

ATRE

1996 - 2011

**Quinze ans d'expérience d'hébergement,
d'accompagnement socio-éducatif et de
soins aux consommateurs de substances
psycho-actives sortant de prison**

Novembre 2011 – inauguration des nouveaux locaux

Table des matières

Le contexte d'origine	3
Présentation de l'ADNSMPL.....	5
1) Evolution de la Population accueillie	8
a) L'âge	8
b) Le sexe :	8
c) Origine géographique de nos résidents :	9
d) Situation pénale de nos résidents	10
e) Orientation à la sortie	10
f) Usage des Traitements de Substitution aux Opiacés	11
2) les évolutions de la Population Pénale (RAPPEL)	12
a) Age de la population incarcérée	12
b) Motif d'incarcération	12
c) Addictions	13
d) Antécédents psychiatriques.....	13
e) Taux de récidives à l'entrée	14
3) L'encadrement et l'équipe	15
4) Une population finalement reconnue dans ses besoins.....	16
5) Nos partenaires changent aussi	18
6) Conclusions (temporaires)	20

Accueil Temporaire pour la Réinsertion

Tel : 03 20 54 60 88
Fax : 03 20 54 60 43
Mail : atre@nordnet.fr

www.atre-csapalille.fr

Le contexte d'origine

Les démarches de soins et d'accompagnement en vue de l'insertion sociale et professionnelle restent des moments majeurs et indispensables de l'action collective et individuelle auprès des consommateurs de substances psycho-actives illicites ou abusifs d'alcool. Les moyens de mise en œuvre de ces actions doivent pourtant être diversifiés et surtout adaptés au contexte social, géographique, urbain. Une relation étroite entre les structures doit respecter le travail de chacun et en garantir, voire en augmenter, l'efficacité.

Pour faire face à la pérennisation de l'utilisation de produits illicites particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes, initiatives, innovations, partenariat, sont des éléments essentiels de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, lorsqu'ils sont conçus, élaborés et créés en tenant compte des compétences et des expériences de chacun, ainsi que des réalités et configurations institutionnelles et locales.

Entre des structures complémentaires, qui concourent à un projet global auprès d'un toxicomane, un relais, lieu d'accueil, de court séjour et de suivi socio-éducatif s'impose naturellement pour réduire le risque de rechute pathologique et récidive pénale - et la contamination par un prosélytisme de mauvais aloi ou par une participation active au trafic illicite pour financer la dépendance.

L'absence de relais, ou la non adéquation, voire la frilosité des structures existantes susceptibles d'assurer ce relais, se font particulièrement sentir pour les personnes qui sortent de prison.

Ainsi, le travail thérapeutique et socio-éducatif effectué par les structures ou associations intervenant en milieu carcéral trouve une limitation dommageable dans l'existence voire la prolongation des délais, souvent nécessaires mais à haut risque, entre, d'une part, les projets de soins, ou d'insertion socio-professionnelle préparés avec les toxicomanes détenus, et, d'autre part, leur mise en réalisation concrète :

- délais entre la sortie de prison et l'entrée dans une famille d'accueil ou dans un centre de soins à long terme ou de postcure, ou dans un logement autonome ou encore dans un lieu d'hébergement collectif ;
- retour brutal dans le contexte familial souvent peu préparé au fait, même si la sortie était prévisible ;
- voire retour vers la rue quand c'était déjà le seul univers de la personne.

On notera également la réticence, parfois sensible, envers ce public, de la part du dispositif en milieu ouvert.

Cette confrontation brutale avec leur environnement naturel survient à un moment où les toxicomanes, hier encore privés de liberté, de responsabilité et de gratifications, sont particulièrement sensibles à la pression de ce milieu, alors qu'ils sont dans un état d'attente anxieuse d'un retour rapide de leur mode de vie au mode de vie précédent, vers la satisfaction immédiate et la résorption facile des tensions, - tendance amplifiée voire provoquée par la sollicitation toujours présente au produit, par les anciennes connaissances -, conduit trop souvent à l'abandon des projets, à la dévalorisation de soi, et au rejet déculpabilisant des motivations et des discours qui accompagnaient le projet de vie élaboré et investi en prison.

Devant ce constat, le Président de l'association « Aide aux Détenus Nécessitant des Soins Médico-Psychologiques Lille » (A.D.N.S.M.P.L.) a conçu en 1995 le projet de créer et de gérer un **Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes** , dénommé **Accueil Temporaire pour la REinsertion** (A.T.R.E.), qui se propose d'être un relais encadrant et éducatif entre la sortie de prison et la mise en œuvre effective du projet de soin ou d'insertion préparé au cours de l'incarcération, avec les équipes du milieu carcéral.

Il s'agit, pour un temps que nous souhaitons limité – nous ne sommes qu'une étape - , d'accueillir ces personnes dans une maison de vie collective, située au cœur de Lille, dotée d'une équipe éducative qui doit être suffisante pour assurer la continuation du travail commencé en milieu carcéral et qui sera poursuivi jusqu'à l'étape suivante.

Celle-ci pourra être – selon le contexte socio-familial et les contraintes des ressources sanitaires et socio-éducatives, mais aussi selon la personnalité, l'état de santé mentale, et les objectifs personnels du résident - un accès au dispositif de soins psycho-éducatif ou une autonomisation suffisante dans un contexte social, professionnel et familial stabilisé. Ce qui implique une nette individualisation de l'accompagnement dans ce lieu d'hébergement collectif qu'est l'ATRE

L'ATRE est devenu en avril 2009 **Centre de Soins, d'Accueil, et de Prévention en Addictologie (CSAPA)** .

Présentation de l'ADNSMPL

L'association « Aide aux Détenus Nécessitant des Soins Médico-Psychologiques à Loos » (ADNSMPL) a été créée le 26 août 1988 par le Docteur Evry ARCHER, alors chef du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire du Nord Pas-de-Calais et responsable du Service médico-Psychologique régional (SMPR) de Loos. Elle est domiciliée, depuis ses débuts, avec l'accord conjoint de la Direction Générale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, au SMPR de Loos .

Cette association a toujours été présidée par un praticien hospitalier du SMPR – le Docteur Michèle JACQUET ou le Docteur Evry ARCHER . De sa création à celle de la maison d'arrêt de Sequedin, en 2005, **son conseil d'administration a été composé de personnels des services de santé et de personnels de la Justice.**

A titre d'exemple, le conseil d'administration de l'association en 1997-1998 était ainsi constitué :

Catherine Adins, psychiatre, trésorière de l'ADNSMPL;
Gaëtane Allard, surveillante-chef du quartier des femmes de la maison d'arrêt de Loos;
Evry Archer, praticien hospitalier, chef de service, président de l'ADNSMPL;
Jean-Louis Daumas, directeur de la maison d'arrêt de Loos, vice-président de l'ADNSMPL;
Martine Depierre, infirmière, secrétaire- adjointe de l'ADNSMPL;
Valérie Descamps, directeur-adjoint de la maison d'arrêt de Loos;
Karine Gnansounou, cadre-infirmier, trésorière-adjointe de l'ADNSMPL;
Karine Lapègue, assistante sociale;
Pierre Lestavel, conseiller d'insertion et de probation;
Michel Maniez, chef du service socio-éducatif de la maison d'arrêt de Loos;
Bouchaïb Moustache, psychologue, secrétaire de l'ADNSMPL;
Laurent Parmentier, infirmier;
Denis Wilmot, cadre-infirmier;
Dominique Zins, directeur du centre de détention de Loos.

