autres catégories de personnes éloignées de l'emploi.



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS

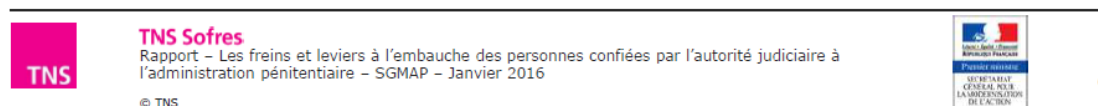


5

2. Un niveau d'information relativement faible sur les dispositifs pour favoriser l'emploi des personnes condamnées

Un peu moins d'une entreprise sur deux sait que les entreprises ont la possibilité d'embaucher des personnes condamnées en contrat d'insertion (45%). Dans le même temps, elles se déclarent mal informées sur ce sujet (88% au total, dont 64% très mal informées).

D'après les entreprises interrogées, celles qui emploient des personnes condamnées le font principalement pour favoriser leur insertion. L'intérêt en termes d'image est beaucoup moins perçu (42% pour l'ensemble des entreprises).



3. Des freins à l'embauche de personnes condamnées assez forts

Même après une explication sur les possibilités offertes par les contrats d'insertion*, deux entreprises sur trois n'envisagent toujours pas d'embaucher des personnes condamnées (66% de réponses négatives).

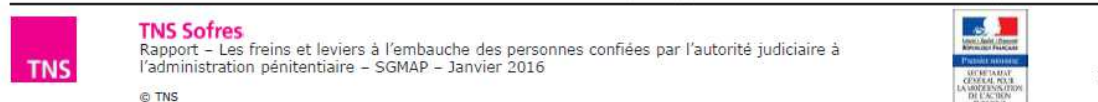
- Le secteur de l'industrie confirme en revanche sa plus grande ouverture (48% vs 34% pour l'ensemble).

Parmi les entreprises qui n'envisagent pas d'employer des personnes condamnées, une sur deux affirme que même si leur profil pourrait correspondre à leurs besoins elle ne souhaite pas en employer.

Toutes les mesures proposées pour favoriser l'emploi des personnes condamnées et suivies par les services de justice sont jugées utiles par les répondants, en particulier le fait d'être informé précisément sur les précautions à prendre lorsqu'on embauche ces personnes (89%). Les autres mesures recueillent des scores positifs supérieurs à 75% (accompagnement personnalisé pour faciliter le processus d'embauche, allègement de charges fiscales ou encore accompagnement sur la procédure de recrutement).

Mais globalement, les freins à l'embauche restent bien plus forts que les leviers. Le profil psychologique des personnes condamnées apparaît comme un frein majeur (84% « oui, dissuaderait »), suivi du danger que les condamnés représentent pour les salariés (71%) et des craintes quant à leur fiabilité (69%). En matière de leviers, la volonté d'agir en faveur de la réinsertion sociale arrive en tête des critères qui pourraient inciter à employer des personnes condamnées et suivies par les services de la justice (71%), suivi par le souhait de donner une seconde chance (65%). Les autres leviers proposés apparaissent comme moins décisifs (bénéficier d'informations sur les précautions à prendre, d'un accompagnement personnalisé de la part de l'administration pénitentiaire ou la promotion de l'image de l'entreprise).

* Toutes les entreprises peuvent employer une ou plusieurs personnes condamnées, ayant ou non fait de la prison, et suivies par les services de la justice grâce à un « contrat d'insertion unique », qui leur permet en tant qu'entreprise de bénéficier d'aides financières de la part de l'Etat.



4. Les possibilités d'emploi de personnes détenues purgeant actuellement leur peine au sein d'un établissement pénitentiaire sont mieux connues... même si les entreprises manquent beaucoup d'informations

On constate une bonne connaissance des entreprises sur la possibilité de faire travailler des personnes détenues purgeant actuellement leur peine en mettant en place des ateliers de production au sein même des établissements pénitentiaires (58%, dont 37% savent bien de quoi il s'agit) – quels que soient le secteur et la taille de l'entreprise.

Mais les répondants s'estiment là aussi très mal informés sur les démarches à effectuer pour mettre en place cet atelier (89% sont mal informés, dont 67% très mal).

D'après les entreprises interrogées, celles qui ont recours à ce type de solution le font surtout pour bénéficier d'une main d'œuvre à bas coût (81%) mais aussi pour favoriser l'insertion sociale des détenus (73%).



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



8

5. Des entreprises qui perçoivent un certain nombre d'avantages à la mise en place d'ateliers au sein des établissements pénitentiaires

Près des deux tiers des entreprises interrogées n'envisagent pas de faire travailler des détenus en mettant en place un atelier de production au sein d'un établissement pénitentiaire (dont 42% « certainement pas »). Elles invoquent très majoritairement le fait que l'atelier de production ne correspond pas à leur besoin (88% d'entre elles). Pour les autres, l'engagement social en faveur de l'insertion (76% parmi les entreprises pourrait avoir besoin d'un atelier) et la valorisation d'une fabrication française (72%) sont les deux principaux leviers perçus.

En revanche, les opinions sont plus partagées sur les freins. Les frais de fonctionnement apparaissent comme le principal.



- **Au global, comparées aux autres populations fragilisées et éloignées de l'emploi, les personnes condamnées suscitent de réelles réserves de la part des entreprises.**
- **Si plusieurs leviers – surtout d'ordre moral et social – apparaissent, d'une part les freins à l'embauche restent dominants et lourds et d'autre part les entreprises sont peu ou mal informées sur le sujet et les démarches à effectuer.**
- **Concernant les ateliers au sein des établissements pénitentiaires, les résistances, auprès des entreprises dont l'activité serait compatible avec un tel modèle, s'avèrent moins prégnantes.**
- **Une information plus soutenue en direction des entreprises serait vraisemblablement porteuse dans un contexte où elles se disent très mal informées.**



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



9

1

Des entreprises qui accordent de l'importance à l'insertion et sont prêtes à jouer le jeu... Mais beaucoup moins lorsqu'il s'agit de personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire



