



HAL
open science

Quels sont les déterminants du taux d'occupation des Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) destinés aux détenus de la maison d'arrêt de Gradignan ?

Christèle Payet

► To cite this version:

Christèle Payet. Quels sont les déterminants du taux d'occupation des Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) destinés aux détenus de la maison d'arrêt de Gradignan ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02508325

HAL Id: dumas-02508325

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02508325>

Submitted on 14 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N°65

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 06/06/2018 à Bordeaux par

Christèle PAYET

Née le 08/09/1986 à Sainte Clotilde de la Réunion

**Quels sont les déterminants du taux d'occupation des Appartements de
Coordination Thérapeutiques (A.C.T) destinés aux détenus de la maison d'arrêt
de Gradignan ?**

Directeur de thèse

Madame le Docteur COULIBALY Maïmouna

Membres du jury :

| | |
|---|-------------------|
| Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH | Président du jury |
| Monsieur le Docteur Gérard DUCOS | Jury |
| Monsieur le Professeur Philippe CASTERA | Jury |
| Monsieur le Docteur Christophe ADAM | Rapporteur |

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, Président du jury,

Professeur des Universités et médecin généraliste installé à Bordeaux,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma reconnaissance et le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Gérard DUCOS, membre du jury

Médecin généraliste installé à Cestas

Les mots sont faibles pour vous faire part de ma reconnaissance et vous exprimer ma gratitude. Je vous remercie du fond du cœur pour votre soutien, votre disponibilité et vos précieux conseils. Merci d'avoir toujours été présent. Je vous suis reconnaissante d'avoir supervisé mon travail.

A Madame le Docteur Maïmouna COULIBALY, directrice de thèse

Médecin Généraliste installée à Bordeaux

Merci pour ton écoute, ton aide et tes conseils. Je suis honorée d'avoir été ta première thésarde.

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM, rapporteur de thèse et membre du jury

Médecin Généraliste installé à Bordeaux et maître de conférence des Universités associé

Je vous suis reconnaissante de faire partie de ce jury et d'avoir évalué ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, membre du jury

Professeur des Universités associé et médecin généraliste installé à Bordeaux

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Je suis honorée de vous compter parmi ce jury. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Merci à **Mme Corinne STROUSSER-DAMEME**, directrice de l'association SOS ACT Bègles pour ses nombreux conseils, son aide et sa gentillesse.

Merci à **Mme JUGIE Elsa**, assistante sociale à l'UCSA de Gradignan pour m'avoir fait découvrir les Appartements de Coordination Thérapeutiques. Tu resteras une très belle rencontre tant professionnelle qu'amicale.

Merci au **Dr LEMONNIER Fabienne**, chef de service de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires à la maison d'arrêt de Gradignan, pour m'avoir accueillie au sein de son équipe.

Merci à **toute l'équipe de l'UCSA**, mon Kiki, Ludo, Lionel, Cécile, aux deux Sylvie, Marine, Nathalie, Fabienne, Isabelle, Laure et les autres pour tout ces bons moments passés à la Maison d'arrêt.

Merci au **Dr REMUS Alexandre** et à l'ensemble de son équipe du SMPR de la maison d'arrêt de Gradignan, pour m'avoir accueillie, consacré du temps et aidé dans mon travail.

Merci à l'équipe de l'UHSI pour leur participation et leur aide : **Dr BRUN, Dr SUDRE, Dr KANDJI, Dr NADJIM et Mme KEUSCH.**

Merci à **Mme LATOUR Véronique**, directrice de l'association La Case, d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions. Un remerciement particulier au **Dr ALLA Marielle, Mr LONGCHAMP Stéphane** et **Mme LATOUR Rébecca** pour leur disponibilité.

Merci au **Dr LEPORT Gildas**, médecin à L'UHSA de Cadillac et au **Dr DANDELOT Dominique** Psychiatre à l'UHSA de Cadillac pour leur participation.

Aux patients que je n'oublierai pas, qui m'ont marqué par leur personnalité ou leur histoire et qui m'ont permis et me permettent toujours de grandir professionnellement et humainement chaque jour.

A titre plus personnel,

A mon père, qui a toujours su me soutenir et m'encourager durant toutes ces années. Les mots sont faibles pour te témoigner tout mon amour et ma reconnaissance. Si tu n'avais pas été à mes côtés je n'en serai certainement pas là où j'en suis aujourd'hui. Je te remercie de m'avoir transmis ton goût du travail et ta force de caractère.

A ma mère, mon Ange gardien, ma bonne étoile. Je sais que de là où tu es, tu me protèges et veilles sur moi.

A mes sœurs adorées Stéphanie, qui a toujours su trouver les mots justes afin de m'aider à relever la tête et me redonner le sourire. Et à Isabelle qui n'a pas pu être présente aujourd'hui mais pour qui j'ai une pensée particulière.

A ma grand-mère, Mamie Suzie, qui aurait donné cher pour être parmi nous aujourd'hui. Nous pensons à toi ma petite mamie. Je t'aime

A tous les autres membres de ma famille : mes beaux-frères, mes neveux et nièces, et tout ceux que j'oublie.

Je réalise à quel point j'ai une chance inestimable de vous avoir à mes côtés au quotidien.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| GLOSSAIRE | 7 |
| TABLE DES ANNEXES | 8 |
| TABLEAUX | 9 |
| AVANT PROPOS | 11 |
| INTRODUCTION | 12 |
| 1. Qu'est ce qu'un Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) ? | 12 |
| 1.1. Historique et cadre juridique | 12 |
| 1.2. Missions des ACT | 12 |
| 1.3. Ressources et modalités des ACT | 13 |
| 1.3.1. Ressources humaines | 13 |
| 1.3.1.1. La coordination médicale | 13 |
| 1.3.1.2. La coordination psycho-sociale | 14 |
| 1.3.2. Modalités de fonctionnement | 14 |
| 1.3.2.1. Localisation-Capacités | 14 |
| 1.3.2.2. Durée du séjour | 14 |
| 1.3.2.3. Projet d'établissement et projet | 14 |
| 1.3.2.4. Recours à des prestations extérieures | 15 |
| 1.3.2.5. Rapport d'activité | 15 |
| 1.3.3. Modalités de fonctionnement | 15 |
| 2. Présentation des associations agréées | 15 |
| 2.1. La Case | 15 |
| 2.1.1. Historique et présentation de l'association | 15 |
| 2.1.1.1. Objectifs généraux et missions | 16 |
| 2.1.1.2. Justification du projet d'ACT de l'Unité Sortant de Prison (USP) | 16 |
| 2.1.2. Présentation de l'équipe | 16 |
| 2.1.3. Modalités d'admission de l'utilisateur au sein du dispositif | 17 |
| 2.1.4. Critères d'admission des sujets candidats | 18 |
| 2.1.5. Présentations des appartements | 19 |
| 2.2. SOS ACT Bègles | 20 |
| 2.2.1. Historique et présentation de l'association | 20 |
| 2.2.1.1. Objectifs généraux de l'association et justification | 20 |
| 2.2.1.2. Présentation de l'équipe | 20 |
| 2.2.1.3. Modalités d'admission de l'utilisateur | 20 |
| 2.2.1.4. Critères d'admission des sujets | 20 |
| 2.2.1.5. Présentation des appartements | 20 |
| 2.2.1.6. Localisation des logements | 20 |
| 2.2.1.7. Modalités d hébergement | 20 |

| | | |
|----------------------------|--|-----------|
| 3. | Synthèse et justification de l'étude | 22 |
| 3.1. | Bilan quantitatif | 23 |
| 3.2. | Bilan qualitatif | 23 |
| 3.3. | Question de recherche | 25 |
| 3.3.1. | Objectif principal | 25 |
| 3.3.2. | Objectif(s) secondaire(s) | 25 |
| MATERIEL ET METHODE | | 26 |
| 1. | Type d'étude | 26 |
| 2. | Population de l'étude | 26 |
| 2.1 | Description de la population d'étude | 26 |
| 2.1.1 | Le personnel médico-social des de la maison d'arrêt de Gradignan | 26 |
| 2.1.2 | Le personnel médico-social des associations agréées | 26 |
| 2.1.3 | Les détenus de la maison d'arrêt de Gradignan | 27 |
| 2.2 | Modalités d'inclusion et échantillonnage | 27 |
| 2.2.1 | Du personnel médico-social | 27 |
| 2.2.2 | Des détenus | 27 |
| 3 | Outils | 27 |
| 3.1 | Les questionnaires soumis aux détenus | 28 |
| 3.1.1 | Les questionnaires test | 28 |
| 3.1.2 | Les questionnaires définitifs | 29 |
| 3.2 | Les questionnaires test destinés au personnel médico-social | 29 |
| 3.3 | Les questionnaires définitifs soumis au personnel médico-social | 30 |
| 3.3.1 | Au personnel médico-social de la maison d'arrêt de Gradignan | 30 |
| 3.3.2 | Au personnel médico-social des associations agréées | 31 |
| 4 | Recueil des données | 31 |
| 4.1 | Chez les détenus | 31 |
| 4.1.1 | Des questionnaires test | 31 |
| 4.1.2 | Des questionnaires définitifs | 31 |
| 4.2 | Chez le personnel médico-social | 32 |
| 4.2.1 | Des questionnaires test | 32 |
| 4.2.2 | Des questionnaires définitifs | 32 |
| 5 | Analyse des données | 32 |
| RESULTATS | | 33 |
| 1. | Résultat sur la population d'étude | 30 |
| 1.1. | Les détenus de la maison d'arrêt de Gradignan | 33 |
| 1.1.1. | Présentation | 33 |
| 1.1.2. | Principales caractéristiques des détenus interrogés | 33 |
| 1.1.2.1. | Sexe | 33 |
| 1.1.2.2. | Age | 34 |
| 1.1.2.3. | Antécédent médico-chirurgicaux | 34 |
| 1.1.2.4. | Type de couverture maladie | |
| 1.1.2.5. | Possession d'un logement avant incarcération | 35 |

| | | |
|---------------------|---|-----------|
| 1.1.2.6. | Possession d'un emploi avant incarcération | 35 |
| 1.2. | Le personnel médico-social de la maison d'arrêt de Gradignan | 36 |
| 1.3. | Le personnel médico-social des associations agréées | 36 |
| 2. | Résultats sur les questionnaires | 37 |
| 2.1. | Durée des questionnaires | 37 |
| 2.1.1. | Des questionnaires test | 37 |
| 2.1.2. | Des questionnaires définitifs | 37 |
| 2.2. | Nombre de questionnaires soumis | 37 |
| 2.2.1. | Au personnel médical de la maison d'arrêt de Gradignan | 37 |
| 2.2.2. | Au personnel social de la maison d'arrêt de Gradignan | 37 |
| 2.2.3. | Aux détenus | 38 |
| 2.2.4. | Au personnel médico-social des associations agréées | 38 |
| 3. | Résultats sur les questionnaires test | 39 |
| 3.1. | Principales limites des questionnaires test | 39 |
| 3.1.1. | Du questionnaire destiné aux détenus | 39 |
| 3.1.2. | Du questionnaire destiné au personnel médico-social | 39 |
| 3.2. | Modifications apportées | 39 |
| 3.2.1. | Au questionnaire destiné aux détenus | 39 |
| 3.2.2. | Au questionnaire destiné au personnel médico-social | 39 |
| 4. | Résultats sur les questionnaires définitifs | 40 |
| 4.1. | Soumis aux détenus | 40 |
| 4.2. | Soumis au personnel médico-social de la maison d'arrêt de Gradignan | 40 |
| 4.2.1. | Connaissance du dispositif d'ACT | 40 |
| 4.2.2. | Connaissance des critères d'admission au sein des ACT | 41 |
| 4.2.3. | Expérience au sein des ACT | 41 |
| 4.2.4. | Connaissance du mode de demande d'admission vers les ACT | 41 |
| 4.2.5. | Connaissance de(s) la personne(s) pouvant orienter vers un ACT | 42 |
| 4.2.6. | Connaissance du (des) support(s) de candidature vers un ACT | 42 |
| 4.2.7. | Connaissance du délai de réponse des associations agréées | 43 |
| 4.2.8. | Avis sur le rapport offre/demande d'ACT sur la métropole bordelaise | 43 |
| 4.2.9. | Ressenti sur leur implication dans le projet d'ACT | 44 |
| 4.2.10. | Opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur les critères d'admission des associations agréées | 45 |
| 4.2.11. | Opinion sur la qualité des contacts avec les associations agréées. | 46 |
| 4.2.12. | Opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur la qualité des contacts avec les associations agréées | 47 |
| 4.3. | Soumis au personnel médico-social des associations agréées | 49 |
| DISCUSSION : | | 57 |
| 1. | De la méthode | 57 |
| 1.1. | Du type d'étude | 57 |
| 1.2. | De la population d'étude | 59 |
| 1.3. | Des questionnaires | 60 |
| 1.4. | Du recueil des informations | 61 |
| 1.5. | De l'analyse des données | 61 |
| 2. | Des résultats | 62 |
| 2.1. | Des résultats principaux | 62 |
| 2.1.1. | Statistiques annuelles des demandes d'admission vers les ACT | 62 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 2.1.2. | Critères déterminant le refus des candidatures | 62 |
| 2.1.2.1. | Critères médicaux | 62 |
| 2.1.2.2. | Critères sociaux | 63 |
| 2.1.2.3. | Critères administratifs | 63 |
| 2.2. | Des résultats secondaires | 65 |
| 2.2.1. | Connaissances sur les ACT du personnel médico-social de la maison d'arrêt | 65 |
| 2.2.2. | Connaissances sur les ACT des détenus | 65 |
| 2.2.3. | Caractéristiques médico-sociales des détenus | 66 |
| 2.2.4. | Opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur les ACT | 66 |
| 2.2.4.1. | Sur les critères d'admission des associations | 66 |
| 2.2.4.2. | Sur le type de réponse des associations | 67 |
| 2.2.4.3. | Sur la qualité des contacts avec les associations | 67 |
| | PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES | 69 |
| | CONCLUSION | 70 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 70 |
| | ANNEXES ET TABLEAUX | 73 |
| | SERMENT D'HIPPOCRATE | 89 |
| | SUMMARY | 90 |
| | RESUME | 91 |

GLOSSAIRE

| | |
|--------|---|
| AAH | Allocation Adulte Handicapée |
| ACT | Appartement de Coordination Thérapeutique |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| ASH | Agent des Services Hospitaliers |
| CAARUD | Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues |
| CPAM | Caisse Primaire d'Assurance Maladie |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DGCS | Direction Générale de la Cohésion Sociale |
| DSS | Direction de la Sécurité Sociale |
| HAD | Hospitalisation A Domicile |
| RSA | Revenu de Solidarité Active |
| ONDAM | Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie |

| | |
|-------|---|
| SIDA | Syndrome d'Immuno Déficience Acquis |
| SMPR | Service Médico Psychologique Régional |
| SPIP | Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation |
| SSIAD | Services de Soins Infirmiers à Domicile |
| UCSA | Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires |
| UHSA | Unité Hospitalière Spécialement Aménagée |
| UHSI | Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale |
| USP | Unité Sortant de Prison |
| VHA | Virus de l'Hépatite A |
| VHB | Virus de l'Hépatite B |
| VHC | Virus de l'Hépatite C |

TABLE DES ANNEXES :

| | | |
|-------------------|--|-----------|
| Annexe 1 : | Questionnaire test soumis aux détenus | 26 |
| Annexe 2 : | Questionnaire définitif destiné aux détenus | 27 |
| Annexe 3 : | Questionnaire test destiné au personnel médico-social de la maison d'arrêt et des associations agréées | 27 |
| Annexe 4 : | Questionnaire définitif destiné au personnel médico-social de la maison d'arrêt | 28 |
| Annexe 5 : | Questionnaire définitif destiné au personnel médico-social des associations agréées | 29 |

TABLEAUX :

| | | |
|-----------------------|---|-----------|
| Tableau I : | Nombre de malades et principales pathologies rencontrées au sein des ACT de LA CASE | 17 |
| Tableau II : | Historique de l'accueil des détenus au sein des ACT de SOS ACT Bègles | 20 |
| Tableau III : | Taux d'occupation des ACT de l'USP de La Case | 22 |
| Tableau IV : | Taux d'occupation des ACT de SOS ACT Bègles par des détenus | 22 |
| Tableau V : | Diagramme de Flux | 86 |
| Tableau VI : | Ratio Homme/Femme au sein de la maison d'arrêt de Gradignan | 31 |
| Tableau VII : | Age moyen des détenus | 31 |
| Tableau VIII : | Antécédents médico-chirurgicaux des détenus | 32 |
| Tableau IX : | Type de couverture maladie des détenus | 32 |
| Tableau X : | Nombre de détenus en possession d'un logement avant leur incarcération | 33 |
| Tableau XI : | Nombre de détenus détenteurs d'un emploi avant leur incarcération | 33 |
| Tableau XII : | Effectif des personnes incluses au sein du personnel médico-social de la maison d'arrêt | 34 |
| Tableau XIII : | Nombre de questionnaires soumis au personnel médical de la maison d'arrêt | 35 |
| Tableau XIV : | Nombre de questionnaires soumis au personnel social de la maison d'arrêt | 35 |
| Tableau XV : | Nombre de questionnaires soumis aux détenus de la maison d'arrêt | 36 |
| Tableau XVI : | Nombre de questionnaires soumis au personnel médico-social des associations | 36 |
| Tableau XVII : | Nombre de médecins et travailleurs sociaux connaissant les ACT au sein de la maison d'arrêt | 38 |

| | | |
|-------------------------|--|-----------|
| Tableau XVIII : | Nombre de médecins et travailleurs sociaux de la maison d'arrêt connaissant les critères d'admission en ACT | 38 |
| Tableau XIX : | Expérience des médecins et travailleurs sociaux de la maison d'arrêt au sein des ACT | 39 |
| Tableau XX : | Nombre de médecins et travailleurs sociaux connaissant le mode de demande d'admission vers les ACT | 39 |
| Tableau XXI : | Connaissances des médecins et travailleurs sociaux de la maison d'arrêt sur la(les) personne(s) pouvant effectuer une demande d'admission en ACT | 40 |
| Tableau XXII : | Connaissances des médecins et travailleurs sociaux de la maison d'arrêt du(des) moyen(s) de communication nécessaires à la réalisation d'une admission | 41 |
| Tableau XXIII : | Connaissances des médecins et travailleurs sociaux de la maison d'arrêt du délai moyen d'obtention d'une réponse de la part des associations agréées | 41 |
| Tableau XXIV : | Opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur le rapport offre/demande d'ACT sur la métropole bordelaise | 42 |
| Tableau XXV : | Ressenti du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur leur implication dans le projet d'ACT | 42 |
| Tableau XXVI : | Opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur les critères d'admission de La Case | 43 |
| Tableau XXVII : | Opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur les critères d'admission de SOS ACT Bègles | 44 |
| Tableau XXVIII : | Opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur le type de réponse de La Case | 45 |
| Tableau XXIX : | Opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur le type de réponse de SOS ACT Bègles | 45 |
| Tableau XXX : | Opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur la qualité des contacts avec La Case | 46 |
| Tableau XXXI : | Opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur la qualité des contacts avec SOS ACT Bègles | 47 |
| Tableau XXXII : | Statistiques annuelles des demandes d'admission en ACT pour les détenus de l'association La Case | 48 |

| | |
|---|-----------|
| Tableau XXXIII : Statistiques annuelles des demandes d'admission en ACT pour les détenus de l'association SOS ACT Bègles | 49 |
| Tableau XXXIV : Critères médicaux déterminant le refus des candidatures par les associations agréées | 50 |
| Tableau XXXV : Critères sociaux déterminant le refus des candidatures par les associations agréées | 52 |
| Tableau XXXVI : Critères administratifs déterminant le refus des candidatures par les associations agréées | 54 |

AVANT PROPOS

Mon stage d'interne à la Maison d'arrêt de Gradignan a éveillé en moi l'idée de travailler sur les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). Le milieu carcéral suscitait beaucoup ma curiosité, et j'ai ainsi découvert l'existence de ces dispositifs et l'intérêt qu'ils pouvaient avoir dans le parcours de soin d'un détenu. J'ai eu l'occasion de rencontrer une association ayant l'agrément lors d'une réunion d'information et de promotion des ACT. J'ai ainsi été interpellée par les difficultés d'aboutissement des demandes vers ces structures, et leur méconnaissance par le personnel médical. Une récente étude de la Fédération Santé et Habitat (ex Fédération Nationale de l'Hébergement VIH et autres pathologies menée en 2015 (1) est venue conforter mon ressenti, en démontrant que que les taux d'admission en ACT restent faibles. Jusqu'à présent, très peu de travaux de thèse en Médecine ont été menés sur les ACT, ce qui m'a également poussée à approfondir ce sujet.