Elle gère et administre l' « Accueil Temporaire pour la Réinsertion » (ATRE), et gestionnaire depuis qu'elle l'a créé en 1994-95

Ses buts, définis à l'origine, ont très peu varié. :

- Favoriser la réinsertion des détenus ou des sortants suivis par le S.M.P.R. y compris par l' « Antenne Spécialisée pour les Toxicomanes », l'Unité de Préparation à la Sortie et toute nouvelle Unité fonctionnelle du SMPR, notamment par des actions de soutien matériel pour les indigents, par des actions à caractère thérapeutique : sociothérapie, ludothérapie...
- Permettre une meilleure organisation des interventions à caractère culturel, social, thérapeutique d'organismes ou de personnes extérieurs au S.M.P.R.
- Mettre en place des systèmes de gestion des informations recueillies auprès des patients.
- Organiser les travaux d'étude et de recherche sur les populations pénales dans le respect des lois et règlements régissant la matière.
- **Créer et prendre en gestion tout établissement social ou médico-social qui mettrait en œuvre des actions conformes aux buts de l'association.**

Elle entreprend également depuis plusieurs années des recherches sur les populations pénales.

L'une d'entre elles, RAPPEL (Recherche Action sur la Population Pénale Ecrouée à Loos) est menée en continu depuis 1988 et permet l'analyse des données recueillies auprès des personnes écrouées à la maison d'arrêt. Cette étude a déjà fait l'objet de présentations lors de colloques.

Entre 2006 et 2008, à la demande du Premier Président de la Cour de Cassation Guy CANIVET, l'ADNSMPL a réalisé une recherche sur « l'évaluation de la souffrance psychique liée à la détention », qui sert de référence aux magistrats chargés de la réparation des détentions suivies de non-lieu ou de relaxe.

Si d'autres centres à vocation identique ont vu le jour au début de l'année 2010, nous avons une expérience de quinze années de pratique ininterrompue.

Ce document se veut un reflet de ces quinze années, un outil aussi pour regarder l'évolution des politiques de santé et pénales, puisque nous sommes à la croisée des chemins de ces deux axes.

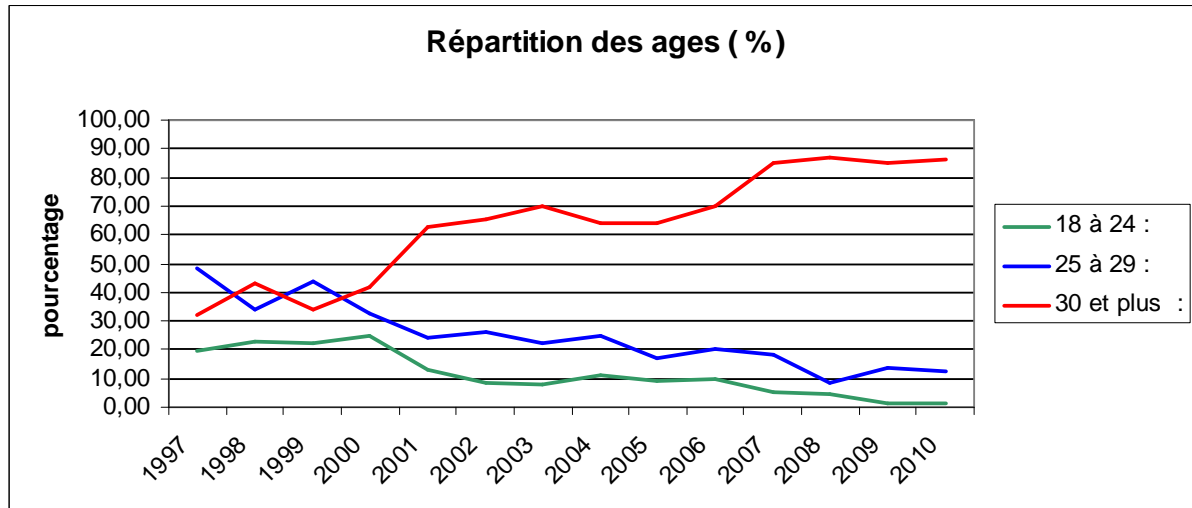
Nous proposons d'abord un rapide regard sur la population accueillie, ses évolutions au fil des années ; puis nous verrons comment nous nous sommes adaptés, quelles évolutions dans notre centre et dans nos pratiques, en ont découlé.

Enfin, un regard sur les nouvelles politiques pénales et leurs conséquences, ainsi que sur les perspectives ouvertes permettra de conclure, provisoirement, ce dossier.

1) Evolution de la Population accueillie

Ayant, sur les mêmes formats, les rapports d'activité depuis 1997, nous pouvons présenter le public que nous avons accueilli en quatorze années pleines :

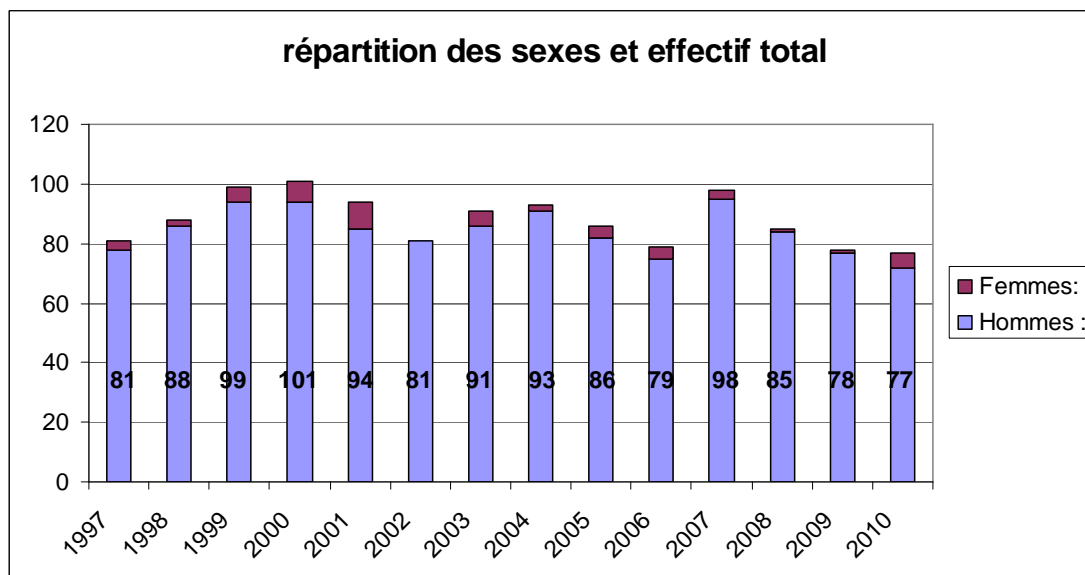
a) L'âge



Le graphique est assez clair : notre population vieillit (avec nous ?).