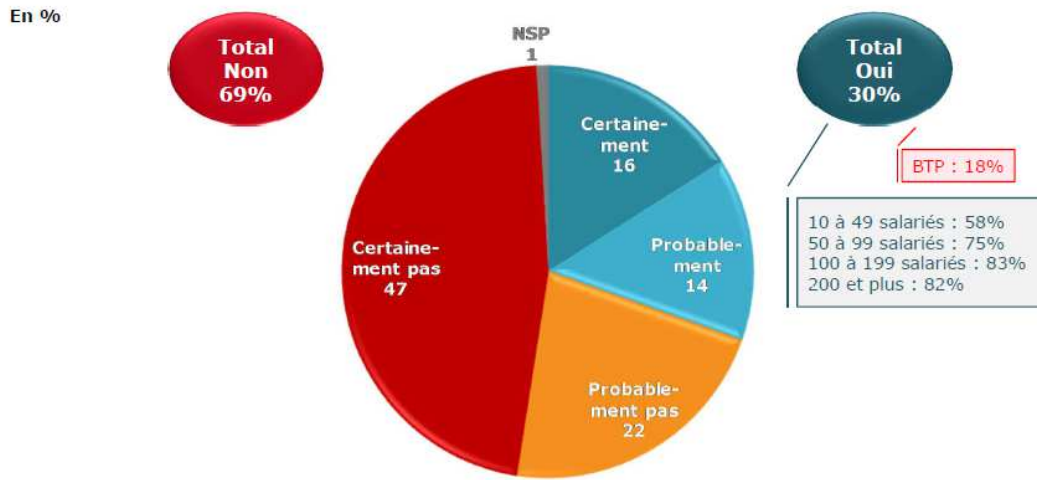
TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



En toile de fond, une politique d'embauche limitée pour 2016 : à peine un tiers des entreprises envisage de recruter



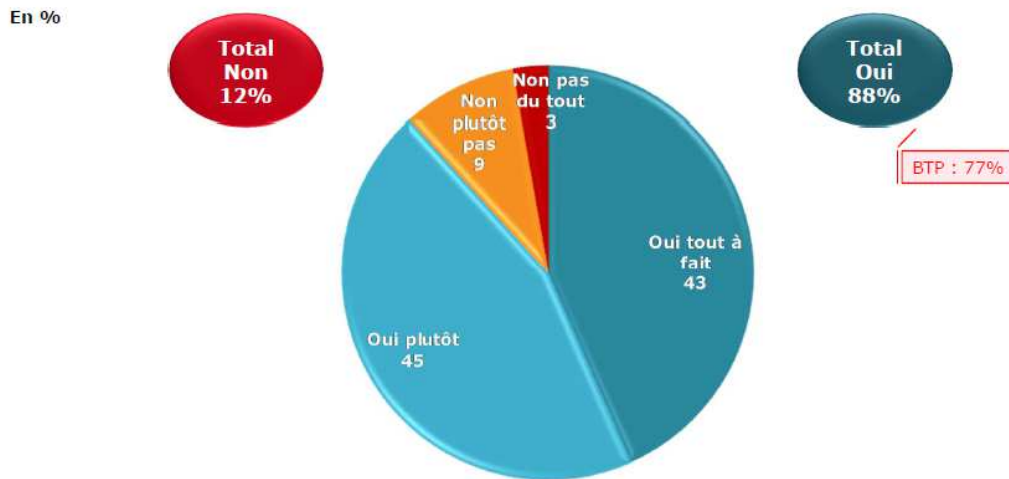
Base : Ensemble (N=600)
Q1 Pour 2016, envisagez-vous de recruter du personnel au sein de votre entreprise ?



TNS Sofres
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016



Les entreprises estiment avoir un rôle à jouer important – voire très important – dans l'insertion professionnelle des personnes éloignées de l'emploi...



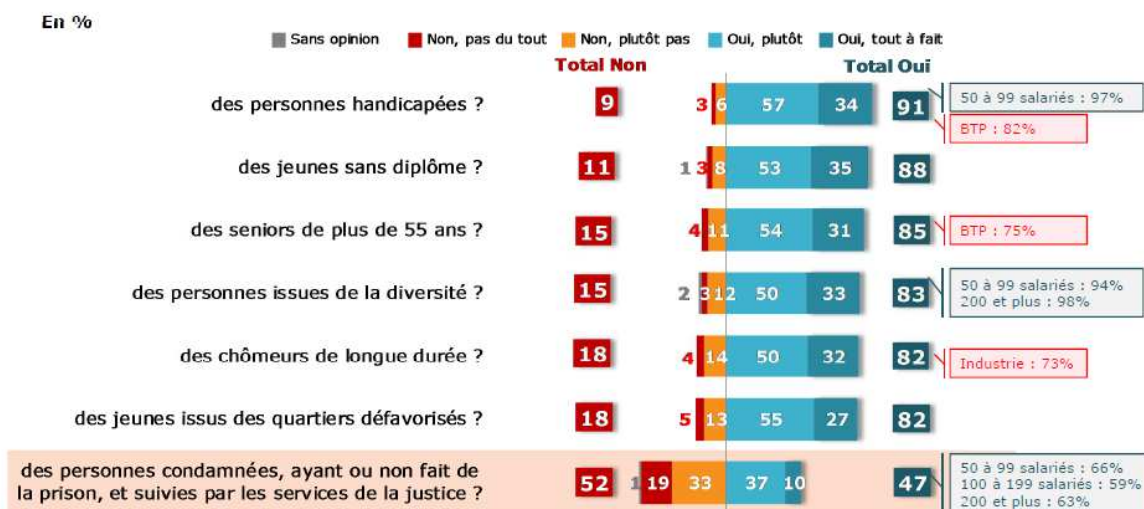
Base : Ensemble (N=600)
Q2 De façon générale, pensez-vous que les entreprises ont un rôle à jouer dans l'insertion professionnelle des personnes éloignées de l'emploi (personnes handicapées, seniors en recherche d'emploi, jeunes...) ?



TNS Sofres
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016



Cette importance accordée à l'insertion vaut de façon massive pour toutes les catégories de personnes éloignées de l'emploi... sauf pour les condamnés – face auxquels les entreprises sont clairement divisées



Base : Ensemble (N=600)

Q3 Plus précisément, pensez-vous qu'il est important que les entreprises agissent en faveur de l'insertion professionnelle...



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



13

Les entreprises se montrent peu disposées à embaucher les condamnés, tandis qu'elles se montrent plus ouvertes envers des personnes issues de la diversité, des chômeurs, ou encore des jeunes issues des quartiers



Base : Ensemble (N=600)

Q4 Si vous deviez embaucher dans les mois ou les années à venir, pourriez-vous envisager d'embaucher dans votre entreprise...



