



Master 2

**DROIT DE L'EXÉCUTION DES PEINES ET DROITS DE L'HOMME**

**INSTITUT DE DROIT ET D'ÉCONOMIE D'AGEN**

Promotion Française TULKENS

2023/2024

La prise en charge des conduites addictives des mineurs  
en milieu carcéral

Mémoire présenté et soutenu par **Mathilde GUAZZINI**

Sous la direction de Madame **Marie-Cécile GUÉRIN**,

Maître de conférences HDR, Droit privé et sciences criminelles.



Master 2

**DROIT DE L'EXÉCUTION DES PEINES ET DROITS DE L'HOMME**

**INSTITUT DE DROIT ET D'ÉCONOMIE D'AGEN**

Promotion Française TULKENS

2023/2024

La prise en charge des conduites addictives des mineurs  
en milieu carcéral

Mémoire présenté et soutenu par **Mathilde GUAZZINI**

Sous la direction de Madame **Marie-Cécile GUÉRIN**,

Maître de conférences HDR, Droit privé et sciences criminelles.

*« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma main, sans aide extérieure non autorisée, qu'il n'a pas été présenté auparavant pour évaluation et qu'il n'a jamais été publié, dans sa totalité ou en partie.*

*Toutes parties, groupes de mots ou idées, aussi limités soient-ils, y compris des tableaux, graphiques, cartes etc. qui sont empruntés ou qui font référence à d'autres sources bibliographiques sont présentés comme tels (citations entre guillemets, références bibliographiques, sources pour tableaux et graphiques etc.). »*

## *Remerciements*

---

Je tiens tout d'abord à remercier Madame la professeure Marie-Cécile GUÉRIN, pour avoir accepté de diriger mon mémoire, pour son encadrement et sa confiance tout au long de la construction de ce projet.

Je remercie également Messieurs Jean-Paul CÉRÉ et François FÉVRIER, Directeurs du Master 2 Exécution des peines et droits de l'homme, pour leurs enseignements passionnés et leurs précieux conseils durant cette année d'études.

Je souhaite adresser ma profonde gratitude à Mesdames Laure BIÉ, Responsable d'Unité, et Julie LECOMTE, Directrice du Service Éducatif à l'Établissement pénitentiaire pour mineurs de Laval, pour m'avoir orientée vers cet objet d'étude et permis de réaliser un stage d'exception au sein de leur établissement.

Je remercie Madame Marine SINTAS, Directrice de détention, pour ses échanges enrichissants et son accompagnement au cours de mon stage à la Maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone.

Mes remerciements vont également à toute l'équipe éducative ainsi que les psychologues et professeurs rencontrés en établissement pénitentiaire pour mineurs et en quartier mineurs. Leur dévouement et leur entraide m'ont inspirée à poursuivre mes études dans ce domaine. Je les remercie profondément.

Enfin, je tiens à remercier mes camarades de promotion ainsi que mes parents pour leurs discussions motivantes et leur soutien infaillible.

## *Liste des abréviations*

---

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AP	Administration pénitentiaire.
ARPADE	Association régionale de prévention et d'aide face aux dépendances et aux exclusions.
CAA	Centres de cure ambulatoire en addictologie.
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.
CASF	Code de l'action sociale et des familles.
CJC	Consultations jeunes consommateurs.
CProU	Cellule de protection d'urgence opérationnelle.
CPU	Commission pluridisciplinaire unique.
CSAPA	Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie.
CSST	Centres de soins spécialisés aux toxicomanes.
EPM	Établissement pénitentiaire pour mineurs.
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
MNA	Mineur non accompagné.
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants.
PJJ	Protection judiciaire pour la jeunesse.
QM	Quartier mineurs.
SE	Service éducatif.
SEEPM	Service éducatif établissement pénitentiaire pour mineurs.
SMPR	Services médico-psychologiques régionaux.
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation.
THC	Tétrahydrocannabinol.
UPE	Unité petit effectif.
US	Unité sanitaire.
USCA	Unités de consultations et de soins ambulatoires.
USMP	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire.
UV	Unité de vie.
VLM	Villeneuve-lès-Maguelone.

# *Sommaire*

---

INTRODUCTION.

PARTIE 1 : L'objectif d'une prise en charge efficace des conduites addictives en milieu carcéral.

Chapitre 1 : La nécessité d'une prise en charge sans délai des mineurs à leur arrivée en détention.

Section 1 : Une population pénale profondément ancrée dans les conduites addictives.

Section 2 : Une gestion inévitable des conduites addictives lors du parcours arrivant.

Chapitre 2 : L'efficacité de la prise en charge freinée par les divergences des enjeux institutionnels.

Section 1 : La cohabitation des divers enjeux institutionnels.

Section 2 : La barrière infranchissable du secret médical.

PARTIE 2 : La prise en charge ambivalente des conduites addictives des mineurs par les partenaires extérieurs.

Chapitre 1 : La tentative d'une prise en charge renforcée par la multiplication de moyens d'action.

Section 1 : La prévention collective sur la prise de risque des consommations.

Section 2 : Le suivi individuel renforcé à la suite de soins pénalement ordonnés.

Chapitre 2 : La difficulté de prolonger les soins à l'extérieur du milieu carcéral.

Section 1 : La fracture entre les soins internes et externes en milieu carcéral.

Section 2 : Le manque de maturité générant un bilan en demi-teinte.

CONCLUSION.



## Introduction

---

« L’incarcération peut être le moment d’une prise de conscience de la gravité de l’intoxication et d’une prise en charge spécifique »<sup>1</sup>. Les conduites addictives de la population pénale sont inscrites depuis 1980 à l’ordre du jour des défis pénitentiaires. L’attention est portée aujourd’hui sur les mineurs détenus, nécessitant d’un accompagnement d’autant plus renforcé dû à leur vulnérabilité. S’il est vrai que l’entrée en détention n’est pas un choix pour celui qui la subit, l’accompagnement pluridisciplinaire proposé en milieu carcéral pour mineurs est une opportunité non négligeable pour les mineurs détenus. Notamment, lorsque ces derniers sont touchés par la précarité. Les sujets n’ont pas tous les mêmes prédispositions face aux risques générés par les substances psychoactives. Par ailleurs, ils sont tous égaux face à l’accès aux soins. C’est ce que l’ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté, HAZAN Adeline, a affirmé le 16 juin 2015 : « les patients détenus disposent des mêmes droit d’accès aux soins que tous les autres sous réserve des restrictions liées à la privation d’aller et venir dont ils font l’objet »<sup>2</sup>. Ainsi, l’objet d’étude porte sur la prise en charge des conduites addictives des mineurs en milieu carcéral.

La prise en charge désigne, de manière générale, l’acte de prendre sous sa responsabilité quelqu’un ou quelque chose. Le mot « charge » renvoie aux notions de responsabilité, de tâche et de poids. L’expression « prise en charge » s’emploie de façon quotidienne dans l’univers médical, renvoyant aux soins prodigués aux patients. Elle signifie s’occuper, subvenir et répondre aux besoins de quelqu’un d’autre. À présent, l’objet de la prise en charge est l’addiction.

L’origine du terme addiction « remonte au droit romain et médiéval où il était utilisé pour désigner la contrainte par corps »<sup>3</sup>. L’*addictio* « était une sorte de contrainte par corps : un sujet ayant une dette se mettait alors « au service de » pour régler cette dette. De cette relation de dette, se perçoit le lien entre l’assujettissement du corps et la perte de liberté »<sup>4</sup>.

Selon, Avriel GOODMAN l’addiction est un « processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d’écarter ou d’atténuer une sensation de malaise interne, est employé d’une façon caractérisée par l’impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives »<sup>5</sup>. Du terme addiction, découle la notion de conduites addictives.

---

<sup>1</sup> 1998, BARON-LAFORET Sophie psychiatre ayant exercé en milieu pénitentiaire et BRAHMY Betty ancienne praticienne hospitalière en psychiatrie qui a exercé 20 ans en milieu pénitentiaire comme responsable du service médico-psychologique régional à Rouen et Fleury-Mérogis.

<sup>2</sup> CGPL, HAZAN Adeline, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé, JORF 16 juillet 2015.

<sup>3</sup> TAROT-LE COUTOUR Agnès et l’Équipe du CSAPA Rive Gauche de Caen, *Association Addiction France, Addictions, traumatisme, incesté, Parcours d’un centre de soin*, Champ social, 2022, p. 21.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 21.

<sup>5</sup> GOODMAN Avriel, « Addiction : definition and implication », Londres, British Journal of Addiction, 1990, p 1403-1408.

Les conduites addictives « peuvent revêtir plusieurs profils : la dépendance à l'alcool, au tabac, au cannabis, à l'héroïne, à la cocaïne, aux drogues de synthèse, aux médicaments - anxiolytiques, somnifères ou antidouleurs de type morphinique - mais aussi aux jeux de hasard, aux jeux vidéo, à la pratique extrême de sports ou de sports extrêmes et à la sexualité »<sup>6</sup>. Ces conduites doivent persister pendant une longue période de vie de la personne. « C'est une pathologie neuropsychiatrique aux conséquences potentiellement graves aussi bien sur l'état de santé du patient qu'au plan social »<sup>7</sup>. L'accent est mis ici sur des conduites qui viendront exclure l'individu du monde extérieur, qui vont avoir un impact négatif sur différents domaines de sa vie et qui viennent modifier sa perception du réel. Les conduites addictives sont la rencontre entre un produit - degré de dépendance, statut social de la personne, risques de complications somatiques, psycho-sociales, un environnement - facteurs sociaux et culturels, rôle des amis et de la famille - et un individu - tempéraments, co-morbidité psychiatrique, facteurs neuro-biologiques et génétiques<sup>8</sup>. « On parle de « conduites addictives » pour désigner l'ensemble des usages susceptibles d'entraîner - ou pas - un trouble »<sup>9</sup>.

Les produits visés dans ce cadre de recherche sont les substances psychoactives - ou produits stupéfiants - notamment, le tabac et le cannabis. « Les substances psychoactives sont des produits qui modifient l'état de conscience. Elles ont un effet sur la perception, la pensée, les sentiments et les actions »<sup>10</sup>. L'Organisation mondiale de la Santé les définit comme « toute substance psychotrope ou psychoactive qui, en raison de leur nature chimique, perturbe le fonctionnement du système nerveux central - sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité - ou qui modifie les états de conscience »<sup>11</sup>.

Il existe plusieurs manières de classifier les substances psychoactives en fonction de mode de fabrication. Tout d'abord, les substances naturelles comme le tabac, le cannabis, les champignons hallucinogènes ou le raisin pour la production de vin ; ensuite, les substances semi-synthétiques, transformées à partir d'une substance de base naturelle, comme la cocaïne, l'héroïne ; enfin, les substances synthétiques, ne contenant aucune substance de base naturelle et fabriquées en laboratoire qui regroupent les méthamphétamines, l'ecstasy, les cannabinoïdes synthétiques<sup>12</sup>.

Une manière plus courante de classifier les substances est celle de distinguer les substances licites réglementées et les substances illicites. « Le tabac est proposé à la consommation sous forme de cigarettes, cigares, tabac à rouler »<sup>13</sup>. Cette substance est nocive tout d'abord à cause de sa combustion. En effet, la combustion du tabac provoque « la formation de plusieurs milliers de

---

<sup>6</sup> Centre hospitalier des quatre villes, « Les conduites addictives qu'est-ce-que c'est ? », Addiction et addictologie, 2019, (en ligne).

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> CHAPELOT Stéphanie, « Les conduites addictives - Principes de repérage », Réseau Sécurité et Naissance, Naître ensemble des Pays de Loire, Journée de formation allaitement 20/05/2014, p. 9 (en ligne).

<sup>9</sup> LE-LUONG Thanh et JOURDAIN-MENNINGER Danièle, *Drogues et conduites addictives*, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) éd., p. 22.

<sup>10</sup> Centrale nationale de coordination des addictions, « Substance psychoactives - Lexique de prévention », info. drog., 2024, (en ligne).

<sup>11</sup> *Ibid.*

<sup>12</sup> *Ibid.*

<sup>13</sup> LE-LUONG Thanh et JOURDAIN-MENNINGER Danièle, *Drogues et conduites addictives*, *op. cit.*, p. 80.

substances toxiques »<sup>14</sup>. Ensuite, la nicotine, étant l'élément psychoactif du tabac, « entraîne la tolérance, l'accoutumance qui peut apparaître dès les premières consommations »<sup>15</sup>. Elle provoque rapidement une dépendance, « des syndromes de tolérance, de « craving » et de sevrage : irritabilité, angoisse, envie difficilement répressible de reprendre une cigarette »<sup>16</sup>. De plus, la ritualisation, inscrite autour des gestes, du moment de pause accordé autour d'une cigarette, vient s'ancrer dans les habitudes du consommateur.

Concernant le cannabis, le tétrahydrocannabinol, couramment appelé le « THC », est la molécule considérée comme stupéfiante. « Le THC est responsable des effets du cannabis sur le système nerveux central. Il modifie la perception et les sensations »<sup>17</sup>. Le cannabis est communément consommé sous forme d'herbe, c'est-à-dire, de feuilles séchées - marijuana, « beuh », *etc.* - ou sous forme de résine de cannabis - le « haschich » - qui se mélange avec le tabac<sup>18</sup>. Les effets du cannabis sur son consommateur varient en fonction de la personne, du produit, de la quantité, et également du contexte de consommation. Les risques peuvent être d'ordre social, comme la perte de motivation ou l'isolement ; d'ordre physique, englobant les difficultés respiratoires, les problèmes au cœur et aux dents, l'altération de la structure du cerveau, *etc.* ; d'ordre psychique, s'apparentant à la diminution de la capacité de mémoire, de concentration et de vigilance, ils peuvent aussi concerner l'aggravation de troubles psychiques - anxiété, dépression, crises de panique.

Le point commun entre la consommation de substances, licites ou illicites, est la dépendance qui découle de ces utilisations. De façon schématique, il y a deux formes de dépendances. D'une part, la dépendance physique qui correspond au besoin intense, irrépissible de consommer, contraignant la personne à se saisir du produit, en raison notamment d'une sensation de manque lié à la privation de celui-ci. D'autre part, la « dépendance psycho-comportementale qui correspond au besoin de maintenir les sensations de plaisir, de satisfaction, de détente et de stimulation que la consommation du produit procure à la personne »<sup>19</sup>. Le consommateur cherche à retrouver un sentiment d'apaisement et de bien-être apporté par l'usage de la substance. La notion de « craving » évoque « la recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable »<sup>20</sup>. La dépendance renvoie à la perte de liberté et d'autonomie de l'individu.

Le public touché par cette dépendance aux substances psychoactives est de tout genre, il n'y a pas de distinctions entre les sexes, les âges et les catégories sociales. Dans ce cadre de recherche, l'attention se portera sur les mineurs et, plus précisément, les mineurs en milieu carcéral. En droit, le mineur « est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de

---

<sup>14</sup> LE-LUONG Thanh et JOURDAIN-MENNINGER Danièle, *Drogues et conduites addictives*, *op. cit.*, p. 81.

<sup>15</sup> *Ibid.*, p. 81.

<sup>16</sup> *Ibid.*, p. 86.

<sup>17</sup> *Ibid.*, p. 116.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 117.

<sup>19</sup> L'Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie, Santé pour tous, « Définition des addictions », Addictologie et conduites addictives, (en ligne).

<sup>20</sup> CHAPELOT Stéphanie, « Les conduites addictives - Principes de repérage », Réseau Sécurité et Naissance, *op. cit.*, p. 8.

dix-huit ans accomplis »<sup>21</sup>. L'accent sera mis uniquement sur les mineurs pouvant être incarcérés donc allant de 13 à 18 ans. Cependant, une nuance doit être apportée concernant la notion de minorité dans le cas des mineurs non accompagnés - MNA. Ils représentent des jeunes étrangers qui arrivent sur le territoire français, bien souvent de manière irrégulière, sans représentant légal. Les autorités ne connaissent donc pas la date de naissance réelle de ces jeunes. Ils arguent leur minorité pour ne pas être expulsé ou pour être pris en charge. Ainsi, la minorité n'est parfois pas clairement établie. Toutefois, tous les jeunes étudiés ici se trouvent dans un contexte de privation de liberté la plus totale. En effet, les recherches ont été menées dans le cadre de deux établissements pénitentiaires : l'Établissement pénitentiaire pour mineurs - EPM - de Lavaur et le quartier mineurs - QM - de la Maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone - VLM. L'EPM se compose de 7 unités de vie - UV - chacune comprenant environ 10 jeunes, sauf l'UV filles qui inclut 4 filles et l'Unité petit effectif - UPE - où les jeunes sont au nombre de 6. L'UPE est l'Unité qui accueille les jeunes fragiles, atteints de problématiques complexes et/ou mineurs de 16 ans. En ce qui concerne le QM, en juin 2024, il détenait quinze mineurs séparés en trois groupes. Les détenus filles sont exclues de l'objet d'étude.

Le milieu carcéral dans lequel ont été observés les mineurs détenus est un endroit particulier. En effet, « la justice pour mineurs devrait protéger les droits et la sécurité et promouvoir le bien-être physique et moral des mineurs »<sup>22</sup> ainsi, la décision d'incarcération devrait être une mesure de dernier recours. Il est vrai que « la privation de liberté d'un mineur doit être une mesure prise en dernier recours et pour le minimum de temps nécessaire et être limitée à des cas exceptionnels »<sup>23</sup>. « Les mineurs doivent être détenus dans des conditions tenant dûment compte de leur statut et de leurs besoins particuliers en fonction de leur âge, de leur personnalité et de leur sexe, du type de délit ainsi que de leur état physique et mental, et qui les protègent des influences néfastes et des situations à risque »<sup>24</sup>. Le personnel pénitentiaire doit donc fournir aux jeunes détenus « le type de traitement le mieux adapté à leurs besoins et de protéger leur intégrité physique, morale et mentale ainsi que leur bien-être »<sup>25</sup>. Les problématiques liées aux conduites addictives des mineurs incarcérés rentrent dans ce cadre de protection.

Depuis la fin des années 1980 et plus encore la fin des années 1990, la question des substances psychoactives, en lien avec santé publique et à la protection sociale, s'inscrit dans les débats sociaux. « Deux moments s'avèrent déterminants dans cette nouvelle orientation : la création des services médico-psychologiques régionaux - SMPR - en 1986 et des antennes toxicomanie en 1987 ; le transfert, en 1994, de la prise en charge de la santé des personnes détenues au ministère de la Santé par l'intermédiaire d'unités de consultations et de soins ambulatoires - UCSA - rattachées à l'hôpital public ». Le suivi renforcé et spécifique naissant de ces nouveaux dispositifs de soins laisse apparaître au fil du temps des problématiques encore très peu explorées. En 1992, dans 16 établissements pénitentiaires sont implantés des Centres de soins

---

<sup>21</sup> Article 388 alinéa 1 du Code civil.

<sup>22</sup> Haut commissariat des Nations Unies, droit de l'homme, Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté, 1990-2024, p.1 (en ligne).

<sup>23</sup> *Ibid.* p.2.

<sup>24</sup> *Ibid.*, p.28.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p.28.

spécialisés aux toxicomanes - CSST - qui viennent se substituer aux antennes toxicomanies. Dans d'autres établissements pénitentiaires, les Centres de cure ambulatoire en addictologie - CAA - venaient en aide au service psychiatrique. En effet, le milieu pénitentiaire constate « une forte prévalence des conduites addictives parmi les entrants en prison »<sup>26</sup>. En 2003, « près de 60% des personnes entrées en prison déclarent une consommation excessive d'au moins un type de produit psychoactif »<sup>27</sup> - majeurs et mineurs. « Pourtant, 25 ans après la mise en place des antennes toxicomanie, 15 ans après la réforme de 1994 et plus de 10 ans après l'introduction des traitements de substitution en prison »<sup>28</sup>, l'on observe la persistance de ce phénomène.

Depuis 2017, « la stratégie nationale de santé des personnes placées sous main de justice et le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 préconisent un renforcement de la politique de prévention, de l'accès aux soins et de réduction des risques et des dommages en milieu carcéral, tout autant que la réinsertion des sortants de prison »<sup>29</sup>. Ainsi, un réel renforcement de la prise en charge des conduites addictives est observable au fil des années.

Pour évaluer les troubles addictifs d'une personne, différents critères doivent être pris en compte. Jusqu'en 2013, les usages de substances psychoactives étaient classés en 3 catégories<sup>30</sup> : l'usage à risque, pouvant entraîner des dommages à soi ou aux autres ; l'usage abusif ou nocif, correspondant à la concrétisation des dommages physiques, psychiques, sociaux, familiaux, juridiques, et enfin la dépendance au produit<sup>31</sup>.

La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'*American Psychiatric Association* - APA - a apporté des modifications en 2013<sup>32</sup>. Il « supprime la notion d'usage nocif et de dépendance pour les regrouper en un seul diagnostic : les troubles liés à l'usage d'une substance ou d'un additif »<sup>33</sup>. Un sujet comporte des troubles addictifs lorsque « au moins 2 critères sur 11 se manifestent sur une période de douze mois »<sup>34</sup>. Comme exemple, il est possible de citer : « l'utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ; les problèmes judiciaires récurrents liés à l'utilisation d'une substance ; l'utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance ; le besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; le temps considérable

---

<sup>26</sup> BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique », dans *Archives de politique criminelle* 2009/1 (n° 31), p. 107 (en ligne).

<sup>27</sup> *Ibid.*, p. 108.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 108.

<sup>29</sup> LE-LUONG Thanh et JOURDAIN-MENNINGER Danièle, *Drogues et conduites addictives*, op. cit., p. 4.

<sup>30</sup> Par les professionnels spécialisés de l'*American Psychiatric Association* (APA).

<sup>31</sup> Voir annexe n° 1.

<sup>32</sup> CROCQ Marc-Antoine et GUELFY Julien-Daniel coordinateurs générales de la traduction française, *American Psychiatric Association, DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Elsevier Masson, 5<sup>e</sup> ed., mai 2013, (en ligne).

<sup>33</sup> LE-LUONG Thanh et JOURDAIN-MENNINGER Danièle, *Drogues et conduites addictives*, op. cit., p. 28.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 28.

consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ; l'abandon ou réduction d'activités - sociales, occupationnelles, loisirs - en raison de l'utilisation du produit »<sup>35</sup>. Aujourd'hui, l'on considère que 2 ou 3 critères suffisent pour établir un trouble léger ; 4 ou 5 critères pour le diagnostic d'un trouble modéré et au moins 6 critères sont requis pour affirmer le trouble sévère. « Le passage de l'usage au trouble n'est pas systématique mais il n'est souvent pas perçu par l'utilisateur qui pense maîtriser sa consommation »<sup>36</sup>. Tout l'enjeu des professionnels est d'agir en amont, pour éviter l'ancrage dans les consommations à risques.

L'adolescence constitue une période de vulnérabilité aux conduites addictives dans la mesure où le goût du risque y est plus important. Elle « demeure la principale période de la vie où se déroulent les premières consommations de substances psychoactives licites et illicites »<sup>37</sup>. En effet, le passage d'enfant à adolescent est une étape cruciale dans le développement des jeunes : c'est une période de remise en question sur soi et sur les autres, où ils souhaitent s'émanciper. Cette période peut porter aussi à des rébellions contre les parents, le système scolaire, les divers diktats sociaux, *etc.* C'est dans ce contexte que s'inscrivent alors les premières consommations : les jeunes tentent de s'évader et de transgresser les règles en consommant des produits illicites. Les adolescents qui consomment régulièrement des substances psychoactives sont les plus enclins à développer des abus et de la dépendance. En France, dès l'âge de 13 ans, un quart des jeunes - 24,5 % - ont expérimenté la cigarette et, à 15 ans, ils sont pour plus de la moitié - 51,8 %<sup>38</sup>. En 2014, 15 % des jeunes de 15 ans disent fumer tous les jours ; ils sont plus du double à 17 ans - 32,4 %<sup>39</sup>. Concernant le cannabis, 9% des jeunes de 17 ans se disent consommateurs réguliers et 26% affirment avoir consommé dans le mois<sup>40</sup>. De plus, les jeunes français de 16 ans sont, depuis 10 ans, les premiers consommateurs de cannabis en Europe<sup>41</sup>.

En janvier 2021, « 760 mineurs sont sous écrou, dont 23 à l'extérieur - non détenus. Parmi eux, 566 mineurs sont en détention provisoire, soit 74%, et 194 condamnés, soit 26% »<sup>42</sup>. Il n'y a pas de chiffre précis permettant d'évaluer le pourcentage de mineurs comportant des conduites addictives parmi les jeunes incarcérés. Ce qui est visible aujourd'hui est l'augmentation générale du niveau de violence et de mineurs atteints de troubles psychopathologiques ainsi qu'une diminution du nombre de MNA<sup>43</sup>.

Il convient, de façon générale, d'observer que les mineurs s'initient aux consommations très jeunes. Pour autant, ils ne sont pas tous sujets aux conduites addictives. En effet, même les

---

<sup>35</sup> LE-LUONG Thanh et JOURDAIN-MENNINGER Danièle, *Drogues et conduites addictives*, *op. cit.*, p. 29.

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 30.

<sup>37</sup> BECK Francois, *Jeunes et addictions*, *op. cit.*, p. 24.

<sup>38</sup> HBSC 2006, 2010 et 2014 (Rectorat de Toulouse), ESCAPAD 2005, 2008, 2011 et 2014 (OFDT), Baromètre santé 2005, 2010 et 2014 (INPES).

<sup>39</sup> *Ibid.*

<sup>40</sup> *Ibid.*

<sup>41</sup> CHOQUET Luc-Henry, *Protéger la jeunesse contre l'usage et le trafic de drogues*, LEN, septembre 2017, p. 60.

<sup>42</sup> Ministère de la justice, « Justice des mineurs, Les mineurs délinquants », p. 140 (en ligne).

<sup>43</sup> Direction interrégionale de la protection de la jeunesse SUD et direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse de l'Hérault, *Compte rendu Commission d'Incarcération*, 2024, Ministère de la justice, p. 2, 4 et 8.

consommateurs ayant un usage à risque n'évoluent pas forcément vers une dépendance aux produits stupéfiants. Il est vrai que tout dépend de la motivation de la consommation. Le plus souvent, les jeunes consomment dans un cadre festif et lorsqu'ils en ont l'opportunité. Puis, ils peuvent rentrer dans une autonomie où ils commencent à acheter leur propre consommation et peuvent fumer seul. Enfin, ils consomment régulièrement et augmentent les doses : ce qui marque l'entrée dans les conduites addictives.

Les raisons pour lesquelles un jeune consomme des substances sont multiples. Il est courant que les substances soient utilisées de manière thérapeutique ou auto-thérapeutique. Elles apportent une forme de sérénité voire d'apaisement quasi-instantané à ceux qui les consomment dans la mesure où, de manière générale, un usage problématique est souvent accompagné d'un mal-être psychologique, relationnel, *etc.* En conséquence à la fragilité psychologique ou physique à laquelle certains mineurs peuvent faire face antérieurement à la détention, il est inévitable pour eux d'être attentivement accompagnés durant leur parcours arrivant.

Ainsi, dans le cadre de ce travail de recherche, l'accent sera mis sur les conduites addictives des mineurs hommes - y compris les MNA - se trouvant en EPM ou en QM. Le choix de parler de « conduites addictives » et non « d'addictions » est dû à la volonté d'englober également les conduites à risques des jeunes, dont l'addiction n'est pas encore certaine.

La circulation et l'échange de produits en détention, l'usage détourné de médicaments et les addictions naissant des médicaments de substitution seront exclus de l'objet d'étude. Néanmoins, concernant les substances, il conviendra d'évoquer uniquement le tabac et le cannabis étant généralement les substances les plus consommées par les jeunes détenus, ainsi que quelques médicaments spécifiques consommés - en parallèle du cannabis - par les MNA. Enfin, les troubles mentaux survenus à cause des addictions seront aussi écartés de notre objet d'étude.