C'est probablement le reflet des populations « addictives » rencontrées en milieu carcéral, en tout cas celles qui souhaitent s'inscrire dans un projet de soin à la sortie. Mais des hypothèses différentes ou subséquentes peuvent être envisagées : maintien prolongé dans la conduite de consommation avant l'incarcération, essai et échec d'autres interventions avant celle de l'ATRE, etc...

b) Le sexe :



Chaque année, nous accueillons quelques femmes, mais notre public est en très grosse majorité masculin.

Nous avons flirté, au début de notre activité, avec des effectifs de cent personnes par an, et nous nous sommes stabilisés autour de quatre-vingt personnes accueillies, les séjours s'allongeant avec le temps.

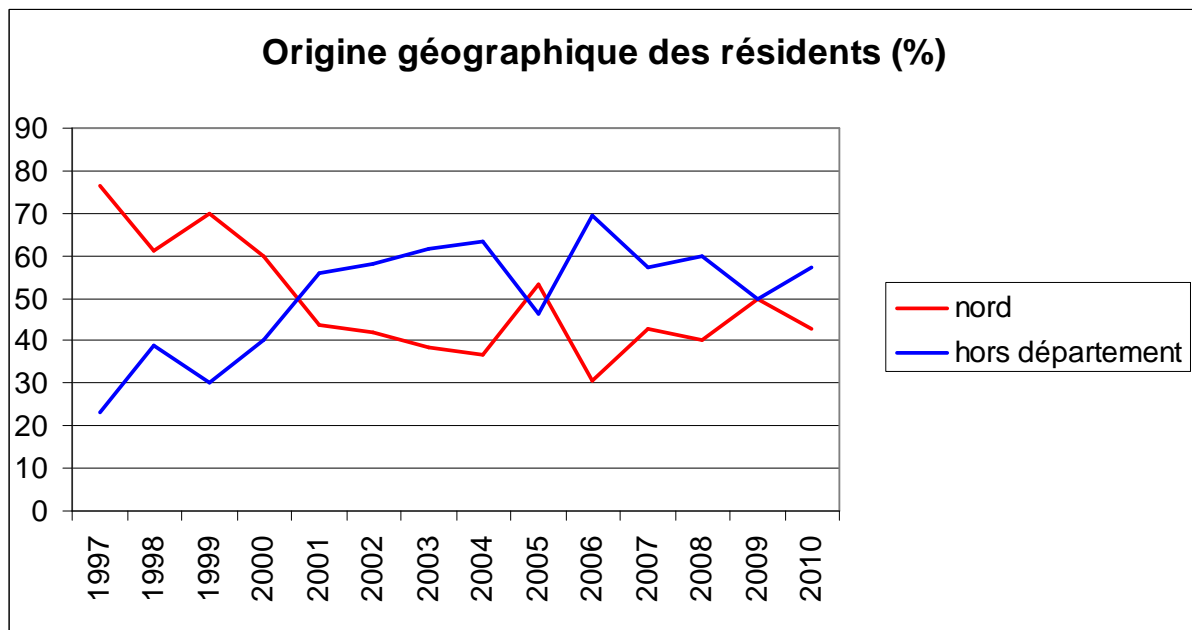
Nous présentons un taux de remplissage stabilisé autour de 75%.

Ne maîtrisant pas la date d'arrivée, qui dépend de la date de sortie de prison, mais devant conserver une place lorsque nous nous sommes engagés, il y a souvent quelques places libres en attente de l'arrivée du candidat attendu.

Nous ne maîtrisons pas non plus les dates de départ de l'ATRE qui sont souvent obtenues au dernier moment, lorsqu'une place s'est libérée dans la structure d'accueil vers laquelle nous orientons le résident. C'est seulement à partir de ce moment que la place libérée peut être affectée à un nouveau candidat. Il y a donc toujours quelques jours voire quelques semaines de « place vide mais non disponible », qui limite notre taux de remplissage.

Vouloir remplir à tout prix consisterait à donner un accord alors qu'il n'y a pas la place disponible, courant ainsi le risque de NE PAS POUVOIR accueillir, le jour de la sortie, alors que nous nous serions engagés : cette perspective est impensable, et serait inhumaine compte tenu de la situation des personnes à ce moment. Nous nous y refusons au risque de devoir assumer nos taux à 75%.

c) Origine géographique de nos résidents :



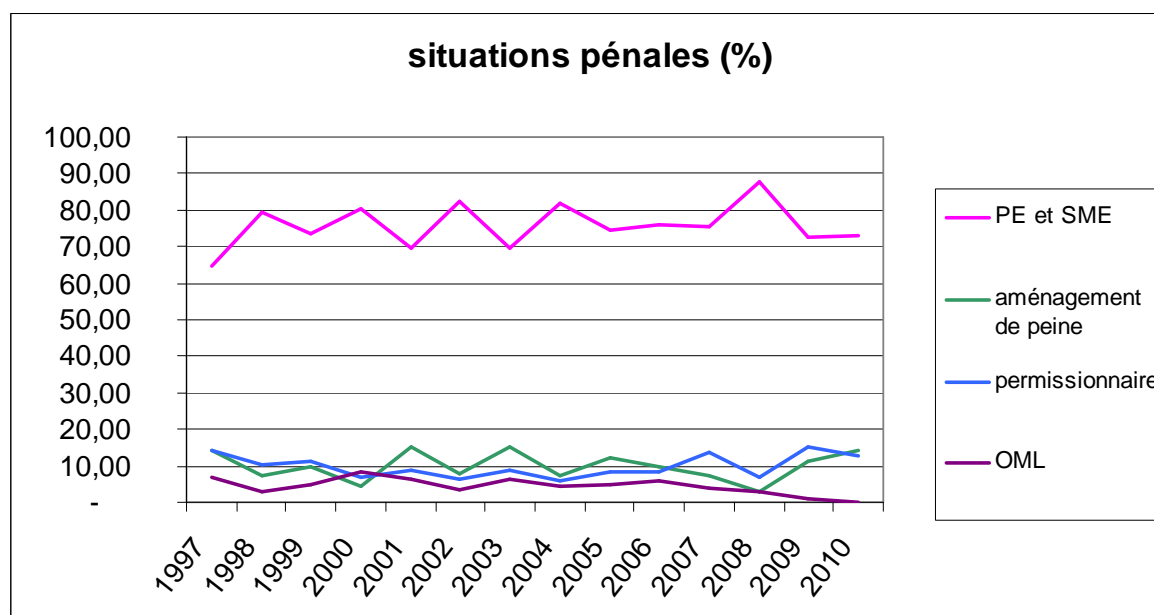
Le ratio moyen est de 50% de personnes originaires du département du Nord.

Depuis l'origine, nous recrutons nos candidats dans les établissements des autres régions, et en particulier la région parisienne, dans une proportion variable mais de l'ordre de 50% de nos admissions.

L'ouverture de deux autres structures identiques en région parisienne ne semble pas affecter massivement notre recrutement.