TNS Sofres

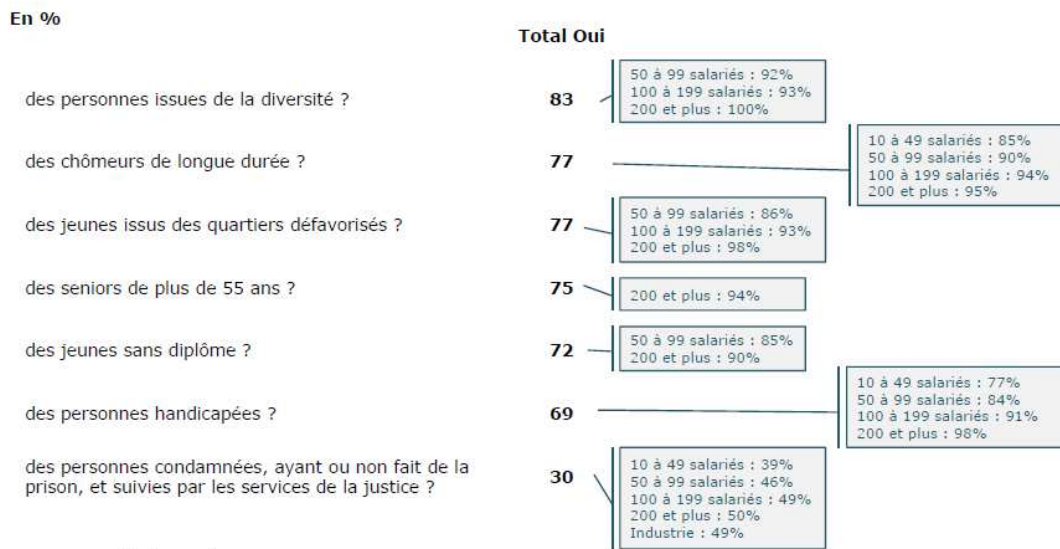
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



14

Détail par secteur / taille de l'entreprise



Base : Ensemble (N=600)

Q4 Si vous deviez embaucher dans les mois ou les années à venir, pourriez-vous envisager d'embaucher dans votre entreprise...



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



15

Le rôle des entreprises en faveur de l'insertion vs une action concrète suivie de façon moindre

En %

	Envisagerait d'embaucher dans l'entreprise	Importance d'agir en faveur de l'insertion professionnelle	Différentiel « Envisage d'embaucher - Agir »
des personnes issues de la diversité	83	83	=
des chômeurs de longue durée	77	82	-5
des seniors de plus de 55 ans	75	85	-10
des jeunes issus des quartiers défavorisés	72	82	-10
des jeunes sans diplôme	72	88	-16
des personnes condamnées, ayant ou non fait de la prison, et suivies par les services de la justice	30	47	-17
des personnes handicapées	69	91	-22

Base : Ensemble (N=600)

Q3 Plus précisément, pensez-vous qu'il est important que les entreprises agissent en faveur de l'insertion professionnelle...

Q4 Si vous deviez embaucher dans les mois ou les années à venir, pourriez-vous envisager d'embaucher dans votre entreprise...



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



16

2

Un niveau d'information relativement faible sur les dispositifs pour favoriser l'emploi des personnes condamnées



TNS Sofres

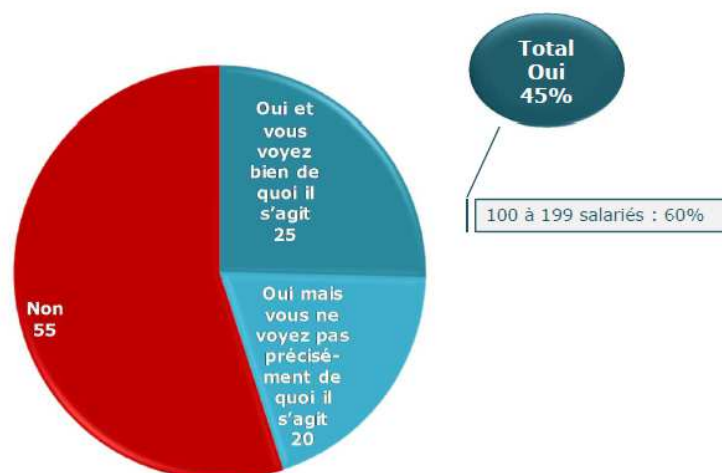
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



Un peu moins d'une entreprise sur deux connaît la possibilité d'embaucher des personnes condamnées en contrat d'insertion – mais une sur quatre déclare bien connaître cette solution...

En %



Base : Ensemble (N=600)

Q5 Savez-vous que les entreprises ont la possibilité d'embaucher des personnes condamnées, ayant ou non fait de la prison, et suivies par les services de la justice en mettant en place un contrat d'insertion ?



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



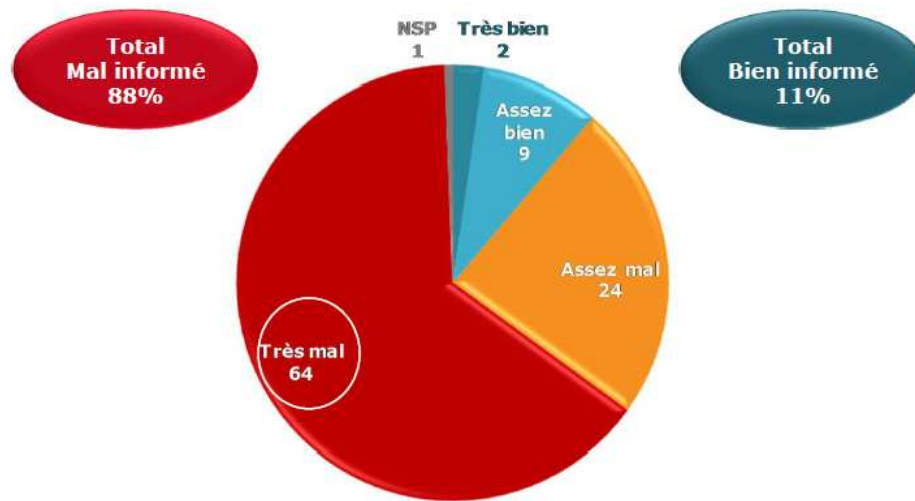
18

... mais elles se déclarent très mal informées sur ce sujet

Question posée après lecture de la consigne suivante :

Toutes les entreprises peuvent employer une ou plusieurs personnes condamnées, ayant ou non fait de la prison, et suivies par les services de la justice grâce à un « contrat d'insertion unique », qui leur permet en tant qu'entreprise de bénéficier d'aides financières de la part de l'Etat.

En %



Base : Ensemble (N=600)

Q6 Diriez-vous que vous êtes très bien, assez bien, assez mal ou très mal informé(e) sur les démarches à effectuer pour employer des personnes condamnées, ayant ou non fait de la prison, et suivies par les services de la justice ?