À l'aube des affirmations précédentes, il est inévitable d'affirmer l'envergure de l'enjeu de la prise en charge. De façon générale, les mineurs sont tous, de près ou de loin, touchés par les conduites addictives. Les mineurs délinquants semblent être plus à risque que leurs pairs dans la mesure où ils s'inscrivent dans un parcours de vie souvent plus chaotique et instable. Leur arrivée en détention marque le début de la prise en charge pénitentiaire. La responsabilité de l'état de santé des mineurs revient aux professionnels œuvrant en détention. En dépit du milieu carcéral et de ses caractéristiques - privation d'aller et venir, vulnérabilité, enfermement, manque d'hygiène, vétusté, *etc.* - la détention permet de faire un point sur les conduites addictives en lien avec l'état de santé des jeunes détenus de manière globale. L'objectif étant d'optimiser le temps passé en détention ; que ce soit à la fois rapide et efficace, pour que la détention soit, en quelque sorte, profitable aux mineurs incarcérés.

Considérant le particularisme du cadre de la prise en charge et un public de plus en plus touché par des conduites à risques, le personnel pénitentiaire se trouve face à un enjeu à grande échelle. Les conduites addictives ne concernent pas uniquement le jeune détenu dans sa sphère personnelle mais elles se répandent également à d'autres niveaux.

La dépendance au produit fait que son absence va être ressenti lors de la période d'enfermement. Les problématiques naissant à la suite du sevrage imposé aux mineurs, vont avoir un impact sur la

détention. Il est donc observable que l'intégralité du personnel pénitentiaire se mobilise pour pallier les difficultés liées aux consommations à risque des jeunes.

La nécessité parfois inattendue d'une prise en charge accrue des conduites addictives peut créer de la discorde au sein de la détention. Il est vrai que, la diversité des lignes directrices, données pour la prise en charge des jeunes, pourrait engendrer des tensions entre les professionnels. À l'intérieur du milieu carcéral, l'Administration pénitentiaire régit l'intégralité de la détention. Il est possible que les enjeux préconisés par celle-ci ne soient pas ceux revendiqués par les autres institutions comme le service éducatif ou l'équipe de soins. De plus, le poids de cette prise en charge est supporté par le personnel pénitentiaire, qui est parfois limité et désinformé, ce qui amène à s'interroger sur l'efficacité de la prise en charge.

À l'extérieur de la détention, les intervenants sont sollicités pour venir renforcer cette prise en charge. Toutefois, la question se pose quant à la pertinence des résultats obtenus face à la multitude de moyens déployés. Par le biais d'intervenants spécialisés en addictologie et l'évolution de structures pour les jeunes addicts, l'idée est de comprendre également si l'enjeu, toujours plus croissant, d'une prise en charge optimale et multilatérale des conduites addictives des jeunes, est respecté lors de la préparation à leur sortie.

Il conviendra alors de démontrer l'impact des conduites addictives à la fois sur les jeunes, la détention et les professionnels sollicités. Il sera également essentiel de prouver la nécessité d'une coopération entre les équipes, internes et externes en milieu carcéral, permettant de maximiser l'efficacité de la prise en charge des mineurs. L'accent sera mis sur les moyens déployés pour venir en aide aux jeunes ayant un comportement à risque.

Sur le milieu carcéral pèse alors l'obligation de prendre en charge des jeunes touchés par les conduites à risque. Les mineurs incarcérés représentent une population fragile, dont le parcours de vie est marqué par des événements complexes voire traumatiques. Leur arrivée en détention est une période délicate, c'est pourquoi l'objectif du personnel pénitentiaire est de répondre par une prise en charge efficace des conduites addictives (partie 1).

D'autres dispositifs viennent en aide aux professionnels de milieu fermé. L'exigence d'un accompagnement à la fois élargi et spécifique permet le développement de moyens extérieurs à la détention. Les partenaires extérieurs ont pour projet d'étendre leur domaine de compétences. En dépit de cela, il convient de remarquer que le suivi des mineurs est encore incomplet. La prise en charge des conduites addictives des mineurs par les partenaires extérieurs demeure alors ambivalente (partie 2).

# *Partie 1*

---

## L'objectif d'une prise en charge efficace des conduites addictives en milieu carcéral.

« La santé et la prévention constituent en prison un enjeu majeur de santé publique en raison des caractéristiques de la population qui y est détenue : forte prévalence de l'usage de substances psychoactives à l'entrée en détention, précarité sociale, fréquence des troubles psychiatriques »<sup>44</sup>. De plus, l'adolescence, moment particulièrement sensible, s'avère être « une période opportune pour mener des actions de promotion et prévention de la santé »<sup>45</sup>, notamment en cas de forte consommation des jeunes délinquants. En d'autres termes, les professionnels doivent pallier les besoins d'un public jeune et en danger.

Le personnel pénitentiaire se trouve alors face à la nécessité de prendre en charge sans délai les mineurs à leur arrivée en détention (chapitre 1) pour construire un suivi rapide et efficace. Pourtant, cette efficacité est freinée par les divergences des enjeux institutionnels (chapitre 2).

### Chapitre 1 : La nécessité d'une prise en charge sans délai des mineurs à leur arrivée en détention.

Le mineur en détention est un individu particulièrement touché par les conduites addictives. Il est vrai que l'adolescence est « une période majeure d'initiation aux substances psychoactives (...) mais c'est également durant cette période que s'installent les consommations plus fréquentes voire régulières »<sup>46</sup>.

Toutefois, même si les chiffres révèlent aujourd'hui que les jeunes sont tous - de près ou de loin - sollicités par la consommation de produits stupéfiants, il est possible d'affirmer que les jeunes incarcérés sont plus ancrés dans les conduites addictives (S1) que leurs pairs non-délinquants. Le personnel pénitentiaire doit alors se mobiliser dès leur arrivée en détention pour prendre en charge le mineur présentant ce type de pathologie et ce, notamment lors du parcours arrivant (S2).

### **Section 1 : Une population pénale profondément ancrée dans les conduites addictives.**

« Il apparaît que différents facteurs relatifs aux conditions sociales des jeunes, à leurs modes de socialisation, à l'accessibilité du produit dans leurs lieux de vie, à leurs représentations contribuent à la banalisation du cannabis dans leurs pratiques et leurs discours

---

<sup>44</sup> MICHEL Laurent, « Usage de substances psychoactives en prison et risques associés », Bull. Acad. Natle Méd., 2018, 202, n° 1-2, 53-65, 2018, p. 54.

<sup>45</sup> TAROT-LE COUTOUR Agnès et l'Équipe du CSAPA Rive Gauche de Caen, *Association Addiction France, Addictions, traumatisme, inceste, Parcours d'un centre de soin, op. cit.*, p. 60.

<sup>46</sup> CHOQUET Luc-Henry, *Protéger la jeunesse contre l'usage et le trafic de drogues, op. cit.*, p. 47.

hors les murs et en détention »<sup>47</sup>. En somme, on constate que les jeunes consommateurs ont généralement un parcours de vie qui se ressemble. Il paraît donc primordial d'explorer les origines inhérentes aux conduites addictives (§1) naturellement renforcée par l'entrée dans la délinquance (§2).

### *Paragraphe 1: Les origines inhérentes aux conduites addictives.*

Par « origines », il convient d'entendre l'environnement le plus proche du jeune dès son plus jeune âge, qui se poursuit ensuite avec l'adolescence, mais également avec les difficultés auxquelles il a dû faire face au cours de sa vie. En effet, « l'environnement le plus direct du jeune, qui détermine la norme sociale à laquelle se conformer, apparaît déterminant dans le développement des usages et leur poursuite jusqu'à l'addiction »<sup>48</sup>.

De façon générale, deux facteurs communs regroupent les divers éléments pouvant expliquer les conduites addictives des jeunes : d'une part, un milieu social fragilisé dès le plus jeune âge (A) et, d'autre part, une enfance caractérisée par de l'instabilité affective (B).

#### A. LE MILIEU SOCIAL FRAGILISÉ DÈS LE PLUS JEUNE ÂGE.

**La précarité économique et financière** - Les jeunes qui subissent une situation sociale défavorable présentent globalement des usages plus problématiques que les autres jeunes de leur âge. « L'entrée et l'installation dans les consommations régulières ou problématiques apparaissent plus fréquentes lorsque les adolescents connaissent une situation sociale défavorable »<sup>49</sup>.

De façon générale, les jeunes en situation de précarité sont plus enclins à la consommation de stupéfiants. Des données ont été recueillies dans le cadre d'une enquête réalisée par les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues - CAARUD<sup>50</sup> qui indiquent que « près de 60% ne disposent pas d'un hébergement stable, dont 33% sont sans abri ou vivent en squat au moment de l'enquête, les autres étant hébergés temporairement par une institution, des amis ou des proches. Plus de 6 sur 10 ne disposent d'aucune ressource légale, ne bénéficiant ni des minima sociaux, notamment les plus jeunes, ni de soutiens familiaux. En outre, 11% ne sont pas couverts par l'assurance maladie et 6% ignorent s'ils le sont. Plus de 1 sur 10 également n'a pas ou plus de papiers d'identité en règle, dont presque la moitié est en situation irrégulière »<sup>51</sup>.

De plus, dans le tableau concernant les caractéristiques des usagers de moins de 25 ans qui fréquentent les CAARUD et différents profils repérés<sup>52</sup>, il convient d'observer que sur un effectif

---

<sup>47</sup> CARO Mathilde, CARPEZAT Morgane, LAUBRESSAC Christian et LAUNET Marie, « Les conduites addictives des mineurs incarcérés : mécanismes de relativisation, de relégation et d'invisibilisation en détention », Sociétés et Jeunesses en difficulté, 2024, p. 23 (en ligne).

<sup>48</sup> BECK François, *Jeunes et addictions*, Addiction et usages problématiques : facteurs de risque, facteurs de protection par CADET-TAÏROU Agnès et BRISACIER Anne-Claire, OFDT, 2016, p. 83 (en ligne).

<sup>49</sup> BECK François, *Jeunes et addictions*, *op. cit.*, p. 9.

<sup>50</sup> Enquête ENa-CAARUD : Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012, Résultats de la 4<sup>e</sup> enquête nationale menée auprès des usagers fréquentant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD).

<sup>51</sup> *Ibid.*, *op. cit.*

<sup>52</sup> Voir annexe n°2.

de 415 : 47 % ont un niveau général de précarité fort, 33% sont sans abri, en squat ou alternatif et 61% sont sans ressources - manche - ou deal, prostitution. Ce facteur de précarité engendre également une forte déscolarisation. En effet, la directrice des enseignements - ou responsable local de l'enseignement - de l'EPM de Lavaur a pu affirmer que la grande majorité des mineurs arrivants en EPM est déscolarisée. En 2022, au QM de VLM, les jeunes sont à 86% des décrocheurs du système scolaire depuis plus d'un an<sup>53</sup>.

Chez les MNA, l'équipe pluridisciplinaire du centre de médecin sans frontières situé à Pantin, se fondant sur 6 412 interventions réalisées par les psychologues entre 2017 et 2021, a observé que « 50% des jeunes suivis souffrent par conséquent d'une détresse massive et réactionnelle à un facteur de stress. La précarité dans laquelle ils sont maintenus par la politique du non-accueil en France semble être le facteur de stress sévère qui nourrit leur trouble. Dépourvus de protection, de statut administratif et de représentation légale, les jeunes se savent isolés et vulnérables »<sup>54</sup>.

**La cadre familial** - L'entourage proche, en général la famille, est susceptible d'influencer les conduites addictives chez les mineurs. C'est ce qui a été étudié par la psychologue clinicienne et docteur en psychologie SCROCCARO Nathalie<sup>55</sup>. Basée sur la littérature scientifique internationale, elle expose qu'il y a quatre principaux facteurs pouvant expliquer l'installation et la pérennisation des comportements addictifs chez les adolescents.

Tout d'abord, les pratiques éducatives parentales qui renvoient aux « conduites que les parents estiment nécessaires afin d'assurer de développement adéquat de l'enfant ou de l'adolescent ». En somme, l'idée étant que le style d'éducation choisi par les parents - autoritaire, démocratique ou permissif - peut faciliter ou non la consommation de psychotropes. En effet, la psychologue explique qu'une mauvaise qualité des pratiques éducatives se traduisant par une négligence émotionnelle, une pauvreté des soins parentaux, un faible niveau d'encadrement ou une attitude contradictoire favoriserait la consommation de substances chez les jeunes.

Ensuite, il existe « une importante corrélation entre la consommation des parents et des enfants »<sup>56</sup>. En effet, il semblerait que les enfants issus de parents dépendants aux substances psychoactives ou à l'alcool sont 10 fois plus à risque des autres enfants de développer des conduites addictives à l'adolescence. « Ce risque de transmission familiale pourrait être de nature comportementale en convoquant des mécanismes d'apprentissage à travers l'observation de modèles parentaux »<sup>57</sup>. En sus, dans la mesure où l'addiction relève un mal-être ou un dysfonctionnement cognitif chez le parent, ce dernier pourrait avoir des difficultés à donner à son enfant une éducation qualitative nécessaire à son bon développement.

---

<sup>53</sup> Direction interrégionales de la protection de la jeunesse SUD et direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse de l'Hérault, *Compte rendu Commission d'Incarcération*, op. cit., p.7.

<sup>54</sup> Médecin sans frontière et Comité pour la santé des exilés, « La santé mentale des mineurs non accompagnés », 2021 (en ligne).

<sup>55</sup> SCROCCARO Nathalie, *Les addictions à l'adolescence, Comprendre et intervenir auprès des parents et des proches*, De Boeck Supérieur, 2017, p. 15-31.

<sup>56</sup> *Ibid.*, p. 18.

<sup>57</sup> *Ibid.*, p. 17.

Un autre facteur renvoie à la psychopathologie parentale, c'est-à-dire, « la fréquence des troubles mentaux chez les parents d'enfants présentant un abus ou une dépendance »<sup>58</sup> aux substances psychoactives. Les enfants ayant grandi avec des parents présentant des troubles grandissent dans une cellule familiale stressante et surtout imprévisible due à « l'alternance des périodes de calme et de décompensation »<sup>59</sup>.

Enfin, les ruptures conjugales semblent avoir également un rôle dans les conduites addictives des mineurs. Certains auteurs estiment qu'en fonction de l'âge cela aura plus ou moins d'impact. Cela ne signifie pas que tous les enfants de parents divorcés vont avoir des conduites à risque mais que cette situation de rupture familiale pourrait faciliter le passage à l'acte.

## B. L'ENFANCE CARACTÉRISÉE PAR UNE INSTABILITÉ AFFECTIVE.

**Les traumatismes durant l'enfance** - Il est fréquent chez les jeunes consommateurs et délinquants de retrouver plusieurs événements de vie traumatiques vécus durant leur enfance. Ces traumatismes peuvent prendre la forme d'une maltraitance physique ou psychologique, des abus sexuels voire des viols au sein même de la famille.

Selon le professeur Sacha RAOULT<sup>60</sup> : « le trauma est une situation psychologique qui se superpose souvent avec le vécu des victimes sans toutefois que ça soit le cas systématiquement : on peut être victime d'un acte sans être traumatisé et on peut être traumatisé par une situation sans en être victime notamment par une situation qu'on a provoquée - lorsqu'on est l'auteur d'actes de violences »<sup>61</sup>. Il expose qu'il y a « trois stades dans les situations où on éprouve un affect négatif »<sup>62</sup> et que l'événement traumatique correspond au troisième degré d'intensité. « Il s'agit d'événements où l'information est tellement importante qu'elle remet en cause toute la compréhension que l'on a de soi-même et des autres voire de l'humanité tout entière »<sup>63</sup>. Il remet également en cause la confiance qu'on peut accorder à soi-même et aux autres.

Ainsi, une situation typique de trauma est « un abus qui vient d'une personne à qui on a accordé sa confiance »<sup>64</sup>. Les abus sexuels et/ou la maltraitance infantile sont également des facteurs de risques particulièrement élevés d'usage et de dépendance aux substances psychoactives<sup>65</sup>. C'est le cas de deux jeunes, l'un à l'EPM et l'autre au QM de VLM. Ils s'inscrivent tous deux dans un parcours délinquant comportant plusieurs condamnations.

Le plus jeune d'entre eux a subi durant son adolescence - 12-13 ans - un abus sexuel de la part de son père. Aujourd'hui, il a de grandes difficultés avec l'autorité et l'adulte en lui-même ainsi qu'avec ses camarades. Il cherche toujours de l'attention auprès des éducateurs et des surveillants

---

<sup>58</sup> SCROCCARO Nathalie, *Les addictions à l'adolescence, Comprendre et intervenir auprès des parents et des proches, op. cit.*, p. 20.

<sup>59</sup> *Ibid.*, p. 22.

<sup>60</sup> RAOULT Sacha, Maître de conférences HDR, Droit privé et sciences criminelles, Faculté de droit et science politique Aix-Marseille Université, Cours de victimologie, DU de l'ISPEC.

<sup>61</sup> *Ibid.*

<sup>62</sup> *Ibid.*

<sup>63</sup> *Ibid.*

<sup>64</sup> *Ibid.*

<sup>65</sup> KEDIR Oussama, « De la maltraitance infantile aux addictions de l'adulte », *The conversation*, 2020 (en ligne).

et cause de nombreux incidents en détention. Concernant ses conduites addictives, à l'extérieur, il fume tous les jours plusieurs cigarettes et un peu de cannabis, il boit beaucoup d'alcool également. Il a commencé ses consommations très tôt. Il ne semble pas manquer de ses substances mais ressent de l'agitation, de l'ennui et de l'inconfort ; lié sûrement au stress et aux angoisses qu'il n'arrive pas à exprimer. Il a un double suivi psychiatrique et psychologique, qu'il suit régulièrement.

L'autre jeune - mineur A - a subi des viols et des violences physiques par son père durant son enfance. Il a donc été placé plusieurs fois dans des foyers. Aujourd'hui, il a du mal à se sevrer de sa consommation quotidienne de cannabis et de tabac notamment parce qu'il souffre d'anxiété. Comme le premier mineur, lui aussi demande de l'attention aux adultes et a du mal à trouver sa place au sein de son groupe de pairs. Pour ces raisons, il a été placé à l'UPE dès son arrivée à l'EPM.

**La violence durant l'enfance** - La violence subie durant l'enfance, qu'elle soit physique ou verbale, est également un facteur de risque de dépendance aux substances psychoactives. « Être témoin de violences, notamment domestiques et conjugales, peut aussi être considéré comme de la maltraitance : c'est le cas lorsqu'un enfant assiste directement ou indirectement à des violences exercées dans le milieu familial, très souvent contre la mère »<sup>66</sup> mais aussi contre ses frère et soeur ou d'autres membres de la famille.

À l'EPM de Lavour, un jeune homme, impliqué dans un trafic de drogues, avait fait face à plusieurs épisodes de violence de son père. Il s'est alors mis à fuguer du domicile familial de façon répétitive pour échapper à ce cadre de vie stressant et instable. Ce qui l'a amené par la suite à intégrer un trafic. Ainsi, « l'adolescence confronte les plus fragiles d'entre eux à une expérience de vide, d'abandon, de perte de sens »<sup>67</sup> dont l'usage de substances leur permet de dissoudre leur mal-être.

**Le cas particulier des mineurs en fuite** - Les mineurs isolés ou MNA rentrent également dans ces schémas de violence ou de traumatisme qui les poussent à quitter leur pays d'origine. En effet, 17% des jeunes suivis par les psychologues sont originaires de zones de guerre et de conflits - Afghanistan, Somalie, Érythrée, Soudan, Mali ; 21% des jeunes déclarent avoir traversé une zone de guerre ou de conflits sur le chemin de l'exil - voire même subi des blessures et/ou des tortures ; 10 % des jeunes ont perdu un proche sur la route<sup>68</sup>.

Ainsi, de nombreux jeunes, touchés par les conduites addictives, s'inscrivent dans différentes problématiques de vie énoncées. Chez certains mineurs, il est possible de retrouver plusieurs de ces caractéristiques et, pour d'autres, l'un des éléments suffira à déclencher une dépendance aux produits stupéfiants. Sans aucun doute, la délinquance va accentuer ces conduites.

---

<sup>66</sup> KEDIR Oussama, « De la maltraitance infantile aux addictions de l'adulte », *op. cit.*

<sup>67</sup> CHOQUET Luc-Henry, *Protéger la jeunesse contre l'usage et le trafic de drogues*, *op. cit.*, p. 130.

<sup>68</sup> Médecin sans frontière et Comité pour la santé des exilés, « La santé mentale des mineurs non accompagnés », *op. cit.*

## Paragraphe 2: L'entrée dans la délinquance renforçant les conduites addictives.

De façon générale, les conduites addictives et la délinquance vont de pair : elles s'inscrivent toutes deux dans un parcours de rébellion, dérogeant à la norme. Cependant, il convient de distinguer trois phases : les conduites addictives indépendantes de l'infraction (A), les conduites addictives en lien avec l'infraction (B) et les conduites addictives en lien avec les actes commis (C).

### A. LES CONDUITES ADDICTIVES INDÉPENDANTES DE L'INFRACTION.

**La première consommation** - À la suite de ce qui a été vu précédemment, il convient d'affirmer que de nombreux jeunes s'initient aux substances à l'adolescence. L'initiation à la consommation passe souvent par l'entourage proche. Rares sont les cas où un jeune se met à fumer seul, souvent, il le fait par imitation. Au sein de l'EPM de Lavaur, un tableau a été dressé afin de mettre en évidence l'origine de la consommation des jeunes comportant des conduites addictives<sup>69</sup>. La totalité des effectifs affirme avoir débuté la consommation avec une personne de leur entourage. Pour l'un d'entre eux c'était avec un parent - mineur B - et, pour les autres, par le biais de leurs fréquentations. Le mineur B a commencé sa consommation très tôt : entre 9 et 12 ans. Aujourd'hui, il a 15 ans et consomme jusqu'à vingt joints en moyenne par jours.

**Le groupe de pairs** - L'entourage amical du jeune a une forte influence sur le comportement addictif de celui-ci. Notamment, lorsque le jeune est en fugue, le groupe de pairs devient alors leur famille de référence. « Le groupe de pairs occupe une position centrale à l'adolescence dans la mesure où il fixe la norme au quotidien. Selon qui l'incitera à consommer, à maîtriser ses consommations ou à ne pas consommer de substances, il constituera un facteur de risque ou de protection pr l'adolescent ou le jeune adulte »<sup>70</sup>. En outre, « le réseau relationnel proche de l'adolescent va également jouer un rôle direct dans l'accès au produit »<sup>71</sup>.

**Un produit facilement accessible** - Les jeunes consommateurs se trouvent très facilement de quoi consommer par : leur famille, leurs amis, leurs connaissances, un réseau, Internet. En effet, « une substance illicite peut paradoxalement être considérée comme très accessible par un jeune à partir du moment où plusieurs personnes de son entourage - ami(e)s ou membre(s) de la famille - en consomment, s'il parvient à l'obtenir par des moyens détournés ou encore si elle est offerte ou s'avère disponible à un prix abordable sur un marché parallèle »<sup>72</sup>. En outre, les substances illégales s'avèrent toujours plus accessibles avec le développement de nouvelles technologies et le déploiement d'un réseau de connaissance.

---

<sup>69</sup> Voir annexe n°3.

<sup>70</sup> BECK Francois, *Jeunes et addictions*, op. cit., p. 86.

<sup>71</sup> *Ibid.*, p. 86.

<sup>72</sup> *Ibid.*, p. 100.

## B. LES CONDUITES ADDICTIVES EN LIEN AVEC L'INFRACTION.

**L'expansion des trafics de drogues** - « Ces dernières décennies, le marché des drogues s'est considérablement développé en France, à mesure de l'augmentation des prévalences d'usage de substances illicites comme le cannabis et la cocaïne »<sup>73</sup>, ce qui implique la nécessité de missionner de plus en plus de personnes et, notamment, des mineurs. En effet, « les statistiques de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants - OCRTIS - montrent qu'entre 1975 et 2015 le nombre d'interpellations d'usagers-revendeurs a été multiplié par plus de 20, tandis que celui des trafiquants locaux l'était par plus de 60 »<sup>74</sup>. Une étude réalisée en 2007<sup>75</sup> « estimait le nombre de personnes impliquées aux différents stades des trafics de cannabis entre 65 000 et 140 000 ».

Ainsi, la demande étant de plus en plus forte, le recrutement des jeunes semble le plus efficace pour pallier le manque de personnes, notamment dans le cadre d'un trafic local, c'est-à-dire, celui de banlieue ou de périphérie. En effet, le trafic vient solliciter des jeunes fragiles : difficultés économiques, en décrochage scolaire, au chômage, en errance, *etc.* En 2020, les mineurs incarcérés pour usage de stupéfiants, détention et trafic de stupéfiants s'élevaient à 11,2 % des contentieux pour les auteurs personnes physiques<sup>76</sup>.

La corrélation entre la précarité et le trafic est visible dans les cités des quartiers du nord de Marseille où, d'une part, le niveau de pauvreté global est important - 11 600 euros de revenu annuel médian contre 15 300 euros sur toute la ville de Marseille - et, d'autre part, le taux de chômage des jeunes entre 15 et 24 ans peut atteindre jusqu'à 40%<sup>77</sup>.

**Une consommation banalisée** - C'est dans le contexte du trafic que peuvent débiter les premières conduites addictives chez les jeunes. Étant toujours en contact avec les substances et, souvent, incités par les membres du groupe, les mineurs se donnent à une consommation insouciance de substances psychoactives. Le plus souvent en EPM ou en QM, les mineurs disent ne pas payer leurs consommations ; qu'elles sont « offertes », sûrement en échange de leur participation au trafic. Par conséquent, le mineur rentre dans un cercle vicieux de consommation favorisé par la gratuité du produit ainsi que par l'emprise du trafic parfois exercée sur lui<sup>78</sup>.

## C. LES CONDUITES ADDICTIVES EN LIEN AVEC LES FAITS COMMIS.

**Le cas du viol ou du meurtre commis après la prise de substances** - Les mineurs impliqués dans des affaires de meurtre ou de viol font moins de bruit au sein des EPM ou des QM, mais ils ne sont pas moins présents pour autant. Les statistiques des infractions commises par des auteurs mineurs montrent que les viols et agressions sexuelles concerneraient le 4,4% de ces auteurs,

---

<sup>73</sup> BECK Francois, *Jeunes et addictions*, *op. cit.*, p. 103.

<sup>74</sup> *Ibid.*, p. 103.

<sup>75</sup> BEN LAKHDAR Christian, « L'économie du deal, Comprendre pour agir », Les Cahiers Dynamiques 2012/3 (n° 56), (en ligne).

<sup>76</sup> Ministère de la justice, « Justice des mineurs, Les mineurs délinquants », *op. cit.* p. 130.

<sup>77</sup> BECK Francois, *Jeunes et addictions*, *op. cit.*, p. 104 et Agence urbanisme de l'agglomération de Marseille.

<sup>78</sup> Le trafic peut avoir un effet d'emprise du fait des dettes ou du besoin d'argent, mais également lorsque le mineur est en fuite ou en rupture avec ses liens familiaux. Il est alors en manque de repère et de stabilité. Le trafic devient alors pour lui une sorte de « famille » à laquelle on doit du respect et de la loyauté.

contre 6% pour des affaires de meurtre<sup>79</sup>. Les trois affaires de viols observées à l'EPM de Lavour sont systématiquement corrélées à de la prise de substances psychoactives avant l'acte. Dans un cas en particulier, le jeune homme avait consommé une quantité de cannabis et de protoxyde d'azote telle qu'il ne se rappelait pas des faits commis la veille. Ce qui traduit l'envergure des répercussions de ses substances sur le comportement des jeunes.

**Le cas des infractions routières commises sous substances** - Même si, « les mineurs sont naturellement peu présents parmi les infractions aux règles de circulation routière - conduite sans permis, défaut d'assurance, conduite en état alcoolique, *etc.* - qui ne concernent que 4,1% d'entre eux »<sup>80</sup>, « la conduite après usage psychoactifs concerne très majoritairement les jeunes »<sup>81</sup>. L'exemple étudié à l'EPM est celui du mineur B qui consomme une grande quantité de cannabis à l'extérieur depuis ses 12 ans. Sa consommation conséquente ainsi que son immaturité due à son jeune âge, l'ont menés à commettre un homicide involontaire en conduisant un véhicule.

