

10ème Anniversaire de l'ATRE

programme de la journée d'étude :

1^{ère} Table ronde : « Toxicomanie : l'évolution des cadres légaux, judiciaires, et de soins depuis dix ans »

Monsieur le Docteur ARCHER , Président de l'ADNSMPL, Chef de service du Service Médico-Psychologique Régional de Loos-Sequedin ; page 2

Monsieur LEMAIRE, Procureur de la République de Lille ; page 6

Mme le Docteur FILLEBEEN, Médecin-Inspecteur de la DDASS du Nord page 10

M GAULTIER, Juge de l'Application des Peines de Valenciennes ; page 13

2^{ème} Table ronde : « les conséquences dans la prise en charge des toxicomanes sortant de prison »

Mme WOZNICZAK, Conseillère en Insertion Professionnelle à maison d'Arrêt de LOOS ; page 18

Mme FLAMBERT, Chef de Service à l'association « le MAIL », AMIENS page 20

M VETEAU, Directeur de l'ATRE ; page 23

Mme WOZNIAK, Educatrice à l'ATRE page 33

1^{ère} Table ronde : « Toxicomanie : l'évolution des cadres légaux, judiciaires, et de soins depuis dix ans »

Patrick VETEAU, Directeur de l'ATRE :

Je vous remercie de nous accompagner et d'être venus si nombreux pour ces festivités du 10^{ème} anniversaire de la création de l'ATRE et je vous propose de passer la parole au Docteur ARCHER qui est le Président de l'association « Aide aux Détenus Nécessitant des Soins Médico-Psychologiques à Loos » (ADNSMPL) qui est à l'origine de la création de l'ATRE et qui est la structure support de l'ATRE.

Monsieur le Docteur ARCHER , Président de l'ADNSMPL, Chef de service du Service Médico-Psychologique Régional de Loos-Sequedin :

Ma brève intervention va respecter le thème de cette journée : l' « évolution des cadres légaux, judiciaires et de soins depuis 10 ans ». Mais, je me limiterai à l'introduction, c'est-à-dire que je vais partir de la création de l'ATRE il y a dix ans pour dire et redire que cette structure illustre la nécessaire collaboration entre appareil judiciaire et équipes soignantes, et montre que cette collaboration n'empêche pas le respect scrupuleux de l'éthique et de la déontologie de chacun. En réalité, si l'ATRE est une réalisation dont nous sommes fiers, c'est pour plusieurs raisons, notamment parce que, par son existence même, mais aussi dans son fonctionnement au quotidien, l'ATRE prouve qu'il est possible de travailler ensemble, soignants et non-soignants, dans l'intérêt des personnes que nous prenons en charge, en respectant les règles déontologiques et éthiques qui fondent l'exercice de la médecine, mais aussi celui du travail social, et aussi, bien entendu, celui de la pratique judiciaire.

Quand on travaille dans un milieu où l'on rencontre des toxicomanes ou des personnes sous main de justice, on est obligé d'avoir une préoccupation éthique permanente, quitte à prêter le flan à des critiques du genre « obsédé textuel » ou encore « personnalité rigide ». Ce risque est à accepter, parce que les dérives sont beaucoup plus graves que de tels reproches.. D'ailleurs nous ne devons pas oublier que trop souvent ceux-ci visent à démoraliser l'éthique..

Actuellement, dix ans après, les magistrats instructeurs et ceux du parquet ne sollicitent plus guère les psychiatres et les autres intervenants de santé pour obtenir d'eux des informations sur les personnes qu'ils prennent en charge. Les Juges de l'Application des Peines ont des habitudes et des conceptions très diverses, (nous savons qu'il y a autant de pratiques que de JAP), et parfois même des pratiques assez divergentes : certains d'entre eux n'incitent jamais les soignants intervenant en prison à transiger avec leur déontologie, d'autres les invitent, avec une insistance polie, à une collaboration étroite nécessitant de réinterpréter de manière originale l'article 226-13 du code pénal, le décret portant code de déontologie médicale et les articles du code de procédure pénale concernés, d'autres enfin – heureusement de plus en plus rares – le font parfois avec une certaine véhémence , voire une agressivité certaine, en rappelant que les soignants détiennent des informations nécessaires à l'élaboration de leurs propres décisions, lesquelles ne peuvent être à chaque fois éclairées par une expertise judiciaire.