Il faut reconnaître que ce sont bien souvent les liens personnels établis avec les professionnels des établissements qui font la qualité et le roulement des demandes. Ces personnels, changeant assez rapidement d'affectation dans les établissements pénitentiaires, obligent à recommencer régulièrement une politique d'information, de suivi, de contact.

d) Situation pénale de nos résidents



Les personnes qui ne sortent pas de prison représentent 1,30% du total des accueillis.

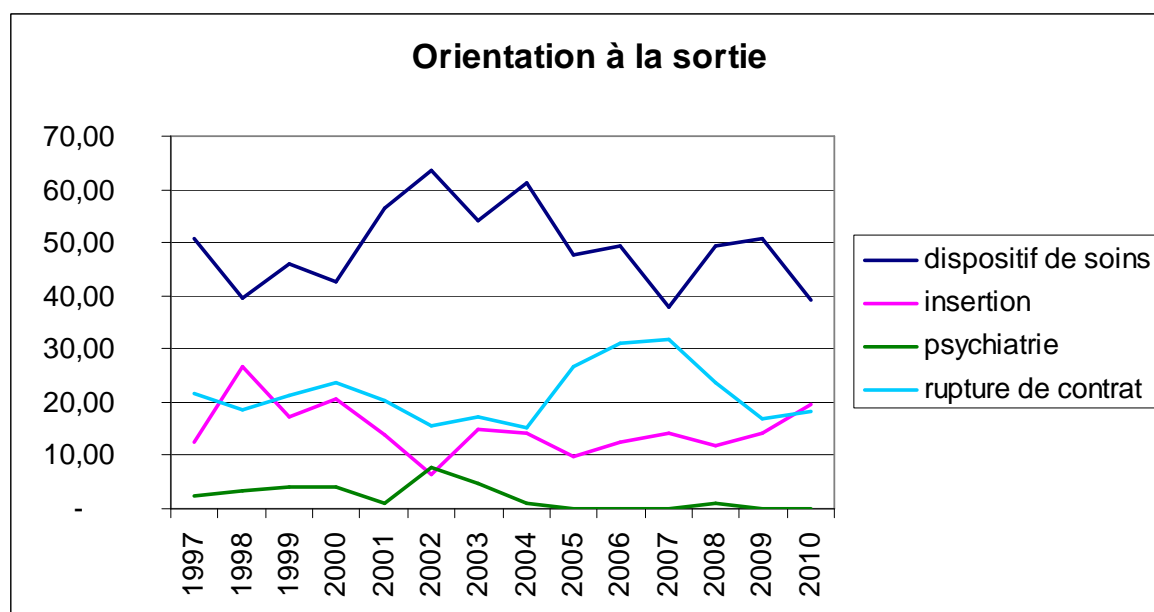
Les autres qui représentent l'immense majorité ont fini leur peine, même s'il reste du sursis de mise à l'épreuve.

Les aménagements de peine ne représentent que 16% en moyenne de nos types de séjours.

Et les permissionnaires sont environ 10% de nos résidents.

Il s'agit donc très largement de personnes sans contrainte particulière, qui viennent à l'ATRE de leur propre gré.

e) Orientation à la sortie



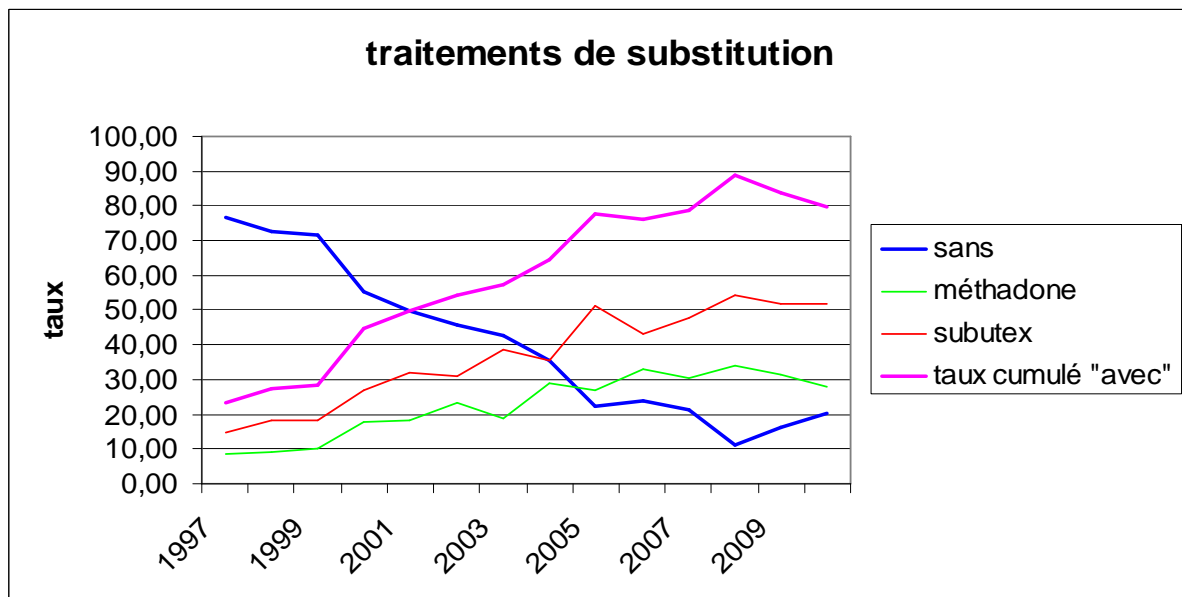
Le taux de contrats rompus avant échéance, que ce soit de notre fait ou de celui du résident, est de l'ordre de 20% bon an, mal an.

Mais on remarquera le pic de ces ruptures entre 2005 et 2008....sans explication particulière.

Globalement, ce sont bien les orientations vers les dispositifs de soins avec hébergement (Centres Thérapeutiques Résidentiels, Communautés thérapeutiques, appartements thérapeutiques) qui sont les choix et les destinations les plus importantes, correspondant ainsi aux besoins de prises en charge de longues durée de nos usagers.

(les totaux présentés ne tiennent pas compte des 10% de permissionnaires régulièrement accueillies, leur « devenir » immédiat étant le retour en prison...).

f) Usage des Traitements de Substitution aux Opiacés



Notre structure a ouvert ses portes en 1995, année de mise sur le marché des TSO. Le nombre de patients sous TSO a donc monté progressivement au fil du temps, suivant la courbe des personnes sous TSO en milieu carcéral.

Depuis deux ans, nous commençons à recevoir des personnes « qui ne sont plus sous TSO » après l'avoir été, alors que jusqu'à présent, les personnes sans TSO n'avaient jamais bénéficié de ce traitement. Cette tendance récente est aussi constatée par nos partenaires qui reçoivent des personnes qui demandent l'arrêt des traitements de substitution, qu'ils prennent longtemps, plus de dix ans parfois.

Nous entrons donc dans une période « post-TSO » qui va probablement se poursuivre, et qui change la dynamique de soin et les approches personnelles de nos résidents.