TNS Sofres

Rapport - Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire - SGMAP - Janvier 2016

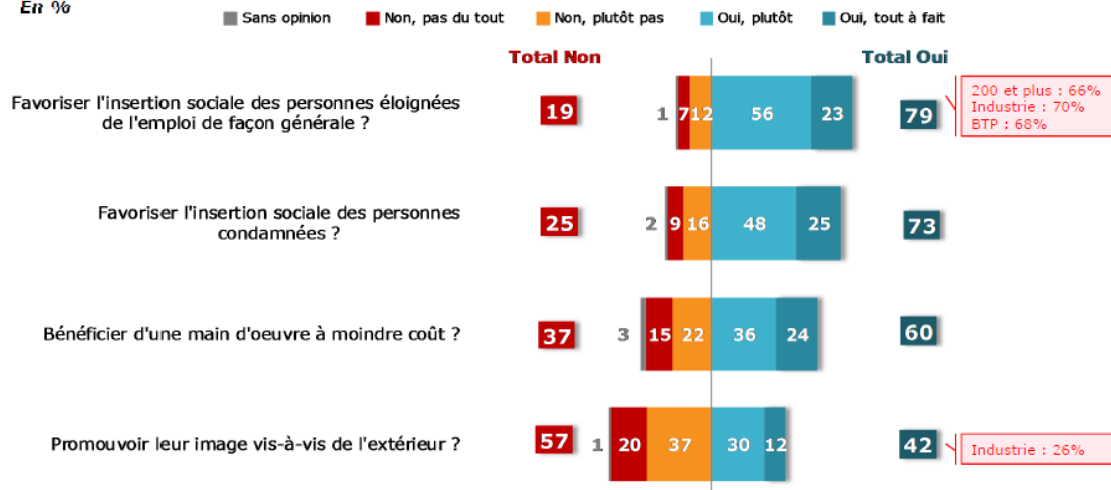
© TNS



19

D'après les entreprises interrogées, celles qui emploient des personnes condamnées le font principalement pour favoriser leur insertion. L'intérêt en termes d'image est beaucoup moins perçu.

En %



Base : Ensemble (N=600)

Q7 D'après ce que vous supposez, les entreprises qui emploient des personnes condamnées et suivies par les services de la justice le font surtout pour...



TNS Sofres

Rapport - Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire - SGMAP - Janvier 2016

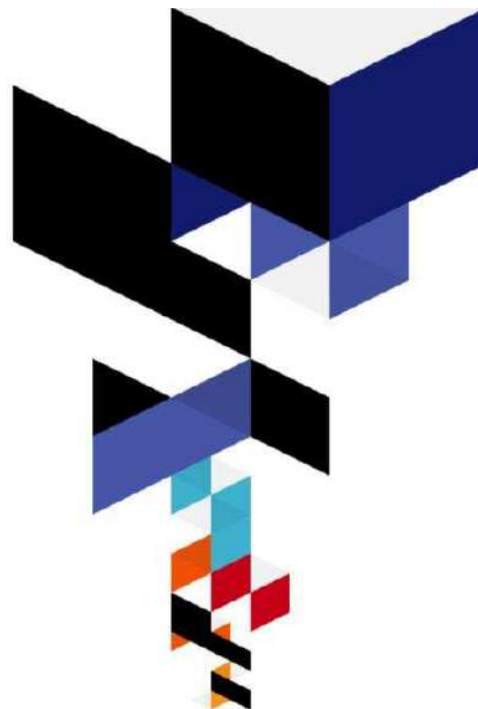
© TNS



20

3

Des freins à l'embauche de personnes condamnées assez forts



TNS Sofres

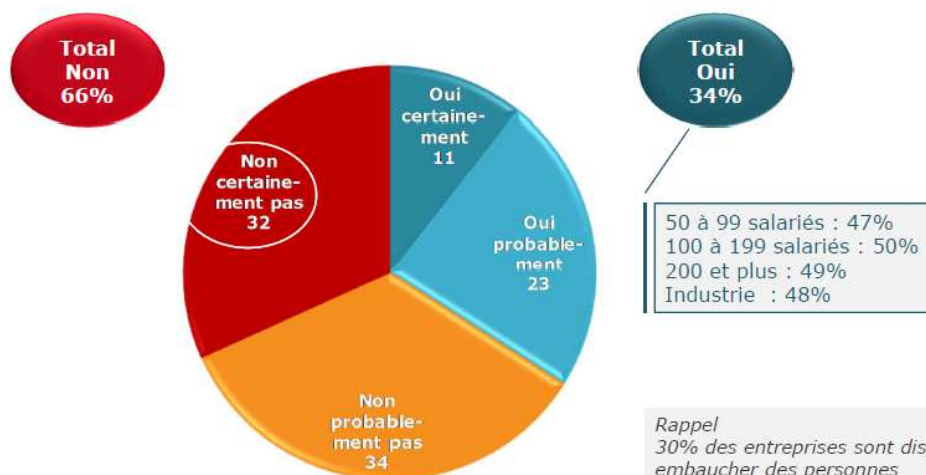
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



Après explication sur les possibilités de contrats d'insertion, les entreprises confirment une ouverture assez limitée en faveur de l'emploi des personnes condamnées

En %



Base : Ensemble (N=600)

Q8 Si vous étiez en situation d'embaucher, pourriez-vous envisager d'employer dans votre entreprise des personnes condamnées, ayant ou non fait de la prison, et suivies par les services de la justice ?



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



22

Parmi les entreprises qui n'envisagent pas d'employer des personnes condamnées, les raisons le plus souvent citées spontanément sont la peur, les problèmes qui peuvent survenir et le passé de la personne condamnée



Base : à ceux qui n'envisagent pas d'employer des personnes condamnées dans leur entreprise (N=341)
Q9 Pour quelles raisons ?



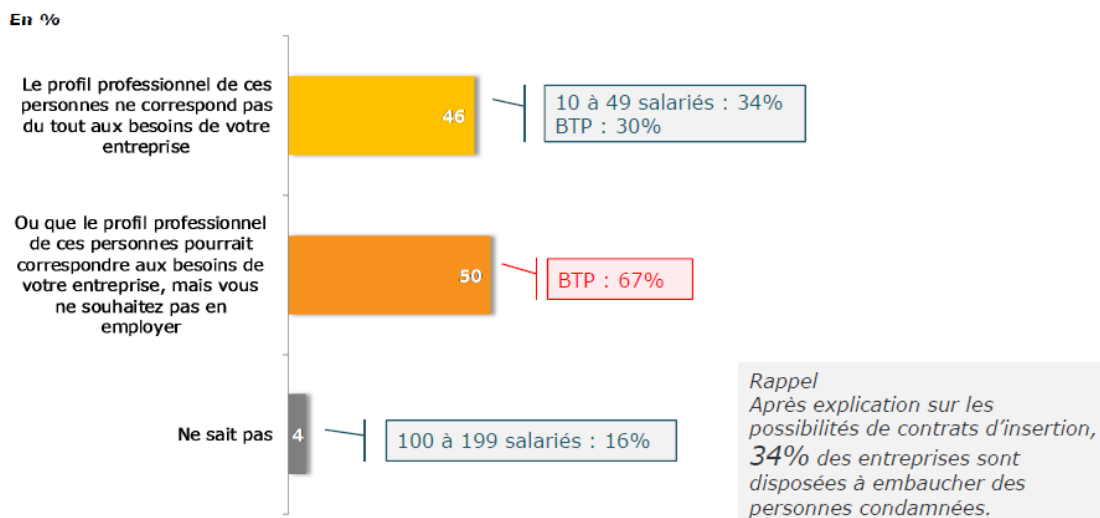
TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



Parmi les entreprises qui n'envisagent pas d'employer des personnes condamnées, une sur deux affirme qu'elle ne souhaite pas en employer – même si leur profil pourrait correspondre à leurs besoins



Base : à ceux qui n'envisagent pas d'employer des personnes condamnées dans leur entreprise (N=341)
Q10 Plus précisément diriez-vous que...