Or, malgré leur volonté de préparer la sortie du patient pour faciliter sa réinsertion sociale, et prévenir la rechute des troubles psychiques, notamment ceux susceptibles d'induire une marginalisation ou de favoriser la délinquance, les équipes des dispositifs de soins

psychiatriques et des structures de soins en milieu carcéral ne participent pas, en général, à l'application des peines, et conformément à la loi et au code de déontologie médicale, refusent de transmettre à l'autorité judiciaire, non seulement les confidences recueillies lors des examens et des prises en charge thérapeutiques, mais aussi, ce qu'ils ont vu, entendu ou compris au cours de leurs activités de soin.

De même, certains fonctionnaires de l'administration pénitentiaire souhaitent parfois disposer, pour assurer leur mission de garde et de réinsertion, de certains éléments d'appréciation que détiennent, pensent-ils, les soignants et plus particulièrement les médecins. L'obstination de ceux-ci à ne pas leur communiquer ces informations peut être assimilée à une passion pour la cachotterie ou une attitude antipathique inspirée seulement par l'égoïsme, l'individualisme, ou pire encore, le désir de préserver un territoire. Or l'équipe de soin, en prison ou dans des centres, spécialisés ou non, de soins aux toxicomanes, a pour devoir de dialoguer avec ses partenaires relevant du ministère de la Justice pour mieux les connaître, mieux se faire connaître, pour s'expliquer sur ses propres soucis éthiques et déontologiques, s'instruire sur ceux de ces partenaires, faire connaître le cadre juridique et les règles de fonctionnement du dispositif de soins, réduire périodiquement, aussi vite que possible, voire prévenir les divergences, les incompréhensions pour éviter les conflits institutionnels nuisibles à tous. Mais ce devoir ne peut en aucun cas le conduire à travailler avec des non-soignants, dossiers médicaux ouverts, ou dans une commission où l' « on se dit tout ».

Nous pensons avoir réussi depuis un quart de siècle ce dialogue difficile.

C'est en effet, en 1981 que nous avons créé le GAPERP (Groupe Autonome Pluridisciplinaire d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie), ayant constaté, encore interne en psychiatrie, qu'il était nécessaire de ne pas s'enfermer dans la tour d'ivoire du théoricien de la clinique ou dans la sphère « psy » pour comprendre certains phénomènes psychiatriques ou psychologiques, et y faire face. Il fallait dialoguer avec les autres catégories professionnelles, les autres disciplines pour mieux comprendre les nôtres. Plus tard, en 1988, au lendemain de notre arrivée en milieu carcéral, nous avons créé l'association « Aide aux Détenus Nécessitant des Soins Médico-Psychologiques à Loos » (ADNSMPL), association tout aussi pluridisciplinaire, comprenant des intervenants soignants, des travailleurs sociaux et des personnels de l'administration pénitentiaire. Comme vous le savez, c'est l'ADNSMPL, qui a créé et gère l'ATRE.

Je ne m'étendrai pas trop longtemps sur le secret médical, de peur d'agacer certains d'entre vous. Il n'est pas nécessaire de rappeler que ce secret ne peut être partagé qu'entre ceux qui participent aux soins auprès du même malade, que la règle du secret médical couvre tout ce que le soignant a vu, entendu ou compris dans l'exercice de son métier, qu'elle est générale et absolue, qu'il n'appartient à personne d'en affranchir le soignant, que l'infraction à cette règle peut être punie par plusieurs tribunaux successivement : par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins qui peut aller jusqu'au retrait du diplôme du soignant délinquant, par l'Hôpital qui peut aller jusqu'à la révocation puisqu'il s'agit d'une faute lourde, par un tribunal civil à payer des amendes- et la prescription, en l'occurrence, n'est pas triennale mais trentenaire, et la réparation du préjudice peut incomber aux héritiers – puis par un tribunal pénal, à quinze mille euros (15 000) d'amende et un an d'emprisonnement.. Il s'agit d'une infraction jamais amnistiée, puisque c'est un manquement à l'honneur ; car tout médecin qui prête le serment d'Hippocrate, s'engage à respecter le secret médical, et ce serment finit ainsi « que je sois méprisé par mes semblables et honni par tous si je manque à mes devoirs ». Il ne s'agit donc pas de préserver un territoire ni un pouvoir, ni même un champ de compétence, mais de

garantir l'accès aux soins et la qualité des soins, c'est-à-dire l'exercice de la médecine : chacun d'entre nous doit pouvoir tout dire à tout médecin avec la certitude que jamais il ne racontera ses petites misères et grands défauts à la voisine ou à un adversaire politique ou à un professionnel chargé de surveiller et de punir. Tout dire à son médecin permet à celui-ci de mieux traiter. Le secret médical est primordial pour la qualité des soins.