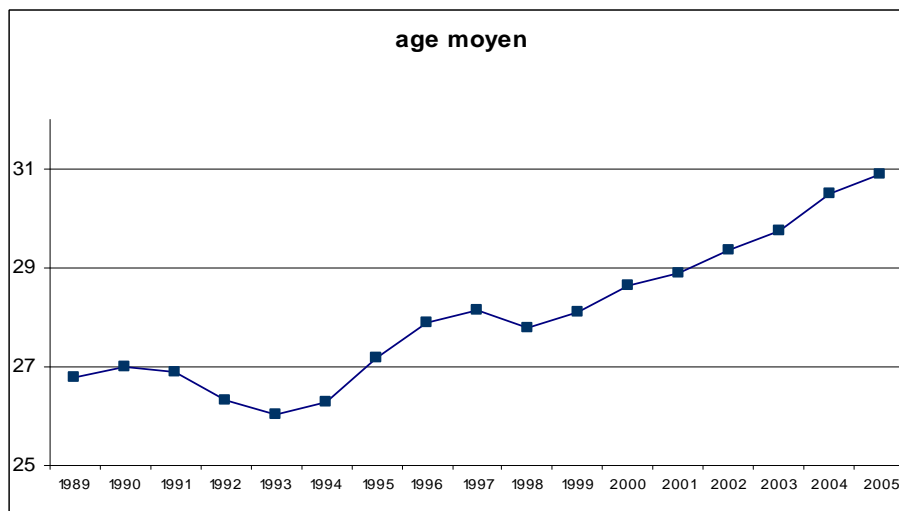
2) les évolutions de la Population Pénale (RAPPEL)

la Recherche Action sur la Population Pénale Ecrouée à Loos (RAPPEL) a été menée par l'ADNSMPL, et a fait l'objet de plusieurs publications et a des présentations dans des sociétés savantes.

Cette étude porte sur la période des années 1989 à 2005, et a été faite à partir des données recueillies par les personnels soignants du SMPR lors de l'entretien dit « d'arrivant » des nouveaux écroués. Elle a été arrêtée, faute de subventions, alors que son intérêt pour connaître la population carcérale de France et son évolution, à travers celle de la maison d'arrêt de Loos, ne faisait aucun doute.

ATTENTION : les données présentées ne correspondent pas exactement à la période d'activité de l'ATRE.

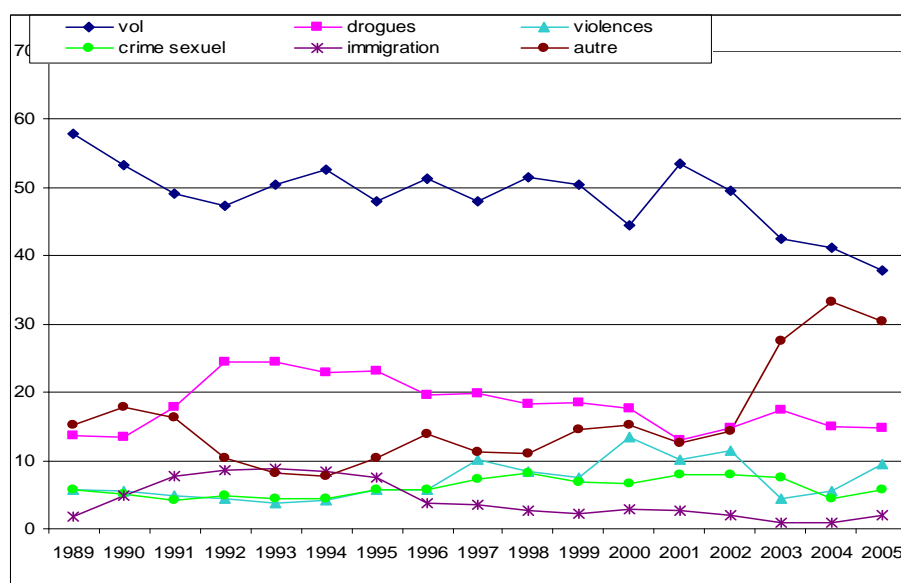
a) Age de la population incarcérée



Comme pour celui de l'ATRE, le public incarcéré vieillit.

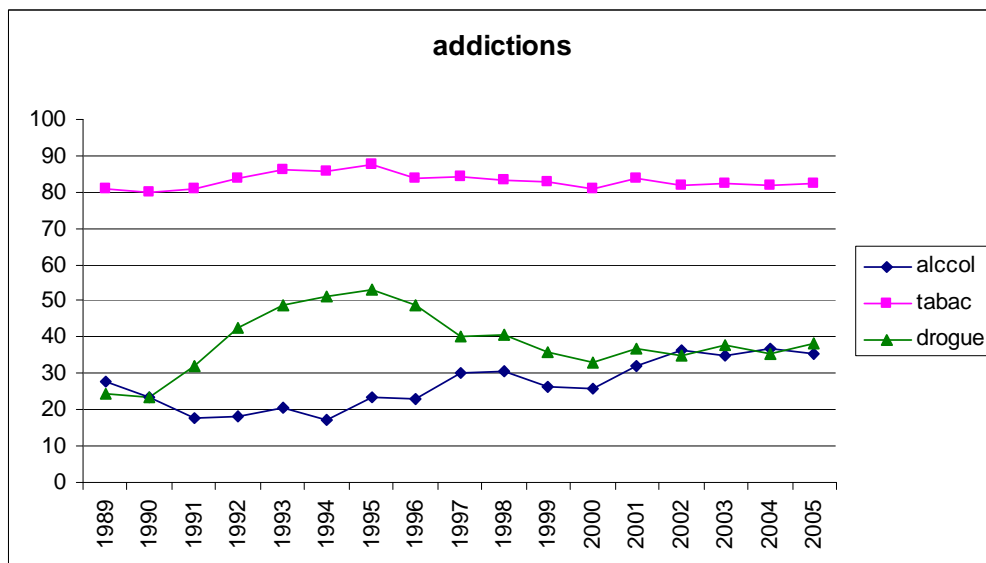
b) Motif d'incarcération

Il s'agit de l'infraction en lien avec la condamnation : c'est pour cette raison que l'ILS (Infraction à la Législation sur les Stupéfiants, appelés « drogues » ici) ne représente que 20% du total alors que les personnes toxicomanes représentent 40% du public carcéral



Le Motif « autre » correspond en général à la délinquance en col blanc...ou aux **infractions routières**.