Ainsi, la délinquance des mineurs englobe une multiplicité de profils problématiques, dont la prise de substance ne fait qu'aggraver leur situation déjà chaotique. Leur arrivée en détention est un épisode délicat faisant peser sur le personnel pénitentiaire l'obligation d'une vigilance extrême.

## **Section 2 : Une gestion inévitable des conduites addictives lors du parcours arrivant.**

La détention constitue un environnement anxiogène due à la perte brutale de repères, elle peut générer de fortes angoisses ; « non seulement liées au quotidien de l'incarcération (...), de la condamnation et de la poursuite de la vie en dehors de la détention, mais sont également liées aux inquiétudes quant à la situation des proches sur laquelle les détenus n'ont que peu de visibilité »<sup>82</sup>. Pour des consommateurs réguliers, cette privation de liberté vient fortement « décupler le besoin d'avoir recours à des substances habituellement consommées »<sup>83</sup>. En d'autres termes, non seulement le sevrage peut être difficile à gérer mais, l'envie de consommer peut être encore plus irrésistible. Afin de gérer les effets néfastes de l'arrivée en détention des mineurs présentant des conduites addictives (§1), une prise en charge adaptée par le personnel pénitentiaire s'avère nécessaire (§2).

---

<sup>79</sup> Ministère de la justice, « Justice des mineurs, Les mineurs délinquants », *op. cit.* p. 130.

<sup>80</sup> *Ibid.*

<sup>81</sup> BECK Francois, *Jeunes et addictions*, *op. cit.*, p. 122.

<sup>82</sup> CARO Mathilde, CARPEZAT Morgane, LAUBRESSAC Christian et LAUNET Marie, « Les conduites addictives des mineurs incarcérés : mécanismes de relativisation, de relégation et d'invisibilisation en détention », *op. cit.*, p.39.

<sup>83</sup> *Ibid.*, p.39.

Paragraphe 1: Les effets néfastes de l'arrivée en détention sur le mineur présentant des conduites addictives.

Le bilan de jeunes présentant des conduites addictives à leur arrivée en détention est alarmant (A). De ce fait, la grande majorité d'entre eux doivent faire face à un sevrage sèchement imposé par la détention (B).

A. LE BILAN ADDICTIF ALARMANT.

**Les chiffres** - Le bilan des conduites addictives effectué lors des trois commissions pluridisciplinaires uniques - CPU - à l'EPM de Lavaur<sup>84</sup> montre la situation alarmante à laquelle le personnel pénitentiaire doit faire face. Un pourcentage a été calculé pour les trois CPU - l'effectif étant à chaque fois de 6 jeunes : 83% des jeunes arrivants, vus à la CPU du 3 avril 2024, sont des consommateurs présentant une conduite addictive - déclarée par le jeune - contre 67% pour la CPU du 10 avril 2024 et 50% pour la CPU du 17 avril 2024<sup>85</sup>. De plus, un bilan a été également dressé concernant trois UV observées au sein de l'EPM de Lavaur. Il convient de constater que les conduites addictives touchent environ 86% des mineurs étudiés<sup>86</sup>.

**Les facteurs aggravants** - La problématique des addictions vient alors s'ajouter au potentiel choc carcéral dû à l'arrivée du mineur en détention. Le choc carcéral peut être une conséquence de l'incarcération, notamment en cas de première incarcération. L'arrivée en détention est un facteur de stress et d'angoisse. Généralement, ces facteurs sont plus élevés lorsqu'il s'agit d'un primo-délinquant car il ne sait pas comment se passera l'incarcération. C'est pour cette raison qu'il est important d'informer le détenu dès son arrivée en détention afin de limiter un stress trop intense. Le choc carcéral variera en fonction de chaque jeune et de son vécu - en détention ou non.

L'ennui est également un facteur aggravant de la détention. En effet, plusieurs jeunes de l'EPM de Lavaur ont affirmé que les week-end étaient les moments les plus compliqués. L'absence d'activités pendant le week-end limite les interventions entre les mineurs incarcérés et le personnel pénitentiaire. C'est à ce moment précis que les jeunes vont avoir une forte envie de consommer.

B. LE SEVRAGE SÈCHEMENT IMPOSÉ PAR LA DÉTENTION.

1. L'interdiction de substances en milieu pénitentiaire pour mineurs.

**Le principe du sevrage « total »** - En principe, en EPM comme en QM, le cannabis - étant une substance illégale - et les cigarettes sont strictement interdits pour les mineurs. Les mineurs se trouvent alors face à un sevrage forcé. « Le sevrage est une expérience de séparation : il s'agit de perdre quelque chose. Le sevrage avec le toxique est teinté d'ambivalence, avec le souvenir d'un

---

<sup>84</sup> Avril 2024.

<sup>85</sup> Voir annexe n°4.

<sup>86</sup> Voir annexe n°5.

objet, source de plaisir, aidant voir idyllique »<sup>87</sup>. L'EPM est sujet à une abstinence totale des jeunes à l'intérieur de la détention. Il est vrai que dans la globalité moins de produits stupéfiants circulent au sein des EPM : d'une part, grâce au public, étant entièrement mineurs, et d'autre part, grâce à la capacité réduite de cet établissement, donc il y a plus de surveillance. Néanmoins, certains mineurs avouent avoir fumé de manière occasionnelle du cannabis, tandis que d'autres affirment être en sevrage depuis leur arrivée en détention.

**Le sevrage partiel en QM** - La séparation entre majeurs et mineurs dans les maisons d'arrêt n'est pas complètement étanche. En effet, « la proximité des quartiers mineurs avec les majeurs constitue un élément décisif dans la capacité d'approvisionnement des mineurs. Dans des établissements où le quartier qui leur est destiné est placé à l'étage d'une aile ordinaire, le mineur entretient bien souvent des relations avec le majeur du dessous. Ils échangent sur le vécu de l'incarcération, leur parcours de délinquance et bien souvent l'adulte propose un dépannage de cannabis ou de cigarettes »<sup>88</sup>. C'était le cas à VLM où le QM se trouvait au 3e étage au dessus des majeurs. Les mineurs pouvaient acheter des cigarettes aux majeurs. Toutefois, le paquet coûtait entre 50€ et 70€, ce qui limite l'accessibilité du produit. Il peut arriver alors que les mineurs payent par médicaments. Il est possible que les mineurs aient des traitements journaliers - médicaments de substitution ou traitements ordonnés par le psychiatre pour des troubles psychologiques - et qu'ils les échangent avec les majeurs pour du tabac ou du cannabis.

## *2. Les effets du sevrage sur les jeunes détenus.*

**La notion objective du manque** - La psychologue PJJ - protection judiciaire de la jeunesse - de l'EPM de Laval est venue expliquer les signes du manque en distinguant les signes psychiques et physiques. Le manque physique se traduit pas des bouffées de chaleur, des maux de tête, des difficultés à dormir et à se détendre, envie de se gratter - notamment pour le manque de tabac. Le manque psychique, quant à lui, est plus subtil et subjectif. En effet, chaque individu aura une réaction propre face à cette difficulté.

**La notion subjective du manque** - L'intensité du manque n'est pas forcément égale à la quantité de produits consommés quotidiennement à l'extérieur de la détention. Des jeunes pouvant être de grands consommateurs de cannabis et de tabac sont parfois susceptibles de mieux gérer le sevrage que des jeunes consommant une moindre quantité de produits - cela peut dépendre en partie du métabolisme. Généralement, les signes d'un manque psychique s'apparentent à des cauchemars, des altérations d'humeurs, de la violence parfois.

Le mineur B incarcéré à l'EPM de Laval affirme avoir vécu un sevrage compliqué où il avait des crises - il tapait dans les murs et devenait livide - tout au long de son premier mois de sevrage. Pour cela, il était souvent placé en cellule de protection - CProU. Il dit avoir eu une transpiration excessive et des difficultés d'endormissement. Le même cas a été observé au QM de VLM alors

---

<sup>87</sup> TAROT-LE COUTOUR Agnès et l'Équipe du CSAPA Rive Gauche de Caen, *Association Addiction France, Addictions, traumatisme, inceste, Parcours d'un centre de soin, op. cit.*, p.52.

<sup>88</sup> PROTAIS Caroline et JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral, 2019, p.32.

que ce jeune n'avait pas une consommation aussi conséquente que le mineur B. Pourtant durant son premier mois au QM, il a souvent été pris en charge par l'US.

L'arrivée en détention marque les jeunes incarcérés, déjà suffisamment vulnérables. Les prédispositions de chacun ainsi que les facteurs aggravants engendrés par l'enfermement et le manque prouvent l'urgence de la prise en charge.

### *Paragraphe 2: Une prise en charge nécessaire et adaptée.*

Le mineur incarcéré est un public à risque auquel il faut apporter une attention toute particulière pour assurer à la fois le bon fonctionnement de la détention et la sécurité du personnel pénitentiaire. Ainsi, des visites obligatoires lors du parcours arrivant (B) sont d'autant plus nécessaires lorsque les jeunes présentent une vulnérabilité psychologique aggravant l'impact de la détention (A).

#### A. LA VULNÉRABILITÉ PSYCHOLOGIQUE AGGRAVANT L'IMPACT DE LA DÉTENTION.

**Une personnalité fragile** - Il est fréquent que chez les jeunes présentant des consommations problématiques l'on retrouve plusieurs traits de personnalité similaires. D'une part, il s'agit d'une « mauvaise estime de soi et le manque de confiance en soi, les réactions émotionnelles excessives, la difficulté à réagir face à certains événements, à avoir des relations stables et à résoudre les difficultés interpersonnelles »<sup>89</sup>. D'autre part, certains jeunes peuvent présenter des comportements dits « à risques » comme « l'impulsivité, la recherche de nouveauté et de sensations, un faible évitement du danger, constituent également des facteurs de risques »<sup>90</sup>. Ces caractéristiques sont les plus fréquentes au regard des jeunes consommateurs.

**Les troubles de la personnalité** - Parfois, certains traits de personnalité sont plus significatifs et se révèlent comme étant des troubles de la personnalité. On parle notamment de « troubles anxieux ou dépressifs et ceux de l'attention avec hyperactivité »<sup>91</sup> mais également des troubles de la personnalité sociale de type « personnalité antisociale » ou « borderline »<sup>92</sup>. Ces troubles « peuvent favoriser l'entrée dans des comportements addictifs ou d'abus »<sup>93</sup>. Le mineur A rencontré à l'EPM de Lavaur présente des troubles graves de la personnalité de type borderline. Son suivi médical et psychiatrique révèle des problèmes d'ordre psychologiques associés à une immaturité psychique. Lors de son parcours arrivant, le personnel de soin et l'équipe éducative ont aperçu des scarifications récentes et un amaigrissement problématique. Il a donc été placé sous surveillance avec un risque suicidaire avéré.

---

<sup>89</sup> BECK Francois, *Jeunes et addictions, op. cit.*, p. 84.

<sup>90</sup> *Ibid.*, p. 84.

<sup>91</sup> *Ibid.*, p. 84.

<sup>92</sup> *Ibid.*, p. 84.

<sup>93</sup> *Ibid.*, p. 84.

À cause de leur parcours migratoire, les MNA, arrivant en détention, font l'objet de graves troubles de la personnalité : troubles dépressifs, troubles réactionnels à la précarité, troubles dus aux violences subies, *etc.* Le mineur C, arrivé à l'EPM de Lavour en avril 2024, présentait des troubles à la fois psychologiques et addictifs graves. Il avait de grandes difficultés d'endormissement et faisait des cauchemars revivant son parcours migratoire traumatique.

Par conséquent, afin d'assurer le bon fonctionnement de la détention, il est primordial que le personnel pénitentiaire s'entretienne avec les arrivants, notamment lorsque les mineurs présentent des troubles psychologiques et/ou de personnalité.

## B. LES VISITES OBLIGATOIRES LORS DU PARCOURS ARRIVANT.

Durant la semaine passée aux arrivants, les mineurs doivent effectuer divers entretiens. Les plus importants concernant les conduites addictives sont effectués avec le personnel de soins.

**L'entretien avec le médecin traitant** - Le médecin effectue une visite physique du jeune arrivant - notamment MNA. Concernant les conduites addictives, il demande s'il a des addictions, s'il fume, s'il ressent le besoin de prendre des médicaments.

**L'entretien avec la psychologue** - La psychologue PJJ et la psychologue de l'UCSA essayent de voir tous les mineurs durant leur parcours arrivant afin d'orienter au mieux leur affectation dans les diverses UV - la même logique s'exerce au QM de VLM, mais ce sont des groupes de 5 jeunes environ. En sus, elles donnent leur avis concernant l'état psychologique du mineur : choc carcéral, vulnérabilité, risque suicidaire, *etc.* Elles essayent également de discuter des différentes consommations qu'ils peuvent avoir à l'extérieur afin de gérer au mieux leur potentiel sevrage. Par la suite, un soutien psychologique pourra être envisagé en fonction du souhait du mineur.

**L'entretien avec le psychiatre** - À l'EPM de Lavour, tous les mineurs étaient vus par le psychiatre au moins une fois dans la semaine qui suit leur arrivée en détention - sauf en cas de congés ou d'impossibilité. Généralement, les entretiens ne durent pas longtemps, le psychiatre est orienté par les infirmières qui ont pu voir le jeune arrivant au préalable.

L'existence chez les mineurs délinquants de problématiques profondes et de troubles psychiques rend la prise en charge d'autant plus accrue. La mobilisation de tout le personnel pénitentiaire est alors indispensable pour une prise en charge complète et sans délai. La difficulté se trouve dans le fait qu'il y a plusieurs moyens d'action qui sont mis en œuvre par les différents pôles de la détention. La diversité des enjeux menés par les institutions composant le personnel pénitentiaire amène à se questionner sur l'efficacité de la prise en charge.

## Chapitre 2 : L'efficacité de la prise en charge freinée par les divergences des enjeux institutionnels.

La détention pour mineurs, que ce soit en QM ou en EPM, est régie par quatre institutions qui apportent une prise en charge différentes des conduites addictives. Ces institutions sont l'Administration pénitentiaire, l'Unité sanitaire, l'Éducation nationale et le Service éducatif, composé des éducateurs de milieu fermé. Chaque pôle honore sa mission en poursuivant des directives clairement définies qui rentrent parfois en opposition entre-elles. Ainsi, la divergence des réponses pénales apportées par les quatre institutions engendre des tensions inévitables ; ce qui peut rendre difficile une prise en charge linéaire et efficace du mineur.

Il est vrai que ces institutions essayent de faire cohabiter leurs divers enjeux institutionnels (§1) afin d'apporter une certaine cohérence dans leur prise en charge. Néanmoins, le secret médical, fermement défendu par l'US, demeure une barrière infranchissable (§2) pour les autres institutions.

### **Section 1 : La cohabitation des divers enjeux institutionnels.**

Des quatre pôles que l'on retrouve en milieu carcéral, deux d'entre eux ont une forte prédominance : l'Administration pénitentiaire - AP - et l'Unité sanitaire - US. En somme, ils sont les principaux décideurs des directives en matière de prise en charge addictive du mineur incarcéré tandis que, l'Éducation nationale et l'équipe d'éducateurs cherchent à s'adapter aux diverses exigences.

Cependant, les institutions pénitentiaire et sanitaire semblent être les plus éloignées entre elles. « S'il paraît convenu que le premier acteur cité engagerait des mesures disciplinaires et le second utiliserait la compréhension et le traitement des conséquences délétères des consommations pour prévenir les usages, les rôles sont, dans les faits, bien moins figés »<sup>94</sup>. En d'autres termes, l'AP met en avant un objectif sécuritaire (§1) et l'US se concentre sur la prise en charge médicale (§2).

#### *Paragraphe 1: L'enjeu sécuritaire érigé par l'Administration pénitentiaire.*

Le milieu carcéral vient - en principe - interdire la circulation de substances psychoactives en détention (A). Cette interdiction met les mineurs face à un sevrage forcé qui génère inévitablement des incidents au sein de la détention (B).

#### **A. L'INTERDICTION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN MILIEU CARCÉRAL.**

**Les problématiques liées aux produits** - Le droit disciplinaire pénitentiaire « interdit la présence de substances stupéfiantes, mais aussi d'alcool et la consommation de médicaments hors cadre de prescription »<sup>95</sup>. En effet, l'utilisation de cannabis et de tabac relève de deux problématiques principales : la première concernant la sécurité et la seconde touchant au droit. En premier lieu, la consommation de tabac ou de cannabis engendre automatiquement plusieurs objets dangereux :

---

<sup>94</sup> PROTAIS Caroline, MOREL D'ARLEUX Julien, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Usage de drogues en prison, Pratiques, conséquences et réponses », *OFDT*, 2019, p.17 (en ligne).

<sup>95</sup> *Ibid.*, p.17.

un briquet et un combustible. Ce qui se traduit par la possibilité de déclencher un feu, de blesser un co-détenu ou un membre du personnel. En second lieu, étant une substance illégale, le cannabis est d'office écarté des horizons pénitentiaires.

**Les réponses apportées par l'Administration pénitentiaire** - Lorsque l'AP trouve des substances psychoactives comme du cannabis, mais également du tabac pour les mineurs, le jeune s'expose à une sanction disciplinaire décidée en commission de discipline : « les réponses « officielles » sont essentiellement de type disciplinaire, visant à appliquer le droit pénitentiaire »<sup>96</sup>.

De plus, les sanctions liées à la détention ou à la consommation de stupéfiants peuvent également donner lieu à des poursuites pénales. Ainsi, « pour lutter contre les trafics et la détention de stupéfiants, les personnels pénitentiaires ont principalement recours à des fouilles de trois types : intégrales, par palpation ou des locaux »<sup>97</sup>. Des « mesures spécifiques destinées à renforcer les opérations de contrôle avant les parloirs »<sup>98</sup> sont aussi mises en œuvre.

## B. LES INCIDENTS INÉVITABLES DU SEVRAGE FORCÉ EN DÉTENTION.

**L'abstinence d'office** - L'EPM est une opportunité de sevrage car l'AP impose une abstinence d'office aux mineurs qui arrivent en détention ce qui met le sujet en position d'adaptation. L'arrêt brutal d'une substance psychoactive conduit à des problèmes neuro-psychiques car les neurones ne reçoivent plus la substance produisant des effets « bénéfiques » et « relaxants » sur leur organisme.

En QM, la logique reste la même mais les mineurs ont plus facilement accès aux produits s'ils souhaitent consommer. En effet, la proximité des majeurs et des mineurs permet à ces derniers de consommer plus régulièrement. Le mineur peut aussi être confronté à une abstinence sèche s'il n'a pas d'argent pour acheter aux majeurs des substances et subir le même sevrage forcé qu'en EPM.

**Les risques de violences** - Le début de la période de sevrage peut s'avérer une période difficile voire insoutenable par la personne qui la subit. L'abstinence sèche amène des tensions et de la violence ce qui entrave la sécurité en milieu carcéral. En effet, les situations peuvent être de toutes sortes : une dette non payée, un moment de crise traduit par une excessive violence ou un non-contrôle de soi, des jeunes à fleur de peau, *etc.*

Aujourd'hui, les comportements agressifs et violents des détenus relèvent le plus souvent de « violences instrumentales liées à la consommation de substances intoxicantes ou psychoactives par les détenus »<sup>99</sup>. Il est vrai que, même si le choix de l'AP d'interdire toutes substances aux mineurs incarcérés - tabac et cannabis notamment - est logique au regard de ses objectifs sécuritaires, il n'en est pas moins contre-productif par moment.

---

<sup>96</sup> PROTAIS Caroline, MOREL D'ARLEUX Julien, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Usage de drogues en prison, Pratiques, conséquences et réponses », *op. cit.*, p.19.

<sup>97</sup> *Ibid.*, p.17.

<sup>98</sup> *Ibid.*, p.19.

<sup>99</sup> BRIE Guillaume, MBANZOULOU Paul et RAMBOURG Cécile (dir.), *La violence en prison*, 2022, p. 101.

Par une quête de sécurité toujours plus stricte, l'US doit à la fois coller aux exigences de l'AP et respecter ses propres enjeux.

### Paragraphe 2 : L'enjeu de soins soutenu par l'Unité sanitaire.

#### A. LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE.

**L'objectif de soins précisément établie** - L'enjeu pour l'US est de deux types : d'une part, une prise en charge à bref délai des conduites addictives pour éviter un sevrage trop brutal et de l'autre part, une prise en charge adaptée pour faciliter la gestion de la détention. Pour cela, elle effectue un bilan d'accueil avec le jeune détenu afin de gérer au mieux sa détention et son potentiel manque.

**L'Unité de consultations et de soins ambulatoires** - La prise en charge en milieu carcéral a « été complétées sur le plan somatique à partir de 1994<sup>100</sup> par la création d'Unités de consultations et de soins ambulatoires, devenues Unités sanitaires en 2012 - rattachées à l'hôpital public dans chacun des établissements pénitentiaires »<sup>101</sup>. La loi du 18 janvier 1994<sup>102</sup> a transformé les anciennes infirmeries pénitentiaires en Unités de consultation et de soins ambulatoires - UCSA. Elle a pour missions d'assurer les soins en milieu pénitentiaire et la prise en charge hospitalière par l'accueil hospitalier mais, également, de favoriser le suivi des soins médicaux après la détention et développer la prévention. L'établissement de santé présente à l'EPM de Lavaur est de type UCSA. Aujourd'hui, les UCSA assurent les soins médico-psychologiques dans l'ensemble des établissements pénitentiaires français<sup>103</sup> et ne dispensent plus de soins somatiques, qui se rapportent aux corps. « Chaque UCSA dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée de personnels médicaux et para-médicaux : médecins généralistes et médecins psychiatres, spécialistes vacataires - dentistes, dermatologues, gynécologues..., psychologues, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, kinésithérapeutes, manipulateurs radio, personnel infirmier, secrétaires, etc »<sup>104</sup>.

**L'Unité sanitaire en milieu pénitentiaire** - Depuis 2012, certaines UCSA et SMPR ont fusionné créant les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire - USMP - modèle rencontré à la Maison d'arrêt de VLM. L'organisation des soins est organisée en trois niveaux. Tout d'abord, le premier niveau dispense les soins ambulatoires réalisés au sein de l'USMP : les consultations, les prestations et activités, y compris les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. Ensuite, le deuxième

---

<sup>100</sup> Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

<sup>101</sup> RILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique », *op. cit.*, p. 110.

<sup>102</sup> Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, *op. cit.*

<sup>103</sup> La loi du 18 janvier 1994 dispose précisément que « l'infirmerie de la prison est transformée en unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), et sera placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier en liaison avec l'équipe assurant les soins psychiques ».

<sup>104</sup> BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique », *op. cit.*, p. 111.

niveau concerne les prises en charge à temps partiel. Les soins somatiques sont ici « réalisés au sein de l'établissement hospitalier de rattachement tandis que les soins psychiatriques sont réalisés au sein des USMP dans le cas de l'hospitalisation de jour en psychiatrie »<sup>105</sup>. Enfin, le troisième niveau de soins dispensés en milieu pénitentiaire s'adresse aux patients requérant une hospitalisation à temps complet, généralement réalisés au sein des établissements de santé.

## B. LE CHAMP D'ACTION DU PERSONNEL DE L'UNITÉ SANITAIRE.

### *1. Le rôle du médecin et du psychiatre dans la prise de médicaments de substitution.*

**Les substituts du tabac et du cannabis** - Tous les mineurs rentrant en EPM ont une visite médicale obligatoire durant laquelle celui-ci est questionné concernant ses addictions. Parfois, le mineur peut ne pas se rendre compte du manque auquel il peut faire face en détention, prétendant qu'il sortira bientôt ou qu'il sait gérer cette situation.

Parfois, le jeune réussit à gérer sans produits substitutifs mais ce n'est pas tout le temps le cas. En effet, lorsque l'un d'eux manifeste le besoin de voir le médecin pour une question de manque se traduisant par des insomnies ou des angoisses, le médecin va le recevoir à l'US afin de répondre à son mal-être. Le sevrage dépendra de l'individu et de ses pathologies, du changement de contexte de vie, de la prise de conscience ou non de ses actes, *etc.*

La médecin explique que pour des sevrages tabagiques et/ou toxicologiques - de type cannabis, les médicaments de substitution ne sont quasiment pas nécessaire. Ce qui est le plus fréquemment administré aux mineurs présentant des conduites addictives sont des patchs adhésifs contenant un médicament, destiné à être collé sur la peau, ou bien, des pastilles nommées « nicorette » à mâcher pour limiter l'envie de fumer.

Si le médecin et le psychologue ou le psychiatre estime que le manque est conséquent, ils peuvent également prescrire des anxiolytiques ou des antidépresseurs comme dans le cas du mineur A. Ce dernier, ayant des antécédents psychiatriques, le médecin se veut particulièrement attentif à sa demande. Les médicaments de substituons, comme les patchs et les nicorettes, ne suffisent pas à le calmer de ses anxiétés.

**Les substituts de médicaments addictifs chez les MNA** - Dès l'arrivée des mineurs non accompagnés sur le sol français, ceux-ci se trouvent à la rue, isolés et dépayés. Intrinsèquement liée à des conditions de vie marquées par une forte précarité, les prises de substances ont souvent été initiées dans leur pays d'origine. Souvent polyconsommateurs, ils cherchent des consommations rapides, fortes et pas chères. Le cannabis étant une consommation coûteuse pour eux, ils se tournent vers des « médicaments » achetés dans la rue dont les composantes sont inconnues.

Il y a tout d'abord la prégabaline, qui est à l'origine un antalgique, dont la posologie est très faible en cas d'usages médicamenteux. Les MNA peuvent consommer jusqu'à 900 mg par jours, contre 150 à 600 mg pour traiter les troubles anxieux généralisés ou les crises d'épilepsie. La prise de ce médicaments permet au MNA de se déconnecter de la réalité. Le traitement prescrit par le

---

<sup>105</sup> Ministère de la justice, Organisation du dispositif de soins, Livre 3, p. 142.

psychiatre doit être plus puissant que la dose de médicaments ingérée pour pallier le manque. En EPM, le psychiatre prescrit le traitement et le médecin administre le médicament à l'US.

D'autres médicaments utilisés de façon détournés par les MNA sont le révo-tril, qui est un antiépileptique, et le tranxène, qui est un anxiolytique, tous deux de la famille des benzodiazépines. Le tranxène a un grand pouvoir addictif dont le sevrage est difficile. Un autre point « favorable » pour le MNA est son coût dérisoire s'élevant à 1 euro par cachet.

Les doses assimilées par les jeunes sont si élevées que le médecin psychiatre a du mal à leur prescrire un traitement équivalent ; d'où la difficulté du sevrage, car ils ont besoin de retourner cet état sédatif. Souvent, les MNA consomment en parallèle du cannabis - et d'autres substances. L'enjeu du médecin est alors de prendre en charge les diverses conduites addictives étant toutes corrélées les unes aux autres.

## *2. Le rôle des infirmiers et de la psychologue dans l'installation d'une relation de confiance.*

**Les infirmiers en milieu pénitentiaire** - Les infirmiers ont un rôle prédominant dans la création du lien entre l'équipe médicale et le patient. En effet, pour les traitements qui ne sont pas administrés par le médecin généraliste à l'US se sont les infirmiers qui s'en chargent. Ils passent tous les matins donner les médicaments de substitutions journaliers aux mineurs. Pour certains traitements plus lourds ou spécifiques, la prise du cachet se fait face à l'infirmier pour qu'il soit sûr que le traitement ait bien été ingéré par le jeune.

Ainsi, cette routine permet non seulement un contrôle de la part des infirmiers quant à la prise du traitement mais également la création d'une confiance avec les mineurs. Un dialogue important va s'instaurer entre eux ; petit à petit, les jeunes expriment leurs ressentis concernant les dosages du traitement. Ensuite, certains d'entre eux vont même discuter avec les infirmiers de confiance concernant leur vie en détention de manière générale et leur façon de gérer le manque.