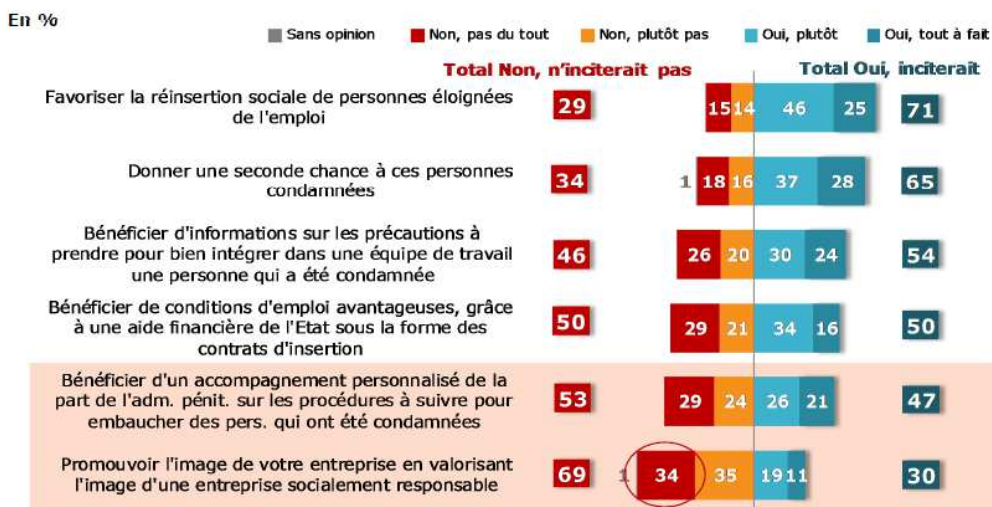
TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



La réinsertion sociale apparait comme le principal levier pour inciter à employer des personnes condamnées et suivies par les services de la justice



Base : Ensemble (N=600)
 Q11 Pour chacun des éléments que je vais vous citer, dites-moi s'il pourrait vous inciter à employer au sein de votre entreprise une ou des personnes condamnées et suivies par les services de la justice.



TNS Sofres

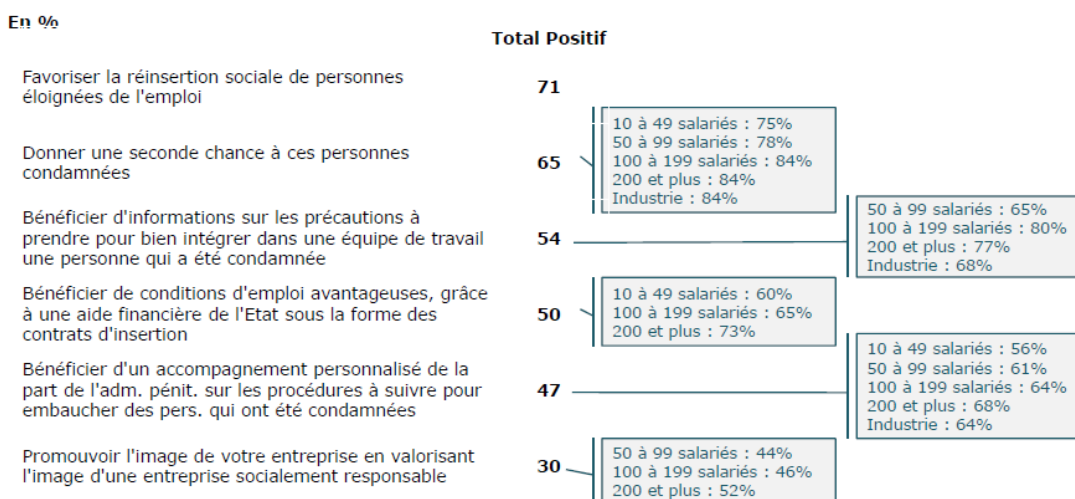
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



25

Détail par secteur / taille de l'entreprise



Base : Ensemble (N=600)
 Q11 Pour chacun des éléments que je vais vous citer, dites-moi s'il pourrait vous inciter à employer au sein de votre entreprise une ou des personnes condamnées et suivies par les services de la justice.



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

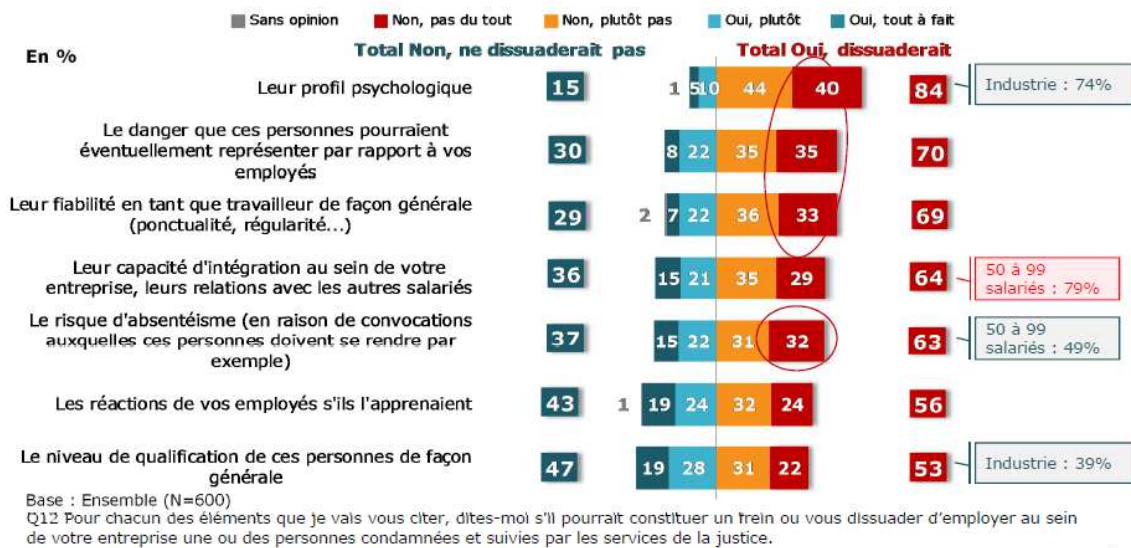
© TNS



26

Le profil psychologique est le principal frein à l'embauche, suivi du danger que les condamnés représentent pour les salariés et des craintes quant à leur fiabilité.