c) Addictions

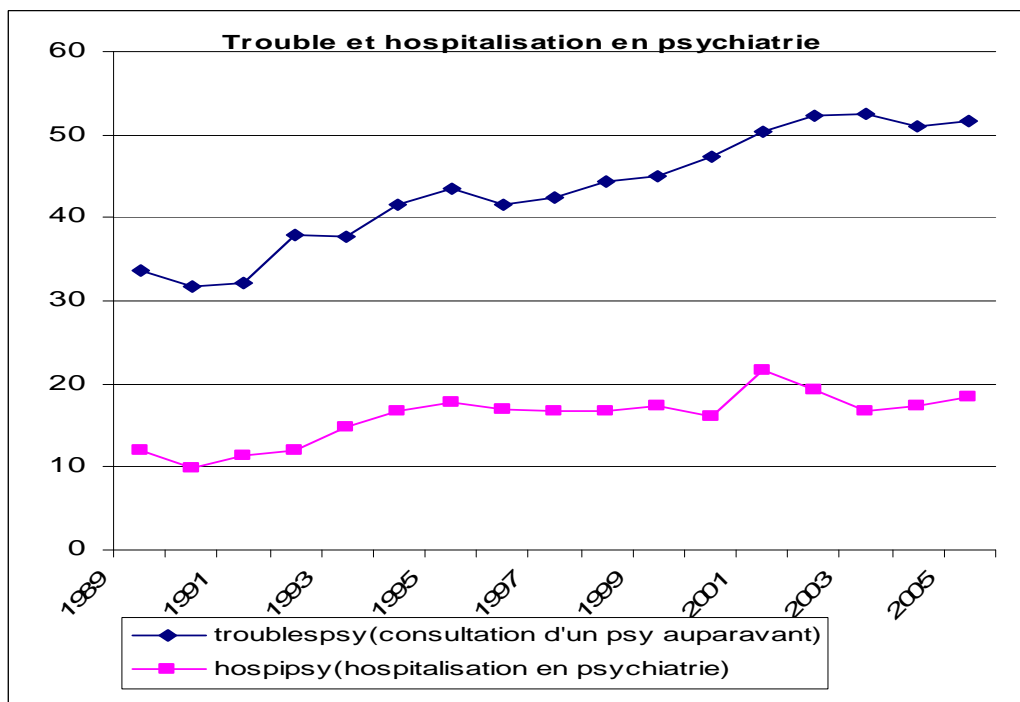


Le « décrochage » à partir de 1996, de l'usage de produits illicites, est fort probablement dû à l'effet positif des TSO sur les conduites délinquantes, donc sur les incarcérations.

La prévalence de l'alcool continue à augmenter, et les nouveaux motifs d'incarcération, suites aux lois de 2007 sur les violences routières, vont accentuer le phénomène.

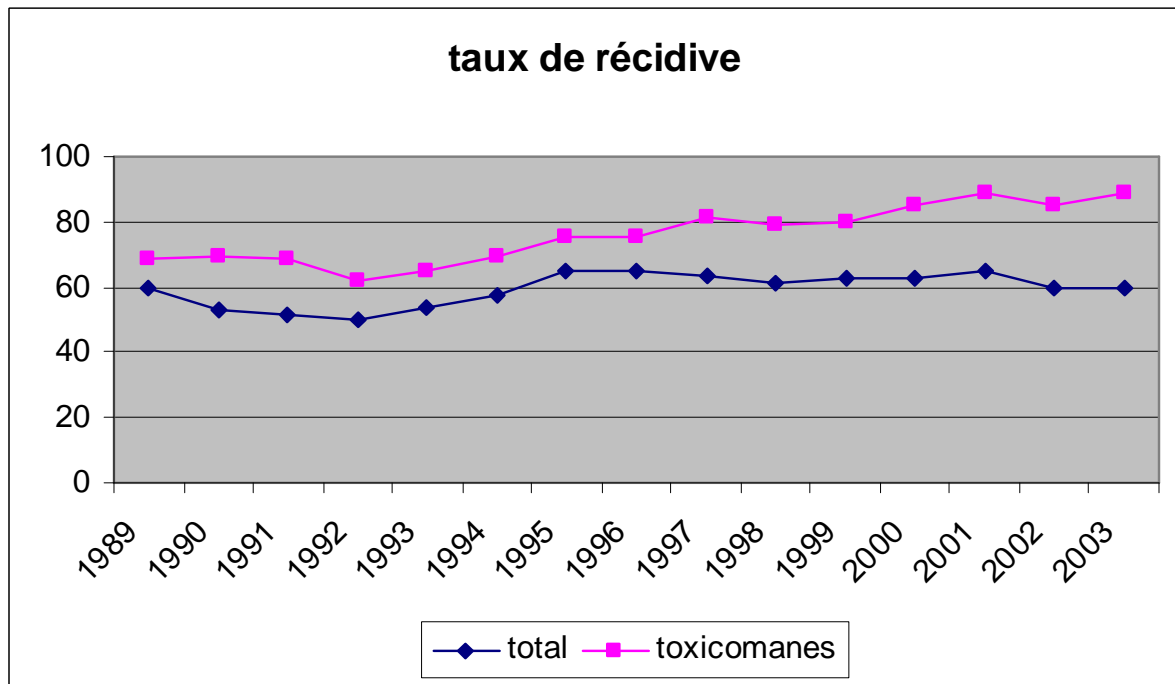
Le tabac reste un problème massif, sans trop de solution en milieu carcéral.

d) Antécédents psychiatriques



De (trop) nombreux détenus souffrent de troubles psychiques majeurs ; et cette réalité ne fait apparemment que s'accroître.

e) Taux de récidives à l'entrée



La récidive concerne près de 90 % des personnes se reconnaissant toxicomanes lors de l'entretien d'entrée.

On a donc affaire à une population récidivante, multipliant les incarcérations, et justifiant d'autant plus le besoin de prise en charge dès la sortie, puisque ces récidives sont la conséquence de rechutes précoces.

Une analyse plus fine montre que le nombre moyen d'incarcérations chez les personnes toxicomanes récidivistes est passé de 3 à 4,5 en 10 ans

3) L'encadrement et l'équipe

Si la toute première année a été celle des tâtonnements, rapidement, le projet éducatif et thérapeutique de la structure et s'est mis en place avec une partie de l'équipe encore présente aujourd'hui. En effet, deux personnes sont présentes depuis l'origine, et cinq autres ont plus de dix ans d'ancienneté.

Cette expérience acquise ensemble a permis de suivre les évolutions du public, et de notre environnement, sans difficulté, et avec sérénité.

En 1998, nous avons obtenu, par le biais du Fonds Social Européen, un poste d'assistante sociale, pérennisé depuis, pour prendre en charge les aspects administratifs et d'insertion de nos résidents.

Nous avons utilisé le dispositif « emploi-jeune » mis en place en 2000 pour compléter notre équipe éducative d'un temps d'animation, poste qui s'est trouvé pérennisé dès 2002 lors de la mise en place des 35 heures.

Ainsi, au fil des années, notre équipe est passée de 8,7 ETP (avant les 35 heures) à 10,7 ETP, permettant ainsi un travail efficace, et sécurisant pour l'équipe, comme pour les résidents.

Il faut se rappeler que, à sa création, à titre expérimental, l'ATRE ne disposait pas pour fonctionner d'un budget suffisant de la part de l'état pour fonctionner.

Outre la part Direction Générale de la Santé et Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT), il nous fallait compter sur les villes de Lille et de Roubaix, Lille Métropole Communauté Urbaine, le Conseil Général, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, des fonds « politique de la ville », tous non pérennes, pour pouvoir boucler notre budget.

La reprise par l'Assurance-Maladie, sur dotation globale de fonctionnement, de la quasi-totalité de ces financements a enfin permis une stabilisation de notre équipe, de notre situation financière, et a permis au Directeur de se dégager de son demi-temps plein habituellement consacré aux aspects financiers de recherche de fonds, pour enfin s'occuper à temps plein du fonctionnement interne de la structure.