Les infirmiers peuvent faire le lien et référer au médecin, au psychiatre ou à la psychologue ce qui leur a été confié par le jeune incarcéré - toujours dans les limites du secret médical - afin de pouvoir s'adapter au mieux à ses besoins. Ils sont le lien direct entre le patient et le médecin, ce qui permet une prise en charge adaptée et évolutive.

**Le suivi psychologique** - En ce qui concerne la prise en charge psychologique des mineurs, celle-ci n'est pas obligatoire. Généralement, elle se fait soit à la demande du mineur, soit après de forts encouragements de l'équipe PJJ, notamment, en cas de fortes consommations de substances psychoactives. Les psychologues PJJ de l'EPM et du QM de VLM ont toutes deux ayant des avis similaires sur la question. Il est vrai que le soutien psychologique est d'une importance capitale, surtout, pour celui qui le désire et qui souhaite une assiduité dans ses rendez-vous.

Pour les mineurs qui sont en demande de suivi, il est nécessaire de débiter une prise en charge psychologique en parallèle des aides médicamenteuses. En effet, « le suivi psychologique qui, à la différence de la médication psychiatrique, vise non pas à traiter ou à prévenir les symptômes de manque mais à remonter aux « sources » de l'état de dépendance »<sup>106</sup>.

---

<sup>106</sup> BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique », *op. cit.*, p. 133.

Malheureusement pas tous les jeunes sont prêts à parler, à affronter des remises en question sur les origines de leurs addictions, à exprimer leurs manques. Tous les détenus « n'accrochent pas au cadre thérapeutique proposé par le psychologue. Les raisons en sont diverses : difficulté à se confier, méconnaissance du rôle du psychologue et/ou peur d'être assimilé à une malade mental, crainte de la non-confidentialité des échanges ou barrière des sexes si le psychologue est un homme »<sup>107</sup>. De plus, lorsque le patient est un MNA, il est difficile d'établir un dialogue étoffé à cause de la barrière de la langue. Certains parlent à peine le français et il n'y a pas de traducteurs disponibles pouvant venir en aide à la psychologue. Le cas du mineur C est rare dans la mesure où il connaissait bien la langue française, ce qui a permis à la psychologue de débiter un suivi avec lui.

Lorsque les médicaments de substitution sont couplés par des antidépresseurs ou des anxiolytiques, la prise en charge psychologique s'avère inévitable. Parfois, le sevrage peut lui-même déclencher un syndrome dépressif sous-jacent.

Indépendamment du suivi médical, les jeunes mineurs se sentent rassurés d'être suivis par un professionnel qu'ils voient toutes les semaines ou tous les quinze jours : « le suivi psychologique ouvre à minima un espace de liberté »<sup>108</sup>.

Les différents pôles sont à la recherche d'une harmonisation de leurs directives de prise en charge malgré leurs diversités, voire leurs oppositions. Face aux difficultés liées aux conduites addictives en détention, ils tentent d'allier leurs points forts pour assurer une prise en charge globale du mineur. Force est de constater que le secret médical et/ou professionnel demeure un principe inflexible qui met à rude épreuve l'équipe pluridisciplinaire en charge du mineur.

## **Section 2 : La barrière infranchissable du secret médical.**

Le secret médical regroupe toutes les informations que le personnel de santé reçoit sur son patient, il englobe : l'état de santé, c'est-à-dire, le diagnostic, les traitements ; l'identité ; ce que le professionnel a pu voir ou entendre de son patient ; ce que ce dernier lui a confié, *etc.* Chaque professionnel de santé comme le médecin, l'infirmier, l'orthophoniste, la psychologue est tenu de ne pas révéler les informations personnelles de son patient. Le secret médical doit être également respecté dans le cadre d'un patient mineur vis-à-vis de ses parents; sauf si l'intérêt du mineur exige le contraire ou qu'une décision importante doit être prise.

En milieu pénitentiaire pour mineurs, il semblerait que l'équipe médicale respecterait plus encore fermement ce principe qu'en milieu libre. Ainsi, les éducateurs, les surveillants et les professeurs peuvent se trouver exclus de certaines informations importantes qu'ils pourraient prendre en compte lors de la prise en charge du mineur.

La revendication du secret médical par le personnel de l'US fait naître des tensions aux seins du personnel pénitentiaire (A) pouvant entraver l'efficacité de la prise en charge (B) des conduites addictives de mineurs.

---

<sup>107</sup> BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique », *op. cit.*, p. 134.

<sup>108</sup> *Ibid.*, p. 134.

## *Paragraphe 2 : Les tensions entre personnels pénitentiaires.*

Au sein même du personnel pénitentiaire, les relations peuvent se montrer à la fois conflictuelles, entre l'AP et l'US (A), et ambiguës, entre les professionnels sanitaires (B).

### A. LES RELATIONS CONFLICTUELLES ENTRE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE ET L'UNITÉ SANITAIRE.

**La limitation des effets pervers de la loi de 1994** - Suite à la loi du 18 janvier 1994, une circulaire d'application du 8 décembre 1994 vient rappeler que « la prescription des médicaments relève de la seule responsabilité des intervenants médicaux »<sup>109</sup>. L'objectif était celui de « sensibiliser les médecins aux exigences propres du milieu dans lequel ils évoluaient ou allaient être amenés à évoluer »<sup>110</sup>. En effet, « le contexte carcéral implique que le médecin s'entoure de précautions particulières au moment de la prescription de médicaments qui pourraient être utilisés de telle sorte qu'ils exposeraient le détenu ou son environnement à un risque ou seraient détournés de leur finalité - trafic - (...). Ses prescriptions doivent tenir compte de la pathologie et de la personnalité du détenu, y compris à partir des informations communiquées par l'AP. En fonction de l'ensemble de ces éléments, il peut être amené, en liaison avec le pharmacien hospitalier, à privilégier dans certains cas des formes ou des voies d'administration - gouttes, soluté ou injections - permettant un meilleur contrôle de la prise effective du médicament »<sup>111</sup>.

En d'autres termes, l'objectif étant d'éviter « les effets de cloisonnement entre personnels de soins et personnels de surveillance »<sup>112</sup>, le législateur souhaitait « la mise en place d'actions concertées, impliquant de concert personnels pénitentiaires et le personnel de soin »<sup>113</sup>.

**L'exclusion de l'Administration pénitentiaire dans le suivi sanitaire** - La volonté d'un travail en équipe est mise en échec face au secret médical. En 1997, « Corinne ROSTAING témoignait que le personnel médical entre souvent en conflit avec le personnel de surveillance »<sup>114</sup>, elle rajoute que « cette lutte s'organise autour du secret médical : refus du personnel médical de transmettre certaines informations »<sup>115</sup>.

En 2003, LALLEMENT Didier, alors directeur de l'AP, devant la Commission d'enquête du Sénat sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, précise que « l'Administration pénitentiaire ne connaît pas les prescriptions médicales. Dans certains cas, un petit nombre de

---

<sup>109</sup> Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, *op. cit.*

<sup>110</sup> BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique », *op. cit.*, p. 135.

<sup>111</sup> JAEGER Marcel et MONCEAU Madeleine, *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, 1996, 139 p. 107-108.

<sup>112</sup> BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique », *op. cit.*, p. 135.

<sup>113</sup> *Ibid.*, p. 135-136.

<sup>114</sup> BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique », *op. cit.*, p. 136.

<sup>115</sup> *Ibid.*, p. 136.

choses se savent, mais on nous oppose systématiquement l'argument du secret médical, ce qui ne nous permet pas de savoir qui est sous traitement »<sup>116</sup>.

## B. LES RELATIONS AMBIGUËS ENTRE LES PROFESSIONNELS SANITAIRES.

Les difficultés de coopération touchent également les différentes catégories du personnel soignant. En effet, il semblerait qu'il y ait un « le risque de cloisonnement des équipes médicales et paramédicales intervenant dans la prison »<sup>117</sup> pour des raisons de « superspécialisation ».

**L'absence de coordination entre le psychiatre et le psychologue** - « Il en résulte que l'offre de soins psychiatriques et l'offre de soins psychologiques en viennent parfois à se contredire »<sup>118</sup> pour des raisons de pertinence de la politique de prescription de médicaments psychotropes et/ou de traitements de substitution. En effet, le psychiatre aura davantage tendance à administrer des médicaments pour gérer l'anxiété, les crises et/ou les insomnies des mineurs durant un sevrage compliqué alors que, le psychologue aura plus tendance à favoriser un espace de parole plus fréquent et sera moins favorable aux médicaments de substitution.

En outre, c'est le psychologue qui va faire le lien entre le patient et les infirmiers, notamment si ces derniers sont chargés d'apporter aux jeunes incarcérés les médicaments de substitution. Si le psychologue s'est entretenu avec son patient dans la journée, il va pouvoir aiguiller les infirmiers sur l'état psychologique et émotionnel de leur patient. En EPM, cela est facilité car les psychologues se trouvent sur place quasiment toute la semaine alors que le psychiatre est présent qu'une journée, voire qu'une après-midi, par semaine. De plus, il n'effectue pas une véritable consultation : tout le travail a été fait en amont par les infirmiers.

À l'EPM de Laval, la psychologue dispose d'un bureau fixe au sein du bâtiment de l'UCSA et échange avec les infirmières. En revanche, le bureau de la psychologue PJJ se trouve dans les locaux du service éducatif - SE - et elle effectue les entretiens dans une salle de classe. De ce fait, les psychologues voient régulièrement les mineurs et entretiennent un lien que le psychiatre ne peut pas créer.

**Les directives divergentes des psychologues - UCSA et PJJ** - Que ce soit à l'EPM de Laval ou au QM de VLM, une psychologue PJJ vient couronner les équipes d'éducateurs. Leur travail est précieux puisqu'elles orientent à la fois, le SE, l'AP et l'équipe de professeurs sur les problématiques des jeunes incarcérés. C'est le seul professionnel qui réussit à relier l'univers médical aux autres personnels de la détention. Durant le parcours arrivant d'un nouveau détenu, l'AP et le SE sollicitent l'avis des psychologues PJJ concernant l'affectation du jeune à un groupe ou à une UV.

Cette coopération est due à la dualité de leur statut : à la fois psychologue et éducatrice. Ainsi, la psychologue de l'UCSA, n'ayant pas cette double casquette, n'est pas tenue d'informer les éducateurs, notamment, de l'accompagnement thérapeutique envisagé auprès d'un jeune détenu.

---

<sup>116</sup> BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique », *op. cit.*, p. 136.

<sup>117</sup> *Ibid.*, p. 137.

<sup>118</sup> *Ibid.*, p. 137.

Le dialogue se fait uniquement au sein des équipes médicales et le reste du personnel en demeure exclu.

La difficulté majeure s'aperçoit notamment lors des commissions pluridisciplinaires uniques ou des réunions entre les éducateurs et les professionnels médicaux lorsque l'échange est à sens unique : des éducateurs vers l'équipe de soins. De plus, chaque mineur, ayant un suivi psychologique, est affilié à l'une des deux psychologues - soit PJJ, soit UCS. Par conséquent, le personnel pénitentiaire aura plus de facilité à s'informer auprès de la psychologue PJJ : à connaître le jeune, ses pathologies et sa spécificité de suivi. Alors que, pour les jeunes affiliés à la psychologue UCSA, les professionnels auront peu d'informations.

En dépit d'une prise en charge multilatérale de l'équipe de soin, les difficultés résident dans la collaboration entre cette multitude de professionnels qui œuvrent vers un même objectif : rendre efficace la prise en charge des conduites addictives des jeunes détenus.

### *Paragraphe 2 : L'efficacité douteuse de la prise en charge.*

Les enjeux liés à la gestion des relations professionnelles en détention pour mineurs ont un impact sur l'efficacité de l'accompagnement thérapeutique des jeunes détenus. Il est vrai que la primauté du secret médical face au principe secret partagé (A) entrave l'efficacité de la prise en charge des mineurs (B).

#### A. LA PRIMAUTÉ DU SECRET MÉDICAL FACE AU SECRET PARTAGÉ.

**Le socle juridique du secret partagé** - Le secret partagé est « l'autorisation de partager certaines informations couvertes par le secret professionnel »<sup>119</sup>. C'est la transmission d'informations confidentielles entre les professionnels. Le secret médical partagé et le secret social partagé sont tous deux prévus dans les textes de loi : le premier trouve son fondement à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique<sup>120</sup> et le second aux articles L. 121-6-2 et L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles - CASF<sup>121</sup>. Ce qui justifie le partage des informations à caractère secret, c'est à la fois « le renforcement du secret professionnel pour chacun des acteurs de ce partage et le souhait d'améliorer la prise en charge »<sup>122</sup>.

Au regard des mineurs, les articles L. 226-2-1 et L. 226-2-2 viennent encadrer le principe du secret partagé entre professionnels sociaux<sup>123</sup>. Les actions d'aide auprès de mineurs ne peuvent

---

<sup>119</sup> EGLIN Muriel, « Secret partagé en protection de l'enfance, Le point sur leur régime juridique depuis les deux lois du 5 mars 2007 » dans *Enfances & Psy* 2008/2 (n° 39), p. 70 (en ligne).

<sup>120</sup> Voir annexe n°15.

<sup>121</sup> Voir annexe n°6.

<sup>122</sup> ECREMENT Dominique, « Secret médical partagé, secret social partagé : une possibilité ou une obligation ? », Dans *Vie sociale* 2007/3 (N° 3), p. 130 (en ligne).

<sup>123</sup> Voir annexe n°6, *op.cit.*

être lancées que si les informations partagées sont « strictement limitées à ce qui est nécessaire à l’accomplissement de la mission de la protection de l’enfance »<sup>124</sup>.

**L’intérêt supérieur de l’enfant** - La notion de protection de l’enfance renvoie systématiquement à l’intérêt supérieur de l’enfant. L’introduction de ce principe est tirée de la Convention internationale des droits de l’enfant du 20 novembre 1989. Il a été par la suite introduit à l’article 375-1 du Code civil par la loi du 2 janvier 2004 relative à l’accueil et à la protection de l’enfance<sup>125</sup>, et selon laquelle toute décision du juge des enfants se prononçant en matière d’assistance éducative, doit être prise « en stricte considération de l’intérêt de l’enfant »<sup>126</sup>. L’article L. 112-4 du CASF le définit comme « la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits »<sup>127</sup>.

**Le secret partagé encore ignoré** - Il est vrai que le secret professionnel « garantit la relation de confiance qui permet à l’assistante sociale, au médecin ou à l’avocat d’apporter l’aide escomptée et ainsi d’assurer sa mission de protection, de soin ou de conseil »<sup>128</sup>. Néanmoins, le partage d’informations est nécessaire dans le cadre de la protection de l’enfance « pour apporter une aide efficace, pour permettre aux autres professionnels auxquels on réfère une situation d’intervenir, ou tout simplement pour éviter aux familles d’avoir à répéter moult fois leur histoire, ce qui ne manque pas de provoquer un sentiment de solitude et une perte de confiance »<sup>129</sup>. Le secret partagé n’englobe que les informations nécessaires pour faire avancer le suivi et non pas pour toutes les informations privées de la personne.

Le secret professionnel, en l’occurrence médical, et le secret partagé demeurent aujourd’hui encore en conflits, malgré les lignes directrices énoncées par les différents textes de loi. Toute la problématique réside dans le fait de savoir où se trouve le juste milieu, c’est-à-dire, la frontière entre ces deux principes. En dépit du cadre juridique de plus en plus précis, la pratique fait que chaque professionnel jauge à sa façon : en fonction de sa personnalité ou de son ressenti, de sa posture professionnelle et des engagements qu’il a pris.

Ainsi, l’équipe médicale semble avoir une grande réticence à se livrer au partage d’informations sur le suivi thérapeutique. L’univers médical étant le plus confronté au respect du secret professionnel, il n’est pas évident de déconstruire une pratique ancrée sur plusieurs dizaines - voire centaines - d’années. Cependant, leur rigidité empêche une coopération pouvant renforcer l’efficacité de la prise en charge des mineurs.

---

<sup>124</sup> ECREMENT Dominique, « Secret médical partagé, secret social partagé : une possibilité ou une obligation ? », *op. cit.*, p. 135.

<sup>125</sup> Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance.

<sup>126</sup> Voir annexe n°7.

<sup>127</sup> Voir annexe n°6, *op. cit.*

<sup>128</sup> EGLIN Muriel, « Secret partagé en protection de l’enfance, Le point sur leur régime juridique depuis les deux lois du 5 mars 2007 » *op.cit.*, p. 65.

<sup>129</sup> *Ibid.*, p. 70.

## B. LES CONSÉQUENCES PRÉJUDICIALES SUR LA PRISE EN CHARGE.

### *1. Une prise en charge décousue.*

**Des efforts inefficaces** - La difficulté pour les professionnels médicaux de coopérer en partageant des informations sur leurs jeunes patients empêche la construction d'une prise en charge linéaire, cohérente et étoffée du mineur. La qualité des relations entre les différentes catégories de personnel pénitentiaire et/ou sanitaire, ainsi que la diversité des modalités de prise en charge des conduites addictives jouent sur l'effectivité de la prise en charge. Indépendamment de l'investissement professionnel - voire personnel - de chaque membre de l'équipe pénitentiaire, le manque de collaboration et de dialogue entre eux empêchent l'obtention de résultats satisfaisants.

**Des patients découragés** - Lorsque l'information se transmet entre les professionnels, le suivi sera plus rapide et plus efficace : éviter de réabonner certains sujets avec les jeunes, continuer le travail qu'a été fait par un collègue en amont, plutôt que de tout reprendre à zero. Le jeune détenu aura aussi l'impression de se répéter, de tourner en rond et il pourrait se lasser de discuter avec les professionnels.

### *2. Les conséquences pratiques sur les jeunes détenus.*

**Le particularisme des surveillants en détention pour mineurs** - Les difficultés majeures liées à l'absence de communication entre professionnels impactent principalement le personnel de surveillance. En effet, les surveillants se trouvent en première ligne face aux mineurs. À l'EPM de Lavour, il y a une équipe d'environ trois surveillants par UV qui se relayent : il faut au moins un surveillant par jour par UV. C'est le même principe en QM : la brigade des mineurs est composée de cinq surveillants dont deux d'entre-eux doivent être présents chaque jour. Puisqu'ils sont toujours affectés au même bâtiment, les surveillants tissent un lien avec les jeunes incarcérés.

Les surveillants rencontrés à l'EPM et au QM se considèrent comme des « éducateurs sécuritaires ». En effet, malgré le binôme « éducateur-surveillant »<sup>130</sup> présent dans les EPM, les surveillants en détention pour mineurs participent à la prise en charge éducative de jeunes et ce, notamment en QM lorsque la présence des éducateurs se fait plus ponctuelle. Cette relation entre surveillants et jeunes détenus est donc primordiale dans la prise en charge du mineur, mais également, dans le bon fonctionnement de la vie carcérale de façon générale. Il est nécessaire pour le personnel de surveillance de connaître les jeunes qu'ils côtoient au quotidien. Spécialement, concernant les prises de médicaments lourds : c'est l'exemple parfait qui prouve le degré d'impact sur tout le personnel pénitentiaire.

Pour reprendre l'histoire du mineur C, suite aux visites médicales réalisées durant son parcours arrivant - psychologue, médecin, infirmière, il s'est avéré qu'il était polyaddict - cannabis, tabac, médicaments et autres. Sa consommation de cannabis s'élevait à vingt joints par jours en moyenne - ajoutée à des médicaments comme la prégabaline. Le médecin et le psychiatre lui ont prescrit un traitement, composé en partie de somnifères pour pallier son insomnie chronique. Le jeune homme avait des difficultés à se réveiller le matin et à effectuer les activités programmées pour sa journée.

---

<sup>130</sup> Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.

Dans ce contexte, le personnel de surveillance et les professeurs ont vite pris connaissance des pathologies de ce mineur, car la psychologue PJJ a pu leur en parler dans la mesure où elle a pu s'entretenir plusieurs fois avec le mineur. Dans le cas contraire, lorsque l'information concernant le traitement médical n'a pas été partagée, des altercations peuvent avoir lieu. Il est possible qu'un surveillant s'énerve contre un mineur qui n'arrive pas à se lever le matin ou bien, un professeur qui voit son élève dormir sur la table prendrait cela pour de l'irrespect.

**La surveillance particulière des jeunes présentant des troubles mentaux** - Un autre exemple est celui des mineurs ayant des troubles psychiatriques. Ces derniers subissent des variations d'humeur importantes et nécessitent d'une attention particulière. En effet, le mineur pourrait être agressif voir violent envers soit même et/ou les autres. Il est donc primordial pour le surveillant et l'éducateur, étant le personnel le plus en contact avec les mineurs incarcérés, d'en être conscients lors de l'ouverture des cellule, des repas, des promenades, des entretiens, *etc.* De plus, lorsqu'un mineur est en situation de vulnérabilité et qu'il se blesse volontairement, c'est l'AP qui sera responsable de ce dommage.

**La position délicate des éducateurs censés faire le lien avec l'extérieur** - Le SE est le lien direct entre la détention et la famille, les parents les sollicitent souvent concernant la prise en charge médicale de leurs enfants. Il arrive que les éducateurs n'aient pas de retour de l'US et par conséquence, ils ne peuvent pas informer les parents quant au suivi thérapeutique - ce qui pose des difficultés au niveau de l'autorité parentale<sup>131</sup>. Souvent c'est le jeune qui partage son suivi avec la PJJ. De plus, lorsque le personnel sanitaire est sollicité par les éducateurs pour transmettre une information, il refuse de la livrer en faisant agir le secret médical - jugeant que c'est aux parents de savoir directement. Le problème étant que l'US ne communique que très rarement avec les familles, l'information peine donc à arriver aux intéressés.

Les interventions du personnel pénitentiaire « doivent être envisagées de manière globale, incluant soins et prévention pour la dépendance tabagique, la consommation de cannabis mais aussi combinaison des interventions ciblant les troubles psychiatriques, la précarité sociale »<sup>132</sup>. En parallèle d'une pluridisciplinarité des suivis en détention, l'intervention de professionnels spécialisés semblent alors indispensable pour venir renforcer la prise en charge.

---

<sup>131</sup> Direction interrégionales de la protection de la jeunesse SUD et direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse de l'Hérault, *Compte rendu Commission d'Incarcération*, op. cit., p.10.

<sup>132</sup> MICHEL Laurent, « Usage de substances psychoactives en prison et risques associés », op. cit., p. 54.

## *Partie 2*

---

### La prise en charge ambivalente des conduites addictives des mineurs par les partenaires extérieurs.

Depuis une vingtaine d'années, et notamment suite à l'ouverture des EPM en France<sup>133</sup>, la volonté du législateur est celle d'étoffer la prise en charge spécialisée des mineurs incarcérés. L'objectif d'apporter davantage de réponses éducatives passe inévitablement par l'augmentation d'activités en détention. La sensibilisation aux conduites addictives fait partie intégrante de ce processus de développement. Pour ces raisons, des dispositifs extérieurs viennent s'incorporer au milieu carcéral pour soutenir les acteurs pénitentiaires dans le suivi des jeunes.

L'ambition de renforcer la prise en charge des conduites addictives des mineurs par la multiplication de moyens d'action (chapitre 1) est, toutefois, déstabilisée par la difficulté de prolonger les soins des jeunes une fois à l'extérieur du milieu carcéral (chapitre 2).

#### Chapitre 1 : La tentative d'une prise en charge renforcée par la multiplication de moyens d'action.

Afin de maximiser l'efficacité de la prise en charge des conduites addictives des mineurs en milieu carcéral, des moyens d'action extérieurs et spécifiques viennent apporter leur aide au personnel pénitentiaire. « Le principe d'un accompagnement spécifique – de type médico-social – des conduites toxicomaniaques en milieu pénitentiaire remonte au milieu des années 1980 »<sup>134</sup>. Une prise en charge des détenus toxicomaniaques en milieu carcéral s'est instaurée à partir de 1985<sup>135</sup>.

La détention étant « le moment d'un indispensable bilan psycho-socioéducatif »<sup>136</sup>, notamment pour les jeunes détenus, l'intervention de spécialistes en addictologie est primordiale pour une prise en charge effective sur le long terme. Dans l'intention d'améliorer le suivi socio-médical des mineurs, les intervenants extérieurs offrent une prise en charge à la fois collective, sensibilisant les jeunes à la prévention des risques liés aux consommations, (S1) et individuelle, lorsque l'un d'eux requiert un suivi renforcé dû à des soins pénalement ordonnés (S2).

#### **Section 1 : La prévention collective sur la prise de risque des consommations.**

L'enjeu est ici de prévenir la jeunesse sur les risques et les dommages liés à leurs consommations. Le particularisme de cet accompagnement, au carrefour entre le milieu social et sanitaire, doit s'adapter aux exigences de la détention. De ce fait, il s'agit donc de concilier le

---

<sup>133</sup> Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, *op. cit.*

<sup>134</sup> BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique » *op. cit.*, p. 114.

<sup>135</sup> La création des antennes toxicomanie est préconisée dès 1985 par le président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT).

<sup>136</sup> BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique » *op. cit.*, p. 115.

suivi proposé à l'extérieur avec les enjeux du milieu carcéral (§1). De plus, la multiplication des activités proposées par les partenaires extérieurs n'empêche pas de douter quant à la qualité de la prise en charge (§2).

Paragraphe 1 : La conciliation délicate entre soins promulgués à l'extérieur et en milieu carcéral.

L'accompagnement médico-social des détenus mineurs en proie à des conduites addictives passe nécessairement par la prévention et la réduction des risques liées aux pratiques addictives (A). Cependant, la logique pénitentiaire sécuritaire vient freiner la pertinence des objectifs de soins mis en place (B).

A. LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES LIÉES AUX PRATIQUES ADDICTIVES CHEZ LES MINEURS.

**L'influence de l'addictologie** - L'addictologie est une spécialité médicale dont l'objet d'étude porte sur l'analyse des comportements addictifs et les risques découlant de ceux-ci. « La réduction des risques et des dommages vise à prévenir les problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de substances psychoactives et proposer des solutions adaptées aux pratiques de consommation des individus »<sup>137</sup>. En effet, l'addictologie ne se fonde pas sur ce qui est « bien » et ce qui est « mal », le travail se focalise sur la prévention : travailler le message par les pairs, réfléchir sur le sujet de l'addiction, comprendre le rôle des conduites addictives dans une vie, *etc.*

**Un travail sur les raisons des conduites addictives** - Avant de gérer les conduites addictives, il faut prendre conscience des besoins et des manques que la dépendance au produit cherche à combler. Le travail s'effectuera par la suite sur : comment venir en aide aux jeunes dépendants, comment les soutenir dans leur parcours addictif<sup>138</sup>, sur quoi il faut travailler pour les éclairer sur leurs consommations, le mettre en garde sur sa consommation une fois à l'extérieur.

L'objectif est de conscientiser les raisons - souvent inconscientes - qui ont poussé à la consommation, il s'agit d'étudier les problèmes de fond pour traiter la conduite addictive par la suite. Souvent, le produit est choisi inconsciemment pour régler un mal-être personnel qui s'inscrit dans une histoire familiale (*cf supra*).

L'Association Addiction France établit des objectifs opérationnels dans la prise en charge des jeunes touchés par les conduites addictives au sein des EPM : « sensibiliser les jeunes concernant les conduites addictives et le mécanisme de l'addiction ; développer les connaissances des jeunes sur les risques, les moyens de prévention et de réduction des risques ; renforcer les compétences psychosociales des jeunes : estime de soi, gestion des émotions, résistance à la pression du groupe

---

<sup>137</sup> Association addiction France, *La réduction des risques et des dommages*, (en ligne).

<sup>138</sup> Le parcours addictif est le parcours de soins proposé par les professionnels. Il doit être adapté aux besoins de la personne, construit avec elle et l'ensemble des partenaires.

; améliorer les connaissances des jeunes sur les lieux ressources, les sites d'accueil et de prise en charge - lieux, horaires, missions - et en permettre l'accès via des consultations avancées »<sup>139</sup>.