Dans l'ensemble, les freins à l'embauche plus affirmés que les leviers



TNS Sofres

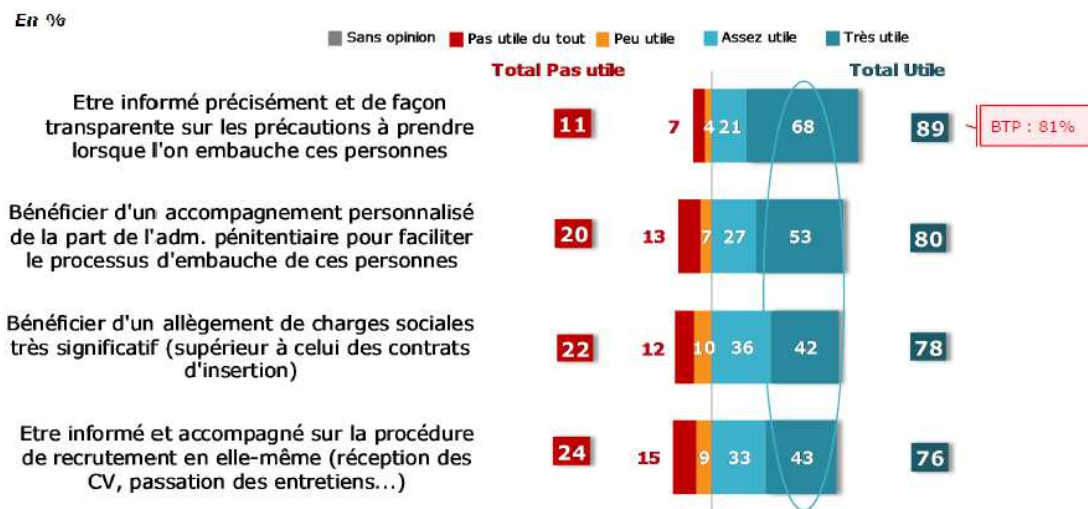
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



27

Toutes les mesures testées apparaissent **très utiles**, notamment le fait d'être informé précisément sur les précautions à prendre à l'embauche de ces personnes, et ensuite l'accompagnement



Base : Ensemble (N=600)

Q20 Pour chacune des mesures que je vais vous citer, dites-moi si elle vous paraît très, assez, peu ou pas du tout utile pour favoriser l'emploi des personnes condamnées et suivies par les services de la justice :



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



28

4

Les possibilités d'emploi de personnes détenues purgeant actuellement leur peine au sein d'un établissement pénitentiaire sont mieux connues... même si les entreprises manquent beaucoup d'informations



TNS Sofres

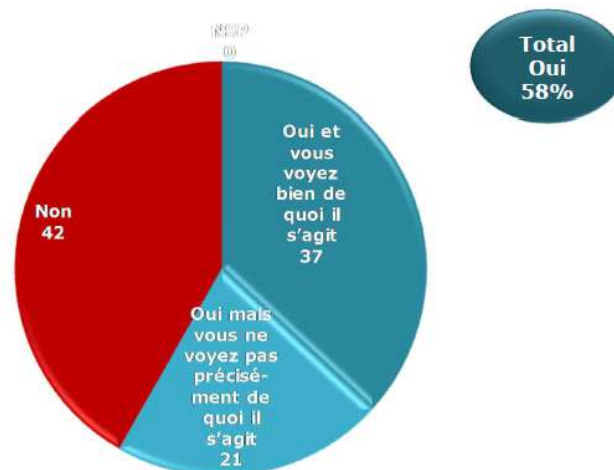
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



6 entreprises sur 10 savent qu'il est possible de faire travailler des personnes détenues purgeant actuellement leur peine en mettant en place des ateliers de production au sein même des établissements pénitentiaires

En %



Base : Ensemble (N=600)

Q13 Savez-vous que les entreprises ont la possibilité de faire travailler des personnes détenues purgeant actuellement leur peine en mettant en place des ateliers de production au sein même des établissements pénitentiaires ?



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS

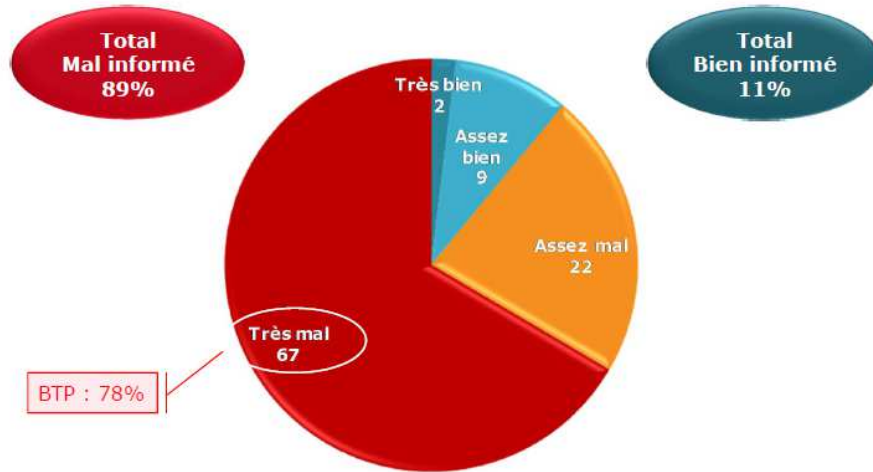


30

Mais elles s'estiment très mal informées sur les démarches à effectuer pour mettre en place un atelier au sein d'un établissement pénitentiaire

Question posée après lecture de la consigne suivante :
Toutes les entreprises peuvent faire travailler des personnes détenues purgeant actuellement leur peine en mettant en place des ateliers de fabrication au sein même des établissements pénitentiaires. L'entreprise passe un contrat avec l'établissement pénitentiaire et peut bénéficier d'un salaire minimum inférieur au SMIC.

En %



Base : Ensemble (N=600)
Q14 Diriez-vous que vous êtes très bien, assez bien, assez mal ou très mal informé(e) sur les démarches à effectuer pour mettre en place un atelier au sein d'un établissement pénitentiaire ?