Ces temps ont permis la réflexion, la construction des « outils obligatoires » fixés par la Loi du 2 janvier 2002, la préparation de l'habilitation CROSMS (Commission Régionale de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale), mais aussi la préparation de la mutation importante que nous vivons depuis cinq ans, du faite de l'évolution du public et du cadre de notre activité.

La mise en place de l'auto-évaluation, les temps de réflexion autour de notre projet éducatif, la perspective d'un déménagement (depuis 3 ans) et des re-organisations nécessaires, ont amené l'équipe à proposer encore des évolutions dans notre travail : séjour de réflexion (dispositif complémentaire de l'accueil classique à l'ATRE), ateliers créatifs et art-thérapie....

Aujourd'hui, l'équipe est composée d'un Directeur, de six Educateurs Spécialisés, d'une Assistante Sociale, de deux veilleurs de nuit et d'un veilleur remplaçant, d'une secrétaire et d'un homme d'entretien à temps partiel. Une partie de l'équipe a plus de dix ans d'ancienneté à l'ATRE, et c'est cette expérience qui est notre meilleur capital pour les évolutions permanentes auxquelles il nous faut faire face.

4) Une population finalement reconnue dans ses besoins.

Depuis les années 90, la population toxicomane incarcérée représente 50% de la population pénale. Si ce chiffre a légèrement baissé depuis 1996 et la mise en place des TSO, il reste un fort contingent de personnes concernées par cette addiction en milieu carcéral.. ; et c'est la partie la plus désinsérée de la population toxicomane, la plus fragile, la plus délinquante, certes, mais aussi la plus exclue .

Le taux de récurrence est énorme (90%)...et c'était bien la logique de l'ATRE que de dire que c'est en amont de la sortie et dès celle-ci qu'il convient de proposer un accompagnement à ceux désirent ne plus consommer des substances psycho-actives illicites, ni d'alcool de manière aberrante, ni de médicaments détournés de leur usage régulier..

Ce discours, à l'origine de notre structure, a mis du temps à être pris en compte par nos partenaires.

Certes, nous en parlions . Certes, des initiatives locales existaient. Certes, lors des journées d'étude de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT), par exemple, où plusieurs fois, un atelier était destiné à aborder la question de la prison, de l'articulation entre dedans et dehors....Mais le sujet semblait n'intéresser que les personnes déjà concernées.

En 2001, différents ministères rédigent et publient une circulaire interministérielle visant à favoriser la prise en charge des publics toxicomanes en milieu carcéral...Mais le texte est si général, si peu contraignant, ménageant toutes les susceptibilités, que chacun peut y lire ce qu'il souhaite, et l'effet, est quasi nul, sauf un affichage de bon aloi, les tous premiers temps.

Nous mêmes, au début de notre activité, cherchant à établir des contacts avec nos partenaires en aval du séjour, et en particulier les CTR, rencontrons dans un premier temps des difficultés à convaincre :

Convaincre qu'on peut sortir de prison ET être réellement motivé pour du soin ;

Convaincre qu'il ne s'agit pas seulement d'avoir un toit à tout prix ;

Convaincre que ces personnes sortant de prison ne sont pas plus dangereuses que les autres, et le sont souvent moins, au contraire ;

Convaincre que les collègues intervenant en intra-muros sont aussi bons professionnels que les autres.

L'expérience de quelques cas orientés vers ces partenaires suffisent souvent à convaincre, et petit à petit, cette population qui faisait peur, qui inspirait méfiance et vigilance, devient une population de personnes demandeuses d'accompagnement.. .comme les autres.

Nous avons à cette époque le sentiment d'avoir rempli cette partie de notre mission (l'un des buts de l'association est « favoriser la réinsertion des personnes [présentant des difficultés psychiques] sortant de prison ») ; reste à convaincre notre tutelle, et la MILDT, que dix places au total en France, en structure de soins pour sortant de prison, est un bien petit chiffre.

La publication en 2007 de notre étude rétrospective sur le devenir de nos usagers à six mois, montrant que 70% d'entre eux sont encore en démarche de soin, a peut être permis, facilité, la création, à la fin de 2009 et en 2010, de quarante places supplémentaires sur le même modèle que l'ATRE.

Il est évident aussi que la politique pénale extrêmement répressive depuis 2002 s'accompagne aussi d'un volet « soin », probablement caution du volet principal, mais pour lequel il y avait un tel besoin que rejeter en bloc cet aspect aurait été stupide.

Nous regrettons juste que ces places aient été prises sur le dispositif de soins en hébergement collectif existant, et n'aient pas été des créations à part entière (pour trente d'entre elles).

la commission Santé-Justice de la F3A à bénéficié du rapprochement entre l'ANITÉA et la F3A pour élargir sa réflexion à toutes les personnes présentant des addictions, soit 80% de la population pénale.

Après la rédaction et la publication d'un guide Santé-Justice plébiscité par les professionnels des deux champs, après avoir réussi le colloque de Lyon intitulé « Usagers-malades-Délinquants : Articulation Santé-Justice à l'épreuve de l'addiction » en novembre 2009, la commission se penche sur l'articulation nécessaire entre l'intra et l'extra-muros en terme de soins aux personnes addictes...au moment où est publié le plan stratégique pour les soins des personnes incarcérées 2010-2014.

Laisés pour compte de la politique de soins aux toxicomanes, non considérés dans la spécificité de leur situation et dans les dangers importants que représentent les moments de l'incarcération, mais aussi de la sortie, les personnes « addictes » sous main de justice retrouvent aujourd'hui une attention justifiée. Nous ne pouvons que nous en féliciter. Nous guetterons avec attention les moyens de la mise en œuvre des orientations présentées.

5) *Nos partenaires changent aussi*

Les évolutions de pratique n'ont pas affecté que le champ du soin. Tout le champ social a été amené à évoluer depuis quelques années. Et le milieu de la Justice et de la prison également. Ces évolutions, qu'elles soient des choix politiques ou les conséquences des contraintes budgétaires (c'est parfois la même chose...), ont des incidences sur notre activité.

Les dispositifs sociaux d'hébergement ont depuis toujours, sur la métropole lilloise en tout cas, joué la collaboration avec les dispositifs d'accompagnement des personnes sous main de justice. Conscients que le public accueilli pouvait, dans une proportion importante, présenter des addictions, il était plutôt facile de travailler ensemble à une orientation vers l'insertion sociale, via les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS).

Depuis quelques années, ces dispositifs sont saturés. Ceux qui, depuis toujours, réservaient des places pour les personnes sortant de prison ont dû renoncer, sous la pression des demandes générales, dans l'impossibilité déjà de faire face aux urgences de relogement.

C'est notre public, le moins attendus, le plus volatile, qui fait les frais de cette situation. Et la réforme des dispositifs Système Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO), avec passage obligatoire via le 115, qui empêchera plus encore de réserver une place, complique, voire rend totalement impossible toute préparation de sortie via l'hébergement social.

Depuis cinq ou six ans, nous assistons à une autre dégradation, insidieuse, grave, excluante : la difficulté à ouvrir ses droits et mettre sa situation administrative à jour.

Sous couvert de prendre des garanties contre les tricheurs, d'éviter les fraudeurs, il est exigé aujourd'hui pour n'importe quel papier administratif basique une montagne de preuves, de garanties, d'autres papiers, qui rendent parfois la tâche impossible.