**Un travail sur la prise de risque matérielle de la consommation** - La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit dans son article 41 que « la politique de réduction des risques et des dommages inclut les personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral »<sup>140</sup>. Cette loi, luttant contre les risques matériels liés à la consommations de drogues, préconise la mise à disposition par l'équipe de soin de matériel stérilisé et contrôlé. La consommation de cannabis est moins touchée par ce principe, néanmoins la logique reste la même.

En effet, la psychologue PJJ de Lavour met en évidence l'importance d'éveiller les jeunes sur les risques de leurs consommations à l'extérieur. Le but de l'intervention étant de leur faire comprendre les risques plutôt que de préconiser l'arrêt total de leurs consommations. Elle indique à ses patients d'éviter de consommer seul ; de privilégier une consommation avec quelqu'un de confiance pour que cette personne puisse réagir en cas de besoin.

## B. LA RÉDUCTION DES RISQUES FREINÉE PAR LA LOGIQUE PÉNITENTIAIRE.

**Des propositions innovantes** - Suivant la logique de la loi de 2016<sup>141</sup>, une solution pourrait être celle de légitimer le tabac en détention de façon encadrée. Cela se matérialiserait par des temps impartis durant lesquels les jeunes ont le droit de fumer. Cette proposition pourrait être envisageable, mais que dans le cadre d'une consommation de cigarettes dans la mesure où le consommation de cannabis comme psychotrope demeure illégale en France. De ce fait, « la gymnastique conceptuelle nécessaire pour concilier pénalisation de l'usage simple de drogues illicites et accompagnement pragmatique des pratiques d'usage pour en réduire les risques, reste difficile en prison »<sup>142</sup>.

**Une logique sécuritaire stricte** - « Les tensions entre la logique sanitaire et la logique pénitentiaire rendent complexe l'application des recommandations internationales pour la mise en place d'une politique de réduction des risques »<sup>143</sup>. En effet, l'usage de substances en prison semble impensable pour des raisons à la fois légales et sécuritaires. De plus, la difficulté avec ce type d'activités proposées - fumer des cigarettes dans un temps déterminé - est que les jeunes pourraient voler le matériel ou bien, en demander toujours plus ; ce qui perturberait davantage le fonctionnement de la détention.

---

<sup>139</sup> Association addiction France, Projet « prévenir et réduire les risques liés aux pratiques addictives auprès des personnes sous-main de justice », Contenu prévisionnel des séances de groupe jeunes - SEEPM, 2022.

<sup>140</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>141</sup> *Ibid.*

<sup>142</sup> MICHEL Laurent, « Usage de substances psychoactives en prison et risques associés », Bull. Acad. Natle Méd., 2018, 202, n° 1-2, 53-65, séance du 16 janvier 2018, p. 53 à 65.

<sup>143</sup> « L'OMS préconise un principe d'équivalence pour la prévention et les soins entre l'univers carcéral et le milieu libre (WHO, 1993) » PROTAIS Caroline, MOREL D'ARLEUX Julien, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Usage de drogues en prison, Pratiques, conséquences et réponses », *op. cit.*, p. 23.

Les partenaires extérieures tentent de mener un accompagnement spécifique au sein de la détention. Leur but est celui d'offrir une complémentarité aux suivis médicaux, éducatifs et psychologiques offerts en prison. Toutefois, la multiplication des activités proposées ne révèle pas systématiquement d'une bonne qualité de suivi.

*Paragraphe 2 : L'expansion douteuse de la prise en charge des mineurs par les partenaires extérieurs.*

Les intervenants extérieurs déploient différents moyens d'action afin d'apporter une réponse satisfaisante aux conduites addictives des jeunes incarcérés. Comme de nombreux dispositifs mis en place, les propositions présentées par les intervenants peuvent rencontrer des failles. De telle manière, l'on observe l'intensification d'ateliers collectifs mis en place en milieu carcéral (A) qui, cependant, présentent des obstacles affectant l'efficacité de la prise en charge (B).

A. LES ATELIERS COLLECTIFS MIS EN PLACE AU SEIN DU MILIEU CARCÉRAL POUR MINEURS.

**L'Association Addictions France** - Fondée en 1872, l'Association Addiction France est reconnue d'utilité publique et agréée d'éducation populaire<sup>144</sup>. Elle s'occupe de « la prévention aux soins, du travail social à la réduction des risques » des conduites addictives. Cette association gère différents types de structures, notamment les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie - CSAPA - et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues - CAARUD. Ce dernier délivre « du matériel de réduction des risques et en orientant les personnes dans leurs démarches d'accès aux droits »<sup>145</sup>.

Les CSAPA s'adressent, quant à eux, aux personnes « en proie à des conduites addictives, qu'il s'agisse de substances licites - y compris le tabac et les médicaments détournés de leur usage - ou illicites, ainsi qu'aux personnes présentant des addictions sans substance - jeu pathologique - et à leur entourage »<sup>146</sup>. Le CSAPA est représenté par une équipe pluridisciplinaire de professionnels : psychologues, médecins, sociologues, infirmiers, psychiatres. C'est un centre où la prise en charge est gratuite et anonyme, pour les majeurs et les mineurs. Certains CSAPA sont en lien avec des établissements pénitentiaires ; ils « ont la charge du repérage, de l'évaluation et de la prise en charge des conduites addictives, mais aussi de la prévention et de l'éducation sanitaire »<sup>147</sup> au sein du milieu carcéral. Ils n'ont pas vocation à se substituer à l'US ou aux SPIP mais, « bien au contraire, à garantir la cohérence d'ensemble des actions entreprises tout en offrant un temps d'écoute - et de suivi - supplémentaire »<sup>148</sup>.

---

<sup>144</sup> Association addiction France, *Qui sommes nous ?*, (en ligne).

<sup>145</sup> Association addiction France, *Qui sommes nous ?*, op. cit.

<sup>146</sup> BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique » *op. cit.*, p. 118.

<sup>147</sup> MICHEL Laurent, « Usage de substances psychoactives en prison et risques associés », 2018, *op. cit.*, p. 60.

<sup>148</sup> BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique » *op. cit.*, p. 115.

**Les ateliers collectifs pour échanger sur les addictions**<sup>149</sup> - L'Association Addictions France met en œuvre des séances collectives à destination des mineurs détenus à l'EPM de Lavaur<sup>150</sup> dans le but d'améliorer la prise en charge en addictologie des publics sous main de justice<sup>151</sup>. L'Association Addiction France organise quatre séances autour de thèmes différents : les conduites addictives, qui est la séance d'introduction et de présentation ; les compétences psychosociales, prises de risques et bien-être ; les informations sur les produits et la réduction des risques, avec des jeux sur la classification des produits et des débats ; l'identification des ressources et alternatives à la consommation avec à la fin un bilan oral et global du projet avec l'éducateur PJJ.

Ces séances durent une heure trente et sont prévues de façon rapprochées afin de créer du lien entre les jeunes et les intervenants. Le groupe est constitué de 3 à 8 personnes maximum pour favoriser les échanges, c'est généralement la PJJ qui oriente les mineurs sur ce type d'activité. Le mineur B a pu débiter ses séances lors de son parcours en détention et semblait plutôt à l'aise avec le sujet. Toutefois, au fil des ateliers, il avait de plus en plus de mal à s'intégrer au groupe et à prendre la parole. Des entretiens individuels ont été préconisés par les éducateurs de la PJJ, il n'a donc pas pu finir son parcours collectif.

**L'activité « ZINC »** - L'AMT arc-en-ciel de Montpellier<sup>152</sup>, en lien avec le CSAPA, organise des activités de groupe. Il y a une quinzaine d'années, l'AMT arc-en-ciel a créé le « ZINC » afin d'accompagner les jeunes entre 12 et 25 ans, ainsi que les parents, à gérer leur conduite addictive. L'objectif est de proposer des activités ludiques permettant d'échanger sur les conduites à risque. Il œuvre ainsi à la fois sur un volet préventif et sur un volet de soins. Ce qui est proposé aux mineurs au QM de VLM peut être par exemple un jeu de cartes en petits groupes de 2 ou 3 jeunes avec des débats. Le ZINC intervient tous les mercredis après-midi et effectue deux séances d'une heure et demie environ. Lors d'une séance, l'animatrice proposait le jeu nommé « bar des mirages ». Elle invitait les jeunes à choisir des pictogrammes qui pouvaient décrire leur soirée idéale. Parfois, le jeune peut se montrer bavard et d'autres fois, il peut ne pas être collaboratif. Ensuite, un échange est prévu au sujet des addictions en réponse aux cartes choisies.

**La prévention par le service sanitaire** - Le service sanitaire souhaite que toute personne de santé se rapproche du public. C'est pourquoi la faculté de médecine ou l'Institut de formation en soins infirmiers - IFSI - de Montpellier a mis en place l'activité « Addict'o Game » à réaliser en détention. La professeure<sup>153</sup>, en lien avec les deux infirmières proposant l'activité, est chargée d'organiser les activités au QM de VLM. Elles prévoient ensemble deux interventions pour les mineurs chaque année. « Addict'o Game » se présente comme un jeu de cartes avec des questions. Les cartes sont regroupées par thèmes : les conduites addictives en général, les jeux vidéo, l'alcool, le tabac et cannabis. Les questions pouvant être des vrai ou faux : « mes amis peuvent

---

<sup>149</sup> Voir annexe n°8.

<sup>150</sup> Voir annexe n°9.

<sup>151</sup> Voir annexe n°10.

<sup>152</sup> Voir annexe n°11.

<sup>153</sup> Sonia M., professeure au QM de VLM.

avoir une influence sur ce que je consomme » , « je peux être addict à certains médicaments » ; ou bien, des idées de discussion : « pourquoi arrêter la cigarette ? », « pensez-vous que tout peut provoquer une addiction ? ».

## B. LES OBSTACLES À UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE.

**Le manque de moyen** - Le développement de nombreuses activités semble ne pas aller de pairs avec la qualité du suivi proposé. « La prise en charge des conduites addictives souffre d'une insuffisance de moyens, trop confinée à des professionnels insuffisamment formés et confrontés à un nombre considérable de tâches, souvent prioritaires »<sup>154</sup>. En effet, par manque de personnel formé en addictologie, la promesse d'une spécificité du suivi n'est pas toujours respectée. Pour pallier cela, l'Association Addiction France propose un programme de formation<sup>155</sup> visant notamment la PJJ dont l'objectif est celui d'améliorer la prise en charge en addictologie des publics sous main de justice. Néanmoins, il arrive que les éducateurs ne se mobilisent pas toujours pour réaliser ce type de formation, malgré les recommandations des responsables d'unités ou des directeurs. Il est de même pour les accompagnements aux pratiques professionnelles : « la présence des professionnelles n'est pas obligatoire, seuls les professionnels qui le souhaite peuvent se positionner sur ce groupe »<sup>156</sup>.

Ainsi, il est difficile de trouver un spécialiste en addictologie. Dans les activités proposées en milieu carcéral, les ateliers collectifs prévus pour échanger sur les addictions ne sont pas toujours animés par un spécialiste. En effet, lors de l'organisation de cet atelier, l'Association Addiction France n'était pas certaine de pouvoir assurer la présence d'un spécialiste, ce dernier n'étant pas disponible pour se rendre aux séances. Ceci minimise l'efficacité de la prise en charge.

**L'exigence d'une prise en charge combinée** - « Appliqué à la prison et à la population hautement vulnérable qui s'y trouve, le principe d'une intervention combinée doit associer au traitement des addictions - incluant tabac et cannabis - soins psychiatriques, mesures de réinsertion sociale et bien entendu amélioration indispensable des conditions de détention »<sup>157</sup>. Il est vrai que « seule la combinaison des interventions a montré son efficacité en termes de soins et de réduction des risques »<sup>158</sup>. Les difficultés rencontrées dans le milieu carcéral - englobant la surpopulation carcérale, les mauvaises conditions d'hygiène, l'enfermement, *etc* - ainsi que la difficulté d'allier logique pénitentiaire et sanitaire fait que, aujourd'hui encore, l'efficacité de la prise en charge des conduites addictives reste limitée. De plus, les séances proposées par les intervenants extérieurs ne semblent pas avoir une continuité en détention. Il y a un réel cloisonnement dans la mesure où parfois, il n'y a pas de compte rendu ni individuel du mineur, ni général de la séance. Avec le ZINC, par exemple, les professionnels ont à peine le temps de croiser les éducateurs PJJ et ne parlent pas forcément de la séance. Même si le travail proposé par

---

<sup>154</sup> MICHEL Laurent, « Usage de substances psychoactives en prison et risques associés », 2018, *op. cit.*, p. 60.

<sup>155</sup> Voir annexe n°12.

<sup>156</sup> Voir annexe n°9, *op. cit.*

<sup>157</sup> MICHEL Laurent, « Usage de substances psychoactives en prison et risques associés », 2018, *op. cit.*, p. 62.

<sup>158</sup> *Ibid.*, p. 62.

les spécialistes est construit avec soin, le manque d'échange et d'entraide entre les équipes engendre une efficacité du suivi moins performante.

Une réelle prise en charge pluridisciplinaire et combinée est nécessaire pour un accompagnement efficace des conduites addictives des mineurs et ce, notamment lorsque le jeune a besoin d'un suivi renforcé.

## **Section 2 : Le suivi individuel renforcé à la suite de soins pénalement ordonnés.**

Le suivi individuel renforcé est prévu lorsque les ateliers collectifs de sensibilisation à l'addiction sont jugés insuffisants pour le mineur. Des entretiens individuels sont alors mis en place par les partenaires extérieurs spécialisés comme l'Association régionale de prévention et d'aide face aux dépendances et aux exclusions (§2), notamment lorsque le mineur fait l'objet d'un soin ordonné par le juge des enfants (§1).

### *Paragraphe 1: La prise en charge des conduites addictives demandée par le juge.*

Dans certains cas, un suivi individualisé est nécessaire afin de renforcer la prise en charge des conduites addictives en détention. Il convient alors de distinguer les cas où le juge prévoit une prise en charge distincte des autres soins : l'obligation de soins (A) et l'injonction de soins (B).

#### **A. LE PRONONCÉ D'UNE OBLIGATION DE SOINS.**

**Le cadre juridique** - L'obligation de soins<sup>159</sup> est prévue à l'occasion de la commission de tout type de délit ou de crime, dès lors que le juge estime que la personne a besoin de soins. Celle-ci s'applique aux mineurs à partir de l'âge de 13 ans dans 3 différents cas. Tout d'abord, elle peut être décidée avant le jugement, « dans le cadre d'un contrôle judiciaire : si le mineur ne respecte pas les obligations qui lui sont imposées, il peut être incarcéré sur décision du juge des libertés et de la détention »<sup>160</sup>. Ensuite, l'obligation de soins peut être ordonnée au moment de la condamnation, « lorsque le tribunal pour enfants décide de prononcer une mise à l'épreuve ou d'aménager spécialement une peine d'emprisonnement ferme »<sup>161</sup>. Enfin, elle peut être prévue après une condamnation à une peine d'emprisonnement ferme, où le juge « peut décider par exemple d'une libération conditionnelle, libération anticipée accompagnée de l'obligation de respecter certaines obligations, notamment celle de soin »<sup>162</sup>.

---

<sup>159</sup> Voir annexe n°14.

<sup>160</sup> EGLIN Muriel, « Secret partagé en protection de l'enfance », Le point sur leur régime juridique depuis les deux lois du 5 mars 2007 » dans *Enfances & Psy* 2008/2 (n° 39), p. 123 (en ligne).

<sup>161</sup> EGLIN Muriel, « Secret partagé en protection de l'enfance », *op. cit.*, p. 124.

<sup>162</sup> *Ibid.*, p. 124.

**La mise en place au sein de la détention** - L'équipe d'éducateurs assure « l'accompagnement du jeune pour l'aider à respecter les obligations qui lui sont imposées. Ces services sont alors chargés d'une triple mission de contrôle, de soutien du mineur et d'information du juge, afin que ce dernier puisse constamment adapter sa décision à la situation du mineur »<sup>163</sup>. Elle oriente le mineur vers un suivi, l'incite à discuter et à travailler sur cette obligation.

L'obligation de soins pour un mineur délinquant peut être « prononcée à l'occasion d'une agression sexuelle, mais aussi de délits commis sous l'emprise d'un état alcoolique »<sup>164</sup> ou sous l'emprise de substances psychoactives. En effet, le mineur B a fait l'objet d'une obligation de soins lors de sa détention - à cause de sa conduite sous l'emprise de stupéfiants. Il a commencé un suivi par l' Association régionale de prévention et d'aide face aux dépendances et aux exclusions - ARPADE - qui a duré plusieurs séances.

## B. LE PRONONCÉ D'UNE INJONCTION DE SOINS DANS LE CADRE D'UN SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE.

**Le cadre juridique** - Lorsque les faits qu'ils ont commis sont liés à une maladie psychiatrique ou à des troubles de la personnalité, une injonction de soins<sup>165</sup> dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire peut être prononcée dans l'espoir que le jeune parviendra « à constituer ou reconstituer les barrières nécessaires pour prévenir un nouveau passage à l'acte, et qu'ils retrouveront leur place dans le tissu social »<sup>166</sup>. Le suivi socio-judiciaire est une nouvelle peine créée par la loi du 17 juin 1998<sup>167</sup> relative aux infractions sexuelles et à la protection des mineurs. « Le condamné, mineur ou adulte, est placé sous la surveillance de la justice pendant une durée déterminée par le tribunal, qui peut aller jusqu'à 20 ou 30 ans, voire dans certains cas exceptionnels, être sans limitation de durée »<sup>168</sup>. La particularité de ce soin pénalement ordonné est que l'irrespect de ses obligations et interdictions entraîne la constitution d'une infraction<sup>169</sup>.

L'injonction de soins « ne pourra être prononcée que si une expertise médicale préalable établit que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement »<sup>170</sup>. De plus, la loi prévoit l'intervention d'un médecin coordonnateur<sup>171</sup> qui est « l'interface entre la justice, qui décide de l'obligation et contrôle son respect, et le médecin traitant qui décide des soins »<sup>172</sup>.

---

<sup>163</sup> EGLIN Muriel, « Secret partagé en protection de l'enfance », *op. cit.*, p. 124.

<sup>164</sup> *Ibid.*, p. 125.

<sup>165</sup> Voir annexe n°14, *op. cit.*

<sup>166</sup> EGLIN Muriel, « Secret partagé en protection de l'enfance », *op. cit.*, p. 121.

<sup>167</sup> Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

<sup>168</sup> EGLIN Muriel, « Secret partagé en protection de l'enfance », *op. cit.*, p. 127.

<sup>169</sup> Article 131-36-1 du Code pénal.

<sup>170</sup> EGLIN Muriel, « Secret partagé en protection de l'enfance », *op. cit.*, p. 127.

<sup>171</sup> Le médecin coordonnateur est choisi à partir d'une liste de médecins spécialement formés, dressée localement par le procureur de la République et renouvelée tous les trois ans.

<sup>172</sup> EGLIN Muriel, « Secret partagé en protection de l'enfance », *op. cit.*, p. 127.

**La mise en place au sein de la détention** - Suite à l'expertise psychiatrique ordonnée par le juge des enfants, le mineur A a fait l'objet d'une injonction de soins en raison d'une part, de son contexte familial - il a subi des viols et des violences durant son enfance - et d'autre part, en considérant les faits commis - la tentative de meurtre d'une personne chargée d'une mission de service public, en l'occurrence son éducatrice. De l'expertise psychiatrique, il résulte que ce jeune est atteint de troubles graves de la personnalité de type borderline couplés à une dangerosité criminologique. Son immaturité psychiatrique engendre une intolérance à la frustration, des comportements enfantins et une victimisation permanente. Néanmoins, le juge a exclu que le mineur A était atteint de troubles psychiques durant les faits. C'est son impulsivité pathologique qui a entravé le contrôle de ses actes. De sa personnalité atypique découlent donc des fortes dépendances au cannabis et au tabac qui lui permettent de détendre son impulsivité chronique. L'ARPADE vient également proposer à ce jeune un suivi individuel adapté afin de compléter sa prise en charge psychiatrique.

Du fait de la vulnérabilité particulière de ses jeunes détenues, des intervenants comme l'ARPADE rentrent en jeu. Ceci permet de compléter le suivi psychologique et psychiatrique proposé en milieu carcéral.

### *Paragraphe 2: Les interventions individuelles de l'ARPADE.*

L'ARPADE, en lien avec le CSAPA, est une association qui accompagne « les personnes à retrouver une liberté de choix dans la recherche d'une indépendance de vie »<sup>173</sup>. Son champ d'action englobe le volet soins et préventions, d'une part, et le volet accueil, hébergement et prévention, de l'autre part. Concernant les mineurs, l'objectif de l'ARPADE est celui de « favoriser l'épanouissement des jeunes, pour leur permettre de faire des choix favorables à leur santé, en prévenant les conduites addictives et leurs conséquences »<sup>174</sup>. Pour cela, le milieu carcéral promeut une intervention multisectorielle et personnalisée du mineur en détention par ARPADE (A) alors même que cet accompagnement fait l'objet de quelques limites subtiles (B).

#### A. UNE INTERVENTION MULTISECTORIELLE ET PERSONNALISÉE.

**L'action de l'ARPADE en milieu carcéral** - L'ARPADE<sup>175</sup> regroupe des éducateurs spécialisés chargés de réaliser des entretiens individuels avec le mineur présentant des conduites addictives. C'est dans le cadre de l'EPM qu'a pu être observée la pratique de ses spécialistes. L'éducatrice spécialisée agit dans le cadre des soins pénalement ordonnés, mais elle peut également intervenir lorsque un mineur a une forte consommation de substances. Dans ce cas, les séances sont incitées par les éducateurs, mais ne sont pas obligatoires, donc ça peut être des séances ponctuelles comme dans le cas du mineur C. Dans le cas des soins pénalement ordonnés, les séances sont, par principe, obligatoires et fréquentes - à raison d'une fois par semaine. L'éducatrice délivre une

---

<sup>173</sup> ARPADE, *Histoire et projet associatif* (en ligne).

<sup>174</sup> ARPADE, Rapport d'activité, 2021, 90 p., (en ligne).

<sup>175</sup> L'association a pour objet : « la lutte contre toutes les addictions ; la lutte contre la précarité sociale ; la prévention ; l'insertion ou la réinsertion professionnelle et sociale, en particulier par l'accès à l'hébergement et au logement, ainsi qu'à la formation, la culture et le sport » (ARPADE, *Histoire et projet associatif, op. cit.*).

attestation lors de la séance permettant de prouver au juge la présence de celui-ci. L'éducatrice de l'ARPADE offre l'opportunité aux jeunes d'évoquer avec elle ce qui est tabou, pour leurs parents ou pour les éducateurs, dû à l'illégalité des produits consommés.

**Les objectifs de l'ARPADE lors des entretiens** - L'éducatrice présente au mineur le cadre de soins proposés et le rassure sur la confidentialité de leurs échanges. Elle demande si l'addiction est en lien avec l'incarcération - ce qui donne une idée sur le degré de consommation. Elle peut questionner aussi le jeune sur les motifs de son incarcération - à moins que le mineur souhaite éviter le sujet - car elle n'a pas le dossier pénal. En effet, elle se base uniquement sur ce que le mineur veut bien lui raconter. Les discussions peuvent donc tourner autour de la consommation, mais en fonction du lien tissé avec l'intervenant, le jeune peut se sentir libre de parler de tout ce dont il a envie. Ensuite, l'éducatrice essaye d'évoquer le degré de consommation à l'extérieur et le sevrage forcé auquel il a pu faire face. Pour cela, elle utilise une grille d'évaluation représentée par un triangle, les 3 côtés équilatéraux représentant le produit, le contexte et l'individu. Elle accorde une importance capitale au contexte de vie du mineur et tente d'apporter des réponses concrètes : la recherche d'un logement, le soutien émotionnel à l'extérieur, *etc.* Ses réponses varieront en fonction des moyens dont elle dispose.

L'éducatrice spécialisée analyse ce que provoque chez le mineur l'utilisation du tabac et/ou du cannabis et s'intéresse également à sa prise de substituts, en cas de sevrage compliqué, ou des traitements, en cas de troubles psychologiques. Elle fait le point sur les avantages et inconvénients de l'arrêt des consommations, notamment lorsque le mineur évoque le retour des rêves. Il est souvent observé qu'après une consommation très élevée de substances psychoactives, les jeunes ne font plus de rêves. En effet, ils cherchent un endormissement rapide pour échapper à leurs angoisses - c'est pourquoi la consommation du soir est la plus difficile à éliminer.

Elle offre également un travail sur la gestion des humeurs et l'estime de soi. Les consommations de substances étant souvent utilisées comme une décharge émotionnelle, l'objectif est ici de leur apprendre à gérer leurs émotions autrement que par la prise de substances - qui n'est qu'un facteur aggravant.

Pour les MNA, elle suggère un suivi complet pour les accompagner au mieux dans un sevrage complexe - dû aux substances inconnues dans les médicaments trouvés dans la rue. Avec le mineur C, elle travaille notamment sur les troubles psychiques - nés ou empirés - par la surconsommation de substances : ses insomnies chroniques et ses rêves revivant des moments traumatiques de son enfance, l'apparition de tics physiques, le fait d'entendre parfois des voix. Comme évoqué précédemment, ce suivi est proposé aux MNA ayant des facilités à parler le français - ce qui exclut une grande partie de ce public.

L'éducatrice vient éclairer les jeunes sur l'envie de consommer en expliquant que cette forte envie dure entre 2 et 3 minutes. Pour cette raison, elle les invite à réaliser un carnet de consommation où ils marquent leur première envie : à quelle heure, la raison, ce qu'ils ont ressenti, ce qu'ils ont mis en place pour lutter contre elle, si c'était compliqué à gérer, *etc.*

**La portée de la ritualisation chez les consommateurs** - L'ARPADE met l'accent sur le rôle de la ritualisation dans les conduites addictives du mineur. L'éducatrice explique que ce n'est pas qu'une dépendance aux effets du produit qui engendre uniquement l'addiction. Le moment de la

consommation prend une ampleur énorme sur la dépendance du jeune. En effet, il offre un instant de détente où ils trouvent le plaisir de préparer leur consommation : le fait de rouler leur joint ou leur cigarette, le temps de convivialité avec ses pairs, le geste de fumer. C'est le comportement qui les rend dépendants, car souvent ils ne savent même pas précisément ce qu'ils fument.

Il est vrai que le suivi de l'ARPADE installe un accompagnement individualisé et spécialisé en addictologie, fondamental pour les jeunes les plus fragiles. Malgré cela, l'ARPADE est victime d'une double difficulté extrinsèque.

#### B. LES LIMITES SUBTILES DE L'ARPADE.

**L'absence de la libre adhésion** - L'enjeu majeur pour l'association est de passer de l'obligation de soins à la libre adhésion. L'objectif est de faire prendre conscience aux jeunes les handicapés de la dépendance. Pour qu'une prise en charge soit efficace, il faut en premier lieu qu'elle soit voulue par l'intéressé. Souvent, les jeunes ne mesurent pas l'ampleur, ni de leurs consommations, ni des conséquences liées au non respect des soins pénalement ordonnés. Ils préfèrent faire des activités sportives plutôt que parler de leurs addictions - ou de parler tout court. Parfois, le lien entre l'intervenant et le jeune ne se crée pas ; c'est le cas avec le mineur B. Faisant l'objet d'une obligation de soins, les éducateurs l'ont orienté vers l'ARPADE. Ce dernier a effectué quelques séances mais ne souhaite plus les renouveler et ce, malgré les recommandations des éducateurs - permissions de sortie et réduction de peine. En revanche, le mineur A, soumis à une injonction de soins, semble favorable à la prise en charge de ses addictions et de ses maux par ARPADE. Toutefois, son enchantement est plutôt lié au fait de recevoir de l'attention de façon individuelle, ainsi que d'avoir un temps pour socialiser et pour sortir de sa cellule. Le travail sur ses addictions n'est qu'une problématique secondaire pour lui.