Si le Parquet – je le dis en présence de Monsieur le Procureur de la République et sous son contrôle – est chargé par la Loi de veiller au respect du secret médical, celle-ci l'autorise aussi à ouvrir un dossier pénal et à poursuivre le médecin qui viole le secret médical, alors même qu'il n'y aurait pas de plainte, puisqu'il s'agit d'une mesure d'ordre public et pas seulement du respect de la vie privée.

Je n'aime pas entendre un soignant dire : « je sais bien que ce n'est pas légal mais mon option idéologique professionnelle me conduit à le faire » ; ni un magistrat déclarer : « je sais bien que la loi et votre déontologie vous interdisent de me faire des confidences, mais je vous autorise à en faire parce que j'en ai besoin ». Je trouve anormal de faire si peu de cas de la Loi, alors qu'on vit au quotidien avec des gens qui souffrent parce qu'ils n'ont pas pu ou pas voulu la respecter . Certains affirment que la règle du secret médical perd progressivement de sa force et prétendent anticiper la loi. Or, anticiper la Loi ce n'est que l'une des façons de la violer.

Comprenez-moi bien : respecter la Loi n'empêche pas que l'on puisse militer pour qu'elle change. Mais on milite en dehors de son champ professionnel, en tant que citoyen.

En tous cas j'insiste : nous tenons à travailler avec des partenaires de la justice, de l'administration pénitentiaire et du travail social. L'ATRE illustre chaque jour cette volonté.

Depuis toujours, je préconise quatre types d'échanges avec des partenaires non-soignants, des échanges qui sont autorisés par les textes juridiques et par l'éthique, et nécessaires.

D'abord des réunions pluridisciplinaires interactives, ouvertes, qui sont - sinon périodiques du moins provoquées après chaque réforme juridique importante - portant sur des thèmes généraux de la santé et de la justice. En effet, on peut être extrêmement surpris de l'ignorance des uns et des autres quant au statut, au rôle, à la fonction et au travail de celui qui est en face ou à côté. C'est ainsi que nous avons reçu ce matin une lettre d'un magistrat qui nous réclame un certificat médical attestant qu'un patient détenu ne reçoit pas de traitement de substitution aux substances opiacées, de manière à envisager un aménagement de peine. Il a fallu lui expliquer que rien ne justifie que la prise de méthadone ou de Subutex* fasse automatiquement perdre le bénéfice d'un aménagement de peine. Au contraire.

Deuxièmement, des réunions inter-institutionnelles. Par exemple, dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire et unité de consultations et de soins ambulatoires avec le Juge de l'Application des Peines et le service pénitentiaire d'insertion et de probation, voire des travailleurs sociaux en milieu ouvert qui interviennent régulièrement dans la prison.

Troisièmement des échanges très formalisés sur des sujets précis, avec débats.

Enfin, beaucoup plus rarement, des rencontres sur des cas individuels entre soignants et magistrats, uniquement lorsque qu'une démarche de soins et d'insertion au bénéfice d'une personne prise en charge par un dispositif de soins, nécessite une décision, forcément judiciaire, d'aménagement de peine. Evidemment il faut pour cela l'accord préalable du détenu.

La réussite de l'ATRE montre que, lorsque la bonne volonté est réciproque – ce qui a été observé de plus en plus au cours de ces dix dernières années -, ce type de travail est possible et favorable à tous.

Vous comprenez donc qu'en ce dixième anniversaire de l'ATRE, je me dois de remercier et de féliciter, non seulement toute l'équipe qui l'a animé en dix ans, mais aussi les partenaires de celle-ci depuis la création de cette structure.

Je vous remercie de votre attention.