Enfin, étant originaire de l'île de la Réunion, où j'ai pour projet de m'installer, j'ai pu aussi y constater la faible présence de ces dispositifs. On ne dénombre que deux associations locales disposant d'ACT, mais aucune n'a de place dédiée aux personnes placées sous main de justice. Ce travail pourrait probablement inspirer de futures études, afin de transposer ce modèle sur l'île.

INTRODUCTION

1. Qu'est ce qu'un Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) ?

1.1. Historique et cadre juridique :

Au début des années 1990, face à la situation des malades du SIDA, des associations se sont mobilisées et ont créé un dispositif d'hébergement temporaire adapté aux besoins d'un public en grande difficulté. En 1994, un travail conjoint avec les associations gestionnaires d'hébergement et la Direction Générale de la Santé a permis l'émergence d'un dispositif expérimental encadré par une circulaire d'août 1994 **(2)** : les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). En 1998, 25 associations gestionnaires d'hébergements pour les personnes atteintes du VIH ont décidé de se regrouper au sein d'une fédération : La Fédération Santé et Habitat. Cette fédération pionnière et forte de l'expérience des associations acquise dans l'accompagnement des malades du sida, s'est mobilisée pour que les A.C.T soient reconnus comme structure médico-sociale.

La loi de modernisation sociale du 2 janvier 2002 **(3)** a érigé les A.C.T au statut d'établissements médico-sociaux et s'est ouverte aux autres pathologies. Ceux-ci ont été depuis intégrés au secteur médico-social, financés par l'assurance maladie et sont régis par :

- La Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 **(4)**,
- Le décret 2002-1227 du 3 octobre 2002 **(5)**
- Et la circulaire DGS/DGAS/DSS 2002-551 du 30 octobre 2002 **(6)**

1.2. Missions des ACT :

D'après le décret 2002-1227, du 03 octobre 2002 **(5)**, les ACT proposent un hébergement « à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ».

En d'autres termes l'ACT :

- Est un dispositif médico-social ouvert à l'accueil de toute personne en situation de précarité touchée par une pathologie chronique invalidante (VIH, VHC, cancer, sclérose en plaques...)
- Disposant d'une équipe pluridisciplinaire (médicale, sociale et psychologique...) qui assure une prise en charge de la personne en difficultés spécifiques (pathologies chroniques, précarité, isolement) en l'accompagnant vers un retour aux soins (et à l'observance thérapeutique), aux droits et à l'autonomie sociale.
- Offrant un hébergement temporaire, en individuel ou en collectif

- Accueillant des personnes seules ou en couple, avec ou sans enfant qui se trouvent en situation de fragilité psychologique, sociale ou financière et nécessitant une coordination médicale, sociale et psychologique, du fait de la maladie, des traitements et de ses répercussions sur la vie de la personne.
- Orientant les personnes hébergées vers des partenaires extérieurs (sanitaires, sociaux ou associatifs) pour des prestations (paramédicales ou socio-éducatives) ou des soins de ville, des soins et prestations liés à des besoins spécifiques de certaines personnes hébergées en fonction de l'évolution de leur état de santé.
- Accompagnant les personnes hébergées, et avec leur consentement, à l'élaboration et à la mise en place d'un projet de vie individualisé
- Dans la limite des moyens disponibles, accueillant leurs proches (afin de garantir le respect du droit à une vie familiale des personnes hébergées)

Ces dispositifs sont répartis sur tout le territoire national et fonctionnent sans interruption de manière à optimiser la prise en charge médico-socio-psychologique.

1.3. Ressources et modalités des ACT : (6)

1.3.1. Ressources humaines :

1.3.1.1. *La coordination médicale :*

Elle est assurée par un médecin (qui ne peut être le médecin traitant) éventuellement assisté par du personnel paramédical. Elle comprend :

- La constitution et la gestion du dossier médical ;
- Les relations avec les médecins prescripteurs libéraux, hospitaliers et les réseaux ville-hôpital ;
- La coordination des soins (HAD, SSIAD, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes...) ;
- L'aide à l'observance thérapeutique ;
- L'éducation à la santé et à la prévention ;
- Les conseils en matière de nutrition ;
- La prise en compte éventuelle des addictions en lien avec le dispositif spécialisé ;
- Le respect des conditions de sécurité (élimination des déchets...)
- Le soutien psychologique des malades.

1.3.1.2. *La coordination psychosociale :*

Assurée par le personnel psycho-socio-éducatif, elle comporte notamment :

- L'écoute des besoins et le soutien ;
- Le suivi de l'observance thérapeutique y compris lors des périodes d'hospitalisation ;
- L'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives ;
- L'aide à l'insertion sociale, professionnelle et l'accès au logement, en s'appuyant sur les réseaux existants ;
- L'accompagnement lors des déplacements en cas de besoin.

1.3.2. Modalités de fonctionnement :

Les dispositions d'ordre général en matière d'organisation et de fonctionnement des établissements médico-sociaux étaient applicables aux ACT. La décision d'accueillir, à sa demande, une personne est prononcée par le responsable de l'appartement de coordination thérapeutique désigné à l'administration. La décision est établie sur la base d'une évaluation médico-sociale de la situation de la personne, en tenant compte de la capacité de la structure, des catégories de personnes accueillies et des orientations du projet d'établissement.

Lors de l'admission, le responsable a vérifié que la personne accueillie a des droits ouverts aux prestations en nature des assurances maladie et maternité dans un régime de sécurité sociale. Dans le cas contraire, sont effectuées, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence du bénéficiaire, les démarches nécessaires à son affiliation au titre de l'article L. 161-2-1 du code de la sécurité sociale (affiliation immédiate au régime général au titre de la couverture maladie universelle de base). Afin de garantir le respect du droit à une vie familiale des personnes hébergées, les ACT ont pu également accueillir leurs proches. Les dépenses liées à l'accueil des proches ne sont pas prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

1.3.2.1. Localisation-capacité :

Les appartements ou pavillons destinés à l'hébergement individuel ou collectif doivent être situés à proximité des lieux de soins et bien intégrés dans la cité. Ils doivent être accessibles et adaptés à l'accueil des personnes malades ou très fatigables (ascenseurs, proximité des lieux de soins, des transports..)

1.3.2.2. Durée de séjour :

Il s'agit d'un hébergement à caractère temporaire. Toutefois, la durée du séjour a été définie par la structure en lien avec la personne hébergée sur la base du projet individuel. Si un séjour long paraît souhaitable, la structure fixera périodiquement des objectifs à atteindre avec la personne accueillie en veillant à ne pas lui laisser craindre que la prise en charge puisse prendre fin brutalement.

1.3.2.3. Projet d'établissement et projet individualisé :

Chaque appartement de coordination thérapeutique a établi un projet d'établissement qui définit ses objectifs, ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les moyens médicaux, psychologiques et sociaux nécessaires à l'exercice de ses missions.

Le projet d'établissement a été communiqué au préfet de département. Il peut être révisé à l'initiative du gestionnaire de l'appartement de coordination thérapeutique ou sur demande du préfet. L'équipe pluridisciplinaire de l'appartement de coordination thérapeutique a élaboré, avec chaque personne accueillie, un projet individualisé adapté à ses besoins, qui a défini les objectifs thérapeutiques médicaux, psychologiques et sociaux ainsi que les moyens qui ont été mis en œuvre pour les atteindre. L'équipe pluridisciplinaire a bénéficié d'une supervision de ses pratiques professionnelles.

1.3.2.4. Recours à des prestations extérieures :

Les personnes hébergées peuvent avoir recours à des prestations extérieures (paramédicales ou socio-éducatives) ou des soins de ville, soins et prestations liées à des besoins spécifiques de certaines personnes hébergées en fonction de l'évolution de leur état de santé. Ces soins seront pris en charge à titre individuel dans le cadre du droit commun et feront l'objet d'un remboursement à l'acte. Il en va de même pour les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription.

1.3.2.5. Rapport d'activité :

Les gestionnaires d'appartement de coordination thérapeutique ont rédigé un rapport annuel d'activité qui est transmis au préfet de département et à la caisse régionale d'assurance maladie de la circonscription administrative dont ils relèvent.

1.3.3. Modalités de financement et évaluation des dispositifs :

Jusqu'à ce jour, dans le cadre du dispositif expérimental destinés aux patients atteints par le VIH, l'Etat participait à hauteur de 50 % au financement des ACT, les autres financements étant principalement assurés par les caisses de sécurité sociale et les collectivités territoriales locales. A la suite de l'entrée en vigueur de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, et du décret du 3 octobre 2002 les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique sont désormais, prises en charge par les régimes d'assurance maladie et relèvent à ce titre de l'ONDAM médico-social personnes handicapées. Les conventions précédemment conclues entre les appartements de coordination thérapeutique et les CPAM sont donc aujourd'hui caduques. Les dépenses d'alimentation restent à la charge des personnes accueillies. La participation éventuelle des collectivités locales ou territoriales et de celle des usagers viennent en diminution de la dotation globale de fonctionnement allouée à ces structures. Les personnes hébergées en ACT sont en effet redevables d'un forfait journalier dont le montant ne peut excéder 10 % du forfait hospitalier de droit commun.

2. Présentation des associations agréées :

2.1. La Case :

2.1.1. Historique et présentation de l'association :

La CASE, association de réduction des risques liés à l'usage de drogues, est composée d'une équipe pluridisciplinaire dont l'objectif est l'accès aux soins et aux droits pour les personnes présentant des problèmes d'addiction et/ou à risques infectieux. L'association a été fondée et soutenue par Médecins du Monde à l'occasion de la création des CAARUD. Il s'agit donc initialement du programme de réduction des risques ouvert à Bordeaux en 1994 par Médecins du Monde, dont le transfert de gestion en direction de La CASE a eu lieu en 2007.

Les ACT pour sortants de prison ou « Unité Sortant de Prison » (USP), sont gérés par l'association La CASE depuis Mai 2013 suite à l'obtention de l'agrément par l'ARS. Cette association est située aux 36-38, rue Saint-James - 33000 Bordeaux

2.1.1.1. Objectifs généraux et missions de l'association La Case dans le projet d'ACT « Unité Sortant de Prison » :

Les objectifs généraux de cette association, qui se veut être un CAARUD sont :

- Réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage des drogues et à la sexualité,
- Contribuer à promouvoir l'accès à la prévention, aux soins et aux droits des usagers de drogues fréquentant le programme,
- Prendre soin des usagers de drogues quels que soient leurs types de consommations et leurs modes de vie.

Concernant le projet d'ACT dédiés aux personnes placées sous main de justice, la mission principale de La Case a été d'optimiser la préparation à la sortie de celles-ci, et d'organiser la continuité des soins et l'observance des traitements. Afin d'optimiser l'accompagnement de ces personnes vers une insertion durable dans un projet social individualisé, l'association La Case a travaillé depuis 2006 avec les partenaires intervenant en milieu pénitentiaire (SPIP, UCSA, SMPR) en vue d'assurer la mise en œuvre opérationnelle de ce dispositif autour d'un partenariat formalisé.

2.1.1.2. Justification du projet ACT « Unité Sortant de Prison » (USP) :

Le milieu carcéral constitue une concentration de publics spécifiques cumulant des facteurs de vulnérabilité et d'inégalités sociales de santé (migrants, usagers de drogues...) L'optimisation de la prise en charge sanitaire des détenus pendant et après la période de détention a été le défi que souhaitent relever à la fois l'administration pénitentiaire et les services hospitaliers intervenant en prison. Cette volonté de coopération des ministères de la Santé et de la Justice a concouru au lancement d'un plan sanitaire d'actions stratégiques (2010-2014) intitulé « Politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice » (7). Ce plan a souhaité apporter des réponses concrètes à des besoins identifiés comme spécifiques au milieu carcéral, à savoir :

- La prévalence élevée de plusieurs pathologies,
- L'incidence des déterminants socio démographiques sur la santé,
- L'impact de l'incarcération sur la santé physique et mentale
- Et la prise en compte des spécificités propres à certains groupes de population.

2.1.2. Présentation de l'équipe

L'association La Case est constituée d'une équipe pluridisciplinaire chargée des ACT de l'Unité Sortant de Prison, qui se réunit de façon hebdomadaire et étudie les demandes. Celle-ci est constituée :

- D'une directrice
- D'un médecin coordinateur
- D'un psychiatre
- D'une personne chargée administrativement du projet
- D'un Infirmier Diplômé d'Etat
- D'un assistant social

- D'une ASH ou agent de service
- D'un travailleur social

La coordination médicale est assurée par le médecin coordonnateur du service, assisté par le personnel infirmier. Une part essentielle de l'activité du médecin et de l'infirmier(e) consiste en l'intégration et/ou le maintien des usagers des ACT dans leurs parcours de soin. L'infirmier(e) effectue des visites hebdomadaires et le médecin rend visite ou reçoit la personne une fois par semaine. Une orientation est faite dans les situations aiguës rencontrées. Si nécessaire, un accompagnement physique est réalisé par l'un des membres de l'équipe vers les urgences hospitalières. La présence à temps plein d'un(e) infirmier(e) permet la dispense de soins infirmiers en lien avec les pathologies identifiées, le suivi du traitement et l'observance thérapeutique, mais aussi des soins d'urgence. Bilans sanguins, sérologies et vaccinations peuvent être effectués. C'est l'infirmier(e) qui a particulièrement la charge de l'éducation à la santé et à la prévention, l'aide à l'observance thérapeutique, et la promotion de l'hygiène alimentaire. De même, l'infirmier(e) fait au quotidien un travail d'écoute et de soutien aux usagers.

La coordination psychosociale est assurée par le personnel psycho-socio-éducatif, elle comporte notamment :

- L'écoute des besoins et le soutien ;
- Le suivi de l'observance thérapeutique y compris lors des périodes d'hospitalisation ;
- L'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives ;
- L'aide à l'insertion sociale, professionnelle et l'accès au logement, en s'appuyant sur les réseaux existants ;
- L'accompagnement lors des déplacements en cas de besoin.

2.1.3. Modalités d'admission de l'usager au sein du dispositif :

Toutes les demandes d'admission se font sur dossier papier. Celui-ci se compose :

- D'une partie médicale comprenant un rapport médical ou un certificat médical fourni par l'UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires), le SMPR (Service Médico-psychologique Régional) et/ou l'UHSI (Unité Hospitalière Sécurisée Inter régionale).
- Et d'une partie sociale complétée par un rapport social fourni par le travailleur social des mêmes services cités ci-dessus.

Les dossiers sont ensuite transmis par courrier ou par fax, pour préserver la confidentialité des données, à l'association La Case. L'équipe se réunit de façon hebdomadaire afin de traiter les candidatures reçues. Les dossiers sont discutés en réunion d'équipe, la décision finale revient à la directrice. Si aucune place n'est disponible, les personnes sélectionnées seront en fonction des situations, soit réorientées vers d'autres structures de même type, soit leur dossier sera conservé pendant un an sur liste d'attente.

L'admission est décidée, dans la mesure des places disponibles, après un entretien d'évaluation avec un membre de l'équipe minimum, et l'avis médical du coordonnateur médical. Cette décision est prononcée par la directrice

Le temps d'hébergement est fixé à 6 mois (le temps d'un traitement spécifique), et peut être renouvelé si nécessaire dans l'intérêt de l'état de santé de la personne.

Une fois le dossier évalué par l'ensemble de l'équipe et sélectionné par le responsable de

l'établissement, la personne sera contactée en vue d'un ou plusieurs entretiens avec un ou des membres de l'équipe pluridisciplinaire et le directeur de l'établissement. Des déplacements à la Maison d'arrêt de Gradignan seront organisés pour les entretiens, avec l'autorisation des services pénitentiaires.

La candidature est alors présentée en réunion de coordination à l'ensemble de l'équipe d'accompagnement, avant décision du directeur d'établissement.

Une fois la décision d'admission prise, un entretien est organisé avec la personne en vue de son intégration dans le logement dès sa sortie du milieu carcéral. Lors de cet entretien, la personne signe un contrat de séjour d'une durée définie et le règlement de fonctionnement. En raison de la précarité des personnes accueillies, aucun dépôt de garantie ne sera exigé. Les personnes signent et se doivent de respecter le règlement intérieur de l'établissement, la garantie prend la forme d'un contrat moral qui engage chacune des parties. Concernant l'assurance de l'habitation, celle-ci est couverte par l'assurance de l'association.

Le premier mois d'inclusion de la personne au sein du dispositif est une période déterminante car elle permet d'évaluer la teneur de la prise en charge et permet à l'usager de confirmer ou d'infirmer son choix. A l'issue de cette période, la personne accueillie et l'équipe coordinatrice effectuent un bilan d'une part afin de déterminer ensemble si le dispositif correspond aux attentes de la personne et d'autre part afin d'évaluer son adhésion au projet de l'établissement. Ce bilan va également permettre d'affiner le contenu et les objectifs du projet individualisé.

2.1.4. Critères d'admission des sujets candidats :

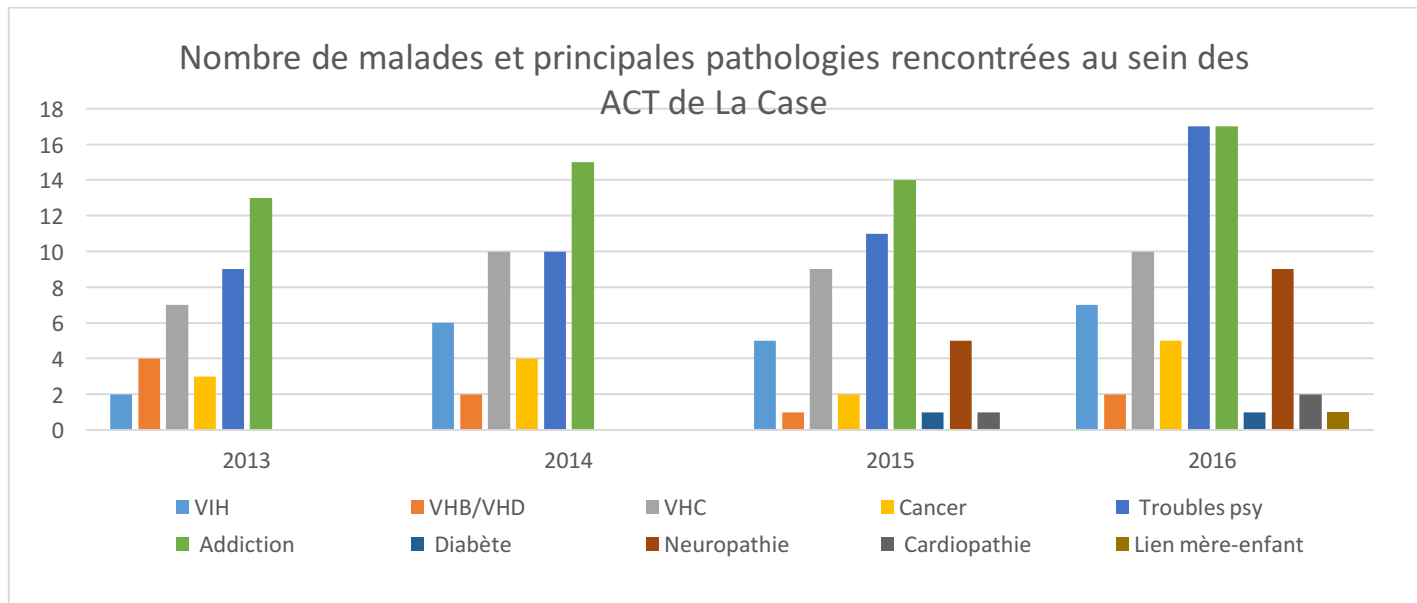
Les personnes hébergées dans « l'Unité Sortant de Prison » seront principalement adressées par les dispositifs de prise en charge sanitaire intervenant en prison (UCSA, SMPR, UHSI). Les personnes seront originaires, en priorité, mais de manière non exclusive, de la Maison d'arrêt de Gradignan. Par définition même, les personnes hébergées seront :

- Des personnes en situation de grande précarité, n'ayant pas de domicile stable ou SDF à leur sortie de prison et nécessitant des soins. Ces personnes squattent sur Bordeaux ou sont hébergées de façon transitoire dans des foyers ou haltes de Bordeaux ou alentours
- Des personnes adultes placées sous-main de justice, sortant de prison dans le cadre d'une libération définitive, bénéficiant d'un aménagement de peine ou soumises aux obligations d'une peine alternative à l'incarcération,
- Atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques lourdes (VIH, VHC, pathologies psychiatriques ...),
- En situation de précarité et de fragilité psycho-sociale et dont l'absence de logement constitue un obstacle à l'accès au traitement de cette pathologie ou au maintien du traitement en cours.
- Devant néanmoins présenter à l'admission une autonomie physique et psychique compatible avec la vie en hébergement individuel et autonome.