**L'absence de médiateurs** - L'ARPADE effectue un travail sans lien avec l'accompagnement réalisé en détention. En effet, les deux prises en charge, par le milieu médical et par le milieu spécialisé, sont indépendantes l'une de l'autre. L'AP ne dispose pas d'un médiateur faisant le lien entre l'accompagnement de l'ARPADE et le suivi psychologique ou psychiatrique. L'enjeu d'ARPADE est cantonné à l'heure de temps prévue lors des entretiens. Donc, il n'y a pas de continuité et de réelle coopération entre les équipes de soins.

L'amplification des moyens mis en œuvre pour pallier les conduites à risques n'est pas encore couronnée de succès. Le souhait des professionnels, internes comme externes, est certain, mais les résultats ne sont pas encore visibles. Les ajustements réalisés au fil des années sont encore en cours d'amélioration. Notamment, concernant la continuité des dispositifs de prise en charge.

## Chapitre 2 : La difficulté de prolonger les soins à l'extérieur du milieu carcéral.

En dépit du travail sur les conduites addictives des mineurs en détention, amplifié depuis quelques années, le succès de cet accompagnement ainsi que la poursuite de celui-ci à l'extérieur de la détention sont mis en échec par divers éléments. Il est vrai que toute l'efficacité de ce qui a été fait en détention réside dans le suivi post-peine. En effet, il est plus simple pour le mineur d'être accompagné au sein de la détention et ainsi, de faire des progrès. C'est à l'extérieur du milieu carcéral, lorsqu'il va être confronté à des choix, que l'accompagnement aura eu ou non l'efficacité escomptée.

De ce fait, la fracture observée entre les soins internes et externes en milieu carcéral (S1) et le manque de maturité des jeunes incarcérés faisant obstacle à l'efficacité de la prise en charge génèrent ainsi un bilan à demi-teinte (S2).

### **Section 1 : La fracture entre les soins internes et externes en milieu carcéral.**

Les professionnels, internes comme externes, viennent en aide aux mineurs pour les accompagner durant leur parcours de soins. Ils œuvrent pour maximiser l'efficacité du temps qui leur est mis à disposition. Généralement, ils ont un temps limité car, soit, la peine du jeune est courte, soit, il va bientôt passer chez les majeurs. Malgré le travail dévoué et qualitatif de la PJJ, de l'US et des autres partenaires spécialisés, les jeunes sont livrés à eux-mêmes à la fin de la détention. De plus, le suivi thérapeutique post-peine du mineur est un sujet peu abordé dans les textes.

La fracture entre les soins internes et externes à la détention se fait ressentir notamment à cause du manque de structures prenant pleinement en charge les mineurs (§1). En dépit de cette difficulté, les spécialistes, intervenant en détention, s'efforcent de proposer une continuité des suivis en dehors de la détention (§2).

#### *Paragraphe 1 : La carence de structures permettant une continuité de la prise en charge.*

La sortie de prison est l'un des contextes de prise en charge identifié comme étant le plus problématique<sup>176</sup>. Pour les jeunes détenus, les obstacles majeurs résident notamment dans la longévité des soins (A) et de la rareté des centres de désintoxication pour mineurs (B).

##### A. L'EXIGENCE D'UNE LONGÉVITÉ DES SOINS.

**La conscience d'un suivi sur le long terme** - Le chemin de prise de conscience et de guérison est un parcours qui prend du temps. L'éducatrice spécialisée de l'ARPADE révèle qu'en effet, pour certains jeunes, le sujet des addictions reste encore un sujet tabou. Ils s'inscrivent dans un déni de consommation et ne pensent pas avoir des problèmes à régler devant solliciter de l'aide extérieure. La prise de conscience sur ces consommations à risques ainsi que la volonté de s'en sortir

---

<sup>176</sup> OBRADOVIC Ivan, « Addiction en milieu carcéral », OFDT, Quatrième atelier de la pharmacodépendance, Biarritz, 2005.

traduisant une démarche longue. La moyenne d'âge des individus venant demander de l'aide aux CSAPA est de 40 ans. La reprise de consommation - elle n'évoque pas le terme de « rechutes » - fait, selon elle, partie intégrante du processus de soin.

**Les possibles rechutes ou les reprises de consommations** - « La rechute survient généralement quand un sujet addict, abstinent depuis un certain temps, se remet à consommer sur un modèle comportemental antérieurement connu (...), les fonctionnements et les circuits cérébraux vont se réactiver »<sup>177</sup>. En effet, le parcours de guérison passe parfois par des épisodes de rechutes et ce, indépendamment du degré de consommation du jeune. La rechute n'efface pas pour autant le travail réalisé en amont, elle « n'annule en rien ce qui a été entrepris lors d'une thérapie, elle fait inévitablement partie du processus de guérison »<sup>178</sup>.

## B. LA RARETÉ DES CENTRES DE DÉSINTOXICATION POUR MINEURS.

**Le traitement différentiel pour les mineurs** - Par le biais de l'ARPADE, le CSAPA propose aux majeurs un suivi thérapeutique à la sortie de leur incarcération. La rapport d'activité de 2022 énonce les cas où « une des personnes qui nous avait été orientées sur les temps de permanences, non rencontrée lors de sa détention, a su se saisir des informations en interne - avec les partenaires SPIP - et solliciter le CSAPA à sa sortie »<sup>179</sup>. Les mineurs sont habituellement évincés du suivi post-peine de manière automatique. En effet, les équipes professionnelles effectuent le relais des soins de l'intérieur de la détention vers l'extérieur - à la demande de l'intéressé - ce qui est moins fréquent chez les mineurs. Si le mineur, touché par des conduites addictives, souhaite continuer des soins à l'extérieur, les équipes de soins et les éducateurs le dirigent vers des centres : c'est à lui de faire les démarches. En sus, le CSAPA propose de nombreuses structures de soins pour les majeurs : les appartements thérapeutiques<sup>180</sup>, les communautés thérapeutiques<sup>181</sup> et les centres thérapeutiques résidentiels<sup>182</sup>. Ces structures résidentielles offrent une surveillance et un suivi accru à leurs patients hautement addicts partout en France. Cette possibilité de suivi intensif, mis en place par le CSAPA, est moins accessible aux mineurs.

---

<sup>177</sup> CHOQUET Luc-Henry, *Protéger la jeunesse contre l'usage et le trafic de drogues*, op. cit., p. 73.

<sup>178</sup> *Ibid.*, p. 73.

<sup>179</sup> ARPADE, *Rapport d'activité 2022*, p 22 (en ligne).

<sup>180</sup> « Les Appartements thérapeutiques sont des unités de soins rattachées aux CSAPA. Ils proposent un accompagnement durable et transdisciplinaire, dans le but de favoriser l'autonomie de la personne et restaurer ses liens socioprofessionnels. Ils visent son inscription sociale et le renforcement de son identité avant son entrée dans le droit commun. (...) Le suivi médical est assuré par le CSAPA (ambulatoire ou ville) et le soutien psychologique peut l'être au sein de l'appartement ». Fédération addiction, *Prévenir, Réduire les risques, Soigner, Annuaire des structures du soin résidentiel en addictologie*, 2024, p. 4-5, (en ligne).

<sup>181</sup> « Les CSAPA-Communautés thérapeutiques sont des lieux de soins et de réhabilitation sociale (35 personnes maximum) qui visent un travail sur soi via une dynamique communautaire permettant d'interroger ses consommations. La durée de séjour en CSAPA- Communautés thérapeutiques peut aller jusqu'à deux ans ». Fédération addiction, *Prévenir, Réduire les risques, Soigner, Annuaire des structures du soin résidentiel en addictologie*, op. cit., p. 28-29.

<sup>182</sup> « Les CSAPA-Centres thérapeutiques résidentiels sont des lieux de soins « mixtes » qui visent à un accompagnement global individualisé, dans une dynamique collective, au sein d'une petite unité (environ 15 personnes maximum). (...) La durée de séjour en CSAPA-Centres thérapeutiques résidentiels s'étend d'une courte durée (6 semaines – 2 mois) à un an, par modules ou séquentiels ». Fédération addiction, *Prévenir, Réduire les risques, Soigner, Annuaire des structures du soin résidentiel en addictologie*, op. cit., p. 38-39.

**Les centres thérapeutiques résidentiels pour mineurs** - Les rares centres thérapeutiques résidentiels de France pour les jeunes se trouvent à Lille et à Marseille. Les CSAPA accueillent en hébergements collectifs ou individualisés « des adolescents mineurs ou jeunes majeurs, de 14 à 23 ans, garçons ou filles, usagers de drogues, toxicomanes ou présentant d'autres formes de problématiques addictives, originaires de toutes régions françaises »<sup>183</sup>. Dans le cadre de ces structures, « les adolescents sont accueillis pour quelques semaines ou quelques mois - un an maximum - dans ce qui ressemble à une maison de famille. Ils ont chacun leur chambre, prennent leur repas en commun, participent aux activités proposées en lien avec leur parcours de soins »<sup>184</sup>. Les professionnels d'encadrement - des éducateurs, un médecin, un infirmier, un psychologue, des surveillants - privilégient des activités d'apprentissage en proposant des ateliers comme « des activités artistiques, le sport, les jeux de société ou le jardinage »<sup>185</sup>. Ils offrent un accompagnement au niveau médical, judiciaire, administratif et social. Ils incitent les jeunes à élaborer un projet de vie, social et professionnel, sans produit. Néanmoins, ces centres thérapeutiques résidentiels ont une capacité limitée : six places à Lille et dix places à Marseille.

Ainsi, les structures d'accueil des mineurs hautement addicts présentent une rareté hors-pair en matière de prise en charge. Pour ces motifs, les intervenants extérieurs tentent d'élargir leur prise charge en familiarisant les jeunes aux diverses associations à leur disposition.

### *Paragraphe 2*: Les nouvelles propositions de suivi étirées à l'extérieur de la détention.

Certains dispositifs mis en place en détention offrent la possibilité de continuer un suivi post-peine (A) ou bien, essaient d'orienter les jeunes à consulter des centres de prise en charge en addictologie (B).

#### A. LA POSSIBILITÉ D'UNE CONTINUITÉ DE SUIVI POST-PEINE.

**Les projets de l'ARPADE** - En dépit de son manque de personnel, l'ARPADE est venue en aide à la PJJ. En privilégiant « une réponse la plus rapide possible aux sollicitations des professionnels de la PJJ »<sup>186</sup>, l'ARPADE a mis de côté le projet d'investir « sur un travail d'accueil de ces jeunes »<sup>187</sup>. Néanmoins, son objectif est aujourd'hui celui de renforcer les interventions au sein de l'équipe d'éducateurs - milieu ouvert comme en milieu fermé - et de proposer un suivi encore plus spécialisé avec la création d'un binôme ; éducateur spécialisé et psychologue clinicien. Ces projets ont pu être observés à l'EPM de Laval où l'éducatrice spécialisée était présente une après-midi par semaine. De plus, son travail étant effectué de manière individualisée, elle a pu guider les jeunes vers les centres les plus adaptés pour leurs difficultés.

---

<sup>183</sup> Association Sauvegarde Nord, *Prélude – Centre Thérapeutique Résidentiel*, (en ligne).

<sup>184</sup> La voix du Nord, *Ils sont adolescents et se battent contre leurs addictions à Lille*, 2023 (en ligne).

<sup>185</sup> La voix du Nord, *Ils sont adolescents et se battent contre leurs addictions à Lille*, 2023, *op. cit.*

<sup>186</sup> ARPADE, *Rapport d'activité 2021*, *op cit.*, p. 42.

<sup>187</sup> *Ibid.*, p. 42.

**Les incitations d’Arc-en-ciel** - Les éducateurs spécialisés intervenant au QM de VLM pour l’association Arc-en-ciel viennent aussi exercer le rôle de médiateurs. À la suite des activités effectuées en détention, les éducateurs ciblent les mineurs les plus vulnérables pouvant faire l’objet d’un suivi extérieur. Ne disposant pas d’un temps illimité en détention, les intervenants tentent de sensibiliser les jeunes participants à poursuivre leur parcours de soins à l’extérieur de la détention. En revanche, rares sont ceux qui sollicitent l’association Arc-en-ciel à la fin de leur peine : certains jeunes ne sont pas originaires de Montpellier, donc ils ne pourront pas se rendre dans les locaux d’Arc-en-ciel et d’autres, estiment que les soins s’arrêtent en détention.

## B. LA LIBRE CONSULTATION DE CENTRE DE PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE.

**L’orientation des CSAPA vers les Consultations jeunes consommateurs** - Il existe des centres de consultation que les jeunes peuvent également solliciter à leur sortie de prison. Les CJC est un service proposé au sein des locaux du CSAPA, accueillant des jeunes en questionnement sur leurs consommations. Ils s’adressent aux personnes mineures mais également aux jeunes majeurs, entre 12 et 25 ans présentant des difficultés en lien avec un comportement addictif avec ou sans substance. Ils traitent de tout type d’addiction : l’usage d’alcool, de tabac, de cannabis, de cocaïne, polyconsommation, et les consommations sans substances illicites comme les jeux vidéo. Généralement, les mineurs ne sont pas obligés d’être accompagnés, mais dans le cas contraire, un adulte de confiance suffit - l’adulte ne doit pas forcément être le parent. Pour ces raisons, les éducateurs intervenants et les éducateurs de milieu fermé informent les mineurs de cette possibilité de soins à l’extérieur. Les CJC sont les centres les plus accessibles pour les jeunes consommateurs puisqu’ils peuvent s’y rendre seul pour une simple consultation sans débiter un réel suivi thérapeutique.

**Une faible prise en charge par les CAARUD** - Les CAARUD sont les établissements médico-sociaux de première ligne en matière de réduction des risques car ils offrent un support matériel aux consommateurs de drogues. « Les 18-25 ans représentent 14% du public des CAARUD et seuls 0,5% des usagers se déclarent mineurs. La faible présence de ces derniers ne traduit pas une absence de besoin, mais le fait que ce type de structures n’est pas toujours en mesure de les accueillir, les laissant davantage démunis »<sup>188</sup>. En effet, les jeunes se montrent réticents à l’idée de fréquenter ce type de centres. « Une partie d’entre eux vient cependant y chercher, plus ou moins régulièrement, des outils de consommation et, plus globalement, un soutien matériel »<sup>189</sup>. La volonté des jeunes de se sortir des conduites addictives reste donc douteuse.

Les dispositifs de soin en addictologie pour les jeunes consommateurs se développent au fil du temps. Il est incontestable que les centres se spécialisent : les professionnels cherchent à se rapprocher des jeunes consommateurs, à comprendre leurs fonctionnements et leurs attentes pour répondre de façon concrète à leurs besoins. Il n’en demeure pas moins qu’ils sont encore insuffisants. D’autant plus que la minorité, inhérente au mineur, est un autre facteur entravant la performance de la prise en charge des conduites addictives.

---

<sup>188</sup> BECK Francois, *Jeunes et addictions*, op. cit., p. 65.

<sup>189</sup> *Ibid.*, p. 65.

## Section 2 : Le manque de maturité générant un bilan en demi-teinte.

« En détention, l'obligation de soins ne peut formellement s'appliquer, il s'agit de développer un dispositif qui vise à inciter très fortement le détenu à se soigner »<sup>190</sup>. C'est pourquoi, comme a été dit précédemment, la détention est parfois vue comme une opportunité de soins (§1).

« La fin de la peine ne signe pas la fin de cette volonté de soigner »<sup>191</sup> et notamment, lorsque les jeunes ont une obligation pénalement ordonnée. Cette volonté de se soigner est de loin l'élément déterminant pour se prendre en main et aller mieux. La difficulté réside dans le jeune âge du public visé, étant encore immature pour poursuivre les soins après la détention (§2).

### *Paragraphe 1: La détention : une opportunité de soins.*

La détention est un moment hors du temps où le détenu a l'occasion de se questionner sur lui-même. Il est évident qu'aucun détenu n'a fait le choix d'entrer en prison. Cependant, l'objectif des professionnels, œuvrant dans le milieu pénitentiaire, est celui de rendre profitable ce temps pour en sortir meilleur. Il en résulte donc, même si la prise en charge pluridisciplinaire des conduites addictives est obligatoire (A), que certains mineurs trouvent la volonté de limiter leurs consommations (B).

#### A. L'OBLIGATION D'UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES CONDUITES ADDICTIVES.

**Une population pénale précaire** - « La population carcérale est une population vulnérable, où les individus désaffiliés, précaires, en marge du système de santé »<sup>192</sup> ont la possibilité de solliciter l'équipe de soins pour des contrôles. Parfois, certains détenus ne sont pas allés chez le médecin depuis des années ou bien, ils ne se font pas contrôler régulièrement, car ils n'ont pas les moyens voire même, ils n'ont pas d'assurance maladie - notamment dans le cas des MNA. Lors de l'arrivée en détention, les visites médicales et psychologiques effectuées à l'US permettent de faire le point sur l'état de santé des jeunes détenus et les soigner en cas de besoins.

**L'étayage des soins pour les mineurs en détention** - Notamment en EPM, mais aussi en QM, le personnel pénitentiaire accorde une attention supplémentaire à l'état de santé des jeunes détenus. En EPM, où l'effectif total des détenus est d'environ 60, l'équipe de soins est composée d'un médecin généraliste, d'une psychologue et d'infirmiers - au moins 5. D'autres professionnels de santé se rendent régulièrement en détention pour des soins ponctuels comme le psychiatre, le dentiste et les éducateurs spécialisés en addictologie. En comparaison avec une Maison d'arrêt classique, comme VLM, le nombre de personnels médicaux mobilisé sur l'ensemble de la

---

<sup>190</sup> DORON Claude-Olivier, « La volonté de soigner, D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », Dans La philosophie du soin (2010), p. 283.

<sup>191</sup> DORON Claude-Olivier, « La volonté de soigner, D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », *op. cit.*, p. 283.

<sup>192</sup> HAGÈGE Meoïn, « L'hépatite C et la prison : une opportunité de soins ? » dans Santé Publique 2017/4 (Vol. 29), Éditions S.F.S.P., p. 563, (en ligne).

détention est d'une vingtaine de personnes pour un effectif total d'environ 900 détenus<sup>193</sup>. La prise en charge pour les mineurs est donc plus facile. De ce fait, les jeunes détenus se trouvent face à l'opportunité de se faire aider par le personnel médical, de prendre conscience des raisons de leur consommation et d'accomplir un travail sur eux-mêmes. La détention est un moment où ils ont la possibilité de comprendre les risques d'une dépendance aux substances illicites et, par conséquent, de choisir consciemment de diminuer ou d'en arrêter la consommations.

## B. LA VOLONTÉ DES JEUNES DÉTENUS DE LIMITER LEURS CONSOMMATIONS.

**La conscience des effets négatifs du cannabis** - Au sein de l'EPM de Lavour, un tableau<sup>194</sup> a été dressé afin de mettre en commun les réponses apportées par les jeunes quant aux effets négatifs de la consommation régulière de cannabis<sup>195</sup>. Ce tableau regroupe l'avis de 6 mineurs - MNA et non MNA. La plupart d'entre eux ont pleinement conscience des effets négatifs des produits stupéfiants. De plus, certains disent que le cannabis « ça le(s) ramolli » : ils ont conscience d'être un peu coupé du monde qui les entourent lorsqu'ils fument. Le jeune MNA du groupe<sup>196</sup> affirme clairement que sa consommation de cannabis s'inscrit dans un but précis : offusquer les souvenirs de son enfance et les périodes difficiles de son parcours migratoire vers la France. Il est conscient également du fait qu'il devra soigner ses traumatismes pour pouvoir complètement arrêter sa consommation.

**La remarque des effets positifs à l'arrêt du cannabis et les projets** - Le même tableau<sup>197</sup> regroupe également les observations positives que les jeunes détenus ont pu observer suite à l'arrêt ou à la forte diminution de cannabis. Tous les effectifs affirment avoir une meilleure maîtrise de soi et une plus grande concentration à l'école. Certains disent que leur sevrage n'est pas complètement fini et qu'au début, au contraire, ils avaient des difficultés à rester calmes : ils transpiraient, ils avaient des pics d'excitation et ils ne pouvaient pas rester assis longtemps. Une partie d'entre eux a observé être plus bavard lorsqu'ils ne fument pas, ils cherchent du contact et de l'échange avec les autres jeunes et les éducateurs. Les effets positifs de l'arrêt sont aussi visibles concernant leur projet de vie. En effet, certains jeunes sont motivés à diminuer voire arrêter leurs consommations à l'extérieur, car ils ont des objectifs : passer le permis, se marier, trouver un travail légal, *etc.*

Ces échanges ont montré que les mineurs ont passé du temps à se questionner sur leurs consommations en parallèle de leur avenir. Ils disent souvent que c'est une « passe » et qu'ils maîtrisent pleinement leurs consommations. Sauf que, la plupart d'entre eux ont des difficultés à réaliser l'emprise des produits sur leur personne et ils n'ont pas encore la maturité de se prendre réellement en main.

---

<sup>193</sup> Juin 2024.

<sup>194</sup> Voir annexe n°13.

<sup>195</sup> Avril 2024.

<sup>196</sup> 1 des 6 effectifs du tableau, voir annexe n°13.

<sup>197</sup> Voir annexe n°13, *op. cit.*

## *Paragraphe 2: Un public pénal encore immature pour poursuivre les soins.*

La minorité du public pris en charge vient entraver, à elle seule, l'efficacité du suivi thérapeutique des conduites addictives mis en place en détention. En effet, la prise de conscience prend du temps et le parcours de soins s'inscrit donc sur plusieurs années (A). Ainsi, en dépit des moyens déployés, les résultats demeurent insuffisants (B).

### A. LA CONTRAINTE DE LA LONGÉVITÉ DES SOINS.

**Le déni des conduites addictives** - Malgré la conscience des effets négatifs de la consommation excessive de cannabis et la visualisation des effets positifs sur leur personnalité, ils ne sont pas encore complètement conscients de l'impact de ces substances. De plus, « le sentiment de maîtrise de la consommation du consultant a longtemps entretenu le déni quant à la réalité de sa consommation, de son mal-être personnel et de sa dépendance »<sup>198</sup>. Comme il a été dit précédemment, l'âge moyen de la prise de conscience sur ses propres conduites à risque est d'environ 40 ans. Les jeunes consommateurs sont, pour la plupart, persuadés de contrôler leurs consommations. Même si leur projet est celui de diminuer leurs consommations à l'extérieur, ils sont certains de vouloir réitérer l'expérience<sup>199</sup> ; ils pensent pouvoir maîtriser leurs fréquences.

**La banalisation des effets secondaires** - Les jeunes comportant des conduites addictives n'ont pas encore la maturité d'accepter l'addiction et de comprendre sa dangerosité. C'est notamment le cas lorsqu'ils n'ont pas encore perçu les effets secondaires de la consommation : difficultés à réfléchir, sauts d'humeur, problèmes psychiques, *etc.* Pour l'instant, nombreux d'entre eux ont une vision positive de la consommation : l'apaisement, la convivialité et passer le temps lorsqu'ils s'ennuient. Même lorsque des effets positifs ont été observés par les intéressés, cela n'engendre pas d'office la diminution de la consommation ou son arrêt complet. Pour tous les jeunes sollicités lors du sondage<sup>200</sup>, leur première envie à la sortie de détention est celle de fumer. En effet, ils pensent déjà au plaisir qu'ils vont ressentir à ce moment précis et ils l'évoquent beaucoup durant les entretiens avec l'éducatrice de l'ARPADE. Ils ont affirmé vouloir reprendre une consommation à l'extérieur, même si l'objectif est celui de la limiter.

### B. LES RÉSULTATS INSUFFISANTS FACE AUX MOYENS DÉPLOYÉS.

**Des résultats inconnus** - Les résultats semblent décevants malgré une prise en charge étoffée et multilatérale offerte par le milieu pénitentiaire. En effet, nombreux acteurs rentrent en jeu pour venir en aide aux mineurs touchés par les conduites addictives. Les professionnels tentent de prendre en charge une majorité de jeunes, mais les bénéfices ne sont observés que sur une minorité d'entre eux. D'autant plus qu'aucun texte ne relate l'efficacité du suivi après l'incarcération des jeunes. Les seules informations recueillies par les professionnels sont celles

---

<sup>198</sup> TAROT-LE COUTOUR Agnès et l'Équipe du CSAPA Rive Gauche de Caen, *Association Addiction France, Addictions, traumatisme, inceste, Parcours d'un centre de soin, op. cit.*, p. 41.

<sup>199</sup> Voir annexe n°13, *op. cit.*

<sup>200</sup> Voir annexe n°13, *op. cit.*

données par les mineurs eux-mêmes lorsqu'ils retournent en détention - pour majeurs ou pour mineurs.

**L'inefficacité des efforts fournis** - Tous les bénéfices de l'accompagnement fourni en milieu carcéral sont réduits à néant lorsque le mineur n'est pas apte à travailler sur ses conduites addictives. Il arrive souvent que ce soient les éducateurs qui dirigent un jeune vers une activité collective susceptible de lui être utile. Cependant, celui-ci peut se montrer désintéressé par l'atelier. Dans le cadre de l'Association Addiction France, les attestations des jeunes sont réalisées avant chaque séance pour leur permettre de renouveler ou non leur présence. De même, l'ARPADE cherche la libre adhésion chez le jeune. En effet, l'éducatrice spécialisée a rencontré plusieurs jeunes qui venaient aux séances uniquement pour avoir leur attestation - pour prouver leur présence au magistrat. Ainsi, même lorsque les mineurs détenus sont orientés vers un certain type d'atelier, chacun choisit librement de le poursuivre.

En outre, l'efficacité du suivi fait aussi échec lorsque le mineur retourne dans le même cadre de vie avant sa détention. Notamment, lorsqu'il était impliqué dans un trafic de stupéfiants. Il est plus facile de modifier son comportement addictif si l'on change de lieu de vie. Malheureusement, il n'est pas toujours simple pour les éducateurs de trouver un autre endroit prêt à accueillir le mineur sortant. En effet, les centres éducatifs fermés peuvent ne plus avoir de place, la famille du mineur semble s'opposer à le prendre en charge ou bien, le mineur vit traditionnellement chez sa mère car son père est violent, donc les éducateurs ne déclenchent pas les démarches pour qu'il aille vivre chez le père.

Enfin, il est possible que le travail sur les conduites addictives a été fait, mais le mineur n'a pas saisi cette opportunité pour s'en extraire complètement ou, au moins, partiellement. Ce type de cas est souvent rencontré en détention. Il est vrai que, comme a été dit précédemment, les mineurs peuvent observer les bienfaits du sevrage - forcé ou partiel - et se rendre compte des risques encourus lors de leur consommation. Néanmoins, si les problématiques personnelles n'ont pas été réglées, il est difficile de s'extraire complètement de ces conduites.

## *Conclusion*

---

Les conduites addictives des mineurs en milieu carcéral restent encore aujourd'hui un phénomène en constante évolution. Au cours des années, les politiques pénales ont souhaité étoffer la prise en charge des mineurs en milieu carcéral. La multiplication des divers acteurs - personnels pénitentiaires et professionnels extérieurs - ainsi que les propositions d'activités sensibilisant à la prise de risque ne cessent de croître.

Il est inévitable pour toute l'équipe de prise en charge d'adapter leurs moyens aux exigences particulières et uniques de la détention. Les tensions sont visibles à tous les niveaux : des institutions pénitentiaires jusqu'aux jeunes détenus, en passant nécessairement par le personnel.

Les cloisonnements entre les différentes disciplines sont encore trop présents et nuisent, de manière certaine, à la fluidité des échanges. Le manque d'informations et d'entraide amène donc, souvent, à prendre en charge les jeunes à risques de manière segmentée, empêchant la continuité et la pertinence du suivi.

Cette fracture s'observe également lors de la sortie de détention des mineurs, où le risque d'une reprise de substances est d'autant plus élevé. Les résultats de cette prise en charge sont décevants au regard du travail dévoué réalisé par les équipes - éducateurs, soignants, surveillants, professeurs, spécialistes, intervenants.