Monsieur LEMAIRE, Procureur de la République de Lille.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, merci de m'avoir invité aux 10 ans de l'ATRE. Je voudrais ici saluer le travail de cette équipe, de cette association qui œuvrent pour la réinsertion des condamnés. Ma présence est le témoignage de l'estime que je leur porte, je tenais à leur dire publiquement, surtout en ce moment : c'est le moment de dire aux gens qui s'occupent de ceux qui sont parmi les plus déclassés, les plus démunis, les plus condamnés, les plus difficiles aussi, que c'est important qu'il y ait des gens qui s'engagent professionnellement, intellectuellement et politiquement, qui privilégient les investissements sur les hommes et sur les femmes, plutôt que de prôner un petit peu rapidement des solutions techniques sur la base d'un illusionnisme positiviste, qui est quand même sérieusement présent dans nos réflexions sur ces problématiques.

Le sujet dont m'a fait part le Docteur ARCHER est un sujet qui me préoccupe : c'est celui de la prise en charge particulière des gens qui sont atteints de pathologies mentales pour des tas de raisons, et qui sont à un moment donné détenus, soignés par le SMPR, et qui vont ensuite sortir de la Maison d'Arrêt. Je souhaite réaffirmer, parce que je suis Procureur de la République, mais aussi parce qu'auparavant, j'ai été deux ans Directeur adjoint de l'Administration Pénitentiaire, qu'il y a de plus en plus de personnes atteintes de pathologies mentales dans nos prisons, que c'est sans doute un phénomène français, mais je pense que c'est aussi un phénomène qui atteint les autres démocraties comparables, et que nous devons le prendre en compte. L'expérience que j'en ai, à travers les gens que je fais condamner – puisque c'est mon rôle à Lille depuis 2002-, c'est que ces personnes ont comme ajout supplémentaire ou comme cause de ces pathologies –c'est à vous, médecins, de le déterminer- toutes les pratiques addictives de l'alcool et de la toxicomanie ; ces gens que l'on condamne, de plus en plus, je le précise, et pour lesquels, dans la quasi-totalité des cas il n'y a pas abolition du discernement au sens de l'article du code pénal, se retrouvent en prison. Donc, la première chose qu'il faut faire, même si c'est plus facile à dire qu'à faire, est de continuer à investir sur cette question pour éviter qu'ils ne se retrouvent en prison ; s'ils sont atteints de pathologies mentales, il faut éviter de les mettre en prison, et continuer à investir dans les alternatives à l'incarcération –il faut le répéter parce qu'on entend trop souvent le contraire dans les discours en ce moment- lorsque nous sommes en présence de personnes atteintes d'alcoolisme, ce qu'on sait faire depuis pas mal de temps, mais aussi lorsqu'on a affaire à des gens qui ont des conduites de toxicomanie, de consommation de produits stupéfiants.

Je voudrais m'arrêter un instant sur les stupéfiants pour montrer comment on peut faire des choses. Après, il faut les évaluer, mais je vois ici dans cette assemblée des gens qui ont bien voulu accepter de travailler avec nous sur ces points. Pour en revenir aux stupéfiants, j'ai remarqué que pour toute une partie des consommateurs simples mais déjà avec une certaine habitude, qui étaient arrêtés par les policiers ou les gendarmes, quand on « grattait » un peu, on s'apercevait que c'était la première fois qu'ils étaient confrontés à une autorité qui leur disait « savez vous que c'est illicite ? ». Pour certains, la pratique a été à un moment de poursuivre et de condamner, mais d'autres ont trouvé plus intéressant de percevoir cette situation sous un aspect plus « santé publique ». Sur le parquet de Lille, sur une année, il y a environ 3500 personnes qui sont arrêtées comme ça, dans cette situation ; lorsque je suis arrivé, j'ai constaté que c'était purement et simplement classé sans suite. Moi, j'estime que ce n'est pas responsable de la part d'un Procureur de voir passer des jeunes et des moins jeunes qui se livrent à des consommations et de laisser passer le train. Et donc, avec deux associations, le Cèdre Bleu et l'Espace du Possible, nous avons passé une convention qui fait

que la seule chose que je leur demande est de prendre le jeune que je leur envoie sur la base de la technique dite « de classement sous condition » (technique juridique que connaissent bien, maintenant, les procureurs), et de me dire si la personne est venue au rendez vous. Point !. C'est à eux, ensuite, de prendre en charge ces jeunes. J'ai calculé qu'il y avait 350 mesures qui avaient été prises en charge sur la première année ; je n'ai pas encore les chiffres d'aujourd'hui, mais ils sont plutôt en augmentation. J'espère que pour toute une série de personnes, cela leur permettra au moins de parler de leur toxicomanie - et on pourrait faire la même chose pour l'alcoolisme, mais on est sur des secteurs plus anciens et nous disposons d'autres mécanismes- et je souhaite alors ne plus du tout être amené à les retrouver par la suite. Je dis ça parce que je dois aussi m'occuper de ceux qui rentrent en prison, et d'autant plus que c'est moi qui requiers qu'ils y entrent.