Les principales pathologies rencontrées et souvent co-existantes chez un même sujet sont :

- VIH
- Hépatites B, C et D
- Cancers
- Troubles psychiatriques
- Addictions

Les données chiffrées pour l'Unité Sortant de Prison de l'association La Case depuis 2013 sont les suivantes : (Tableau I)



2.1.5. Présentation des appartements :

Le projet d'ACT Sortant de Prison a porté sur une capacité de 6 appartements équipés, meublés et facilement accessibles. L'association est locataire des appartements, de préférence gérés par des bailleurs sociaux. La mise en conformité des appartements est évaluée et garantie par des professionnels avec lesquels l'association est en lien dans le cadre des ACT déjà existants.

Les appartements du service ACT sont situés à proximité des locaux de l'association La CASE. Ce quartier est à proximité directe du cours Victor-Hugo, des quais et à mi-distance du quartier Saint-Michel et du quartier de la Victoire qui sont historiquement des lieux populaires et de passage (populations migrantes, jeunes en errance, etc.).

2.2. SOS ACT Bègles :

2.2.1. Historique et présentation de l'association

Créée en Juillet 1997, l'association SOS ACT Bègles, membre du Groupe SOS, a pour projet de favoriser la réinsertion sociale de personnes dont la pathologie, l'âge, la situation de

précarité, ou le handicap nécessitent un soutien pour élaborer ou préserver un lien social, notamment par l'habitat, l'accès aux soins et la prévention. L'Association est reconnue de bienfaisance par arrêté du 22 janvier 2003.

2.2.1.1. Présentation de l'équipe :

Depuis 2011, l'accompagnement est assuré par une équipe de 10 salariés :

- La directrice
- 2 IDE coordinatrices
- 1 médecin coordonnateur
- 1 assistante sociale
- 1 éducateur spécialisé
- Et 2 auxiliaires de vie

2.2.1.2. Modalités d'admission de l'usager au sein du dispositif :

Toute demande d'admission jugée recevable et quand elle est rendue possible par la vacance d'un appartement, enclenche la rencontre avec l'usager. Cette rencontre se fait lors d'un entretien avec un membre de l'équipe faisant partie de la commission d'admission. C'est une étape importante car elle vise à évaluer l'adéquation de la situation avec un hébergement en appartement de coordination thérapeutique, ainsi que la compréhension qu'en a le candidat et son niveau d'adhésion : lors de cette rencontre le livret d'accueil ainsi qu'un règlement simplifié lui est distribué et explicité.

La commission d'admission, se réunit de façon bimensuelle. Elle est constituée par la directrice de l'association, le médecin coordonnateur et les travailleurs sociaux, qui étudient la recevabilité du dossier. Dans le cas où celui-ci est accepté et selon la disponibilité des appartements, il peut être mis sur liste d'attente. Ou le dossier n'est pas accepté et fera l'objet d'un second passage en commission avant décision finale. Le délai d'étude des dossiers varie entre 15 jours et 1 mois maximum.

2.2.1.3. Critères d'admission des sujets :

Deux types de critères sont indispensables à l'admission en ACT :

- Les critères sociaux, tels que :
 - L'absence et /ou un logement insalubre ou précaire et temporaire ;
 - La perception de minimas sociaux en terme de revenus (RSA, AAH ...) et parfois même l'absence totale de revenu,
 - Un titre de séjour et/ou pièce identité invalides
- Et les critères médicaux, telle qu'une pathologie somatique nécessitant la mise en place d'une coordination médicale à savoir :
 - La mise en place ou la continuité de soins,
 - L'accompagnement à l'observance thérapeutique et aux examens prescrits ;
 - Cependant, la pathologie psychiatrique seule comme les addictions lorsqu'elles sont le seul motif de demande ne sont pas retenues.

2.2.1.4. Présentation des appartements :

L'établissement propose une offre d'hébergement :

- De 12 places d'accueil en appartement semi collectif
- Et de 12 places d'accueil en appartement individuel.

2.2.1.4.1. Localisation des logements :

Depuis le 1^{er} janvier 2011 la capacité d'accueil des ACT BORDEAUX est de 24 places dont 12 places d'hébergement semi collectif et 12 places d'hébergement individuel.

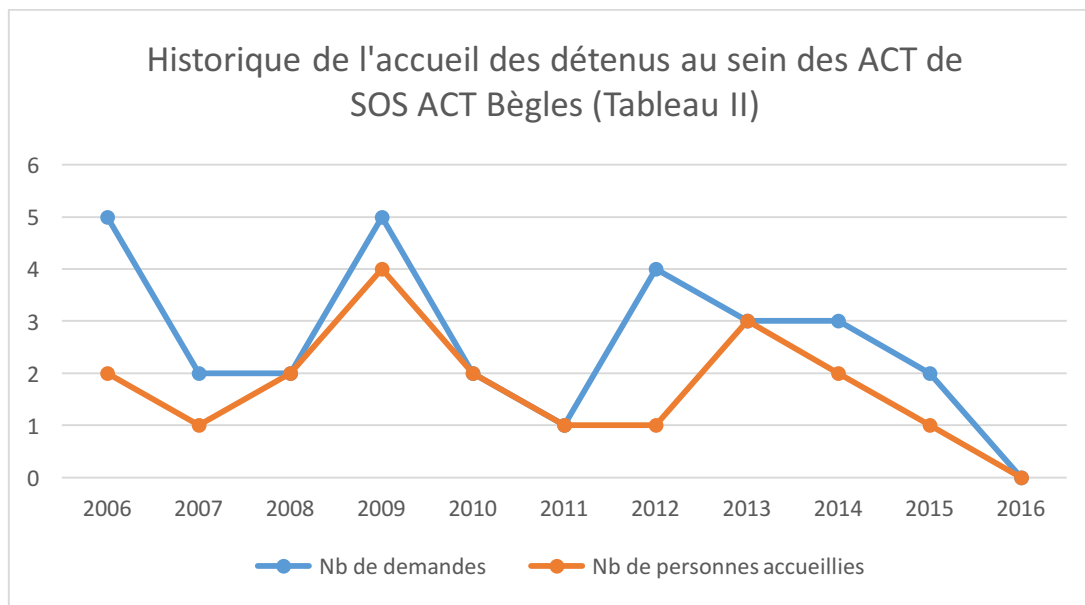
Les 12 appartements individuels et les 4 appartements semi collectif sont implantés intra-muros sur la commune de BORDEAUX dans des zones résidentielles et situées à proximité du centre-ville et des hôpitaux. Leur localisation est répartie sur trois îlots géographiques : îlot Gare saint Jean , Ilot Pellegrin et Ilot Grand Parc/Chartrons.

2.2.1.4.2. Modalités d'hébergement :

Dans le cadre de l'hébergement en appartement semi collectif l'offre d'accompagnement repose sur une présence quotidienne de l'équipe visant à entourer, soutenir et/ou suppléer l'utilisateur ; ce mode d'hébergement est proposé à des personnes présentant une certaine perte d'autonomie physique et/ou psychosociale et à fort risque d'isolement et de repli sur soi.

La présence d'autres usagers au sein de l'appartement permettant de participer à la prévention de ce risque.

A l'inverse l'hébergement en appartement de type individuel est proposé à des personnes plus autonomes dans leur quotidienneté et dont il est perçu une capacité plus élevée à se mobiliser vers leur projet de réinsertion dont fait partie la sortie du dispositif. Depuis l'ouverture de la structure en 1997, une permanence téléphonique relie les usagers aux membres de l'équipe 7 jours sur 7, nuits, weekend end et jours fériés. Cette permanence et un outil de coordination pour conseiller, rassurer et /ou amener l'utilisateur à prendre ou à différer une décision (comme l'intervention des secours par exemple), en dehors des temps de présence de l'équipe. Elle est assurée à tour de rôle par les travailleurs sociaux, les Infirmières et la directrice.



3. Synthèse et justification de l'étude :

D'après l'enquête menée par la Direction Générale de la Santé (DGS) (à travers le circulaire du 07 juin 2012) auprès des Agences Régionales de Santé (ARS) de France, il en est ressorti une réelle inadéquation entre l'offre et la demande d'ACT chez les personnes placées sous main de justice. Ces chiffres sont corroborés par le bilan national mené par la Fédération Santé et Habitat (ex FNH VIH et autres pathologies) en 2016 (1). Concernant la région Nouvelle Aquitaine, 7 structures sur 12 ont répondu au questionnaire d'enquête (ce qui représente environ 73% des places en ACT de cette région). Il en est ressorti pour l'année 2016 :

- Un total de 271 candidatures reçues dont 10% émanaient des structures médico-sociales pénitentiaires
- 61 admissions effectuées en ACT (soit 23% au total, ce qui équivaut à 1 candidature sur 4 ayant été acceptée). Parmi ceux-ci, 12% étaient des personnes placées sous main de justice (44% en aménagement de peine et 56% suite à une libération)
- 210 refus (soit 77% au total) dont 27% en raison d'une capacité d'accueil insuffisante, 45% en raison d'une inadaptation du dispositif aux besoins de la personne, 12% à cause de modalités d'accueil inadaptées et 16% pour des raisons autres

L'action 13.2 du plan d'actions stratégiques 2010/2014 intitulé « Politique de santé pour les personnes sous main de justice » **(7)** a permis la création de 68 places d'appartements de coordination thérapeutique dont 20 places au titre des mesures nouvelles ACT 2010 et 48 places au titre des mesures nouvelles 2011 (plan PMJ) **(8)**.

Dans le cadre de l'évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, et pour envisager le développement de ce dispositif en termes quantitatif mais aussi qualitatif dans les années à venir, la DGS a demandé aux ARS des éléments permettant d'apprécier la montée en charge dans la circulaire interministérielle du 7 juin 2012 **(9)**.

3.1. Bilan quantitatif :

D'après les éléments renseignés dans les bilans des ARS, les données concernant les places consacrées aux personnes sortant de prison sont les suivantes :

- Le nombre de places actuellement autorisées est de : 56 (dont 6 sur la métropole Bordelaise accordées à l'association La Case)
- Le nombre de places financées mais pas encore autorisées : 12
- Les besoins estimés sont de : 103 pour les 5 ans à venir. Il s'agit d'une fourchette basse, notamment parce que toutes les régions n'ont pas répondu à l'enquête (5 régions n'ont pas répondu).

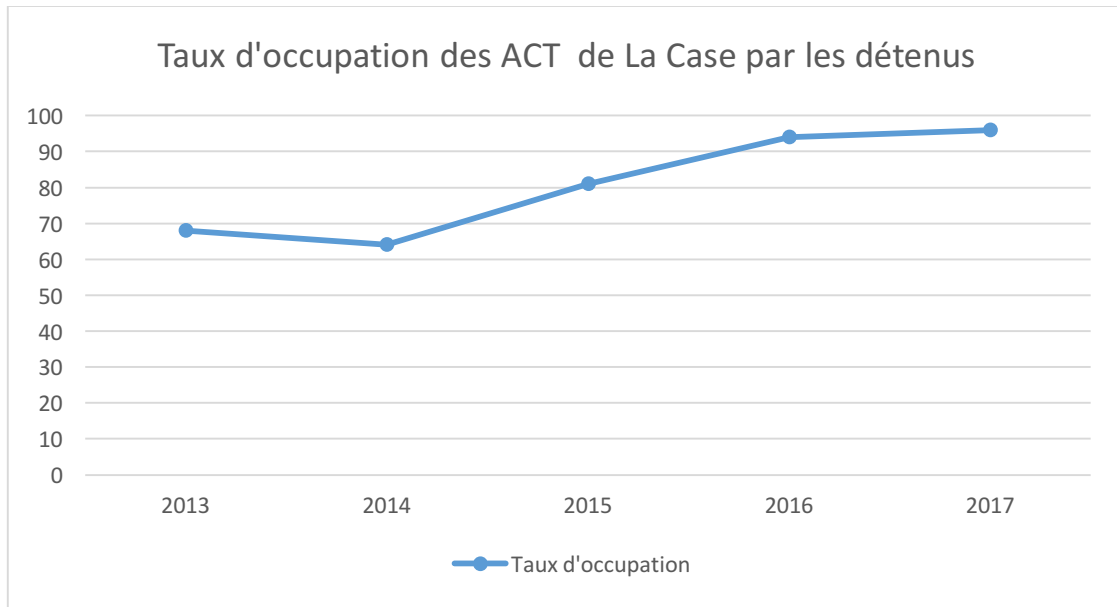
3.2. Bilan qualitatif :

On peut en tirer les éléments de synthèse suivants :

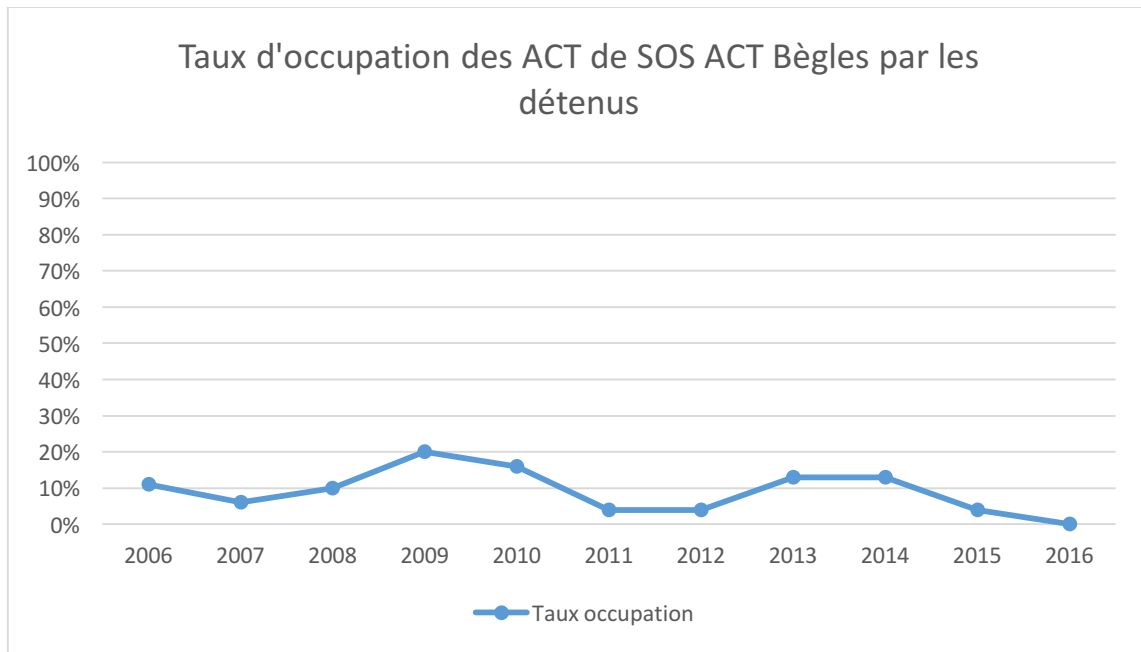
- L'offre effectivement ouverte au public de personnes sortantes de prison est plus importante que celle de ces places « dédiées »
- Le dispositif est encore en cours d'installation, 12 places restent à créer, la procédure d'appel d'offre étant en cours au moment du bilan
- Les besoins sont encore insuffisamment couverts sur l'ensemble du territoire, mais cette étude de besoins est à affiner.
- Les pratiques d'adressage sont encore trop hétérogènes et émanent encore beaucoup trop des services de justice (SPIP) et de façon encore insuffisante du personnel soignant
- Le dispositif est insuffisamment optimisé du fait d'une mauvaise gestion du calendrier, ne permettant pas les admissions dans la temporalité souhaitée
- La connaissance du dispositif, de ses missions et des indications est à développer

En somme, le rapport d'activité des ACT dédiés aux personnes placées sous main de justice, de l'association La Case et le nombre d'adressage vers SOS ACT Bègles de 2013 à 2016 révèle des taux d'occupation qui ne sont pas optimaux, avec des appartements insuffisamment occupés.

Données statistiques d'occupation des 6 ACT de l'Unité Sortant de Prison (USP) de l'association LA CASE : (Tableau III)



Données statistiques de l'association SOS ACT Bègles : (Tableau IV)



3.3. Question de recherche :

Quels sont les déterminants du taux d'occupation des Appartements de Coordination Thérapeutique destinés aux détenus de la maison d'arrêt de Gradignan au sein des associations La Case et SOS ACT Bègles ?

3.4. Objectifs :

3.4.1. Objectif principal :

L'objectif principal de notre étude est de réaliser un état des lieux du processus de demande d'ACT destinés aux détenus de la maison d'arrêt de Gradignan, au sein des associations La Case et SOS ACT Bègles.

3.4.2. Objectifs secondaires :

- Evaluer le niveau des connaissances sur les ACT, du personnel médico-social des structures hospitalières de la maison d'arrêt de Gradignan (UCSA, UHSI, UHSA, SMPR)
- Etudier les caractéristiques médico-sociales des détenus de la maison d'arrêt de Gradignan
- Evaluer le niveau des connaissances sur les ACT des détenus

MATERIEL ET METHODE :

1. Type d'étude :

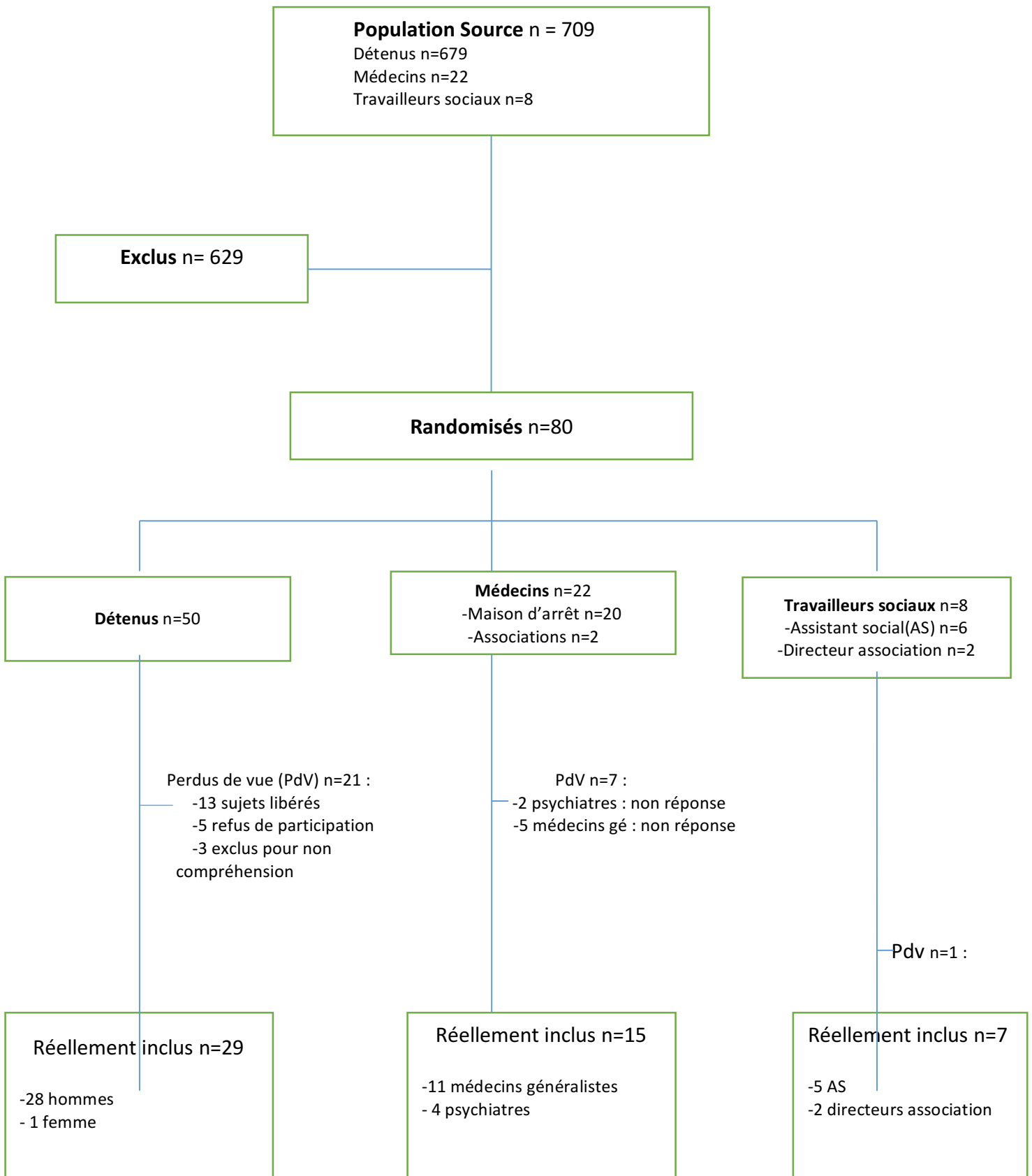
Pour répondre aux objectifs nous avons réalisé une étude transversale et déclarative, de type :

- Enquête de pratique auprès du personnel médico-social de la prison et des associations
- Et une enquête d'opinion auprès des détenus

Celles-ci ont été réalisées à l'aide de questionnaires auto et hétéro soumis, et se sont déroulées sur 17 mois, de Mars 2016 au mois d'Août 2017.