Bien souvent, le temps d'accompagnement, dont disposent les professionnels, n'est pas suffisant à instaurer une réelle réflexion autour des conduites addictives. Et, les jeunes ne comprennent pas encore l'utilité de ces soins.

L'idée étant de faire un bilan de la prise en charge des conduites addictives des mineurs en milieu carcéral pour, à la fois, observer et valoriser les dispositifs mis en place, mais également, relever ce qui peut être encore amélioré au fil du temps.



## *Tables des annexes*

---

Annexe n°1 : Schéma explicatif des modifications apportées en 2013 par la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'*American Psychiatric Association*.

Annexe n°2 : Tableau des caractéristiques des usages de moins de 25 ans qui fréquentent les CAARUD et différents profils repérés.

Annexe n°3 : Tableau récapitulatif n°1 réalisé à l'EPM de Lavour, regroupant les différentes réponses des jeunes, avec un effectif de 5 mineurs.

Annexe n°4 : Graphique exposant le pourcentage des conduites addictives des mineurs arrivant à l'EPM de Lavour, effectué lors de 3 CPU arrivants, avec un effectif de 6 jeunes.

Annexe n°5 : Graphique exposant le pourcentage des conduites addictives des mineurs dans 3 UV à l'EPM de Lavour.

Annexe n°6 : Les articles L. 112-4 ; L. 121-6-2 ; L. 226-2-1 et L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles.

Annexe n°7 : L'article 375-1 du Code civil.

Annexe n°8 : Flyer des ateliers collectifs EPM pour échanger sur les addictions.

Annexe n°9 : Compte-rendu – Association Addictions France – PJJ – SEEPM Lavour - 81 du 24/06/22 – de 14h30 à 15h30.

Annexe n°10 : Contenu prévisionnel des séances de groupe jeunes - SEEPM de Lavour.

Annexe n°11 : Flyer papier de l'AMT Arc-en-ciel, CSAPA de Montpellier.

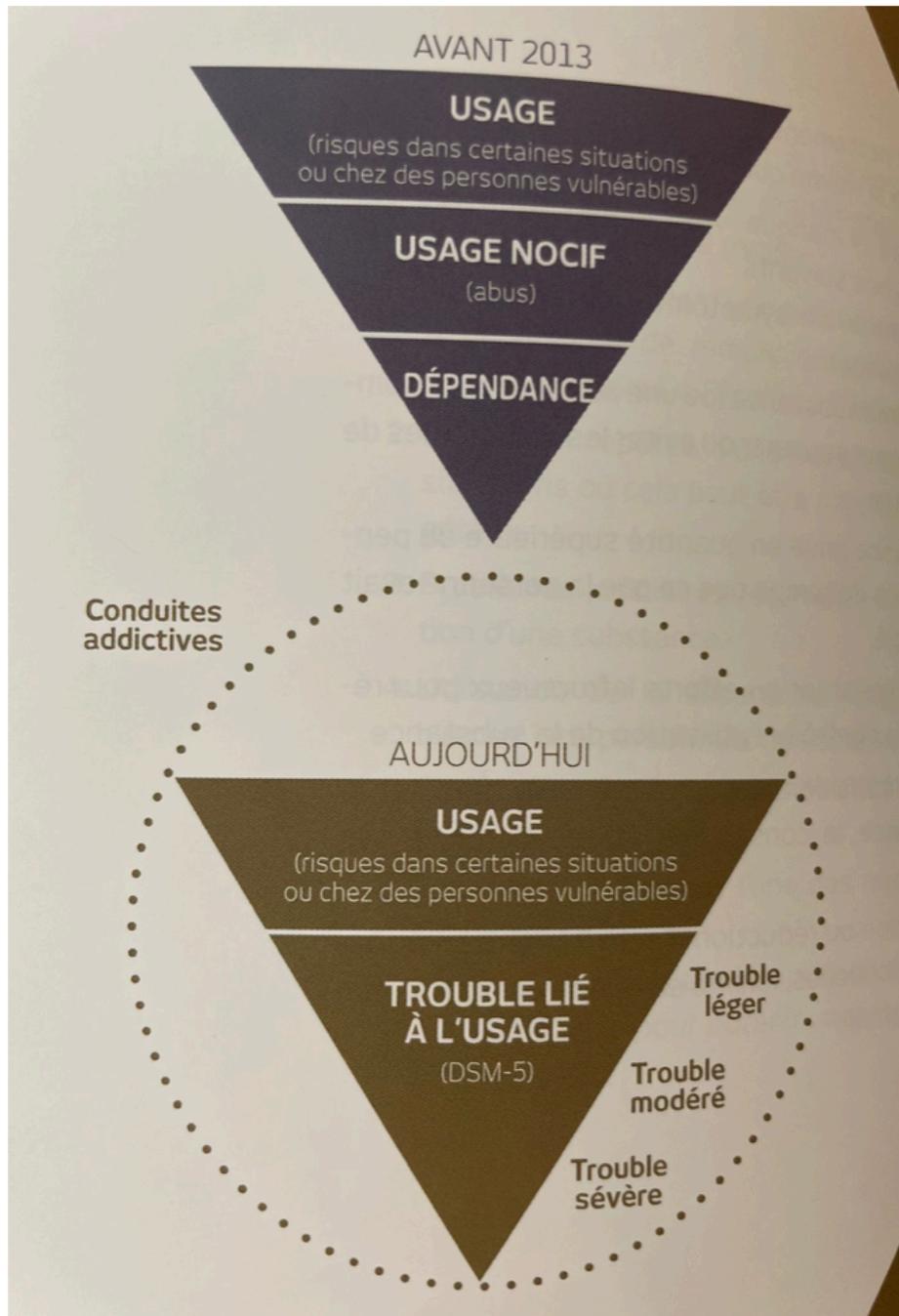
Annexe n°12 : Programme de formation : Accompagner les publics sous main de justice ayant des conduites addictives proposé par Addiction France.

Annexe n°13 : Tableau récapitulatif n°2 réalisé à l'EPM de Lavour, regroupant les différentes réponses des jeunes, avec un effectif de 5 mineurs.

Annexe n°14 : Les articles 131-36-4 et 132-45 du Code pénal.

Annexe n°15 : L'article L. 1110-4 du Code de la santé publique.

Annexe n°1 : Schéma explicatif des modifications apportées en 2013 par la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'*American Psychiatric Association*.



Annexe n° 2 : Tableau des caractéristiques des usagers de moins de 25 ans qui fréquentent les CAARUD et différents profils repérés.

**Tableau 1 - Caractéristiques des usagers de moins de 25 ans qui fréquentent les CAARUD et différents profils repérés**

			Profils		
	25 ans et moins	Plus de 25 ans	Alternatifs	Errance urbaine	Nouveaux usagers d'héroïne
<i>Effectif</i>	415	2 486	151	174	64
<b>Précarité</b>					
Niveau général de précarité faible	16 %	25 %**	14 %	4 %	50 %
Revenus d'emploi et prestations	20 %	16 %*	23 %	8 %	43 %
Niveau général de précarité fort	47 %	31 %**	44 %	70 %	0 %
Hébergement provisoire	24 %	19 %*	19 %	34 %	11 %
Sans abri, en squat ou alternatif	33 %	27 %*	42 %	35 %	5 %
Sans ressources (manche) ou deal, prostitution	61 %	21 %**	59 %	79 %	35 %
<b>Profils de consommation au cours du mois précédent</b>					
Alcool tous les jours	28 %	35 %**	39 %	22 %	18 %
Cannabis tous les jours	47 %	36 %**	64 %	38 %	35 %
Pas de drogues illicites (sauf cannabis)	17 %	14 %	0 %	40 %	0 %
Au moins un opiacé/opioïde	69 %	73 %	87 %	37 %	97 %
<i>dont héroïne</i>	38 %	30 %**	58 %	13 %	47 %
Au moins un stimulant	52 %	50 %	91 %	21 %	41 %
<i>dont cocaïne ou crack</i>	42 %	45 %	66 %	19 %	39 %
<i>dont amphétamines et/ou ecstasy</i>	30 %	16 %**	77 %	3 %	3 %
Hallucinogènes (LSD, champignons, etc.)	25 %	14 %**	67 %	1 %	0 %
<b>Injection au cours du mois</b>	46 %	47 %	64 %	17 %	67 %
Partage d'au moins une pièce du matériel	32 %	21 %**	38 %	12 %	32 %

Source : ENa-CAARUD 2012 (OFDT)

Lecture : \* : différence entre les 25 ans et moins et les plus de 25 ans statistiquement significative avec  $p < 0,05$  (Chi2 de Pearson) ; \*\* avec  $p < 0,01$ .

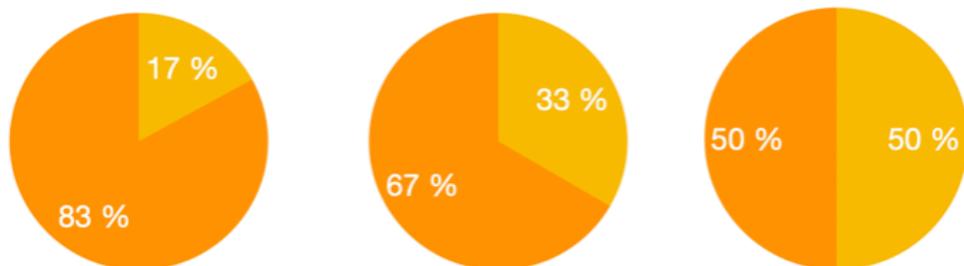
16 % des 25 ans et moins et 25 % des plus de 25 ans sont considérés comme présentant un niveau de précarité faible. La part des 25 ans et moins considérés comme « faiblement précaires » est inférieure à celle des plus de 25 ans dans la même situation.

Annexe n°3 : Tableau récapitulatif n°1 réalisé à l'EPM de Lavaur, regroupant les différentes réponses des jeunes, avec un effectifs de cinq mineurs.

QUESTIONS	ÉCHANTILLON DE 5 JEUNES
<b>Moyenne d'âge de première consommation de tabac :</b>	9-12 ans
<b>Moyenne d'âge de première consommation de cannabis :</b>	12-14 ans
<b>Début de consommation avec un proche (amis ou famille) :</b>	Oui 5/5 4/5 avec les amis 1/5 avec un parent
<b>Se disent consommer tous les jours du tabac et du cannabis :</b>	Oui 5/5 (régulièrement depuis l'âge de 14 ans en moyenne)
<b>Moyenne de joints par jours avant la détention :</b>	3/5 environ 10 1/5 environ 20 1/5 entre 1 et 10 en fonction de l'humeur
<b>Se disent être addicts :</b>	Oui 3/5 Non 2/5 (se disent n'avoir pas de difficultés à arrêter)

Annexe n°4 : Graphique exposant le pourcentage des conduites addictives des mineurs arrivant à l'EPM de Lavaur, effectué lors de trois CPU arrivants, avec un effectif de six jeunes.

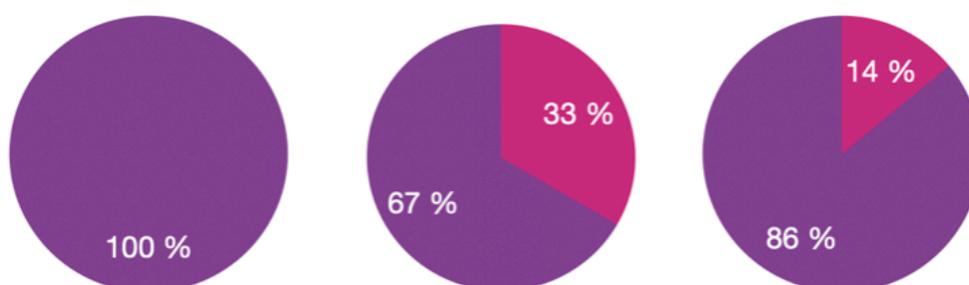
- Consommateurs sans addictions
- Consommateurs présentant une conduite addictive déclarée par le jeune



CPU arrivants du 3/04/2024 - CPU arrivants du 10/04/2024 - CPU arrivants du 17/04/2024

Annexe n°5 : Graphique exposant le pourcentage des conduites addictives des mineurs dans trois UV à l'EPM de Lavour.

● Consommateurs sans addictions  
● Consommateurs présentant une conduite addictive avérée



Unité petit effectif (6 effectifs) - Unité de vie n°2 (9 effectifs) - Unité de vie n°3 (7 effectifs)

Annexe n°6 :

**L'article L. 112-4 du Code de l'action sociale et des familles :**

« L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant ».

**Article L. 121-6-2 Code de l'action sociale et des familles :**

« Lorsqu'un professionnel de l'action sociale, définie à l'article L. 116-1, constate que l'aggravation des difficultés sociales, éducatives ou matérielles d'une personne ou d'une famille appelle l'intervention de plusieurs professionnels, il en informe le maire de la commune de résidence et le président du conseil départemental. L'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable aux personnes qui transmettent des informations confidentielles dans les conditions et aux fins prévues au présent alinéa.

Lorsque l'efficacité et la continuité de l'action sociale le rendent nécessaire, le maire, saisi dans les conditions prévues au premier alinéa ou par le président du conseil départemental, ou de sa propre initiative, désigne parmi les professionnels qui interviennent auprès d'une même personne ou d'une même famille un coordonnateur, après accord de l'autorité dont il relève et consultation du président du conseil départemental.

Lorsque les professionnels concernés relèvent tous de l'autorité du président du conseil départemental, le maire désigne le coordonnateur parmi eux, sur la proposition du président du conseil départemental.

Le coordonnateur est soumis au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Par exception à l'article 226-13 du même code, les professionnels qui interviennent auprès d'une même personne ou d'une même famille sont autorisés à partager entre eux des informations à caractère secret, afin d'évaluer leur situation, de déterminer les mesures d'action sociale nécessaires et de les mettre en œuvre. Le coordonnateur a connaissance des informations ainsi transmises. Le partage de ces informations est limité à ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de la mission d'action sociale.

Le professionnel intervenant seul dans les conditions prévues au premier alinéa ou le coordonnateur sont autorisés à révéler au maire et au président du conseil départemental, ou à leur représentant au sens des articles L. 2122-18 et L. 3221-3 du code général des collectivités territoriales, les informations confidentielles qui sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs compétences. Les informations ainsi transmises ne peuvent être communiquées à des tiers sous peine des sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Lorsqu'il apparaît qu'un mineur est susceptible d'être en danger au sens de l'article 375 du code civil, le coordonnateur ou le professionnel intervenant seul dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article en informe sans délai le président du conseil départemental ; le maire est informé de cette transmission ».

**Article L. 226-2-1 Code de l'action sociale et des familles :**

« Sans préjudice des dispositions du II de l'article L. 226-4, les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil départemental ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L. 226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du code civil. Lorsque cette information est couverte par le secret professionnel, sa transmission est assurée dans le respect de l'article L. 226-2-2 du présent code. Cette transmission a pour but de permettre d'évaluer la situation du mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. Sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission, selon des modalités adaptées ».

**Article L. 226-2-2 Code de l'action sociale et des familles :**

« Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant ».

Annexe n°7 :

**Article 375-1 du Code civil :**

« Le juge des enfants est compétent, à charge d'appel, pour tout ce qui concerne l'assistance éducative.

Il doit toujours s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée et se prononcer en stricte considération de l'intérêt de l'enfant.

Il doit systématiquement effectuer un entretien individuel avec l'enfant capable de discernement lors de son audience ou de son audition.

Lorsque l'intérêt de l'enfant l'exige, le juge des enfants, d'office ou à la demande du président du conseil départemental, demande au bâtonnier la désignation d'un avocat pour l'enfant capable de discernement et demande la désignation d'un administrateur ad hoc pour l'enfant non capable de discernement ».

Annexe n°8 :

Flyer des ateliers collectifs EPM pour échanger sur les addictions.

**LES ATELIERS COLLECTIFS  
POUR ÉCHANGER SUR LES  
ADDICTIONS**

L'ANPAA devient  
Association  
Addictions  
France

**POUR PARLER DES  
ADDICTIONS AVEC PRODUITS**

**POUR PARLER DES  
ADDICTIONS SANS PRODUITS**

**QUAND ??**

Séance n°1 : Vendredi 5 Août de 10h30 – 12h00  
Séance n°2 : Lundi 8 Août de 14h00 – 15h30  
Séance n°3 : Vendredi 12 Août de 10h30 – 12h00  
Séance n°4 : Vendredi 12 Août 14h – 15h30



## Compte-rendu – Association Addictions France – PJJ – SEEPM Lavour - 81

24/06/22 – 14h30 – 15h30

### Présents :

- Mme BIE Laure, Responsable d'Unité Educative – Service Educatif EPM de Lavour
- Mme ROUQUETTE Mary-Lou, Conseillère en Economie sociale et Familiale intervenante en prévention, Association Addictions France

### Ordre du jour :

- Mise en œuvre des séances collectives à destination des mineurs détenus
- Accompagnement aux pratiques professionnelles en lien avec l'addictologie

*Pièces jointes : contenu prévisionnel des séances collectives, outils de communication (affiche, flyer), listing du matériel apporter par les intervenantes pour les séances collectives*

## Les séances collectives :

Nous prévoyons l'organisation des séances collectives sur la période des vacances scolaire d'été 2022. Les séances seront d'une durée d'1h30 (en comptant le temps de déplacement des jeunes).

Les séances sont programmées de manière rapprochée afin de permettre aux jeunes de bénéficier de l'ensemble des séances et de favoriser leur mobilisation.

La programmation est la suivante :

- Vendredi 5 Août de 10h30 – 12h00
- Lundi 8 Août de 14h00 – 15h30
- Vendredi 12 Août de 10h30 – 12h00 et de 14h – 15h30

Le groupe sera constitué de 3 à 8 personnes maximum pour favoriser les échanges.

**Il est important qu'un éducateur soit présent en début et en fin de projet sur un temps d'une demi-heure environ pour préciser le cadre et le contexte du projet.**

Les séances collectives auront lieu au sein du « service pédagogique » dans une salle de classe qui sera équipé d'un vidéo projecteur avec du son.

Concernant les **attestations de présence** :

Une attestation nominative pourra être délivrée par l'Association Addictions France à chaque participant sous sa demande. Cette dernière peut être remise à chaque fin de séance ou à la dernière séance. L'attestation ne précise pas si la venue de la personne était pour du collectif ou de l'individuel.

## Accompagnement aux pratiques professionnelles :

Pour ce qui est des temps d'échanges autour des pratiques professionnelles en lien avec l'addictologie, il est prévu deux temps de **2h** avec la présence d'un binôme de professionnels Addictions France. Ce temps permettra d'aboutir à des pistes de travail concernant des situations qui ont ou qui pose question en lien avec l'addictologie.

La présence des professionnelles n'est pas obligatoire, seuls les professionnels qui le souhaite peuvent se positionner sur ce groupe. De plus, il est soulevé lors de cette réunion d'ouvrir ce groupe aux équipes des différents services (administration pénitentiaire, unité sanitaire, professionnels de l'enseignement...).



**Projet « prévenir et réduire les risques liés aux pratiques addictives auprès des personnes sous-main de justice »**

**Contenu prévisionnel des séances de groupe jeunes - SEEPM**

**Objectif général :**

- Prévenir les conduites addictives chez les jeunes placés sous-main de justice

**Objectifs opérationnels :**

- Sensibiliser les jeunes concernant les conduites addictives et le mécanisme de l'addiction,
- Développer les connaissances des jeunes sur les risques, les moyens de prévention et de réduction des risques
- Renforcer les compétences psychosociales des jeunes : estime de soi, gestion des émotions, résistance à la pression du groupe, ...
- Améliorer les connaissances des jeunes sur les lieux ressources, les sites d'accueil et de prise en charge (lieux, horaires, missions) et en permettre l'accès via des consultations avancées.

**Descriptif de l'action :**

- Mise en place de séances collectives de prévention et de promotion de la santé avec les jeunes. Le contenu des séances permettra d'aborder : la question des consommations, les risques, la réduction des risques et les alternatives aux consommations (selon les structures et les séances : appui sur les compétences psychosociales, information réduction des risques, proposition d'alternatives aux consommations : sport, technique de relaxation, ...).
- Des entretiens individuels seront proposés aux jeunes suites aux séances collectives. Ces temps individuels permettront d'aborder des questions plus spécifiques avec les jeunes

**Public cible :**

Les jeunes placés en détention ayant une plusieurs conduites addictives



## SEANCE 1 : Les conduites addictives

Contenu :

- 1- Introduction d'une l'éducatrice PJJ sur le cadre du groupe et le contexte des séances.
- 2- Présentation des intervenantes, du contexte de notre intervention (projet) avec modalités du projet, présentation rapide de l'association (logo).
- 3- Charte de séance – De quoi vous avez besoin pour cette séance ? (Non-jugement, confidentialité, chacun parle de sa place, joker, temps individuel possible)
- 4- Rituel de début de séance – brise-glace (prénom + humeur du jour+ quelles sont vos attentes ? + si j'étais un pays)
- 5- Travail sur la ligne de vie (qu'est-ce que vous mettez entre la naissance et la mort ?) – Les différentes périodes, les âges et ou vous vous situez sur la ligne ? (Enfant, aujourd'hui, parents, adulte, personne-âgé).
- 6- Remplissage des post-it (aujourd'hui c'est quoi la drogue pour toi, ça représente quoi ? Quand tu étais enfant ? Quand tu seras adulte ? Quand tu seras âgé ?)
- 7- Au fur à mesure remise en lien des post-it sur la ligne de vie (quand vous seriez enfant et/ou parents, avantages et inconvénients des différentes périodes, contextes et causes de consommations...)
- 8- Rituel de fin de séance, mot de la fin

## SEANCE 2 : Compétences psychosociales (prises de risques et bien-être)

Contenu :

- 1- Rituel de début de séance – comment ils se sentent ?
- 2- Visionnage de la vidéo Nuggets et échange sur le mécanisme de l'addiction, c'est quoi l'addiction pour vous ?
- 3- Photolangage, c'est quoi le bien-être pour vous ? Puis c'est quoi une prise de risque pour vous ?
- 4- Marmite de Boudreau, lien avec les ressources citées précédemment, explication en collectif puis temps individuel pour que chacun puisse identifier ses sources de tensions et ressources personnelles
- 5- Rituel de fin + comment ils se sentent et le mot de de la fin ? + résumé des échanges



### SEANCE 3 : Informations produits et réduction des risques

#### Contenu :

- 1- Rituel de début de séance, comment ils se sentent ?
- 2- Visionnage de la vidéo KOMBINI sur l'usage du protoxyde d'azote et échanges en groupe
- 3- Jeu sur la classification des produits par les effets (stimulants, déprimeurs et hallucinogènes) : Choisir une image au hasard et la placer dans la bonne colonne du tableau qui correspond d'après vous. (Possibilité de la reposer et d'en prendre une autre), Qu'est-ce qui vous a fait les placer à cet endroit ? (Échange sur effets, durée, sensations, comparaison entre effets attendus du produit et effet neurobio...), Peut-on chercher un effet agréable/positif et un effet désagréable/négatif Quels risques peut-il exister avec tel ou tel produit ? (Exemple concret), Comment réduire ces risques (exemples concrets)
- 4- Permet de parler des interactions entre les produits, de réduire les risques et d'aborder les solutions possibles (gestes 1<sup>er</sup> secours, numéros à appeler...)  
« Avez-vous déjà consommé plusieurs produits en même temps ? Pourquoi ? dans quel but ? », « Pensez-vous qu'il y ait plus de risques à consommer plusieurs produits en même temps ? »
- 5- Rituel de fin + comment ils se sentent et le mot de de la fin ? + résumé des échanges

### SEANCE 4 : Identification des ressources et alternative à la consommation

#### Contenu :

- 1- Rituel de début de séance, comment ils se sentent ? + connaissance de soi qui suis-je ?
- 2- Présentation des structures ressources en addictologie et pour la problématique adolescente en partant de leur connaissance puis apport de complément (transmissions de flyers)
- 3- Exercice « un pas pour la suite », chacun dit quel pas ce projet l'a aidé à effectuer et/ou quel pas il souhaite mettre en place pour la suite.
- 4- Remplissage en individuel du questionnaire d'évaluation écrit et proposition d'accompagnement à la prise de rendez-vous possible sur un lieu ressource et/ou d'un temps d'échange individuel
- 6- Bilan oral et global du projet avec l'éducateur PJJ, (Séance qu'ils ont le plus apprécié et le moins apprécié, mot de la fin...)
- 7- Délivrance d'attestations de présence à la demande des jeunes

Annexe n°11 : Flyer papier de l'AMT Arc-en-ciel, CSAPA de Montpellier.

Centre de Soins d'Accompagnement  
et de Prévention en addictologie

Association loi 1901 - créée en 1977  
10, boulevard Victor Hugo - 34000 Montpellier  
Tél. : 04 67 92 19 00 - Fax : 04 67 92 82 51  
E-mail : contact@amtarcenciel.fr  
Site : www.amtarcenciel.fr

Horaires variables selon le territoire d'intervention



**A** Antenne de Sète Bassin de Thau  
54 quai de Bosc tél : 04 67 78 41 39 ou 06 81 84 74 45

**P** Permanence de Lunel  
Espace Santé de l'Hôpital - Tél. 04 67 87 71 90 ou 06 40 15 59 32

**C** Consultation jeux excessifs  
Montpellier : Tél. 04 67 92 19 00  
Sète : 04 67 78 41 39 ou 06 81 84 74 45

**C** Consultation jeunes consommateurs  
Montpellier : le zinc, 23 Bd Pasteur - 04 99 23 45 04  
Sète : 04 67 78 41 39 ou 06 81 84 74 45  
Lunel : 06 40 15 59 32

**C** CSAPA référent en Maison d'Arrêt  
Villeneuve-lès-Maguelone



Soins - Prévention - Formation - Conseil en addictologie

Centre de Soins, d'Accompagnement  
et de Prévention en Addictologie

**CSAPA**  
10 Boulevard Victor Hugo  
34000 Montpellier  
Tél. : 04 67 92 19 00  
www.amtarcenciel.fr

Soins gratuits et anonyme

## Public accueilli

- Toute personne rencontrant des difficultés liées à l'usage ou l'abus de produits licites ou illicites, dépendance au jeu et autres addictions sans substance pour :
  - ✓ Commencer à en parler,
  - ✓ S'engager dans une démarche de soins.
- Environnement familial, entourage confrontés à un problème d'addiction d'un de leur proche.

## Missions du CSAPA AMT Arc en Ciel

- ✓ Accueil, soins et accompagnement des personnes confrontées à une addiction avec ou sans substance,
  - ✓ Information, écoute et soutien de leur famille et entourage,
  - ✓ Hébergement dans des appartements thérapeutiques.
- 
- ✓ Travail en partenariat avec des professionnels de santé, travailleurs sociaux, associations, réseaux hospitaliers ...
  - ✓ Information à tout professionnel en relation avec des personnes présentant une problématique d'addiction.

Le Centre Arc en Ciel propose aux personnes confrontées à une addiction avec ou sans substance :

### Un accueil et des consultations

Écoute  
Informations  
Orientations

### Un suivi et des soins

- Accompagnement socio-éducatif et soutien psychologique
- Sevrage hospitalier ou ambulatoire
- Prescription et délivrance de méthadone
- Suivi des traitements de substitution
- Dépistage hépatites B, C et VIH
- Suivi des traitements hépatites
- Orientation en post-cure, familles d'accueil, ...
- Soutien en milieu carcéral : accompagnement éducatif et social, suivi des traitements de substitution, mise en place d'un projet de soins, préparation à la sortie

### Un accompagnement pour l'insertion

- Aide à l'insertion sociale et professionnelle
- Travail en réseau avec les partenaires sociaux

### Appartements Thérapeutiques

- Hébergement en appartement pour des personnes nécessitant :
  - Un soutien psychologique social éducatif quotidien
  - Une aide à l'accession à un logement autonome, dans le cadre d'un séjour contractuel

Annexe n°12 : Programme de formation : Accompagner les publics sous main de justice ayant des conduites addictives proposé par Addiction France.