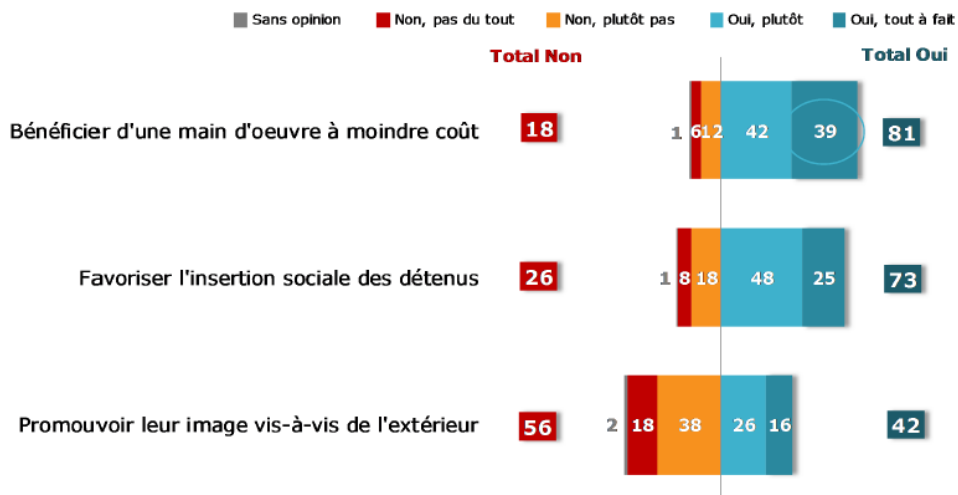


TNS Sofres
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016



D'après les entreprises interrogées, celles qui mettent en place des ateliers le font surtout dans une logique économique et dans une moindre mesure pour favoriser l'insertion des détenus

En %



Base : Ensemble (N=600)
Q15 D'après ce que vous supposez, les entreprises qui emploient des personnes détenues et disposent d'ateliers dans les établissements pénitentiaires le font surtout pour...



TNS Sofres
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016



5

Des entreprises qui perçoivent un certain nombre d'avantages à la mise en place d'ateliers au sein des établissements pénitentiaires



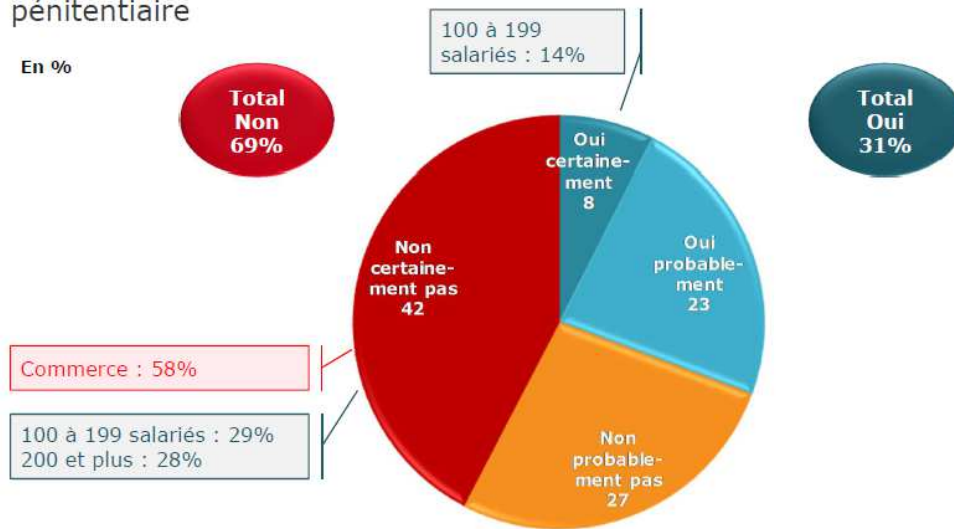
TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



À peine un tiers des entreprises envisagerait de faire travailler des détenus en mettant en place un atelier de production au sein d'un établissement pénitentiaire



Base : Ensemble (N=600)
 Q16 Si vous en aviez le besoin, pourriez-vous envisager de faire travailler des détenus en mettant en place un atelier de production au sein d'un établissement pénitentiaire ?



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

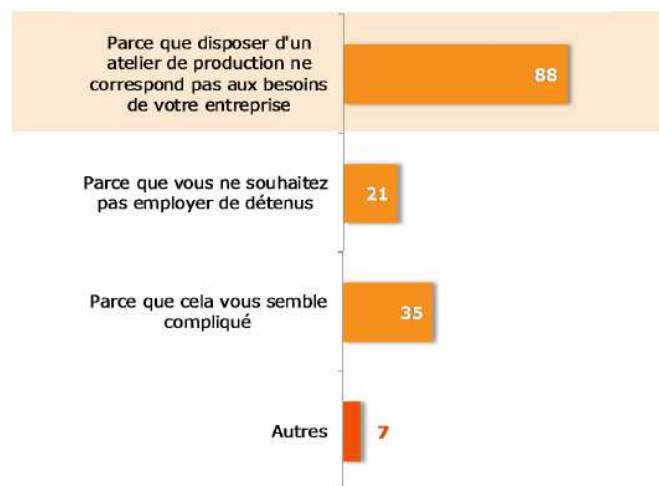
© TNS



34

Pour les entreprises qui n'envisagent pas de mettre en place des ateliers, le principal motif invoqué est le fait que l'atelier de production ne correspond pas aux besoins de l'entreprise

En %



Base : ceux qui n'envisagent pas faire travailler des détenus en mettant en place un atelier de production (N=411)
 Q17 Pour quelles raisons ?



TNS Sofres

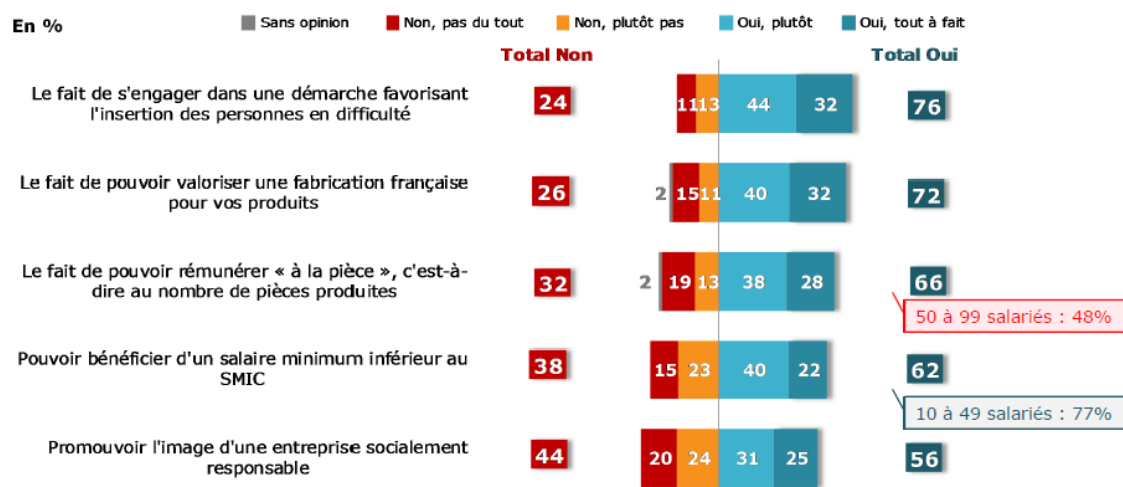
Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



35

Pour les entreprises qui pourraient envisager de mettre en place des ateliers, des leviers à la mise en place d'un atelier assez bien perçus, en particulier l'engagement social en faveur de l'insertion et la valorisation d'une fabrication française