1. Population de l'étude :

2.1. Description de la population de l'étude : (Tableau V)



2.1.1. Le personnel médico-social de la maison d'arrêt de Gradignan :

Critères d'inclusion :

- Etre médecin ou travailleur social
- Exercer au sein d'une structure hospitalière pénitentiaire de la maison d'arrêt de Gradignan, parmi l'UCSA, le SMPR, l'UHSI et l'UHSA

Critères d'exclusion :

- Refus de participation à l'étude
- Absence de réponse après deux relances

2.1.2. Le personnel médico-social des associations agréées :

Critères d'inclusion :

- Etre médecin ou travailleur social
- Appartenir à l'équipe de coordination des ACT d'une association agréée de la métropole bordelaise, parmi La Case ou SOS ACT Bègles.

Critères d'exclusion :

- Refus de participation à l'étude
- Absence de réponse après deux relances

2.1.3. Les détenus :

Critères d'inclusion :

- Age compris entre 18 et 65 ans
- Sexe masculin ou féminin
- Etre incarcéré à la maison d'arrêt de Gradignan

Critères d'exclusion :

- Le refus de participation à l'étude
- Difficultés de compréhension de la langue

2.2. Modalités d'inclusion et échantillonnage :

2.2.1. Du personnel médico-social :

Tous les membres du personnel médico-social de la maison d'arrêt et des deux associations agréées ont été inclus.

2.2.2. Des détenus :

Pour l'inclusion de ces sujets, nous nous sommes basés sur la liste des détenus présents à un instant « t » à la maison d'arrêt de Gradignan. Cette liste a pu être réalisée via le logiciel DX Care. 679 détenus étaient incarcérés au sein de la maison d'arrêt à cet instant. Ceux-ci étant classés par ordre croissant de numéros d'écrou. Il a été attribué à chaque détenu un numéro compris entre 1 et 679. Puis, selon une formule de randomisation linéaire, générée sur le logiciel Microsoft Excel pour Mac version 15.18, nous avons ainsi tiré au sort des numéros d'écrou, sélectionnant ainsi de façon aléatoire le nombre des détenus qui ont constitué notre échantillon.

Au total, un minimum de 50 entretiens a été prévu afin d'arriver à saturation des données.

3. Outils :

Le recueil des données s'est faite de deux manières : par entretiens individuels (physiques ou téléphoniques) par le biais de questionnaires hétéro soumis, et par questionnaires auto soumis. Ces questionnaires ont d'abord fait l'objet d'une phase d'essai sur un petit nombre de personnes qui n'ont pas été incluses à l'étude. Après analyse des premiers résultats, ces questionnaires ont été perfectionnés puis soumis à l'échantillon de population.

3.1. Questionnaires soumis aux détenus de la maison d'arrêt de Gradignan :

3.1.1. Questionnaires test : (Annexe 1)

Ces questionnaires ont été élaborés en Juin 2016, ils étaient constitués de 19 questions dont 9 ouvertes et 10 dichotomiques, organisées selon une structure dite en entonnoir. Ceux-ci ont été testés sur 5 détenus de la maison d'arrêt de Gradignan, qui n'ont pas été inclus à l'étude par la suite. Ils comprenaient 5 parties :

- **La première partie** : concernait les connaissances du détenu sur les ACT et le processus de demande d'admission. Elle se constituait de 6 questions dichotomiques.
- **La deuxième partie** : abordait la démarche mise en place par le détenu pour impulser sa demande d'ACT au travers de 3 questions ouvertes. Le but était de savoir si cette demande émanait d'une démarche volontaire ou s'il avait été orienté/informé par une tierce personne. Si tel était le cas, nous cherchions à savoir qui était cette personne. Dans cette partie, nous avons également voulu étudier les moyens physiques utilisés lors de la demande d'ACT par le détenu, ainsi que le(s) support(s) d'information utilisé(s).
- **La troisième partie** : qui comprenait 2 questions ouvertes, traitait de la coordination théorique et pratique au cours du processus de demande d'admission en ACT. Ces questions avaient pour but d'aborder les délais sous lesquels le(s) premier(s) contact(s) et réponse(s) ont pu être obtenus. Ce type de questions a été volontairement choisi afin de laisser l'interviewé s'exprimer librement. Aucune relance n'a été faite pour ne pas interférer sur la fluidité des réponses.
- **La quatrième partie** : constituait de 4 questions dichotomiques, orientait l'interview vers les principaux freins rencontrés par les détenus au cours du processus de demande d'ACT. Les intitulés des questions étaient les suivants : la qualité des informations reçues, le délai d'attente avant un premier contact avec un interlocuteur, le délai d'obtention d'une réponse définitive, et enfin la réponse obtenue, avec le cas échéant le motif de refus.
- **La cinquième et dernière partie** : qui comptait 4 questions ouvertes, s'intéressait aux caractéristiques médico-psycho-sociales du détenu. Cette partie a délibérément été placée en fin d'interview, où le détenu serait potentiellement plus en confiance et pourrait ainsi mieux se livrer sur lui même.

3.1.2. Questionnaires définitifs : (Annexe 2)

Ces questionnaires ont été élaborés courant juillet 2016 et soumis au cours d'entretiens physiques semi dirigés. Ils ont été obtenus suite à l'analyse des principales difficultés rencontrées lors de la soumission des questionnaires d'essai. Ils étaient constitués de 22 questions au total, dont 13 questions fermées et 9 questions dichotomiques. La structure globale du questionnaire a été préservée ainsi que l'organisation et les intitulés des cinq parties :

- **La première partie** : était constituée de 4 questions dichotomiques sur les connaissances du détenu sur les ACT et la demande d'admission.
- **La deuxième partie** : était constituée d'une question à choix multiples, sur la fonction de la personne à laquelle s'est référé le détenu pour impulser la demande d'ACT.
- **La troisième partie** : comprenait 3 questions à choix multiples, qui abordaient la

nature des supports physiques utilisées au cours de la demande d'admission en ACT, les délais d'obtention d'un premier contact et d'une réponse définitive. Il était aussi question de connaître la nature de la réponse définitive et le(s) motif(s) de refus s'il en était le cas.

- **La quatrième partie** : s'articulait autour de 3 questions à choix multiples et 1 question dichotomique sur les principaux freins rencontrés par les détenus au cours de leur demande d'admission en ACT ainsi que leurs représentations.
- **La cinquième et dernière partie** : abordait les caractéristiques signalétiques du détenu en 7 questions dichotomiques comme dans le questionnaires d'essai.

3.2. Questionnaires test destinés initialement au personnel médico-social de la maison d'arrêt de Gradignan et des associations agréées : (Annexe 3)

Ce questionnaire a été élaboré courant Mars 2016, il comptait cinq parties avec dix-huit questions ouvertes au total. Ce même questionnaire a été initialement soumis au personnel médico-social de la maison d'arrêt de Gradignan et des associations agréées. Il a été testé sur des médecins et travailleurs sociaux des PMI de Gradignan et Saint Médard en Jalles, lieux d'exercice de notre dernier stage d'internat. Ces personnes n'ont pas été incluses dans l'étude.

- **La première partie** : visait à réaliser un état des lieux des connaissances des interviewés sur la définition d'un ACT, et comprenait quatre questions ouvertes sur les connaissances des ACT et l'expérience du sujet en terme de demande/orientations vers ce type de structure.
- **La deuxième partie** : traitait du processus mis en place pour impulser une demande d'ACT, et comptait trois questions ouvertes sur la (les) personne(s) pouvant repérer/sélectionner les sujets éligibles aux ACT, ainsi que sur les critères d'éligibilité et l'utilisation d'une liste consensuelle de critères d'éligibilité.
- **La troisième partie** : comptait quatre questions sur le thème de la coordination théorique et pratique de la demande d'ACT.
- **La quatrième partie** : évoquait les principaux freins rencontrés et leurs représentations par les interviewés. Etaient étudiés les critères d'admission, le taux de réponses favorables/défavorables, la qualité du dialogue entre les différents interlocuteurs et leur avis sur le rapport offre/demande en terme d'ACT sur la métropole bordelaise.
- **La cinquième et dernière partie** : comptait deux questions ouvertes sur la fonction qu'occupait l'interrogé et son ressenti quant à son implication dans le projet des ACT.

3.3. Questionnaires définitifs soumis au personnel médico-social :

3.3.1. Au personnel médico-social de la maison d'arrêt de Gradignan : (Annexe 4)

Ce questionnaire a été créé en Avril 2016, suite aux difficultés rencontrées lors de la réalisation des entretiens avec le questionnaire test. Il est constitué de quatre parties ayant les mêmes intitulés que ceux du questionnaire d'essai. Il comprenait dix-huit questions dont huit questions dichotomiques et dix questions fermées à choix multiples.

- **La première partie** : visait à réaliser un état des lieux des connaissances des interviewés sur la définition d'un ACT ainsi que sur leur expérience en terme d'orientation vers ce type de structure. Elle comptait quatre questions dichotomiques.
- **La deuxième partie** étudiait les connaissances des sujets sur le processus de demande d'ACT (critères d'admission, personne(s) pouvant réaliser une demande d'admission), en s'appuyant aussi sur quatre questions dichotomiques.
- **La troisième partie** abordait la coordination théorique et pratique du processus de demande d'ACT sous la forme de deux questions dichotomiques et une question à choix multiples.
- **Enfin, la quatrième partie** traitait des principaux freins et leurs représentations par les médecins et travailleurs sociaux, à travers six questions à choix multiples sur la qualification des critères d'admission, la qualification du type de réponse prédominant des deux associations, la qualité des contacts avec ces deux associations. Il leur était également demandé de juger le rapport offre/demande d'ACT sur la métropole bordelaise et d'évaluer leur implication dans le projet ACT.

3.3.2. Au personnel médico-social des associations agréées : (Annexe 5)

Ces questionnaires ont été conçus courant Mars 2017 et se constituaient de deux parties. Ils comptaient sept questions au total, dont quatre questions ouvertes et trois questions dichotomiques comprenant chacune plusieurs items.

- **La première partie** était en rapport avec les statistiques des candidatures aux ACT destinés aux détenus de la maison d'arrêt de Gradignan depuis la création du dispositif (nombre de demandes, nombre de refus, motif(s) des refus.)
- **La deuxième partie** abordait les facteurs déterminant le choix des candidatures et s'organisait en trois questions dichotomiques, qui évaluaient différents critères médicaux, sociaux et administratifs

4. Recueil des données :

4.1. Chez les détenus de la maison d'arrêt de Gradignan :

4.1.1. Questionnaires test :

Ces questionnaires destinés aux détenus ont été testés sur cinq prisonniers de la maison d'arrêt de Gradignan fin Mars 2016. Ces derniers n'ont pas été inclus dans l'étude par la suite. Les questionnaires ont été soumis lors d'entretiens physiques, qui se sont déroulés au sein des locaux de l'UCSA de la maison d'arrêt de Gradignan. Au début de chaque entretien, l'enquêteur se présentait au sujet et lui expliquait l'objectif de l'étude et le caractère anonyme des réponses. L'entretien pouvait démarrer une fois que le sujet donnait son consentement libre et éclairé. Les entretiens étaient semi-dirigés. La durée des questionnaires variait entre 15 et 20 minutes.

4.1.2. Questionnaires définitifs :

Les questionnaires ont été soumis aux détenus constituant notre échantillon cible, entre les mois d'Avril et de Juin 2016. Il s'agissait d'entretiens physiques, qui se déroulaient au sein des locaux de l'UCSA de la maison d'arrêt de Gradignan. Aucune prise de contact préalable n'était possible, les détenus étaient convoqués à l'UCSA par les surveillants sans connaître le motif de cette convocation. Avant chaque entretien, l'enquêteur se présentait au sujet et lui expliquait brièvement l'objectif de l'étude afin de ne pas influencer les réponses. L'entretien pouvait démarrer une fois que le sujet donnait son consentement libre et éclairé. Ce dernier était informé avant la réalisation de l'entretien de l'anonymat des questionnaires. Les entretiens étaient dirigés et duraient entre 8 et 12 minutes.

4.2. Chez le personnel médico social de la maison d'arrêt de Gradignan et des associations agréées :

4.2.1. Questionnaires test :

Les questionnaires ont été testés sur un petit nombre de médecins et d'assistantes sociales d'un terrain de stage d'internat. Ces personnes n'ont pas été incluses à l'étude. Il s'agissait d'entretiens physiques en tête à tête, réalisés en Mars 2016 au sein des locaux des Protection Maternelles et Infantiles (PMI) de Saint Médard en Jalles et de Gradignan. Ces entretiens ont été semi-dirigés, et comprenaient des relances afin de recentrer les propos et répondre aux items de la grille. La durée de ceux-ci variait entre 15 et 20 minutes. Ce test a entraîné la modification du questionnaire initial, donnant ainsi lieu à un questionnaire destiné au personnel médico-social de la maison d'arrêt de Gradignan et un questionnaire pour le personnel médico-social des associations agréées.

4.2.2. Questionnaires définitifs :

Les prises de contact se sont faites par voie téléphonique ou d'emails. Les relances se faisaient de la même manière, et en cas d'absence de réponse après deux relances la personne n'était pas incluse dans l'étude. Les questionnaires ont été soumis aux sujets par entretiens physiques ou téléphoniques ou par mails, entre les mois d'Avril 2016 et Aout 2017. La réalisation du questionnaire se faisait en une dizaine de minutes.

5. Analyse des données :

Les données ont été analysées manuellement et retranscrites sous formes de tableaux et diagrammes via le logiciel Microsoft Excel pour Mac version 15.18.

RESULTATS :

1. Résultats sur la population d'étude : (Tableau V)

La population source comptait n=709 sujets, elle était constituée :

- Du personnel médico-social de la maison d'arrêt de Gradignan
- Du personnel médico-social des associations La Case et SOS ACT Bègles de la métropole bordelaise
- Des détenus de la maison d'arrêt de Gradignan

1.1. Les détenus de la maison d'arrêt de Gradignan :

1.1.1. Présentation :

Six cent soixante-dix-neuf détenus étaient présents au sein de la maison d'arrêt de Gradignan au moment de l'étude. Un minimum de 50 entretiens a été choisi pour parvenir à

saturation des données. Ces derniers ont été tirés au sort selon une méthode de randomisation linéaire décrite ci-dessus. Parmi ceux-ci 29 personnes ont été réellement interrogés.

On dénombrait 13 perdus de vue, tels que :

- Treize détenus qui ont été libérés, dont 11 hommes et 2 femmes

On dénombrait 8 personnes exclues, telles que :

- Cinq personnes ayant refusé l'entretien
- Et trois personnes qui ne comprenaient pas la langue parlée

1.1.2. Principales caractéristiques des détenus interrogés :

1.1.2.1. Sexe : (Tableau VI) :

n : effectif de détenus interrogés, soit n= 29

| Sexe | Homme | Femme |
|-------------------|-------|-------|
| Nombre de détenus | 28 | 1 |

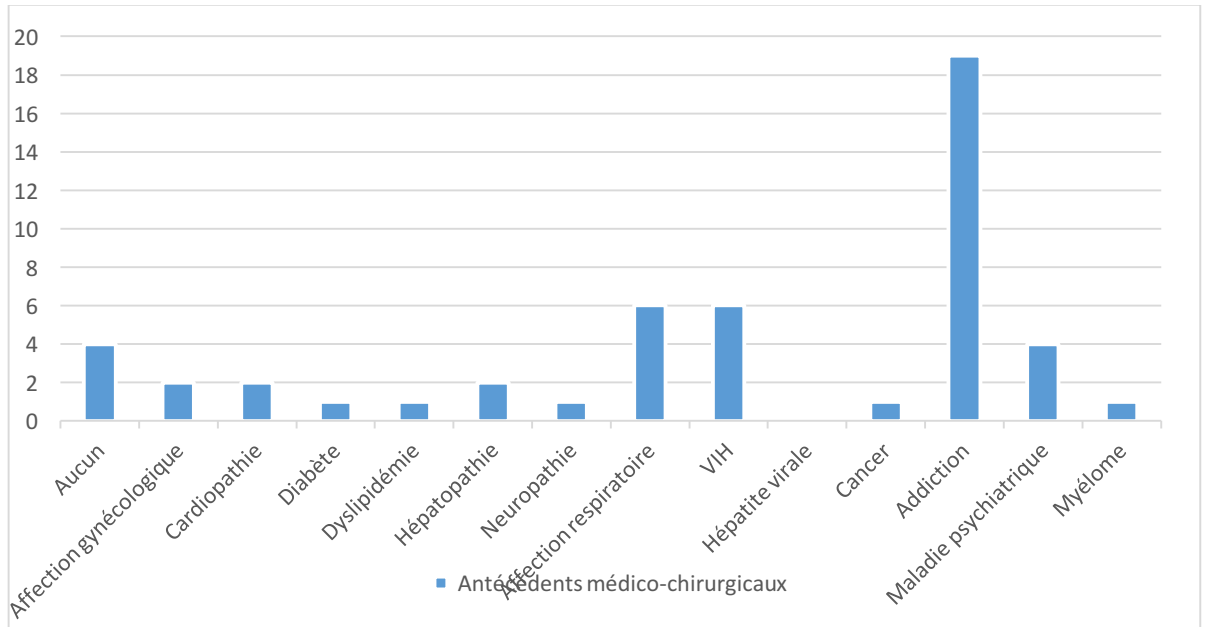
1.1.2.2. Age : (Tableau VII)

n : effectif de détenus interrogés, soit n= 29

| Ages | 18-29 ans | 30-49 ans | 50-59 ans | Plus de 60 ans |
|---|-----------|-----------|-----------|----------------|
| Nombre de détenus interrogés par tranche d'âges | 9 | 16 | 3 | 1 |

1.1.2.3. Antécédents médico-chirurgicaux : (Tableau VIII) :

n : effectif de détenus interrogés, soit n= 29



1.1.2.4. Types de couvertures maladie (Tableau IX) :

n : effectif de détenus interrogés, soit n= 29

| | CMU complémentaire | Autre(s) régime(s) | Ne sait pas |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------|
| Nombre de détenus | 17 | 3 | 9 |

1.1.2.5. Possession d'un logement avant incarcération (Tableau X) :

n : effectif de détenus interrogés, soit n= 29

| | Ayant un logement avant incarcération | Sans domicile fixe avant incarcération |
|--------------------------|--|---|
| Nombre de détenus | 21 | 8 |

1.1.2.6. Possession d'un emploi avant incarcération (Tableau XI) :

n : effectif de détenus interrogés, soit n= 29

| | Détenteur d'un emploi avant incarcération | Au chômage avant incarcération |
|--------------------------|--|---------------------------------------|
| Nombre de détenus | 21 | 8 |

SYNTHESE :

Parmi les 29 détenus interrogés, la majorité sont de sexe masculin et souffrent de troubles addictifs et psychiatriques, d'affections respiratoires et infectieuses. Dix-sept d'entre eux bénéficient de la Couverture Médicale Universelle complémentaire, mais certains ignorent être à jour de leur assurance maladie. Majoritairement, ces personnes ont eu un logement fixe ainsi qu'un emploi avant leur incarcération.

1.2. Le personnel médico-social de la maison d'arrêt de Gradignan :

Effectifs des personnes réellement incluses au sein du personnel médico-sociales de la maison d'arrêt (Tableau XII) :

| | UCSA | SMPR | UHSI | UHSA | Total |
|---|------|------|------|------|-----------|
| Nombre total de médecins | 7 | 3 | 6 | 4 | 20 |
| Nombre de médecins réellement inclus | 4 | 3 | 4 | 2 | 13 |
| Nombre total de travailleurs sociaux | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Nombre de travailleurs sociaux réellement inclus | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |

1.3. Le personnel médico-social des associations La Case et SOS ACT Bègles :

Chaque association comprend au sein de son équipe :

- Un médecin coordinateur,
- Un travailleur social,
- Un directeur

SYNTHESE :

Parmi la population médico-sociale de la maison d'arrêt de Gradignan, treize médecins, ainsi que trois travailleurs sociaux ont été inclus dans notre étude. Tous les membres du personnel médico-social des associations agréées ont été inclus.