# PROGRAMME DE FORMATION

## Accompagner les publics sous main de justice ayant des conduites addictives

### Objectifs généraux

Améliorer la prise en charge en addictologie des publics sous main de justice

### Public visé

Personnels PJJ

### Objectifs opérationnels et compétences visées

- Identifier les mécanismes en jeu dans les addictions.
- Acquérir des outils pour accompagner les usagers en difficulté avec les conduites addictives.
- Identifier et mobiliser les ressources permettant de développer un partenariat de proximité.

### Pré-requis

ou niveau de connaissance préalablement requis

Aucun pré-requis en addictologie

**ORGANISME DE FORMATION**

**SITE SUD**  
[www.addictions-france.org](http://www.addictions-france.org)  
[Formation-Sud@addictions-france.org](mailto:Formation-Sud@addictions-france.org)  
128 Rue de Cantepau - 81000 Albi - 05 63 54 78 95

**Suivez-nous sur :**  
@addictionsFr  
Association Addictions France  
Association Addictions France

Organisme de formation de l'ANPAA  
Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro  
11751183675 auprès du préfet de la Région Ile-de-France. Cet  
enregistrement ne vaut pas agrément de l'État (L. 6352-12 du  
code du travail) • Mise à jour le 25.01.21

## Modalités et dispositif d'accueil

- **Durée :** 7 heures  
(1 jour complet ou sur 2x1/2 journée)
- **Date :**
- **Type de formation :**  
Présentiel
- **Nombre de stagiaires :**  
6 à 12 personnes suivant le type de formation et conditions sanitaires
- **Lieu :** A identifier
- **Repas :** libre
- **Inclusion et handicap :** nous sommes disponibles pour échanger avec vous et rechercher ensemble des solutions pour vous accueillir.

### Éléments optionnels

- Contacts et plan d'accès vous seront communiqués dans la convocation ainsi que les autres informations utiles



## Moyens pédagogiques techniques et d'encadrement

- Alternance entre contenu théorique et mise en pratique.
- Mobilisation des outils pédagogiques suivants : support de formation PPT et activités interactives tels que jeux, brainstorming, cas pratiques, quiz, simulations etc...
- Remise d'une documentation pédagogique aux stagiaires et accès aux ressources documentaires en ligne
- Remise d'une attestation de fin de formation à l'issue de la formation



ORGANISME  
DE FORMATION

Organisme de formation de l'ANPAA  
Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro  
11751183675 auprès du préfet de la Région Ile-de-France. Cet  
enregistrement ne vaut pas agrément de l'État (L. 6352-12 du  
code du travail) • Mis à jour le 02.02.21

SITE SUD  
[www.addictions-france.org](http://www.addictions-france.org)  
[Formation-Sud@addictions-france.org](mailto:Formation-Sud@addictions-france.org)

128 Rue de Cantepau - 81000 Albi - 05 63 54 78 95

Suivez-nous sur :

@addictionsFr  
 Association Addictions France  
 Association Addictions France

## Éléments de contenu

**SÉQUENCE INTRODUCTIVE**  
**Présentation du contexte, des objectifs et prise en compte des attentes**

**SÉQUENCE N°1**  
**Les représentations dans le champ de l'addictologie**

- Réfléchir à ses représentations et aux mécanismes en œuvre dans les conduites addictives

**SÉQUENCE N°2**  
**Communiquer autour des conduites addictives**

- Créer des espaces d'échanges autour des conduites addictives
- Mettre en œuvre des outils et des postures pour accompagner les publics

**SÉQUENCE N°3**  
**Les compétences psychosociales en addictologie**

- Comprendre la relation entre Compétences psychosociales et conduites addictives



**SÉQUENCE N°4**  
**Le réseau addictologie de proximité**

- Identifier les structures et les ressources en addictologie de proximité.

**SÉQUENCE FINALE**  
**Évaluer les acquis de la formation**  
**Évaluer la satisfaction**  
**Clôturer la formation**

Organisme de formation de l'ANPAA  
Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro  
11751183675 auprès du préfet de la Région Ile-de-France. Cet  
enregistrement ne vaut pas agrément de l'État (L. 6352-12 du  
code du travail) • Mis à jour le 02.02.21



**ORGANISME  
DE FORMATION**

**SITE SUD**

[www.addictions-france.org](http://www.addictions-france.org)

[Formation-Sud@addictions-france.org](mailto:Formation-Sud@addictions-france.org)

128 Rue de Cantepau - 81000 Albi - 05 63 54 78 95

**Suivez-nous sur :**

 @addictionsFr

 Association Addictions France

 Association Addictions France

## Modalités d'évaluation du positionnement et des acquis

- **Avant la formation**  
Recueil et évaluation des connaissances et/ou compétences.
- **Pendant la formation**  
Validation des acquis en temps réel à travers des quiz, des mises en situation, des exercices de reformulation.
- **Après la formation** Évaluation à chaud des acquis

## Modalités d'évaluation et d'amélioration continue

- Évaluation de la satisfaction à chaud.
- Les évaluations font l'objet d'une analyse systématique et entraînent la mise en place de mesures correctives si nécessaire en fonction des retours et attentes.



## Intervenants

Animatrice de formation :

## Contact et tarif

- Pour toute information complémentaire, contacter : [formation-Sud@addictions-france.org](mailto:formation-Sud@addictions-france.org)  
128 Rue de Cantepau - 81000 Albi Tel. : 05 63 54 78 95
- Le coût des interventions est pris en charge dans le cadre d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2021-2022 entre l'Agence Régionale de Santé Occitanie et l'Association Addictions France – Région Occitanie sur le projet intitulé "Au carrefour de la prévention et du soin : prévenir et réduire les risques liés aux pratiques addictives auprès des personnes sous-main de justice.

## Modalités d'inscription

Formation INTRA



ORGANISME  
DE FORMATION

Organisme de formation de l'ANPAA  
Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro  
11751183675 auprès du préfet de la Région Ile-de-France. Cet  
enregistrement ne vaut pas agrément de l'État (L. 6352-12 du  
code du travail) • Mis à jour le 02.02.21

SITE SUD **Suivez-nous sur :**  
[www.addictions-france.org](http://www.addictions-france.org) @addictionsFr  
[Formation-Sud@addictions-france.org](mailto:Formation-Sud@addictions-france.org) Association Addictions France  
128 Rue de Cantepau - 81000 Albi - 05 63 54 78 95 Association Addictions France

Annexe n°13 : Tableau récapitulatif n°2 réalisé à l'EPM de Lavaur, regroupant les différentes réponses des jeunes, avec un effectifs de cinq mineurs.

QUESTIONS	EFFECTIF DE 5 JEUNES
<b>Effets positifs du sevrage de cannabis :</b>	Plus d'échange avec les autres, plus extravertis, maîtrise totale de soi et plus de concentration à l'école
<b>Effets négatifs du sevrage de cannabis :</b>	Difficulté à s'endormir, forte envie due à l'ennui, ils se sentent « ramollis » et pas de sociabilité, forte transpiration
<b>Conscience de l'impact des substances psychoactives :</b>	Conscience qu'ils ne peuvent pas travailler s'il fument et qu'ils ne peuvent pas passer le permis
<b>Volonté de reprendre à la sortie :</b>	5/5 oui mais moins

Annexe n°14 :

**Article 131-36-4 du Code pénale :**

« Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale. Le président avertit alors le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-36-1 pourra être mis à exécution.

Lorsque la juridiction de jugement prononce une injonction de soins et que la personne a été également condamnée à une peine privative de liberté non assortie du sursis, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine »

**Article 132-45 du Code pénale :**

« La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes :

(...) 3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. Une copie de la décision ordonnant ces mesures est adressée par le juge de l'application des peines au médecin ou au psychologue qui doit suivre la personne condamnée. Les rapports des expertises réalisées pendant la procédure sont adressés au médecin ou au psychologue, à leur demande ou à l'initiative du juge de l'application des peines. Celui-ci peut également leur adresser toute autre pièce utile du dossier ; ».

**Annexe n° 15 : Article L. 1110-4 du Code de la santé publique.**

« I.-Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article [L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.-Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.-Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article [L. 1110-12](#), ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

IV.-La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

V.-Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article [L. 1111-6](#) reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles [L. 1111-5](#) et [L. 1111-5-1](#).

VI.-Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ».

## *Index thématique*

---

AP :	21, 22, 23, 27, 28, 32, 43.
Choc carcéral :	17, 20.
Dépendance :	2, 3, 5, 6, 7, 12, 13, 26, 32, 34, 39, 40, 41, 42, 43, 49, 50.
Éducateurs - éducatrice :	12, 21, 26, 28, 29, 31, 32, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52.
MNA :	7, 13, 24, 25, 42, 49.
Médecin :	11, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 36, 37, 40, 46, 48.
Mineur A :	13, 19, 40, 41.
Mineur B :	14, 16, 18, 37, 40, 43.
Mineur C :	19, 26, 31, 41, 42
Parents :	6, 11, 12, 26, 32, 37, 41.
PJJ :	18, 20, 25, 28, 29, 32, 35, 37, 38, 39, 44, 47.
Psychiatre :	18, 20, 23, 24, 25, 28, 31, 36, 48.
Psychologue :	11, 13, 18, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 35, 36, 46, 48, 52.
Précarité :	1, 9, 10, 11, 15, 20, 24, 32.
Produits :	2, 6, 7, 9, 13, 18, 21, 22, 24, 37, 42, 49.
Réduction des risques :	5, 10, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 47.
Sevrage :	3, 7, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 42, 49, 51.
Surveillants :	12, 26, 31, 46, 52.
Troubles :	3, 5, 6, 7, 9, 12, 19, 20, 25, 32, 40, 41, 42.
US :	21, 23, 24, 25, 27, 32, 36, 44, 48.
UCSA :	4, 20, 23, 24, 28, 29.
Vulnérabilité :	1, 6, 7, 19, 20, 32, 41.

## *Bibliographie*

---

### Textes juridiques :

Articles 375-1 et 388 Code civil.

Articles L. 112-4, L. 121-6-2, L. 226-2-1 et L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles.

Articles 131-36-4 et 132-45 du Code pénal.

Article L. 1110-4 du Code de la santé publique.

Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Direction interrégionales de la protection de la jeunesse SUD et direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse de l'Hérault, *Compte rendu Commission d'Incarcération*, 9 février 2024, Ministère de la justice, 10 p.

### Ouvrages :

BECK Francois, *Jeunes et addictions*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, décembre 2016, 208 p., [https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action\\_sanitaire\\_et\\_sociale/01/5/Jeunes\\_et\\_addictions\\_-\\_OFDT\\_701015.pdf](https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/01/5/Jeunes_et_addictions_-_OFDT_701015.pdf)

CHOQUET Luc-Henry, *Protéger la jeunesse contre l'usage et le trafic de drogues*, conception graphique par POULAIN PACORET Marine, LEN, septembre 2017, 282 p.

CROCQ Marc-Antoine et GUELFY Julien-Daniel coordinateurs générales de la traduction française, *American Psychiatric Association, DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Elsevier Masson, 5<sup>e</sup> ed., mai 2013, [https://www.humanrights.ch/cms/upload/pdf/2024/240408\\_DSM\\_5.pdf](https://www.humanrights.ch/cms/upload/pdf/2024/240408_DSM_5.pdf)

GOODMAN Avriel, *Addiction : définition and implication*, Londres, British Journal of Addiction, 1990, p 1403-1408.

JAEGER Marcel et MONCEAU Madeleine, *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, préface d'Edouard Zarifian, Erès, 1996, 139 p.

LE-LUONG Thanh et JOURDAIN-MENNINGER Danièle, *Drogues et conduites addictives*, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) éd., 225 p.

SCROCCARO Nathalie, *Les addictions à l'adolescence, Comprendre et intervenir auprès des parents et des proches*, Le point sur la psychologie, De Boeck Supérieur, septembre 2017, 113 p.

TAROT-LE COUTOUR Agnès et l'Équipe du CSAPA Rive Gauche de Caen, *Association Addiction France, Addictions, traumatisme, inceste, Parcours d'un centre de soin*, Champ social, octobre 2022, 261 p.

#### Articles :

BEN LAKHDAR Christian, « L'économie du deal, Comprendre pour agir », Les Cahiers Dynamiques 2012/3 (n° 56), p. 50 à 57, <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2012-3-page-50.htm>

BRILLET Emmanuel, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique », dans Archives de politique criminelle 2009/1 (n° 31), p. 107-143, <https://www.cairn.info/revue-archives-de-politique-criminelle-2009-1-page-107.htm>

CARO Mathilde, CARPEZAT Morgane, LAUBRESSAC Christian et LAUNET Marie, « Les conduites addictives des mineurs incarcérés : mécanismes de relativisation, de relégation et d'invisibilisation en détention », Sociétés et jeunesses en difficulté, printemps 2024, n°30, 68 p., <https://journals.openedition.org/sejed/12553>

DORON Claude-Olivier, « La volonté de soigner, D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », Dans La philosophie du soin (2010), p. 283-300.

ECREMENT Dominique, « Secret médical partagé, secret social partagé : une possibilité ou une obligation ? », Dans Vie sociale 2007/3 (N° 3), p. 123 à 145, <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2007-3-page-123.htm>

EGLIN Muriel, « Quand la justice impose des soins », dans Enfances & Psy 2006/1 (n° 30), p. 121-133, <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-1-page-121.htm#:~:text=L'obligation%20de%20soins%20pour,tels%20qu'une%20prise%20en>

EGLIN Muriel, « Secret partagé en protection de l'enfance, Le point sur leur régime juridique depuis les deux lois du 5 mars 2007 » dans *Enfances & Psy* 2008/2 (n° 39), p. 65 à 75, <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2008-2-page-65.htm>

HAGÈGE Meoïn, « L'hépatite C et la prison : une opportunité de soins ? » dans *Santé Publique* 2017/4 (Vol. 29), Éditions S.F.S.P., p. 563-567, <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-4-page-563.htm?ref=doi>

KEDIR Oussama, Psychiatre, Addictologue, Chercheur en psychiatrie moléculaire, Praticien Hospitalier au GHU Psychiatrie & Neurosciences de Paris, Inserm, « De la maltraitance infantile aux addictions de l'adulte », *The conversation*, juin 2020, <https://theconversation.com/de-la-maltraitance-infantile-aux-addictions-de-ladulte-135334>

Médecin sans frontière et comité pour la santé des exilés, « La santé mentale des mineurs non accompagnés », novembre 2021, <https://www.comede.org/wp-content/uploads/2021/11/rapport-santé-mentale-MNA-web.pdf>

MICHEL Laurent, « Usage de substances psychoactives en prison et risques associés », *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2018, 202, n° 1-2, 53-65, séance du 16 janvier 2018, p. 53 à 65.

OBRADOVIC Ivan, « Addiction en milieu carcéral », OFDT, Quatrième atelier de la pharmacodépendance, Biarritz, 25 octobre 2005.

PROTAIS Caroline et JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral, Résultats de l'enquête Circé sur la question du marché des drogues en prison Rapport final à destination de la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la justice », *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*, avril 2019, 90 p.

PROTAIS Caroline, MOREL D'ARLEUX Julien, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Usage de drogues en prison, Pratiques, conséquences et réponses », *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*, décembre 2019, [https://bdoc.ofdt.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=30177](https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=30177)

#### Sitographie :

ARPADE, *Rapport d'activité 2020*, 90 p., <https://www.arpade.org/wp-content/uploads/2022/07/arpade-rapport-dactivite-2020-1.pdf>

ARPADE, *Rapport d'activité 2021*, 90 p., <https://www.arpade.org/wp-content/uploads/2022/07/arpade-rapport-dactivite-2021.pdf>

ARPADE, *Rapport d'activité 2022*, 89 p., <https://www.arpade.org/wp-content/uploads/2023/07/rapport-dactivite-2022.pdf>

Association addiction France, *La réduction des risques et des dommages*, <https://addictions-france.org/la-prevention/reduction-risques-dommages>

<https://addictions-france.org/presentation/#:~:text=Fondée%20en%201872%20p.à%20la%20réduction%20des%20risques>

Association addiction France, *Projet : prévenir et réduire les risques liés aux pratiques addictives auprès des personnes sous-main de justice*, Contenu prévisionnel des séances de groupe jeunes - SEEPM, 2022, Fondée en 1872 par Louis Pasteur & Claude Bernard [www.addictions-france.org](http://www.addictions-france.org) • [anpaa81@addictions-france.org](mailto:anpaa81@addictions-france.org).

Association Sauvegarde Nord, *Prélude – Centre Thérapeutique Résidentiel*, <https://www.lasauvegardedunord.fr/etablissements/prelude-centre-therapeutique-residentiel-ctr/>

Centre hospitalier des quatre villes, *Les conduites addictives qu'est-ce que c'est ?*, Addiction et addictologie, 2019, <https://www.ch4v.fr/addictologie-et-alcoologie/les-conduites-addictives-quest-ce-que-cest/>

Centrale nationale de coordination des addictions, *Substance psychoactives - Lexique de prévention, info. drog.*, 2024, <https://www.infodrog.ch/fr/ressources/lexique-de-la-prevention/substance-psychoactive.html>

CHAPELOT Stéphanie, « Les conduites addictives - Principes de repérage », Réseau Sécurité et Naissance, Naître ensemble des Pays de Loire, Journée de formation allaitement 20/05/2014, 21 p., <https://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/es/ehfblhrnm196gpzobd3xs75fgfy01d-org.pdf>

Fédération addiction, Prévenir, Réduire les risques, Soigner, *Annuaire des structures du soin résidentiel en addictologie*, 2024, 72 p., <https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2024/06/annuaire-sra-vf.pdf>

Haut commissariat des Nations Unies, droit de l'homme, Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté, 1990-2024, 86 p. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-rules-protection-juveniles-deprived-their-liberty#:~:text=La%20privation%20de%20liberté%20d.possibilité%20d'une%20libération%20anticipée>

L'Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie, Santé pour tous, *Définition des addictions, Addictologie et conduites addictives*, <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/addictions/addictions-et-conduites-addictives/definition-des-addictions>

L'Association Régionale de Prévention et d'Aide face aux Dépendances et aux Exclusions, Hisoire et projet associatif, <https://www.arpade.org>

La voix du Nord, *Ils sont adolescents et se battent contre leurs addictions à Lille*, 2023, [https://www.lavoixdunord.fr/1294111/article/2023-02-21/lille-ils-sont-adolescents-et-se-battent-contre-leurs-addictions#:~:text=Le%20Centre%20th%C3%A9rapeutique%20r%C3%A9sidentiel%20\(CTR,%C3%A0%20une%20maison%20de%20famille](https://www.lavoixdunord.fr/1294111/article/2023-02-21/lille-ils-sont-adolescents-et-se-battent-contre-leurs-addictions#:~:text=Le%20Centre%20th%C3%A9rapeutique%20r%C3%A9sidentiel%20(CTR,%C3%A0%20une%20maison%20de%20famille)

Ministère de la justice, *Justice des mineurs, Les mineurs délinquants*, 12.1, p. 130-140, [https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/PARTIE-12\\_Annuaire\\_ministere-justice\\_2019\\_16x24\\_converted.pdf](https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/PARTIE-12_Annuaire_ministere-justice_2019_16x24_converted.pdf)

Ministère de la justice, *Organisation du dispositif de soins*, Livre 3, p. 138-142, [https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/guide\\_methodo\\_2019\\_ppsmj\\_part2.pdf](https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/guide_methodo_2019_ppsmj_part2.pdf)

#### Colloque :

BRIE Guillaume, MBANZOULOU Paul et RAMBOURG Cécile (dir.), *La violence en prison*, Agen, École nationale de l'administration pénitentiaire, novembre 2022, 117 p.

#### Cours :

RAOULT Sacha, Maître de conférences HDR, Droit privé et sciences criminelles, Faculté de droit et science politique Aix-Marseille Université, Cours de victimologie, DU de l'ISPEC, 2022.

#### Enquête :

Enquête ENa-CAARUD : Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012, Résultats de la 4<sup>e</sup> enquête nationale menée auprès des usagers fréquentant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD).

HBSC 2006, 2010 et 2014 (Rectorat de Toulouse), ESCAPAD 2005, 2008, 2011 et 2014 (OFDT), Baromètre santé 2005, 2010 et 2014 (INPES).

# Table des matières

---

INTRODUCTION	p.1
PARTIE 1 : L'objectif d'une prise en charge efficace des conduites addictives en détention	p.9
<u>Chapitre 1</u> : La nécessité d'une prise en charge sans délai des mineurs à leur arrivée en détention	p.9
<b>Section 1</b> : Une population pénale profondément ancrée dans les conduites addictives	p.9
<i>Paragraphe 1</i> : Les origines inhérentes aux conduites addictives	p.10
A. Le milieu social fragilisé dès le plus jeune âge	p.10
B. L'enfance caractérisée par une instabilité affective	p.12
<i>Paragraphe 2</i> : L'entrée dans la délinquance renforçant les conduites addictives	p.14
A. Les conduites addictives indépendantes de l'infraction	p.14
B. Les conduites addictives en lien avec l'infraction	p.15
C. Les conduites addictives en lien avec les faits commis	p.15
<b>Section 2</b> : Une gestion inévitable des conduites addictives lors du parcours arrivant	p.16
<i>Paragraphe 1</i> : Les effets néfastes de l'arrivée en détention sur le mineur présentant des conduites addictives	p.16
A. Le bilan addictif alarmant	p.17
B. Le sevrage sèchement imposé par la détention	p.17
1. L'interdiction de substances en milieu pénitentiaire pour mineurs	p.17
2. Les effets du sevrage sur les jeunes détenus	p.18
<i>Paragraphe 2</i> : Une prise en charge nécessaire et adaptée	p.19
A. La vulnérabilité psychologique aggravant l'impact de la détention	p.19
B. Les visites obligatoires lors du parcours arrivant	p.20
<u>Chapitre 2</u> : L'efficacité de la prise en charge freinée par les divergences des enjeux institutionnels	p.21

<b>Section 1</b> : La cohabitation des divers enjeux institutionnels	p.21
<i>Paragraphe 1</i> : L'enjeu sécuritaire érigé par l'Administration pénitentiaire	p.21
A. L'interdiction de substances psychoactives en milieu carcéral	p.21
B. Les incidents inévitables du sevrage forcé en détention	p.22
<i>Paragraphe 2</i> : L'enjeu de soins soutenu par l'Unité sanitaire	p.23
A. Le cadre de la prise en charge médicale en milieu pénitentiaire	p.23
B. Le champ d'action du personnel de l'Unité sanitaire	p.24
1. Le rôle du médecin et du psychiatre dans la prise de médicaments de substitution	p.24
2. Le rôle des infirmiers et de la psychologue dans l'installation d'une relation de confiance	p.25
<b>Section 2</b> : La barrière infranchissable du secret médical	p.26
<i>Paragraphe 1</i> : Les tensions entre personnels pénitentiaires	p.27
A. Les relations conflictuelles entre l'Administration pénitentiaire et l'Unité sanitaire	p.27
B. Les relations ambiguës entre les professionnels sanitaires	p.28
<i>Paragraphe 2</i> : L'efficacité douteuse de la prise en charge	p.29
A. La primauté du secret médical face au secret partagé	p.29
B. Les conséquences préjudiciables sur la prise en charge	p.31
1. Une prise en charge décousue	p.31
2. Les conséquences pratiques sur les jeunes détenus	p.31
<b>PARTIE 2</b> : La prise en charge ambivalente des conduites addictives des mineurs par les partenaires extérieurs	p.33
<b>Chapitre 1</b> : La tentative d'une prise en charge renforcée par la multiplication de moyens d'actions	p.33
<b>Section 1</b> : La prévention collective sur la prise de risque des consommations	p.33
<i>Paragraphe 1</i> : La conciliation délicate entre soins promulgués à l'extérieur et en milieu carcéral	p.34
A. La prévention et la réduction des risques liées aux pratiques addictives chez les mineurs	p.34
B. La réduction des risques freinée par la logique pénitentiaire	p.35

<i>Paragraphe 2</i> : L'expansion douteuse de la prise en charge des mineurs par les partenaires extérieurs	p.36
A. Les ateliers collectifs mis en place au sein du milieu carcéral pour mineurs	p.36
B. Les obstacles à une prise en charge efficace	p.38
<b>Section 2</b> : Le suivi individuel renforcé à la suite de soins pénalement ordonnés	p.39
<i>Paragraphe 1</i> : Le prise en charge des conduites addictives demandée par le juge	p.39
A. Le prononcé d'une obligation de soins	p.39
B. Le prononcé d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire	p.40
<i>Paragraphe 2</i> : Les interventions individuelles de l'ARPADE	p.41
A. Une intervention multisectorielle et personnalisée	p.41
B. Les limites subtiles de l'ARPADE	p.43
<b>Chapitre 2</b> : La difficulté de prolonger les soins à l'extérieur du milieu carcéral	p.44
<b>Section 1</b> : La fracture entre les soins internes et externes en milieu carcéral.	p.44
<i>Paragraphe 1</i> : La carence de structures permettant une continuité de la prise en charge	p.44
A. L'exigence d'une longévité des soins	p.44
B. La rareté des centres de désintoxication pour mineurs	p.45
<i>Paragraphe 2</i> : Les nouvelles propositions de suivi étirées à l'extérieur de la détention	p.46
A. La possibilité d'une continuité de suivi post-peine	p.46
B. La libre consultation de centre de prise en charge en addictologie	p.47
<b>Section 2</b> : Le manque de maturité générant un bilan en demi-teinte	p.48
<i>Paragraphe 1</i> : La détention : une opportunité de soins	p.48
A. L'obligation d'une prise en charge pluridisciplinaire des conduites addictives	p.48
B. La volonté des jeunes détenus de limiter leurs consommations	p.49
<i>Paragraphe 2</i> : Un public pénal encore immature pour poursuivre les soins	p.50
A. La contrainte de la longévité des soins	p.50
B. Les résultats insuffisants face aux moyens déployés	p.50

CONCLUSION	<i>p.52</i>
TABLES DES ANNEXES	<i>p.54</i>
INDEX THÉMATIQUE	<i>p.74</i>
BIBLIOGRAPHIE	<i>p.75</i>
TABLE DES MATIÈRES	<i>p.80</i>
RÉSUMÉ	<i>p.84</i>

## *Résumé*

---

Depuis 1980, les conduites addictives en milieu carcéral font partie intégrante des problématiques pénitentiaires actuelles. Les mineurs incarcérés n'échappent pas à ce phénomène. Dû à leur vulnérabilité et à leur parcours de vie, le bilan addictif à leur arrivée en détention est alarmant. Une prise en charge accrue pour ce type de public s'avère alors nécessaire pour pallier le désordre en détention. Toute l'équipe pénitentiaire se mobilise pour accorder aux jeunes détenus une prise en charge pluridisciplinaire et sans délai de leurs conduites addictives. Le développement de nouveaux dispositifs externes à la détention permet de venir en aide au personnel pénitentiaire en offrant un accompagnement spécialisé et personnalisé aux mineurs. La difficulté majeure réside dans la coopération de ces équipes, en dépit de leurs orientations professionnelles divergentes. L'exigence d'assurer un suivi post-peine linéaire aux mineurs touchés par des conduites à risques demeure encore insuffisant au regard de l'ampleur de cette préoccupation.

Mots clés : Conduites addictives, mineurs, milieu carcéral, prise en charge, personnel pénitentiaire, suivi.

Since 1980 addictive behavior in prison has been an integral part of current prison problems. Incarcerated minors are not immune to this phenomenon. the addictive toll upon their arrival in detention is alarming, due to their vulnerability and their life journey. Increased support for this type of subjects is therefore necessary to alleviate disorder in detention. The entire prison team takes actions to provide young prisoners with urgent multidisciplinary treatment for their addictive behavior. The development of new systems, external to the prison environment, makes it possible to help prison staff by offering specialized and personalized support to minors. The main difficulty lies in the cooperation between these teams, to pass over their divergent professional orientations. The requirement to provide linear post-sentence monitoring for minors affected by risky behavior still remains insufficient given the extent of this problem.

Keywords : Addictive behavior, minors, prison environment, treatment, prison staff, monitoring.