Base : à tous - sauf ceux qui ont répondu que disposer d'un atelier ne correspond pas aux besoins de leur entreprise (N=257)
Q18 Pour chacun des éléments que je vais vous citer, dites-moi s'il pourrait vous inciter à mettre en place un atelier de production au sein d'un établissement pénitentiaire en employant des détenus :



TNS Sofres

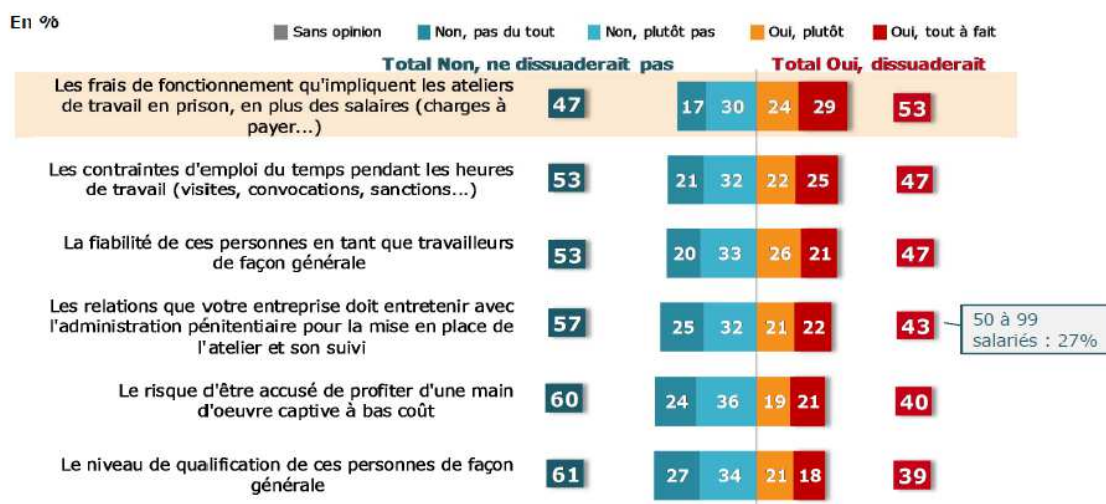
Rapport - Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire - SGMAP - Janvier 2016

© TNS



36

Pour les entreprises qui pourraient envisager de mettre en place des ateliers, des opinions assez partagées sur les freins. Les frais de fonctionnement apparaissent comme le principal



Base : à tous - sauf ceux qui ont répondu que disposer d'un atelier ne correspond pas aux besoins de leur entreprise (N=257)
Q19 Pour chacun des éléments que je vais vous citer, dites-moi s'il pourrait vous dissuader de mettre en place un atelier de production au sein d'un établissement pénitentiaire en faisant travailler des détenus :



TNS Sofres

Rapport - Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire - SGMAP - Janvier 2016

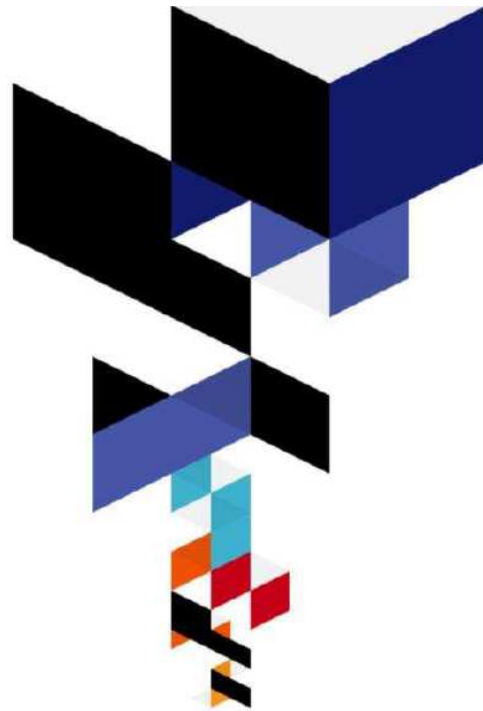
© TNS



37

6

Signalétiques

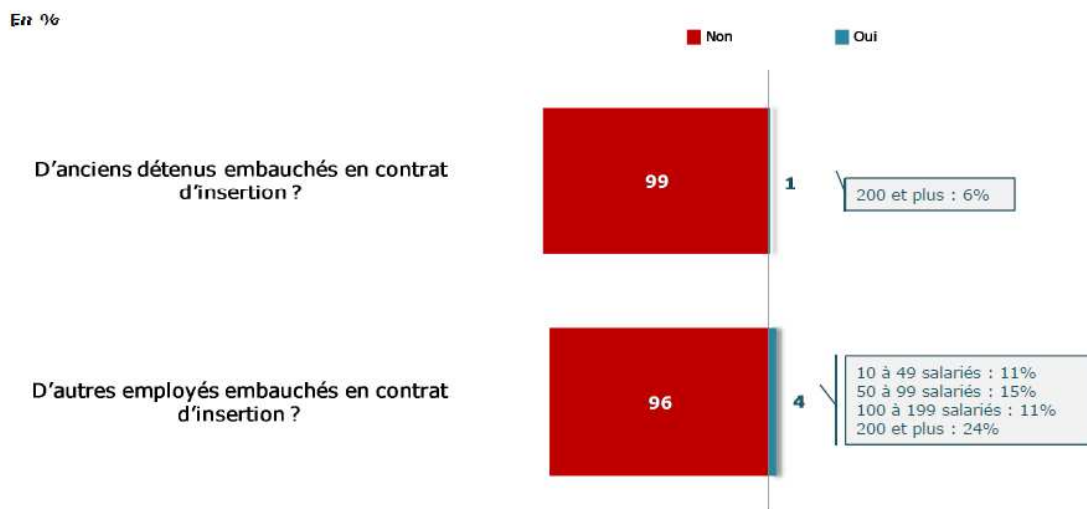


TNS Sofres
Rapport – Les freins et leviers à l’embauche des personnes confiées par l’autorité judiciaire à l’administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



Présence de contrats d’insertion au sein de l’entreprise



Base : Ensemble (N=600)
Q21 Au sein de votre entreprise y a-t-il actuellement...



TNS Sofres
Rapport – Les freins et leviers à l’embauche des personnes confiées par l’autorité judiciaire à l’administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



Secteur et taille de l'entreprise

En %

Avant redressement		Taille d'entreprise				
Secteur d'activité	Base	1. 1 à 9	2. 10 à 49	3. 50 à 99	4. 100 à 199	5. 200 +
Base	600	202	181	101	69	47
1. Industrie	22%	22%	23%	20%	23%	21%
2. BTP	21%	22%	22%	21%	15%	17%
3. Commerce	17%	15%	17%	14%	23%	23%
4. Transport	8%	7%	8%	10%	10%	6%
5. Services	32%	33%	30%	36%	29%	32%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%



TNS Sofres

Rapport – Les freins et leviers à l'embauche des personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire – SGMAP – Janvier 2016

© TNS



40