2. Résultats sur les questionnaires :

2.1. Durée des questionnaires :

2.1.1. Durée des questionnaires test :

La durée de ceux-ci variait entre 10 et 20 minutes selon le public interrogé et l'expérience relative du sujet au sein des ACT.

2.1.2. Durée des questionnaires définitifs :

Le questionnaire a été modifié, sous forme de questions dichotomiques regroupées dans des tableaux. La personne interrogée ou l'examineur pouvaient y répondre en cochant directement la ou les bonnes réponses. Chez les détenus, les questionnaires ont été soumis obligatoirement par entretiens physiques, ceux-ci duraient une dizaine de minutes.

2.2. Nombre de questionnaires soumis :

2.2.1. Au personnel médical de la maison d'arrêt : (Tableau XIII) :

| | UCSA | SMPR | UHSI | UHSA | Total |
|--|------|------|------|------|-----------|
| Nombre de questionnaires soumis | 4 | 3 | 4 | 2 | 13 |
| Nombre de médecins exclus | 3 | 0 | 2 | 2 | 7 |

2.2.2. Au personnel social de la maison d'arrêt : (Tableau XIV) :

| | UCSA (n=1) | SMPR (n=1) | UHSI (n=1) | UHSA (n=1) | Total |
|--|------------|------------|------------|------------|----------|
| Nombre de questionnaires soumis | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| Nombre de travailleurs sociaux exclus | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |

2.2.3. Aux détenus : (Tableau XV)

| | Nombre de questionnaire soumis | Nombre de perdus de vue | Total |
|---------|--------------------------------|-------------------------|-------|
| Détenus | 29 | 13 | 42 |

2.2.4. Au personnel médico-social des associations agréées : (Tableau XVI) :

| | SOS ACT Bègles | La Case | Total |
|---|----------------|---------|-------|
| Nombre de questionnaires soumis | 3 | 2 | 5 |
| Nombre de médecins interrogés | 1 | 1 | 2 |
| Nombre de travailleurs sociaux interrogés | 1 | 1 | 2 |
| Nombre de directeurs d'association interrogés | 1 | 0 | 1 |

SYNTHESE :

Au total, 35 questionnaires ont été soumis au sein de la maison d'arrêt de Gradignan soit 13 auprès de médecins, 3 auprès de travailleurs sociaux et 29 sous forme d'entretiens physiques auprès de détenus. Au sein des deux associations agréées, 5 questionnaires ont pu être soumis.

3. Résultats sur les questionnaires test : principales limites et modifications apportées :

3.1. Principales limites des questionnaires test :

3.1.1. Du questionnaire destiné aux détenus :

La principale difficulté lors de la réalisation des entretiens test, était de retranscrire un maximum d'informations pertinentes tout en laissant parler l'interrogé. Les questions ouvertes donnaient souvent lieu à des digressions, qui venaient alourdir l'échange. Il fallait régulièrement faire des relances pour recentrer l'interview et répondre aux items de la grille. De plus, certaines informations ont été perdues faute de moyen d'enregistrement, ces derniers étant interdits au sein de la maison d'arrêt.

Un autre frein a été la durée du questionnaire qui finissait par lasser l'interlocuteur. En moyenne, un entretien durait entre 15 et 20 minutes suivant le niveau de compréhension du détenu. Enfin, l'utilisation de termes trop scientifiques limitait la compréhension des questions et la qualité des réponses. Il a fallu reformuler nos questions.

3.1.2. Du questionnaire destiné au personnel médico-social :

Les questionnaires test ont été hétéro-soumis, les interviews se faisaient par téléphone ou par entretiens physiques ce qui a été un premier frein à leur réalisation. En effet, les membres du personnel médico-social n'avaient que très peu de temps à nous accorder. Une prise de contact au préalable par mail ou téléphone était nécessaire afin de convenir d'un rendez-vous selon leur planning. La longueur des questionnaires test était aussi un frein. Nous avons dû revoir leur forme afin de recueillir le maximum d'informations en un temps limité.

Enfin, les niveaux d'informations sur le dispositif ACT du personnel médico-social pénitencier et celui des associations n'étant pas le même ; nous avons dû adapter dissocier les questions afin de les adapter au mieux à chacune de ces structures.

3.2. Modifications apportées aux questionnaires test :

3.2.1. Au questionnaire destiné aux détenus :

Pour pallier aux difficultés rencontrées lors des entretiens test chez les détenus, nous avons choisi :

- L'utilisation de questions dichotomiques ou à choix multiples
- L'utilisation de grilles de questions à remplir

Ces modifications ont permis d'optimiser le temps de recueil et la pertinence des réponses.

3.2.2. Au questionnaire destiné au personnel médico-social :

Afin de limiter les freins à la réalisation des questionnaires, nous avons opté pour :

- L'adaptation des questionnaires selon la disponibilité de l'interlocuteur : questionnaire hétéro (entretien téléphonique ou physique) ou auto soumis (par courrier électronique).
- L'utilisation de questions dichotomiques ou à choix multiples.

4. Résultats sur les questionnaires définitifs :

4.1. Soumis aux détenus :

Sur 29 personnes interrogées aucun sujet ne connaissait les ACT, parmi ceux-ci :

- 11 sujets ont voulu obtenir des informations complémentaires sur le dispositif
- Contre 18 sujets qui n'ont pas souhaité poursuivre l'entretien.

SYNTHESE :

Au total, tous les détenus interrogés au cours de cette étude ignorent l'existence du dispositif d'ACT. La majorité d'entre eux ne sont pas intéressés par des informations supplémentaires sur le sujet, « ne se sentant pas concernés par le dispositif ». Seuls 11 d'entre eux ont souhaité être informés « dans l'hypothèse d'une maladie future ».

4.2. Soumis au personne médico-social de la maison d'arrêt de Gradignan :

4.2.1. Connaissance du dispositif d'ACT : (Tableau XVII)

n : effectif total de personnes interrogées

| | Connaissance des ACT | Méconnaissance des ACT |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Médecins (n =13) | 7 | 6 |
| Travailleurs sociaux (n= 3) | 3 | 0 |

4.2.2. Connaissance des critères d'admission au sein des ACT : (Tableau XVIII)

n : effectif total de personnes interrogées

| | Connaissance d'au moins 1 critère majeur d'admission | Connaissance d'au moins 1 critère mineur d'admission | Connaissance d'au moins 1 critère d'exclusion | Connaissance d'une liste consensuelle de critères d'admission | Ne sait pas |
|-------------------------------------|--|--|---|---|-------------|
| Médecins (n=13) | 7 | 4 | 2 | 1 | 6 |
| Travailleurs sociaux (n=3) | 3 | 2 | 3 | 0 | 0 |

4.2.3. Expérience au sein des ACT : (Tableau XIX)

n : effectif total de personnes interrogées

| | Demande d'admission déjà effectuée | Aucune demande d'admission effectuée |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Médecin (n=13) | 10 | 3 |
| Travailleurs sociaux (n=3) | 3 | 0 |

4.2.4. Connaissance du mode de demande d'admission vers les ACT : (Tableau XX)

n : effectif total de personnes interrogées

| | Connaissance du mode de demande d'admission vers un ACT | Méconnaissance du mode de demande d'admission vers un ACT |
|----------------------------------|--|--|
| Médecins (n=13) | 7 | 6 |
| Travailleur sociaux (n=3) | 3 | 0 |

4.2.5. Connaissances de(s) la personne(s) pouvant réaliser une orientation vers un ACT : (Tableau XXI)

n : effectif total de personnes interrogées

| | Travailleurs sociaux | Médecins | Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) | Médecins ET travailleurs sociaux |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------|---|---|
| Médecins (n=13) | 5 | 1 | 1 | 7 |
| Travailleurs sociaux (n=3) | 0 | 0 | 0 | 3 |

4.2.6. Connaissances du (des) support(s) de demande candidature vers un ACT : (Tableau XXII)

n : effectif total de personnes interrogées

| | Entretiens physiques | Téléphone | Courriers/mails | Ne sait pas |
|--|-----------------------------|------------------|------------------------|--------------------|
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Médecins (n=13) | 5 | 7 | 8 | 4 |
| Travailleurs sociaux (n=3) | 1 | 3 | 3 | 0 |

4.2.7. Connaissances du délai moyen de réponse des associations agréées : (Tableau XXIII)

n : effectif total de personnes interrogées

| | Moins de 7 jours | Entre 7 et 14 jours | Entre 15 et 21 jours | Ne sait pas |
|---|-------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Médecins (n=13) | 0 | 6 | 2 | 6 |
| Travailleurs sociaux (n=3) | 0 | 2 | 3 | 0 |

4.2.8. Avis sur le rapport offre/demande d'ACT sur la métropole bordelaise : (Tableau XXIV)

n : effectif total de personnes interrogées

| | Equilibré | Déséquilibré | Ne sait pas |
|-----------------------------|------------------|---------------------|--------------------|
| Médecins (n=13) | 0 | 11 | 2 |

| | | | |
|------------------------------------|---|---|---|
| Travailleurs sociaux (n=3) | 0 | 3 | 0 |
|------------------------------------|---|---|---|

4.2.9. Ressenti sur leur implication dans le projet d'ACT : (Tableau XXV)

n : effectif total de personnes interrogées

| | Se sent concerné | Ne se sent pas concerné | Ne sait pas |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------|
| Médecins (n=13) | 10 | 0 | 3 |
| Travailleurs sociaux (n=3) | 3 | 0 | 0 |

SYNTHESE :

La totalité des travailleurs sociaux (3) et la majorité des médecins (7) connaissent les ACT. Cependant, dix médecins prétendent avoir déjà effectué une demande d'admission vers ces structures.

Les critères d'admission sont connus par la totalité des travailleurs sociaux, alors que seule la moitié des médecins déclare les connaître. Trois médecins ne peuvent pas juger leur implication au sein des ACT, alors que tous les membres du corps social prétendent se sentir concernés par ce projet.

Six médecins pensent que l'orientation vers les ACT est une mission exclusivement sociale, et un d'entre eux ignore à qui cette tâche incombe.

Concernant le délai d'obtention d'une réponse à la demande d'admission, tous les travailleurs sociaux savent l'estimer alors qu'ils étaient 8 sur 13 à pouvoir le faire chez les médecins.

La totalité des travailleurs sociaux et la majorité des médecins (11/13), estiment que le rapport offre/demande d'ACT sur la métropole bordelaise est « déséquilibré ».

En somme, la définition, les indications et le mode de demande d'admission en ACT sembleraient être mieux connus par les travailleurs sociaux que les médecins de la maison d'arrêt de Gradignan.

4.2.10. Opinion des associations agréées sur les critères d'admission :

4.2.10.1. Association La Case : (Tableau XXVI)

n : effectif total de personnes interrogées

| | Orientés | Larges | Ne sait pas |
|---|-----------------|---------------|--------------------|
| Médecins (n=13) | 3 | 4 | 6 |
| Travailleurs sociaux (n=3) | 0 | 3 | 0 |

4.2.10.2. Association SOS ACT Bègles : (Tableau XXVII)

n : effectif total de personnes interrogées

| | Orientés | Larges | Ne sait pas |
|--|-----------------|---------------|--------------------|
| Médecins (n=13) | 4 | 1 | 8 |
| Travailleurs sociaux (n=3) | 3 | 0 | 0 |

SYNTHESE :

Les médecins sont plus nombreux que les travailleurs sociaux à ne pas savoir juger les critères d'admission des deux associations. SOS ACT Bègles semblerait moins connue du personnel médical que l'association La Case.

Parmi les médecins ayant su émettre un jugement, ceux-ci trouvent les critères d'admission de La Case plus larges que ceux de SOS ACT Bègles.

Chez les travailleurs sociaux, tous sont aptes à juger les deux associations et trouvent les critères d'admission de SOS ACT Bègles plus orientés que ceux de La Case.

4.2.11. Opinion sur la qualité des réponses des associations agréées :**4.2.11.1. Association La Case : (Tableau XXVIII)**

n : effectif total de personnes interrogées

| | Réponse favorable | Réponse défavorable | Ne sait pas |
|---------------------------------|-------------------|---------------------|-------------|
| Médecins (n=13) | 4 | 3 | 6 |
| Travailleurs sociaux (n=3) | 2 | 1 | 0 |

4.2.11.2. Association SOS ACT Bègles : (Tableau XXIX) :

n : effectif total de personnes interrogées

| | Réponse favorable | Réponse défavorable | Ne sait pas |
|--|-------------------|---------------------|-------------|
|--|-------------------|---------------------|-------------|

| | | | |
|--|---|---|---|
| Médecins (n=13) | 3 | 2 | 8 |
| Travailleurs sociaux (n=3) | 1 | 2 | 0 |

SYNTHESE :

Les médecins sont moins nombreux que les travailleurs sociaux à pouvoir juger les réponses aux demandes d'admission de chaque association. La majorité des médecins ayant pu répondre, peuvent plus facilement émettre un jugement sur La Case que SOS ACT Bègles. La plupart, rapporte un manque d'expérience auprès de cette dernière association. Tous pensent que les deux associations répondent favorablement aux demandes.

Tous les travailleurs sociaux ont su juger chaque association, et la majorité pense que l'association La Case répond plus favorablement aux demandes que SOS ACT Bègles.

4.2.12. Opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur la qualité des contacts avec les associations agréées :

4.2.12.1. Association La Case : (Tableau XXX)

n : effectif total de personnes interrogées

| | Contacts favorables | Contacts défavorables | Ne sait pas |
|--|----------------------------|------------------------------|--------------------|
| Médecins (n=13) | 9 | 0 | 4 |
| Travailleurs sociaux (n=3) | 3 | 0 | 0 |

4.2.12.2. Association SOS ACT Bègles : (Tableau XXXI) :

n : effectif total de personnes interrogées

| | Contacts favorables | Contacts défavorables | Ne sait pas |
|----------------------------|---------------------|-----------------------|-------------|
| Médecins (n=13) | 4 | 1 | 8 |
| Travailleurs sociaux (n=3) | 3 | 0 | 0 |

SYNTHESE :

Les médecins sont plus nombreux que les travailleurs sociaux à ne pas savoir évaluer la qualité de leurs contacts avec les associations. Un manque d'expérience a été rapporté vis-à-vis de l'association SOS ACT Bègles, ce qui n'est pas le cas pour La Case. Les médecins ayant pu répondre trouvent que leurs échanges avec les deux associations sont majoritairement favorables.

Tous les travailleurs sociaux ont su émettre un jugement, et tous qualifient de favorables les contacts avec les deux associations.

AU TOTAL :

Au sein de la maison d'arrêt de Gradignan, les travailleurs sociaux ont plus de recul sur les ACT et les associations agréées que les médecins. Toutefois, les médecins déclarent être tout de même intéressés et impliqués dans ce projet. Il semblerait donc que ces derniers délèguent cette tâche aux travailleurs sociaux.

D'autre part, l'association La Case semble être mieux connue du corps médical. Tous s'accordent à dire que celle-ci a des critères d'admission plus larges, mais les deux associations répondent souvent favorablement aux demandes.

Les contacts entre le personnel médico-social de la maison d'arrêt de Gradignan et ces deux associations sont optimaux.

4.3. Soumis au personnel médico-social des associations agréées :

4.3.1. Statistiques annuelles des demandes d'admission en ACT au sein des associations agréées :

4.3.1.1. Association La Case : (Tableau XXXII)

| Nombre de demandes d'admission vers l'Unité Sortant de Prison par an | Acceptées | Refusées | Totales |
|--|-----------|-----------|-----------|
| 2013 | 4 | 7 | 11 |
| 2014 | 7 | 1 | 8 |
| 2015 | 6 | 2 | 8 |
| 2016 | 4 | 4 | 8 |
| 2017 | 4 | 4 | 8 |
| TOTAL | 25 | 18 | 43 |

4.3.1.2. Association SOS ACT Bègles : (Tableau XXXIII) :

| Nombre de demandes d'admission par an | Acceptées | Refusées | Totales |
|--|------------------|-----------------|----------------|
| 2003 | 0 | 2 | 2 |
| 2004 | 0 | 2 | 2 |
| 2005 | 0 | 2 | 2 |
| 2006 | 2 | 3 | 5 |
| 2007 | 1 | 1 | 2 |
| 2008 | 2 | 0 | 2 |
| 2009 | 4 | 1 | 5 |
| 2010 | 2 | 0 | 2 |
| 2011 | 1 | 0 | 1 |
| 2012 | 1 | 3 | 4 |
| 2013 | 3 | 0 | 3 |
| 2014 | 3 | 0 | 3 |
| 2015 | 1 | 1 | 2 |
| 2016 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 15 | 35 |

SYNTHESE :

Au cours de ses treize années d'expérience au sein des ACT destinés aux détenus, l'association SOS ACT Bègles a répondu favorablement à la majorité des demandes.

Concernant La Case, quatre ans après la création de l'USP, l'association a répondu positivement au même nombre de candidatures, soit en moyenne 8 demandes par an contre 2 pour SOS ACT Bègles.

4.3.2. Critères déterminant le refus des candidatures :

4.3.2.1. Critères médicaux : (Tableau XXXIV)

n : effectif total de personnes interrogés au sein des deux associations tel que n =4

| | OUI | NON | Ne sait pas juger |
|---|-----|-----|-------------------|
| Pronostic vital engagé à moyen ou court terme | 0 | 3 | 1 |
| Prise en charge palliative | 0 | 3 | 1 |
| Antécédent d'inobservance thérapeutique | 1 | 3 | 0 |
| Gestion d'un traitement médicamenteux complexe | 0 | 4 | 0 |
| Comorbidités psychiatriques | 0 | 4 | 0 |

| | | | |
|--|--|---|---|
| Addictions (tabac, alcool, drogues) | 1 | 3 | 0 |
| Manque d'autonomie/ Nécessité d'une tierce personne dans les actes quotidiens | 3 | 1 | 0 |
| Pathologies chroniques nécessitant un appareillage (oxygène, sonde, stomie..) | 0 | 3 | 1 |
| Verbatims | - « Nous refusons les pathologies qui ne sont pas assez lourdes » (Médecin La Case) -« les antécédents de tentatives de suicide et/ou de comportements auto/hétéro agressifs nous freinent »(Travailleur social SOS ACT Bègles) | - « Les antécédents d'inobservance ne nous freinent pas, car une fois lancés dans la démarche d'ACT les détenus s'engagent volontairement à suivre leur(s) traitement(s). En tous cas, la situation ne s'est jamais présentée jusqu'à présent »(Médecin La Case) | |

SYNTHESE :

Les principaux critères médicaux entraînant un refus de la part des associations agréées sont :

- une pathologie médicale n'étant pas assez « lourde »
- un manque d'autonomie ou la nécessité d'une tierce personne pour la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Toutefois, les trois critères suivants n'ont pu être jugés par une minorité de personnes (soit 3 réponses) :

- un pronostic vital engagé à court ou moyen terme

- une prise en charge palliative
- une (des) pathologie(s) nécessitant un appareillage (stomie, oxygène, sonde...)