Un exemple : pour déposer une demande de Carte Nationale d'Identité, il faut montrer une attestation de la Sécurité sociale (sic) ; à la même adresse l'un et l'autre ; mais pour obtenir immédiatement une attestation de la part de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, il faut une ...CNI ou au moins une preuve de dépôt de dossier.... Au pire on vous l'envoie à votre adresse (la même). Mais il faut compter 4 semaines... et vous aurez alors les documents indispensables pour déposer votre dossier de Revenu de Solidarité Active RSA à Pole emploi.. qui vous demandera pourquoi vous n'avez pas fait le dossier dès votre sortie.. et vous fera perdre le bénéfice d'un voire de deux mois d'aide sociale...sans compter que pendant ce temps, il aura fallu faire l'avance des frais médicaux.. avec de l'argent que vous n'avez pas...

Tout ceci est vrai LORSQUE vous êtes accompagné d'un travailleur social qui vous aide à respecter l'ordre des choses. SANS travailleur social, il est probable que les démarches auront été abandonnées depuis longtemps.. et que l'économie parallèle suppléera les revenus sociaux.

CPAM, Poste, Mairie, préfecture, Pôle-emploi,... tous ont durci leurs procédures, ont mis en place des exigences supplémentaires, qui, cumulées, sont parfois incompatibles, rendent les démarches difficiles à faire en parallèle et donc plus coûteuses en temps ; les objectifs ne sont pas toujours très clairs..mais le résultat est net : les exclus sont de plus en plus exclus...et les personnes sortant de prison sont dans des difficultés bien plus grandes aujourd'hui qu'auparavant, sans raison acceptable.

D'autant qu'il est plus compliqué de préparer une sortie avec des dates aussi fluctuantes.

Le décret du 3 mai 2007 prévoit le crédit de peine...et les remises de peines supplémentaires, à discrétion des Juges d'Application des Peines (JAP), mais selon des critères prédéterminés. L'un des effets de ce texte est qu'une date de sortie est aujourd'hui bien plus aléatoire qu'auparavant.

L'épurement des peines qui consiste à profiter d'un séjour en prison pour faire effectuer toutes les éventuelles anciennes peines en suspens, peut être une bonne chose...si on la met en place dès le début de la détention.....Mais chaque petite ancienne peine qui tombe quinze jours avant la sortie, amène à devoir repousser toute prise en charge et rend l'accompagnement très difficile...en plus d'être violent pour le détenu.

Les Remises de Peines Supplémentaires (RPS), souvent décidées par les JAP dans les dernières semaines de la détention, peuvent modifier la date de sortie de quelques jours à quelques semaines.

Les centres d'accueil avec hébergement ont les plus grandes difficultés à bloquer une place pendant deux ou trois semaines. Parce qu'on ne sait pas QUAND tel détenu va sortir réellement de prison....on en vient donc parfois à ne plus conserver de place...et attendre la date de sortie pour voir s'il y a de la place : c'est une régression énorme par rapport à nos pratiques d'il y a quelques années.

Les travailleurs sociaux des SPIP ont vu plusieurs réformes modifier profondément leur activité. Et l'un des aspects nous touche directement : celui de la gestion de la peine et de son exécution. Les aménagements de peine, Libération Conditionnelle, ou -plus prisé parce que maintenant l'écrou - le Placement Extérieur, ont la côte.

Ceci ne serait pas un souci pour les structures de soin qui ont toujours accueilli des personnes sous main de justice, mais un aspect a profondément changé : là où nous privilégions la motivation au soin, avec éventuellement aménagement de peine, les demandes, relayées par les CIP, sont aujourd'hui prioritairement la possibilité d'un accueil en aménagement de peine, sans trop se préoccuper de la motivation au soin.

Par son coté systématisé et utilisé comme gestion de la population pénale, l'aménagement de peine est devenu une proposition dont nous nous méfions, pour lequel on questionne la motivation de la personne avec insistance, avec réticence.....

Les « obligations de soin », les soins sous contrainte, les « orientations » sont aussi bien plus souvent utilisés dans les mesures de suivi de justice qu'auparavant. Ceci fait partie de l'arsenal des magistrats, notamment des JAP et des procureurs de la République, et cet outil est couramment, presque systématiquement présent. Il ne simplifie pas les relations entre soignants et magistrats, et nécessite de bons contacts pour équilibrer demande de l'un et réponse de l'autre.

Les conventionnements passés avec l'administration pénitentiaire sont ainsi re-questionnés, et les nouveaux CIP, formés sur les modèles de la Loi de 2007, ont du mal à comprendre nos réticences, nos interrogations. Il y a là un chantier à RE-mettre sur le tapis.

6) *Conclusions (temporaires)*

Nous ne pouvons conclure ce document de façon définitive : notre public est trop mouvant, la politique pénale, les évolutions sociétales, les outils et moyens à disposition des professionnels trop instables dans le temps pour permettre de définir UNE façon de travailler.

Les politiques pénales ont un impact immédiat sur les publics incarcérés, mais aussi sur les dispositifs alternatifs à l'incarcération, et donc sur les moyens disponibles pour un accompagnement des personnes les plus en difficulté.

Comme la politique actuelle est plus de redéploiement que de création de postes, chaque nouvelle initiative entraîne un transfert de moyens et donc une disparition de certains moyens affectés à une action ancienne.....

Et c'est souvent le public le plus abimé qui en fait les frais.

Les dispositifs extérieurs d'hébergement, et d'accompagnement social sont saturés de demandes, incapables de proposer des modes de sortie à leurs résidents, et confrontés à nombres grandissants de personnes dans le besoin, parfois urgent, de sécurité, de stabilité.

Face à cette misère, face à ces limitations des capacités d'intervention des dispositifs, notre public est loin de pouvoir prétendre à une priorité quelconque.

Et comme les dispositifs de soins avec hébergement, à qui nous adressons la plupart de nos demandes de prise en charge, sont saturés parce que les places en aval ne sont pas disponibles, il devient difficile pour nous de trouver des orientations adéquates pour nos résidents.

C'est donc notre public qui, en bout de chaîne, fait les frais aussi de tous ces blocages.

Pour ceux qui relèvent de soins et de prises en charges multiples, du fait de co-morbidités psychiatriques ou somatiques, de détresse psycho-sociale, de défaillance de l'environnement, les solutions ne sont pas plus simples à trouver : malgré la bonne volonté, malgré la souplesse des dispositifs, malgré la solidité des liens fonctionnels entre certains services et partenaires, les personnes malades, toxicomanes, et sortant de prison portent quand même trop de stigmates, trop d'étiquettes pour trouver facilement des réponses à leurs besoins essentiels de soin, et d'accompagnement social.

C'est un chantier que nous remettons régulièrement en marche : tout bouge et nécessite une adaptation permanente de notre outil.

C'est donc plutôt une conclusion en forme de remerciement à notre équipe qui a su, depuis ces années, se remettre en cause et adapter sa façon de travailler, re-questionner nos pratiques, et apprendre à accompagner un public changeant, dans un environnement de plus en plus fermé aux personnes en difficulté.