4.3.2.2. Critères sociaux : (Tableau XXXV)

n : effectif total de personnes interrogés au sein des deux associations tel que n =4

| | OUI | NON | Ne sait pas juger |
|---|--|--|-------------------|
| Isolement social | 0 | 4 | 0 |
| Ressources financières insuffisantes | 0 | 4 | 0 |
| Comportement inadapté | 1 | 3 | 0 |
| Refus d'adhésion au projet | 1 | 2 | 1 |
| Verbatims | - « Nous rencontrons systématiquement tous les détenus, même ceux qui refusent le projet, afin d'essayer de leur redonner envie » (Membre de SOS ACT Bègles) | - « Nous pouvons accueillir 1 à 2 détenus chaque année à titre gratuit, car l'association dispose d'un budget annuel de 2000 euros prévu à cet effet. Les dotations personnelles de la | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | - « Les détenus en situation irrégulière ou en cours de déboutement nous freinent » (Membre de SOS ACT Bègles) | part du détenu ne sont dans ce cas pas nécessaires » (Membre de SOS ACT Bègles) - « Nous n'avons aucun motif de refus de nature sociale » (Membre de La Case) | |
|--|--|--|--|

SYNTHESE :
Aucun critère social n'impose de refus catégorique pour la majorité des membres du personnel médico-social de chaque association agréée. Cependant, deux critères ont entraîné des réponses discordantes, tels que :
- un comportement inadapté
- un refus d'adhésion au projet

4.3.2.3. Critères administratifs : (Tableau XXXVI)

n : effectif total de personnel médico-social au sein des deux associations tel que n =4

| | OUI | NON | Ne sait pas juger |
|--|---|---|-------------------|
| Dossier de candidature incomplet | 1 | 3 | 0 |
| Candidature inadaptée aux critères d'admission requis | 2 | 2 | 0 |
| Absence de place disponible au moment de la demande | 2 | 2 | 0 |
| Autre(s) possibilité(s) d'hébergement possible(s) | 2 | 1 | 1 |
| Age | 1 | 3 | 0 |
| Délai d'incarcération | 1 | 2 | 1 |
| Absence de couverture sociale | 0 | 4 | 0 |
| Verbatims | <ul style="list-style-type: none"> - « Nous n'avons pas de liste d'attente » (Médecin La Case) - « Le délai d'incarcération | <ul style="list-style-type: none"> - « Nous donnons une seconde chance aux dossiers incomplets. Ils peuvent être | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>est un frein qu'il nous est parfois difficile d'anticiper. Nous y travaillons de plus en plus précocement avec le Juge d'Application des Peines, afin d'anticiper les sorties et ainsi limiter au maximum la vacance de nos appartements » (Membre SOS ACT Bègles)</p> | <p>réévalués » (Médecin La Case)</p> <p>- « Les dossiers incomplets sont mis sur liste d'attente, au maximum pendant 2 mois, passé ce délai ils sont refusés » (Travailleur social SOS ACT Bègles)</p> | |
|--|---|--|--|

SYNTHESE :

L'âge, les dossiers de candidature incomplets et l'absence de couverture sociale ne semblent pas être des motifs de refus pour la majorité des membres de chaque association agréée. Selon la moitié d'entre eux, une candidature inadaptée aux critères d'admission et l'absence de place disponible, restent des motifs de refus fermes, alors qu'ils ne sont que temporaires pour les autres. « Nous donnons une seconde chance aux dossiers incomplets. Ils peuvent être réévalués » (Membre de La Case) « Les dossiers incomplets sont mis sur liste d'attente, au maximum pendant 2 mois, passé ce délai ils sont refusés » (membre de SOS ACT Bègles).

Cependant, deux critères ont entraîné des réponses contradictoires, tels que :

- autre(s) possibilité(s) de logement, où 2 personnes, seraient freinées
- et le délai d'incarcération où 1 personne pensait qu'il s'agirait d'un motif de refus « Le délai d'incarcération est un frein qu'il nous est parfois difficile d'anticiper. Nous y travaillons de plus en plus précocement avec le Juge d'Application des Peines, afin d'anticiper les sorties et ainsi limiter au maximum la vacance de nos appartements » (Membre SOS ACT Bègles)

DISCUSSION :

1 De la méthode :

1.1 Du type d'étude :

Dans la Littérature, quatre travaux de thèse ont été recensés sur les sujets des Appartements de Coordination Thérapeutique et/ou des personnes placées sous main de justice. Le premier était une enquête sociologique sur le parcours de santé et la vulnérabilité des sortants de prison porteurs du VIH ou de l'hépatite C avant, pendant et après l'incarcération, menée en 2016 en Ile-de-France(10). La thèse entendait éclairer les parcours de vie et de santé de ces personnes avant, pendant et après l'incarcération. Ces parcours ont été construits à partir d'une enquête sociologique en trois volets (observation, séries d'entretiens biographiques et questionnaires). Conduite en prison et en ville, l'enquête permet de décrire les expériences de prises en charge et le travail des professionnels du secteur médico-social.

Le second évaluait les fonctions cognitives et l'autonomie de patients séropositifs au VIH hébergés en ACT, et a été mené à Bordeaux en 2008 (11). L'objectif principal de cette étude était de savoir si ces résidents séropositifs présentaient des troubles des fonctions cognitives et une perte d'autonomie. Et également, si ces troubles étaient améliorés par une prise en charge dans ces structures. L'ensemble des patients volontaires ont été soumis à des tests neuropsychologiques. L'autonomie a été évaluée par l'échelle I.A.D.L de Lawton (instrumental Activities Daily Living) (Annexe 6).

Les principales limites concernaient la population d'étude, telles qu'un effectif faible de patients rendant les résultats non extrapolables à la population générale. L'hétérogénéité des effectifs et des données médicales rendant délicate l'interprétation des données ; et la non représentativité du groupe de patients par rapport à la population de sujets séropositifs au VIH vivant en Aquitaine. A propos de la méthode, la durée de 4 mois était trop courte pour évaluer correctement les effets de la prise en charge en ACT sur les fonctions cognitives et l'autonomie.

Cette étude a permis de mettre en évidence de profonds déficits des fonctions cognitives et une perte d'autonomie chez ces résidents porteurs du VIH, mais ne pouvait conclure sur les effets de la prise en charge en ACT sur ceux-ci.

Le troisième travail a été réalisé en 2015 à Amiens, et étudiait la prise en charge médicale des patients sortants de prison par leur médecin généraliste (12). Cette étude a été réalisée sur un échantillon de détenus récidivistes incarcérés à la prison d'Amiens par l'intermédiaire de questionnaires. Sur 30 questionnaires recueillis, 67% des médecins traitant étaient au courant du passé carcéral de leur patient, 91% assuraient la prise en charge de leurs problèmes de santé chroniques et étaient le premier recours en cas d'urgence pour 60% des détenus. Les limites principales étaient le nombre restreint de questionnaires biaisant l'analyse pour certaines

questions, la non représentativité de la population d'étude. Les détenus consultaient deux fois moins leurs médecins généralistes que la population générale, mais leur faisaient confiance. Les médecins généralistes assuraient un meilleur soutien psychologique et une meilleure prise en charge des IST quand ils connaissaient le passé carcéral de leur patient. En revanche, pas de différence à ce sujet pour la prise en charge des addictions.

Enfin, la quatrième thèse s'intéressait au vécu et à la perception par les personnes détenues des soins dispensés en milieu carcéral. Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès de 15 personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces. De manière générale, les participants trouvaient les soins de qualité satisfaisante et avaient de bonnes relations avec le personnel soignant. Par contre, ils jugeaient les soins dentaires de mauvaise qualité, critiquaient la prescription excessive de médicaments psychotropes et la mauvaise prise en charge de la douleur. Bien que les soins semblaient être accessibles en routine, les participants relevaient de graves lacunes d'accès aux soins en situation d'urgence en particulier la nuit. Le passage obligé par les surveillants apparaissait comme le principal obstacle à l'accès aux soins (13)

Jusqu'à présent, aucune étude n'a réalisé d'état de lieux du processus de demande d'ACT chez les personnes placées sous main de Justice. C'est une des raisons qui nous a poussé à réaliser cette enquête.

Par ailleurs, d'autres travaux de thèse de médecine ont été recensés sur le thème de la santé des détenus ou des sortants de prisons. Notamment, une étude visant à restituer les logiques professionnelles de 27 médecins, face au problème de la continuité des soins, dans les établissements pénitentiaires de l'Ouest de la France. **(19)** L'analyse de questionnaires sur leurs pratiques et leurs points de vue montre que la continuité des soins à la sortie est largement problématique pour les soignants, tant concernant les conditions d'exercice que de manque de formation et de coordination entre les professionnels.

Une autre thèse de médecine éclaire le cas particulier de la maison d'arrêt de Gradignan, qui investit le post-carcéral plus que la moyenne. **(20)**

Une thèse d'exercice de médecine **(21)** explore le manque de coordination entre les médecins du milieu carcéral et les généralistes de ville, un des facteurs de discontinuité des prises en charge les plus souvent cités par les professionnels. Les sortants de prison et les anciens détenus sont appréhendés comme une population vulnérable (en situation de précarité et avec des besoins de santé spécifiques et importants) mal connue et difficile d'accès pour les médecins généralistes: parce qu'ils déclarent peu leurs incarcérations antérieures, ils sont difficilement identifiables en consultation; parce que ceux qui les déclarent correspondent à la catégorie de vulnérable, leurs caractéristiques sont extrapolées aux autres sortants de prison; enfin, parce que peu de liens formels ou informels semblent exister entre médecine de ville et médecine carcérale, la santé des détenus et l'organisation des soins en prison sont mal connues des généralistes.

Une autre étude sur les pratiques en UCSA **(22)**, descriptive et transversale, interrogeant la continuité de la prise en charge médicale de sortants de prison atteints d'une hépatite B, C ou le VIH, ou co-infectés. Interrogées en 2006, 83 des 182 UCSA ont renseigné les items suivants : le type d'établissement pénitentiaire, le nombre de patients malades par an à l'UCSA et la fréquence des démarches médicales et sociales de préparation à la sortie. Dans la limite du taux de réponse (47%). Cette étude était la relative absence d'anticipation des problèmes liés à la

sortie des détenus par leurs soignants, révélant trois tendances : dans les établissements en surpopulation, l'accompagnement post-carcéral est moins bon ; dans les établissements de grande taille, la prise en charge post-carcérale est meilleure ; enfin, dans les unités où le nombre de patients est important, la prise en charge sociale post-carcérale est meilleure.

Le choix de l'enquête de pratique et d'opinion, semble le plus adapté pour répondre à la question de recherche et élaborer des hypothèses. Ce type d'étude vise à recueillir des informations factuelles sur un phénomène auprès d'un échantillon représentatif d'une population définie et d'en dégager des hypothèses.(14) Il s'agit d'une démarche interprétative. Dans notre étude, une partie des résultats attendus sont subjectifs et donc difficiles à mesurer.

Le choix des questionnaires hétéro et auto-soumis à questions fermées, a été retenu afin de neutraliser d'éventuels biais de mesure inhérents aux entretiens libres ou semi dirigés. En effet, n'ayant pas droit aux supports numériques d'enregistrement au sein de la maison d'arrêt, de nombreuses informations auraient pu être perdues. Il s'agissait d'un moyen simple et rapide de recueil d'informations lors des entretiens.

Concernant le personnel médico-social il était plus aisé sur le plan organisationnel d'utiliser des questionnaires auto-soumis afin de s'amender de la contrainte horaire.

Les questionnaires, présentaient comme principaux avantages d'être simples d'utilisation, permettant un codage aisé et une analyse rapide et peu coûteuse des données recueillies. Un des inconvénients des questions fermées était le choix imposé et limité de réponses pouvant déplaire aux personnes interrogées. Mais ceci a pu être neutralisé au cours de la phase de pré test des questionnaires où nous avons tenu compte des critiques à ce propos.

Le choix d'entretien individuel et dirigé plutôt que collectif a été privilégié, afin de nous laisser la gestion du contenu, du déroulement des échanges ainsi que l'analyse et l'interprétation des mesures. De plus, ce type d'entretien paraissait plus adapté pour les détenus afin de leur permettre de s'exprimer spontanément et sans crainte du jugement d'autrui. Par ailleurs, l'organisation pénitentiaire ne permettait pas des entretiens en groupe.

Les avantages de ce mode de recueil d'informations sont : le contact direct avec l'expérience individuelle des personnes, la possibilité d'obtenir des informations sur des sujets complexes, et un taux de réponse élevé.

Le principal inconvénient a été le temps requis à la réalisation de l'entretien. C'est d'ailleurs pour cette raison, qu'il a été convenu de réaliser chez le personnel médico-social, des entretiens individuels (physiques ou téléphoniques, hétéro-soumis) ou transmis par courrier électronique (auto-soumis) compte tenu des impératifs horaires de chaque personne. Dans ces deux derniers cas, le bénéfice du contact direct avec l'interviewé a été perdu, mais nous avons tenté de neutraliser ce biais en utilisant des questionnaires constitués de questions fermées dichotomiques ou à choix multiples présentées dans un ordre logique. Cela a ainsi permis de recueillir des propos qui n'auraient peut-être pas été exprimés si l'entretien avait été imposé.

La méthode utilisée apparaît adaptée à la question de recherche.

1.2 De la population d'étude :

La diversité d'une population d'étude prime sur sa représentativité. C'est cette diversité qui fait la richesse des données recueillies. Le nombre de participants a été déterminé par saturation des données, une situation dans laquelle celles-ci n'apportent plus d'informations nouvelles (15). Toutefois, cette hétérogénéité de la population d'étude influence les résultats rendant délicate l'interprétation des données.

L'effectif total de personnes réellement incluses reste faible (n=78), ne permettant pas d'étendre les résultats obtenus à la population générale. La proportion de détenus interrogés (n=29) est également insuffisante et ne nous permet pas d'extrapoler nos résultats. Toutefois, 70% de l'effectif total du personnel médico-social a pu être interviewé (soit 13 médecins sur 20 et 3 des 4 travailleurs sociaux de la maison d'arrêt ; ainsi que tout le personnel des associations).

Nous n'avons pas choisi d'inclure les personnes du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) de la maison d'arrêt de Gradignan, du fait de leurs fonctions essentiellement socio-judiciaires. Leur rôle principal était la prévention de la récidive des peines chez les détenus. Celles-ci pouvaient cependant orienter un prisonnier vers un ACT mais en aucun cas elles ne pouvaient constituer de demande physique.

Nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage aléatoire, ayant pour avantage de donner une chance égale à tous les sujets de notre échantillon de population d'être choisis. Cette méthode convient à une population hétérogène, comme il était le cas dans notre étude.

L'échantillonnage aléatoire nous a permis de neutraliser un biais de sélection inhérent à la sélection des détenus interrogés. Cette méthode imposait de détenir la liste complète de tous les détenus constituant la population cible. Or cette liste changeait quotidiennement selon les entrées et sorties de ces derniers (libérations, transferts, extractions temporaires...). Nous nous sommes basés sur les numéros d'écrou, pris à un instant « t » afin de les identifier et effectuer le tirage au sort.

L'accessibilité aux détenus a été une limite à la réalisation de cette étude, car ces derniers étaient répartis au sein de différents bâtiments de la maison d'arrêt. Pour se faire, nous avons dû obtenir une autorisation de la part de l'administration pénitentiaire pour accéder aux différents locaux de la prison. La principale difficulté a été la temporalité de l'administration carcérale souvent longue, imposant une attente de plusieurs heures avant de pouvoir réaliser un entretien, qui pouvait parfois ne pas avoir lieu.

La liste du personnel médico-social des associations agréées et de la maison d'arrêt a pu être obtenue en contactant les secrétariats de chaque structure. Tous les membres du personnel médico-social ont été inclus et interrogés dans le but d'obtenir un maximum de points de vue.

1.3. Des questionnaires :

1.3.1. Les questionnaires d'essai :

Les principales difficultés rencontrées lors de la réalisation de ces questionnaires étaient :

- La retranscription manuelle des propos de l'interviewé, sans support d'enregistrement car ceux-ci étaient interdits au sein de la maison d'arrêt. Le débit de parole était souvent soutenu, car nous interrompions le moins possible l'échange afin de ne pas perturber la fluidité du discours. De ce fait, un grand nombre d'informations ont été perdues, ce qui constituait un biais de mesure. Afin de neutraliser ce biais nous avons choisi de retravailler la présentation de nos questionnaires. Ce qui a donné lieu à des questions dichotomiques ou à choix multiples, nous permettant de conserver un mode de recueil des données manuscrit, et en un temps plus court.
- La durée des entretiens, soit 15 à 20 minutes en moyenne, lassait l'interlocuteur et rendait l'échange infructueux.
- Par ailleurs, cette phase de test, nous a amené à dissocier le questionnaire destiné au personnel médico-social de la maison d'arrêt de celui destiné aux membres des associations agréées. En effet, ces deux sous-catégories de population n'avaient ni les mêmes rôles ni les mêmes expériences dans le processus de demande d'ACT.

1.3.2. Les questionnaires définitifs :

Soumis au personnel médico-social de la Maison d'arrêt de Gradignan et des associations agréées :

La modification des questionnaires, soumis aux personnes par courrier électronique, entretien physique ou entretien téléphonique, a permis d'obtenir des réponses plus adaptées, avec moins de perte d'informations. Un gain de temps a également été constaté.

Soumis aux détenus de la maison d'arrêt de Gradignan :

Le questionnaire définitif a permis un recueil plus rapide des informations lors des entretiens avec les détenus. Toutefois, ils n'ont pas pu être exploités en totalité car l'ensemble des détenus interrogés (soit 29 au total) ne connaissaient pas les ACT. Ce résultat souligne la méconnaissance du dispositif d'ACT par les détenus.

1.4. Du recueil des informations :

L'ensemble des données ont été recueillies soit par des questionnaires hétéro-soumis, lors d'un entretien physique ou téléphonique ; ou soit au cours d'un questionnaire auto-soumis par courrier électronique, exclusivement pour le personnel médico-social. Le principal frein au recueil des informations, a été l'accessibilité à la population d'étude.

Pour les détenus, nous avons été contraints de choisir un mode de recueil par entretien physique retranscrit manuellement, car aucun autre moyen n'était admis par l'administration pénitentiaire. Il était également interdit de prendre contact au préalable avec ces derniers afin de les informer du but de l'entretien. De ce fait, un bon nombre d'interviews ont été refusés par les

prisonniers, probablement par crainte ou appréhension.

Il a fallu adapter le vocabulaire utilisé dans les questions, afin de faciliter leur compréhension. Le recueil des informations a souvent été parasité par des digressions, qu'il fallait recentrer.

L'accessibilité aux détenus a aussi été une limite à la réalisation de cette étude, car ces derniers étaient répartis au sein de différents bâtiments de la maison d'arrêt. Nous avons dû obtenir une autorisation de la part de l'Administration Pénitentiaire afin d'accéder aux différents locaux de la prison. La principale difficulté a été la temporalité de l'Administration carcérale souvent longue, imposant une attente de plusieurs heures avant de pouvoir réaliser un entretien, qui pouvait parfois ne pas avoir lieu.

Concernant le personnel médico-social, la disponibilité de ces derniers a été un frein, bien que la majorité d'entre eux ont répondu de façon favorable à notre demande. Pour neutraliser ce biais, il a fallu adapter le mode d'administration de nos questionnaires afin de recueillir un maximum de réponses.

Parmi les médecins de la maison d'arrêt, 6 entretiens ont été réalisés par le biais de questionnaires auto-soumis et transmis par courrier électronique, le bénéfice du contact direct a ainsi été perdu. Toutefois un entretien téléphonique et 6 entretiens physiques ont pu être obtenus. Cette hétérogénéité du mode de recueil des données rend délicate l'interprétation des résultats.

1.5. De l'analyse des données :

Chaque entretien a été retranscrit manuellement par l'examineur sur une grille de questions mixtes (dichotomiques ou à choix multiples). Toutes les informations ont ensuite été synthétisées sous forme de tableaux à double entrée. Chaque résultat a été interprété par l'examineur seul. Aucun logiciel d'analyse informatisé des données n'a pu être utilisé compte tenu de l'impossibilité d'enregistrement audiovisuel des interviews. En recherche qualitative, le biais d'interprétation est inhérent à l'analyse par un seul chercheur, et il nous a été difficile de le neutraliser.

2. Des résultats :

2.1. Des résultats principaux :

2.1.1. Statistiques annuelles des demandes d'admission au sein des associations agréées :

En treize années d'expérience au sein des ACT destinés aux détenus, l'association SOS ACT Bègles a répondu favorablement à la majorité des demandes destinées aux détenus. En effet, sur 35 candidatures reçues depuis 2003, 20 sortants de prison ont été acceptés au sein de leurs appartements.

Depuis l'ouverture en 2013 des ACT destinés aux personnes sortant de prison au sein de l'association La Case, celle-ci a répondu au même nombre de candidatures, soit 35 demandes au total et 21 admissions ont été réalisées.

En somme, l'association La Case a reçu depuis la création de l'USP, 4 fois plus de demandes d'admission par an que SOS ACT Bègles. Cette différence statistique pourrait s'expliquer par le fait que La Case possède au sein de son équipe un médecin psychiatre-addictologue travaillant à la maison d'arrêt de Gradignan. Ce dernier maîtrisant mieux le sujet serait plus sensibilisé à une potentielle orientation vers un ACT.

D'autre part, plus du tiers de la population carcérale de la Nouvelle Aquitaine (1) présente une pathologie relevant de la réduction des risques. La Case est un CARRUD et intervient chaque semaine au sein de la maison d'arrêt pour des missions de Réduction des risques ce qui souligne là encore sa forte implication dans ce domaine. Nous pouvons penser que La Case serait plus compétente face à cette catégorie de population que SOS ACT Bègles.

Malgré tout, ces résultats restent faibles en regard du nombre de détenus présents au sein de la maison d'arrêt. Un repérage précoce des potentiels candidats, par le personnel médico-social de la maison d'arrêt, et ce dès l'entrée des détenus, pourrait être envisagé afin d'accroître le nombre de demandes annuelles.

2.1.2. Critères déterminant le refus des candidatures :

2.1.2.1. Critères médicaux :

Les principaux critères médicaux entraînant un refus ferme et définitif de la part des associations agréées sont :

- une pathologie médicale n'étant pas assez « lourde » et ne nécessitant pas une coordination médico-psycho-sociale
- un manque d'autonomie ou la nécessité d'une tierce personne pour la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Toutefois, les trois critères suivants n'ont pu être jugés par une minorité (soit 3 personnes) : un pronostic vital engagé à court ou moyen terme, une prise en charge palliative et une (des) pathologie(s) nécessitant un appareillage (stomie, oxygène, sonde...)

Ceci laisse supposer qu'il n'existerait pas de consensus sur les critères médicaux au sein de ces deux associations agréées. Chaque dossier serait donc discuté au cas par cas, ce qui ne laisserait pas une chance égale à tous les candidats potentiels aux ACT.

D'autre part, les antécédents psychiatriques (tels que les addictions, le passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, les troubles psychotiques ...) freineraient une minorité des membres de l'association SOS ACT Bègles. Or, les populations carcérales sont souvent constituées de personnes présentant ce type de profil, (16) (17) ce qui expliquerait en partie un taux de refus plus important de la part de cette association. Ces refus pourraient être expliqués par le fait que cette association ne bénéficie pas des compétences adéquates dans ce domaine.

La constitution d'une équipe médicale plus élargie ayant des compétences en psychiatrie et en addictologie permettrait d'améliorer leur taux d'acceptation des candidatures émanant de la maison d'arrêt.

2.1.2.2. Critères sociaux :

Aucun critère social n'entraînait de refus catégorique pour la majorité du personnel médico-social de chaque association agréée. « **Nous n'avons aucun motif de refus de nature sociale** » (**Membre de La Case**).

Cependant, trois critères ont entraîné des réponses discordantes, tels que :

- un comportement inadapté,
- le refus d'adhésion au projet,
- un détenu en situation irrégulière ou en cours de déboulement

« **Les détenus en situation irrégulière ou en cours de déboulement nous freinent** » (**Membre de SOS ACT Bègles**)

SYNTHESE :

L'absence de consensus au sein des différents critères sociaux rend la décision individuelle et personnalisée à chaque candidature. Il serait souhaitable d'établir une liste exhaustive des critères d'admission sociaux compte tenu de la complexité de certaines situations.

2.1.2.3. Critères administratifs :

Les dossiers de candidature incomplets, l'absence de couverture sociale et l'âge avancé (supérieur à 65 ans), ne seraient pas des motifs de refus pour la majorité des membres de chaque association agréée. Mais une candidature inadaptée et l'absence de place disponible au moment de la demande, seraient des motifs de refus fermes, alors qu'il ne serait que temporaire pour les autres.

« **Nous donnons une seconde chance aux dossiers incomplets. Ils peuvent être réévalués** » (**Médecin La Case**)

« **Les dossiers incomplets sont mis sur liste d'attente, au maximum pendant 2 mois, passé ce délai ils sont refusés** » (**Travailleur social SOS ACT Bègles**).

Il semble y avoir une tolérance vis à vis de la validation administrative des candidatures. Cependant l'absence de liste consensuelle de ces différents critères pourrait expliquer la divergence des réponses obtenues de la part des membres des deux associations.

Enfin, certains critères ont entraîné des réponses discordantes au sein des équipes de chaque association :

- le premier critère étant le délai d'incarcération,

« **Le délai d'incarcération est un frein qu'il nous est parfois difficile d'anticiper. Nous y travaillons de plus en plus précocement avec le Juge d'Application des Peines, afin d'anticiper les sorties et ainsi limiter au maximum la vacance de nos appartements** » (**Membre SOS ACT Bègles**)

La différence de temporalité des associations et de l'administration pénitentiaire est un frein

majeur à l'impulsion de demandes de candidatures au sein des ACT. Le délai avant libération ne pouvant parfois être fixé, les associations ne peuvent « bloquer » et maintenir vacants leurs appartements. Mais des mesures anticipatoires à la sortie des prisonniers éligibles aux ACT pourraient être mises en place. Ceci impliquerait un repérage précoce de ces derniers par le personnel médico-social de la maison d'arrêt.

- Le second critère étant d'autre(s) possibilité(s) de logement envisageables. Ceci sous entend qu'il existerait un défaut de repérage social du potentiel candidat.

SYNTHESE :

La création d'une liste consensuelle des différents critères d'admission et de refus permettrait d'harmoniser les réponses des associations et ainsi améliorer les statistiques annuelles.

Un repérage précoce par le personnel médico-social de la maison d'arrêt, des potentiels détenus éligibles aux ACT, permettrait un meilleur adressage de ces derniers vers le dispositif et d'anticiper ainsi leur sortie.

2.2. Des résultats secondaires :

2.2.1. Connaissances sur les ACT du personnel médico-social des structures hospitalières de la maison d'arrêt

La définition, les critères d'admission et les indications des ACT sont mieux connus par les travailleurs sociaux que les médecins. Il semblerait que ces derniers soient moins impliqués dans cette mission. Cinq médecins généralistes pensent que la demande d'admission vers les ACT est une tâche exclusivement sociale. Ceci témoigne de la méconnaissance du dispositif et de la faible implication du corps médical. Nous pourrions alors nous demander si la dimension psycho-sociale de cette prise en charge n'influencerait-elle pas l'implication des médecins généralistes au sein de ce projet ? Ce qui serait difficile à maîtriser.

Par ailleurs, le manque de temps et de personnel au sein des équipes médicales de la maison d'arrêt pourrait aussi expliquer ce manque d'investissement. Afin de familiariser les médecins à ce dispositif, il pourrait être envisagé une promotion régulière des ACT auprès de ces derniers. Celle-ci pourrait se faire sous forme de réunions d'informations et de partage entre les différentes équipes et ce plusieurs fois par an.

Afin d'impliquer d'avantage les médecins dans le projet d'ACT, il serait également nécessaire de faciliter les démarches administratives souvent perçues comme chronophages et contraignantes. La simplification et la dématérialisation du mode de demande d'admission sous forme électronique pourrait être une solution. Ainsi l'utilisation d'une plateforme électronique de centralisation des demandes d'orientation, inspiré du modèle VIA TRAJECTOIRE existant actuellement pour l'orientation des personnes vers une structure d'accueil adaptée ou une HAD, pourrait être proposé.

D'autre part, dix médecins prétendent avoir déjà réalisé une demande d'orientation vers un ACT, alors que seulement 7 d'entre eux connaissent le mode de demande. De plus, un médecin a prétendu avoir déjà consulté une liste consensuelle des critères d'admission vers un ACT. Or, cette liste n'existe pas à l'heure actuelle. Il existerait donc un décalage entre les faits allégués par les médecins et leur pratique réelle. Ceci pourrait être un biais de prévarication indissociable de l'analyse qualitative et difficile à neutraliser. Tout ces éléments témoignent de la méconnaissance de ce dispositif par le corps médical de la maison d'arrêt.

2.2.2. Connaissances des détenus sur les ACT :

La totalité des détenus interrogés ignore l'existence des ACT. La majorité d'entre eux n'est pas intéressée par des informations complémentaires sur le sujet, ne se sentant pas concernés. Seuls 11 personnes ont souhaité savoir ce que signifiait ce terme, et à qui cela était destiné. Les ACT sembleraient être un dispositif méconnu par les détenus de la maison d'arrêt de Gradignan, mais ces résultats sont à considérer avec prudence du fait d'un faible échantillonnage de la population.

Il est également important de tenir compte du niveau de compréhension limité d'une grande majorité des prisonniers, ce qui a pu générer des difficultés dans la réalisation des entretiens. Ce biais de mesure était difficile à maîtriser, malgré l'utilisation d'un vocabulaire simplifié.

Enfin, la faible expérience de l'examineur dans la réalisation d'un interview a pu entraîner une perte d'informations, faute de relances adaptées. Mais l'utilisation de questions fermées (dichotomiques ou à choix multiples) a permis de limiter ce biais de mesure.

2.2.3. Caractéristiques médico-sociales des détenus :

La population carcérale interrogée dans cette étude était une population essentiellement composée d'hommes, porteurs de pathologies psychiatriques et infectieuses, et socialement insérés avant leur incarcération. Mais ces résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble de la population compte tenu du faible échantillonnage de notre étude.

De plus, ces résultats sont à interpréter prudemment, car malgré la confidentialité des entretiens individuels certains détenus ne paraissaient pas à l'aise dans leurs propos et certaines informations ont pu être tues par crainte du corps médical. Le milieu carcéral étant un monde d'insécurité et de méfiance, les relations entre détenus et personnel sont souvent biaisées. Ce biais a pu entraîner une perte d'information, mais reste difficile à neutraliser.

2.2.4. Opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur les ACT :

2.2.4.1. Sur les critères d'admission des associations agréées :

Les médecins sont plus nombreux que les travailleurs sociaux à ne pas savoir juger les critères d'admission des deux associations. SOS ACT Bègles semblerait moins connue du personnel médical que l'association La Case. Ceci pourrait encore s'expliquer par le fait qu'un membre du personnel médical du SMPR de la maison d'arrêt travaille également au sein de l'association La

Case. Celui-ci faciliterait les échanges et les orientations de candidatures vers cette association, au détriment de SOS ACT Bègles. Il s'agirait donc d'un biais de mesure qu'il nous a été difficile de maîtriser. Nous avons volontairement choisi de ne pas exclure cette personne de notre étude, du fait de sa grande expérience au sein des ACT et de la richesse des informations que son interrogatoire a pu nous fournir.

Les médecins ayant su juger ces associations, pensent que les critères d'admission de l'association La Case seraient plus larges que ceux de SOS ACT Bègles. Il en est de même pour les travailleurs sociaux. Ces données pourraient être en partie expliquées par le fait que La Case qui est un CAARUD, possède une plus grande expérience et une équipe compétente en psychiatrie et addictologie ; ce qui n'est pas le cas de l'association SOS ACT Bègles. Or, la population carcérale est majoritairement constituée de personnes présentant de type de pathologies. (16)

2.2.4.2. Sur le type de réponse des associations agréées :

La majorité des médecins déclarent que les deux associations répondent favorablement aux demandes. Compte tenu de la méconnaissance des ACT par ces derniers ce résultat est à considérer avec prudence. Il pourrait s'agir d'un biais de mesure (biais de prévarication) difficile à neutraliser mais indissociable de l'analyse qualitative.

La totalité des travailleurs sociaux ont su juger les deux associations, et pensent que La Case répond plus favorablement aux demandes que SOS ACT Bègles. Ce résultat nous laisserait encore penser que les compétences de SOS ACT Bègles vis-à-vis de cette catégorie de population restent limitées. La Case étant plus apte à répondre à ce type de candidature.

2.2.4.3. Sur la qualité des contacts avec les associations agréées :

Une majorité de médecins n'ont pas su juger la qualité des contacts avec les associations, alors que tous les travailleurs sociaux ont pu le faire. Ces résultats pourraient souligner un manque d'implication du personnel médical au sein de ce projet.

SYNTHESE :

Concernant les statistiques annuelles, le nombre de candidatures reçues chaque année par les deux associations agréées reste faible. Un repérage précoce dès l'admission en maison d'arrêt, par le personnel médico-social, pourrait être envisagé afin d'accroître ces chiffres.

Concernant les critères médicaux, sociaux et administratifs déterminant le refus des candidatures par les associations agréées, il n'existe aucune liste consensuelle des critères d'admission vers un ACT. Chaque association analyse et statue au cas par cas chacun des dossiers. Nous pourrions penser que ce mode de sélection ne permet pas d'attribuer une chance égale à tous les potentiels candidats. La création de listes consensuelles de ces différents critères pourrait être envisagé.

Aucun critère social n'entraîne de refus de candidature. Alors que sur le plan médical, les **pathologies dites « trop légères » n'impliquant pas de prise en charge médico-sociale**, ainsi que **l'insuffisance d'autonomie** de la personne dans les actes de la vie quotidienne, sont les deux principales causes de refus d'admission. Sur le plan administratif, **une candidature inadaptée aux critères d'admission, d'autre(s) possibilité(s) de logement, un délai d'incarcération trop court et l'absence de place disponible au moment de la demande sont des motifs de refus de candidature.**

Concernant les connaissances sur les ACT du personnel médico-social de la maison d'arrêt, nous avons pu constater que les travailleurs sociaux maîtrisaient mieux le sujet que les médecins. Sept des 13 médecins interrogés se déclarent impliqués dans le projet d'ACT, mais une minorité d'entre eux, soit 6 personnes, délèguent encore le repérage des candidats potentiels aux travailleurs sociaux. Ceci peut être un frein à l'impulsion des candidatures de détenus éligibles vers les ACT.

Concernant les connaissances sur les ACT des détenus, le dispositif est largement méconnu, car la totalité des sujets interrogés ignore leur existence. Ces résultats sont à considérer avec prudence du fait d'un faible échantillonnage de la population.

Concernant les caractéristiques médico-sociales des détenus interrogés, notre étude a démontré qu'il s'agirait d'une catégorie de population essentiellement composée d'hommes, porteurs de pathologies psychiatriques et infectieuses, et socialement insérés avant leur incarcération. Ces résultats ne peuvent être étendus à la population générale compte tenu d'un faible échantillonnage.

Concernant l'opinion du personnel médico-social de la maison d'arrêt sur les associations, ceux-ci pensent que les critères d'admission de La Case sembleraient plus larges que ceux de SOS ACT Bègles. Cette dernière refuserait les détenus porteurs d'addictions et/ou de pathologies psychiatriques. Ceci s'expliquerait par des compétences plus limitées en psychiatrie et addictologie de la part de SOS ACT Bègles.

Propositions et perspectives :

Afin d'améliorer les demandes d'admission en ACT émanant de la maison d'arrêt de Gradignan, il serait intéressant de repérer les détenus éligibles dès leur entrée en prison. La dématérialisation des demandes pourrait être envisagée afin de simplifier cette étape. Ceci

pourrait se faire sous forme de dossier électronique généré par un logiciel. Prenons l'exemple de la plateforme ViaTRAJECTOIRE qui est un service public, gratuit et sécurisé, d'aide à l'orientation personnalisée des patients vers les SSR, EHPAD et HAD. Cette plateforme d'orientation centralise les demandes et les transfère directement aux différentes structures d'accueil.

D'autre part, la création d'une liste unique et consensuelle des différents critères d'admission au sein des ACT pourrait être envisagée afin de permettre à chaque candidat d'avoir une chance égale d'accéder à ce dispositif.

Afin de pousser le raisonnement, nous nous sommes intéressés à la présence des ACT sur l'île de la Réunion. Deux associations locales gérant des ACT y sont implantées et reçoivent des sortants de prison. Aucune d'entre elles ne dispose d'appartement spécifiquement dédié aux personnes placées sous main de justice.

Or, les taux de criminalité et de précarité restent élevés sur l'île, et il en résulte une surpopulation des maisons d'arrêt. Un travail de thèse, mené en 2015 par une étudiante réunionnaise, sur « Les addictions et principales pathologies psychiatriques chez les femmes incarcérées à l'île de la Réunion » démontrait la surreprésentation des pathologies psychiatriques (62,5%) et des addictions (71,9%) chez cette catégorie de population. (18)
Ces résultats renforceraient la nécessité d'ACT dédiés aux personnes détenues ou sortant de prison dans le département.

Une étude similaire à notre travail, de type enquête de pratique pourrait être réalisée afin d'étudier le besoin en termes d'ACT destinés aux personnes placées sous main de Justice, auprès des différents centres pénitentiaires de l'île la Réunion. Ces ACT pourraient être une piste pour désengorger les prisons et envisager une réinsertion durable de ses occupants.

CONCLUSION :

Le nombre de demande d'admission en ACT émanant de la Maison d'arrêt de Gradignan reste faible. Un repérage tardif et parfois inadapté des potentiels candidats, par le personnel médico-social de cette prison pourrait en être la cause. Le repérage précoce des détenus éligibles,

dès l'examen médical d'entrée pourrait améliorer ces statistiques.

Aucun critère social n'entraîne de refus de candidature de la part des associations agréées. Sur le plan médical, les deux principales causes de refus sont les pathologies n'impliquant pas de prise en charge médico-sociale et l'insuffisance d'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne. Sur le plan administratif, une candidature inadaptée aux critères d'admission, d'autre(s) possibilité(s) de logement, un délai d'incarcération trop court et l'absence de place disponible au moment de la demande sont aussi des causes de refus.

Il n'existe aucune liste consensuelle des différents critères d'admission en ACT. Les associations agréées sont libres dans le choix des candidatures. Il n'existerait donc pas de réelle équité entre chaque dossier ce qui serait un frein au processus de demande d'admission vers ces appartements.

Les médecins de la maison d'arrêt sembleraient moins impliqués dans le projet des ACT, et seraient moins informés sur ce dispositif, que les travailleurs sociaux. Ce défaut d'investissement pourrait aussi être un frein au processus de demande d'admission vers ce dispositif. La dématérialisation de la demande via une plateforme électronique les encourageraient d'avantage à s'investir.

L'association La Case semble mieux connue du personnel médical de la prison que SOS ACT Bègles. La Case est un CARRUD et compte parmi son personnel un des médecins psychiatre de la maison d'arrêt. Celui-ci constitue un lien direct entre ces deux structures, facilitant ainsi les échanges et les demandes d'admission. De plus, La Case possède des compétences en psychiatrie et addictologie que n'a pas SOS ACT Bègles ce qui justifierait cette différence.

Les ACT restent largement méconnus chez les détenus alors qu'une majorité d'entre eux pourrait en bénéficier. Il s'agit d'une population essentiellement composée d'hommes, porteurs de pathologies psychiatriques et infectieuses, et cumulant les facteurs de vulnérabilité sociale. Ces résultats ne peuvent être généralisés compte tenu du faible échantillonnage. Mais ceci pourrait être un frein à l'impulsion des demandes d'ACT par ces derniers. Une meilleure information permettrait de mettre en lumière ces structures.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Olivier J. Bilan national des ACT 2015. Fédération Nationale d'Hébergements VIH et autres pathologies. Décembre 2016. (Consulté le 01/06/2018). Disponible sur <https://www.sante-habitat.org/la-federation/bilan-national-des-act>

2. Circulaire N°65 relative au Programme expérimental de structures d'hébergement pour personnes malades du SIDA. Aout 1994. (Consulté le 01/06/2018). Disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_15735.pdf
3. Loi n° 2002-73 de modernisation sociale (17 janvier 2002). (Consulté le 01/06/2018). Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905>
4. Loi N°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale (2 janvier 2002). (Consulté le 01/06/2018) Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>
5. Décret N°2002-1227 relatif aux Appartements de Coordination Thérapeutique (3 octobre 2002). (Consulté le 01/06/2018). Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000598718&categorieLien=id>
6. Circulaire N°DGS/SD6A/DGAS/DSS n° 2002-551 relative aux Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). 30 octobre 2010. (Consulté le 01/06/2018) Disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_15735.pdf
7. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé des personnes placées sous main de justice. 2010. (Consulté le 01/06/2018). Disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf
8. Circulaire interministérielle N°2011-371 Campagne budgétaire pour l'année 2011 des établissements et services médico- sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), communautés thérapeutiques (CT), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). 26 septembre 2011. (Consulté le 01/06/2018). Disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/10/cir_33910.pdf
9. Circulaire interministérielle N°2012-199. Campagne budgétaire pour l'année 2012 des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, Appartement de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS), Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) , Communautés thérapeutiques (CT) , Centres de soins , d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Lits d'accueil médicalisé (LAM) et l'expérimentation « Un chez soi d'abord ». 7 juin 2012. (Consulté le 01/06/2018) Disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-06/ste_20120006_0100_0058.pdf
10. Hagège M. Sortir et s'en sortir ? Parcours de santé et vulnérabilités de sortants de prison qui vivent avec le VIH ou une hépatite C. Thèse de doctorat : École des hautes études en sciences sociales : Paris : 2016.

11. Labrousse J. Evaluation des fonctions cognitives et de l'autonomie chez des patients séropositifs au VIH hébergés en appartement de coordination thérapeutique. Thèse de doctorat : médecine générale : Bordeaux : 2008.
12. Aiche Djian C. Prise en charge médicale des patients sortant de prison par leurs médecins généralistes : enquête auprès de 30 individus récidivistes de la population carcérale de la maison d'arrêt d'Amiens. Thèse d'exercice : Picardie : 2015.
13. Keller M, Ploton N. Vécu et perception des soins en milieu carcéral : étude qualitative auprès des personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces. Thèse d'exercice : Grenoble : 2014.
14. Kerlinger FN. Foundations of behavioral research. 3e editions New York Hdlr. Etats Unis; 1986.
15. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. Research in Nursing & Health. 18(2):179-83.
16. Duburq A, Coulomb S, Bonte J, Marchand C, Fagnani F, Falissard B. Etude épidémiologique. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique). Décembre 2004. Consulté le 01/06/2018. Disponible sur http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf
17. Barbier G, Demontes C, Lecerf JR, Michel JP. Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? Rapport d'information n°434 (2009-2010) fait au nom de la commission des lois et de la commission des affaires sociales. (Consulté le 01/01/2018). Disponible sur <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4342.html#fn37>
18. Techer L. Etude des addictions et des principales pathologies psychiatriques chez les femmes incarcérées à l'île de la Réunion en 2015. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Bordeaux : 24 Mars 2016 ; 27. (Consulté le 01/06/2018). Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01293424>
19. Monteiro M, Continuité des soins à la sortie du milieu carcéral : point de vue des médecins intervenant en UCSA de l'inter-région pénitentiaire OUEST, Thèse d'exercice, Faculté de médecine, Université européenne de Bretagne, 2014.
20. Le Port G, Mesures de prévention sanitaire et de préparation à la sortie en milieu carcéral : recommandations nationales, actions à la maison d'arrêt de Gradignan, Thèse d'exercice, Bordeaux, Université de Bordeaux, 1998
21. Fages-Puech V, La continuité des soins à la sortie du milieu carcéral : étude de la communication entre l'Unité de consultations et des soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt de Béziers et les médecins généralistes de l'ouest de l'Hérault, Thèse d'exercice, Faculté de médecine, Université de Montpellier 1, 2010

ANNEXES & TABLEAUX :

Annexe 1 : Questionnaire test soumis aux détenus :

Enquête de pratique : Questionnaire « Détenus » :

(Item : « Votre Rôle dans le processus ACT ? » Questions dichotomiques)

1. Savez vous se qu'est un Appartement de Coordination Thérapeutique ?
2. Savez-vous à qui ils sont destinés ?
3. Si NON, pourriez-vous être intéressé par ce type de structure si un jour vous remplissez les critères d'admission ?
4. Si OUI, en avez-vous déjà fait personnellement la demande ?
5. Si NON, avez-vous été conseillé/informé de l'existence de ces dispositifs par une tierce personne ?
6. Qui était-elle ?

(Item : « Processus mis en place par l'acteur pour impulser une demande d'ACT »)

7. A qui vous êtes-vous adressé pour obtenir des informations au sujet de la demande d'ACT ?
8. Comment êtes-vous entré en contact avec ces personnes ? (Entretien, courrier)
9. Comment vous ont elles délivré les informations nécessaires ? (oralement, fiches d'information ?

(Item : « Coordination théorique et pratique »)

10. Sous quel délai avez-vous rencontré votre premier interlocuteur ?
11. Sous quel délai avez-vous eu une réponse à votre demande ?

(Item : « Freins objectifs et représentations de ces freins par les différents acteurs. Question dichotomiques)

12. Les informations que vous avez reçues sur les ACT étaient-elles précises ?
13. Le délai d'attente avant d'avoir pu rencontrer vos interlocuteurs vous a t-il semblé adapté ?
14. Le délai d'attente avant d'avoir une réponse à votre demande vous a t il semblé adapté ?
15. Votre demande a t elle été refusée ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

(Item : « Caractéristiques signalétiques des sujets »)

16. Age, sexe ?
17. Antécédents Médico-chirurgicaux ? Antécédents psychiatriques ? Consommation(s) à risque et suivi addictologique ?

18. Situation sociale : Avez-vous des droits sociaux ouverts ? si oui sont-ils à jour ?

19. Avez-vous un logement à l'extérieur de la Maison d'arrêt ? une profession ?

Annexe 2 : Questionnaire définitif destiné aux personnes privées de liberté de la Maison d'arrêt de Gradignan :

A. Rôle(s) dans le processus d'ACT :

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| 1. Savez-vous ce qu'est un ACT ? | | |
| 2. Savez-vous à qui ils sont destinés ? | | |

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| 3. Si oui, en avez-vous fait personnellement la demande ? | | |
| 4. Si non, seriez-vous intéressé par des informations sur ce dispositif ? | | |

B. Processus mis en œuvre par l'acteur pour impulser sa demande d'ACT :

| | Travailleur social | SPIP | Médecin(s) | Autre(s) |
|--|--------------------|------|------------|----------|
| 5. A qui vous êtes vous adressé pour obtenir des informations à ce sujet ? | | | | |

C. Coordination théorique et pratique du processus de demande d'ACT :

| | Oralement | Supports papiers | Autre(s) |
|---|-----------|------------------|----------|
| 6. Sous quelle(s) forme(s) vous a-t-elle délivré ces informations ? | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | <7 jours | 7-14 jours | 14-21 jours | > 21 jours |
|--|----------|------------|-------------|------------|
| 7.Sous quel délai avez-vous rencontré cette personne ? | | | | |
| 8.Sous quel délai avez-vous eu une réponse à votre demande ? | | | | |

D. Principaux freins et représentations :

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| 9.Avez-vous compris toutes les informations que vous avez reçues par cette personne? | | |

| | Court | Long | Ne sait pas juger |
|--|-------|------|-------------------|
| 10. Que pensez-vous du délai d'attente avant d'avoir pu rencontrer pour la première fois la personne qui vous a délivré ces informations ? | | | |
| 11. Que pensez du délai d'attente avant d'avoir obtenu une réponse ? | | | |

| | Favorable | Défavorable, pourquoi ? | Ne sait pas |
|---|-----------|----------------------------|-------------|
| 12. Quelle est la réponse que vous avez obtenu ? | | | |

E. Caractéristiques signalétiques du sujet :

| | Homme | Femme |
|------------------|-------|-------|
| 13 . Sexe | | |

| | <18 ans | 18-29 ans | 30-49 ans | 50-60 ans | > 60 ans |
|----------------|---------|-----------|-----------|-----------|----------|
| 14. Age | | | | | |

| | OUI | NON |
|--------------------------------------|-------------|-----|
| 15.ATCD médico-chirurgicaux | Lequel(s) ? | |
| 16. Traitement(s) actuel(s) ? | Lequel(s) ? | |

| | | |
|--|-------------|--|
| | | |
| 17. Suivi UCSA/SMPR ? | Lequel(s) ? | |
| 18. Consommation alcool/drogues ? | | |
| 19. Cosommation tabac ? | | |
| 20. Avez vous une couverture sociale ? | | |
| 21. Avez-vous un logement à l'extérieur ? | | |
| 22. Avez-vous un travail à l'extérieur ? | | |

Annexe 3 : Questionnaire test destiné au personnel médico-social de la maison d'arrêt et des associations agréées :

(Item : « Votre Rôle dans le processus ACT ? »)

1. Savez-vous ce qu'est un Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) ?
2. Connaissez-vous les indications de ces ACT ?
3. (Si personnel médico-social MA Gradignan) : Avez-vous déjà réalisé une orientation vers un ACT ? (Si personnel médico-social association) : Avez-vous déjà reçu des demandes d'orientation vers vos ACT ?
4. Si oui, par qui ?

(Item : « Processus mis en place par l'acteur pour impulser une demande d'ACT »)

5. Qui repère/sélectionne les sujets éligibles aux ACT, au sein de la maison d'Arrêt de Gradignan/ de votre association ?
6. Sur quels critère(s) sélectionnez-vous ces sujets ?
7. Avez-vous une liste consensuelle des critères d'admission au sein des ACT ?

(Item : « Coordination théorique et pratique »)

8. (Si association) Qui sont vos différents interlocuteurs au cours du processus de demande ? (Si personnel médico-social MA Gradignan) Avez-vous déjà travaillé avec les associations La Case et Sos H et S ?
9. Sous quelle forme sont effectuées les demandes de candidature ? (Entretien, dossier papier, contact téléphonique ?)

10. Comment informez-vous/êtes vous informé de la réponse à la candidature ?
 11. Le délai d'étude des dossiers vous paraît-il adapté ?

(Item : « Freins objectifs et représentations de ces freins par les différents acteurs »)

12. Que pensez-vous des critères d'admission au sein des ACT de votre/des association(s) ?
 13. Que pensez-vous du taux de réponses favorables/défavorables aux demandes d'ACT ?
 14. Que pensez-vous de la qualité du dialogue entre les différents acteurs du processus de demande d'ACT ?
 15. Quels sont vos principaux moyens de communication avec ces derniers ?
 16. Que pensez-vous du rapport offre/demande en termes d'ACT sur la métropole bordelaise ?

(Item : Caractéristiques signalétiques des sujets :)

17. Quel est/sont votre(vos) Rôles au sein de la MA de Gradignan/ l'association
 18. Vous sentez-vous concerné par les ACT ?

Annexe 4 : Questionnaire définitif destiné au personnel médico-social de la maison d'arrêt :

A. Votre rôle dans le processus de demande d'ACT :

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Savez-vous ce qu'est un ACT ? | | |
| Connaissez-vous les critères d'admission au sein des ACT ? | | |
| Avez-vous déjà réalisé une orientation vers ce type de structure ? | | |
| Si oui, quelle était l'association vers laquelle s'est faite l'orientation ? | | |
| La Case | | |
| SOS Habitats et Soins | | |

B. Processus de demande d'ACT : (Mettre une croix dans la ou les case(s) correspondante(s) :

| | Médecin(s) | Travailleur Social | SPIP* | Autre(s) |
|---|------------|--------------------|-------|----------|
| Qui oriente(nt) les détenus vers les ACT au sein de votre service ? | | | | |

* Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

| | OUI | NON | Critère(s) |
|---|-----|-----|------------|
| Connaissez-vous un ou plusieurs critères <u>MAJEURS</u> d'inclusion au sein des ACT ? | | | |
| Connaissez-vous un ou plusieurs critères <u>MINEURS</u> d'inclusion au sein des ACT ? | | | |
| Connaissez-vous un ou plusieurs critères <u>D'EXCLUSION</u> au sein des ACT ? | | | |
| Avez-vous déjà consulté une liste consensuelle de ces critères d'admission ? | | | |

C. Coordination théorique et pratique :

| | OUI | NON | Réponse(s) |
|---|-----|-----|------------|
| 10. Connaissez-vous la forme sous laquelle s'effectue une demande d'ACT ? | | | |
| 11. Avez-vous obtenu une réponse de la part de | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| l'association sollicitée par la demande ? Si oui, sous quelle forme ? | | | |
|---|--|--|--|

| | | | | | |
|--|-----------|------------|-------------|------------|-------------|
| | < 7 jours | 7-14 jours | 15-21 jours | > 21 jours | Ne sait pas |
| 12. Sous quel délai obtenez-vous cette réponse ? | | | | | |

D. Principaux freins et leurs représentations :

13. Que pensez-vous des critères d'admission au sein des associations suivantes ? :

| | | | |
|-----------------------|--------|----------|-------------------|
| | Larges | Orientés | Ne peut pas juger |
| La Case | | | |
| SOS Habitats et Soins | | | |

14. Que pensez-vous du taux de réponse de ces associations ? :

| | | | |
|---------|-----------|-------------|-------------------|
| | Favorable | Défavorable | Ne peut pas juger |
| La Case | | | |

| | | | |
|-----------------------|--|--|--|
| | | | |
| Sos habitats et Soins | | | |

15. Que pensez-vous de la qualité de vos contacts avec ces associations ? :

| | Favorables | Défavorables | Ne peut pas juger |
|-----------------------|------------|--------------|-------------------|
| La Case | | | |
| SOS habitats et Soins | | | |

| | Entretien(s) physique(s) | Téléphone | Mail/Courrier | Autre(s) |
|--|-----------------------------|-----------|---------------|----------|
| 16. Quels est (sont) le(s) moyen(s) de communication utilisés ? | | | | |

| | Rapport équilibré | Rapport déséquilibré (dans quel sens ?) | Ne peut pas juger | |
|---|-------------------|---|-------------------|--|
| 17. Que pensez-vous du rapport Offre/Demande en termes d'ACT sur la métropole bordelaise (cas des détenus) ? | | | | |
| | Oui | Non | Ne peut pas juger | |
| 18. Vous sentez-vous concerné par les demandes d'ACT ? | | | | |

Annexe 5 : Questionnaire destiné au personnel médico-social des associations agréées : médecins, travailleurs sociaux et directeurs :

A. Statistiques des candidatures au ACT chez les détenus de la Maison d'arrêt de Gradignan depuis la création du dispositif :

- 1) Combien de demandes d'admission vers vos **ACT destinés aux détenus de la maison d'arrêt de Gradignan** avez-vous reçues depuis leur création ?
- 2) Parmi ces demandes, combien ont été sélectionnée(s) et/ou mise(s) sur liste d'attente chaque année ?
- 3) Parmi ces demandes, combien ont été refusées chaque année ?
- 4) Parmi les demandes d'admission **refusées d'emblée**, quel(s) en était(ent) le(s) motif(s) ?

B. Facteurs déterminant le choix des candidatures :

- 5) Parmi les **critères médicaux** suivants, quels sont ceux qui orientent votre choix vers un refus de candidature ?

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Pronostic vital engagé à moyen/court terme | | |
| Prise en charge palliative | | |
| Inobservance | | |
| Gestion d'un traitement médicamenteux complexe | | |
| Comorbidités psychiatriques | | |
| Addictions (tabac, alcool, drogues) | | |

| | | |
|---|--|--|
| Manque d'autonomie/ nécessité d'une tierce personne dans les actes | | |
| Pathologies chroniques nécessitant un appareillage (oxygène, sonde, stomie...) | | |
| Autre(s) ? Lesquels | | |

6) Parmi les **critères sociaux** suivants, quels sont ceux qui orientent votre choix vers un refus de candidature ?

| | OUI | NON |
|---|------------|------------|
| Isolement social | | |
| Ressources financières insuffisantes | | |
| Comportement inadapté | | |
| Refus d'adhésion au projet du sujet | | |
| Autre(s) ? | | |

7) Parmi les **critères administratifs** suivants, quels sont ceux qui orientent votre choix vers un refus de candidature ?

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Dossier de candidature incomplet | | |
| Candidature inadaptée aux critères d'admission requis | | |
| Absence de place disponible | | |
| Autre(s) possibilité(s) d'hébergement possible(s) | | |
| Age | | |
| Délai d'incarcération | | |
| Absence de couverture sociale | | |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Autres(s) ? (lesquels ?) | | |
|---------------------------------|--|--|

Annexe 6 : Echelle I.A.D.L de Lawton (instrumental Activities of Daily Living) :

OBJECTIF : Les 4 items de l'échelle I.A.D.L de Lawton permettent de dépister les sujets qui présentent une démence non encore diagnostiquée, ou qui la développeront dans l'année.

DESCRIPTIF : Ces 4 items explorent l'autonomie ou le degré de dépendance du sujet par rapport à 4 activités pratiques de la vie quotidienne.

Ces 4 activités doivent faire l'objet d'une cotation de 1 à 2, 3, 4 ou 5 points selon les items. Vous devrez pour chaque item attribuer le score en fonction de la grille de cotation (ci dessous). La cotation est basée sur les réponses du patient et/ou en tenant compte de l'avis de la personne vivant avec lui au quotidien. Dans un deuxième temps, pour fonder votre décision pratique, vous simplifierez la cotation de chacun des items en codage binaire 0 ou 1.

Codez 0 : tout item pour lequel le sujet est autonome (la cotation ne dépasse pas 1).

Codez 1 : tout item pour lequel le sujet est dépendant (la cotation est supérieure ou égale à 2)

0=autonome, 1=dépendant

CAPACITE A UTILISER LE TELEPHONE 0=autonome, 1=dépendant

1. Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros, etc.
2. Je compose un petit nombre de numéros bien connus.
3. Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas.
4. Je suis incapable d'utiliser le téléphone.

UTILISATION DES TRANSPORTS 0=autonome, 1=dépendant

1. Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en communs ou avec ma propre voiture)
2. Je peux me déplacer seul(e) en taxi, mais pas en autobus.
3. Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)

4. Je ne me déplace pas du tout.

PRISE DES TRAITEMENTS 0=autonome, 1=dépendant

1. Je m'occupe moi-même de la prise (dose et horaires)
2. Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance.
3. Je suis incapable de les prendre moi-même.

GERER SON ARGENT 0=autonome, 1=dépendant

- Je suis totalement autonome (budget, chèques, factures)
- Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget a long terme.
- Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire a payer mes dépenses au jour le jour.

RESULTATS

- 3 ou 4 items sont codés 1 : diagnostic de maladie probable
- 1 ou 2 items sont codés 1 :
 - si la modification est intervenue dans l'année, envisager un Alzheimer,
 - si la modification n'est pas intervenue dans l'année :
 - a) il y a une plainte mnésique : envisager un Alzheimer
 - b) pas de plainte mnésique : refaire le test l'année suivante

SERMENT D'HIPPOCRATE :

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver, ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination, selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers, et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

SUMMARY :

Introduction :

According to the survey of the Directorate General of Health conducted in June 2012, there is a mismatch between supply and demand of Therapeutic Coordination Apartments (ACT) for prisoners. La Case and SOS ACT Bègles are two associations working in collaboration with Gradignan prison in order to guarantee continuity of care for prison leavers who carry heavy illnesses. The activity report of the ACTs between 2013 and 2016, reveal a non-optimal occupancy rate. The main objective of our study is to make an inventory of the determinants of the occupancy rate of ACTs intended for this population.

Method:

It is a survey of horizontal declarative practice with the medico-social staff of the approved associations, the prison and the prisoners. All the medico-social staff has been included. Inmates were included using a linear randomization method. The data were collected using self or heterogeneous questionnaires submitted during physical, telephone or email interviews. The data was manually analyzed and transcribed into tables and charts using Microsoft Excel for Mac version 15.18.

Results:

The number of applications for annual admission in ACT remains low. Detainees questioned are unaware of ACTs. Social workers in the remand center have more experience with the referral circuit than doctors. The admission criteria, the knowledge and the accessibility of the two associations differ, creating an imbalance in the orientations. There is little refusal of admission, except for pathologies that do not involve medico-social care and insufficient autonomy. No social criterion leads to refusal. The administrative reasons for refusal are: an unsuitable application for the admission criteria, other possibility (s) of housing, a short period of imprisonment and the lack of available space.

Conclusion and perspectives :

The early identification of candidates and the dematerialization of applications via an electronic platform would facilitate orientation by the requesting structures. Strengthening exchanges between them and the associations would improve the occupancy rate of ACTs. The creation of a consensual list of admission criteria would give all candidates an equal chance. Better information of the prison population would improve their knowledge of ACTs

RESUME :

Introduction :

D'après l'enquête de la Direction Générale de la Santé menée en Juin 2012, il existe une inadéquation entre offre et demande d'Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) destinés aux détenus. La Case et SOS ACT Bègles sont deux associations travaillant en collaboration avec la maison d'arrêt de Gradignan pour garantir une continuité de soins aux sortants de prison porteurs de pathologies lourdes. Le rapport d'activité des ACT entre 2013 et 2016, révèlent un taux d'occupation non optimal. L'objectif principal de notre étude est de réaliser un état des lieux des déterminants du taux d'occupation des ACT destinés à cette population.

Méthode :

Il s'agit d'une enquête de pratique déclarative horizontale auprès du personnel médico-social des associations agréées, de la maison d'arrêt et des détenus. Tout le personnel médico-social a été inclus. Les détenus ont été inclus selon une méthode de randomisation linéaire. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires auto ou hétéro soumis, au cours d'entretiens physiques, téléphoniques ou par courriers électroniques. Les données ont été analysées manuellement et retranscrites en tableaux et diagrammes via le logiciel Microsoft Excel pour Mac version 15.18.

Résultats :

Le nombre de demande d'admission annuel en ACT reste faible. Les détenus interrogés ignorent l'existence des ACT. Les travailleurs sociaux de la maison d'arrêt ont plus d'expérience du circuit d'orientation que les médecins. Les critères d'admission, la connaissance et l'accessibilité des deux associations différent, créant un déséquilibre dans les orientations. Il y a peu de refus d'admission, exceptés les pathologies n'impliquant pas de prise en charge médico-sociale et l'insuffisance d'autonomie. Aucun critère social n'entraîne de refus. Les motifs administratifs de refus sont : une candidature inadaptée aux critères d'admission, d'autre(s) possibilité(s) de logements, un délai d'incarcération trop court et l'absence de place disponible.

Conclusion et perspectives :

Le repérage précoce des candidats et la dématérialisation des demandes via une plateforme électronique faciliteraient l'orientation par les structures demandeuses. Le renforcement des échanges entre ces derniers et les associations améliorerait le taux d'occupation des ACT. La création d'une liste consensuelle des critères d'admission accorderait une chance égale à tous les candidats. Une meilleure information de la population carcérale améliorerait leurs connaissances des ACT.