Ceux qui entrent en prison, et qui sont souvent aussi des polytoxicomanes soignés ensuite dans le cadre du SMPR, ont en général commis des actes violents, ce qui est la conséquence souvent de leurs pathologies mentales. Et ils relèvent de la comparution immédiate. C'est la règle dans les parquets et en particulier au parquet de Lille : ils vont en comparution immédiate s'ils ont commis un acte violent, visible, et parfois très dur. Ceux-là, on les retrouve aussi assez fréquemment pris en charge par le SMPR, du fait de leurs pathologies mentales, auxquelles il faut ajouter l'effet de la prison sur leurs pathologies. Je ne sais pas ce qui relève de l'effet de la prison ou pas, mais on voit bien qu'il y a, entre 4 murs, des choses qui se passent et qui participent à l'amplification des pathologies. Alors, à partir de ce moment, ces personnes sont sous main de justice, donc elles sont suivies par un ensemble judiciaire qui est le service de l'exécution des peines du Parquet, le Juge de l'Application des Peines, par un ensemble pénitentiaire du Directeur au surveillant de prison, et bien évidemment le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, par les équipes médicales, dont le SMPR, et également par des travailleurs sociaux extérieurs qui peuvent entrer en prison et qui sont normalement censés préparer la sortie. Avec tous ces professionnels, que fait on ensemble ?.

J'insisterai sur la problématique déjà abordée par le docteur ARCHER : comment faire pour travailler mieux ensemble ? . Au risque d'en surprendre certains, je pense comme le Docteur ARCHER qu'il faut d'abord profondément respecter les secrets ; et ne pas aller vers cette espèce de mélange que l'on voit surgir un peu partout sur la notion de secret partagé. Je suis extrêmement prudent. Je rappelle quand même que le secret médical est un secret issu des conquêtes révolutionnaires, et qu'à l'aulne de l'histoire, c'est extrêmement récent ; et la première chose que supprime une dictature quand elle arrive au pouvoir, c'est la publicité de l'audience, et c'est le respect des différents secrets. Et puis elle supprime la sociologie, aussi, en général, parce que ça a des effets miroirs. Je suis pour le respect du secret médical, et aussi pour le respect du secret professionnel des travailleurs sociaux, et le respect professionnel auquel est astreint le juge.

Ceci étant, il faut bien pourtant travailler ensemble, notamment pour pouvoir donner des instructions assez précises à ceux d'entre nous qui travaillent le plus en contact avec les détenus et avec leur pathologie : les surveillants pénitentiaires, les infirmiers, les travailleurs sociaux.

Comment peut-on faire pour travailler ensemble et donner des consignes et des instructions qui soient simples et qui puissent être respectées ? Je pense qu'on peut mettre en place des bons protocoles, en évitant d'avoir des solutions essentiellement binaires. Je pense à un exemple : on me dit que pour les personnes atteintes de pathologies mentales, c'est soit la

prison, soit l'établissement de santé mentale. Je suis persuadé qu'à terme, ensemble, si on réfléchit un peu, il y a certainement des mécanismes, des établissements intermédiaires dans lesquels on pourrait avoir aussi bien du judiciaire et des soins, et qui ne soit pas la prison. C'est toute la problématique des unités hospitalières sécurisées, qu'on appelle les UHSA ; vous savez que c'est prévu par la Loi. Est ce une bonne chose ? je n'en suis pas sûr, mais je plaide pour qu'il y ait un peu plus de places dans les Unités pour Malades Difficiles (UMD). Je constate avec le Docteur ARCHER qu'à Sarreguemines, on a supprimé 40 places, et qu'on ne les a pas remplacées, alors que nous avons besoin de places pour des malades difficiles ; nous avons besoin de places sécurisées dans les secteurs psychiatriques externes parce que nous travaillons auprès de gens qui sont parfois violents, et il faut pouvoir les contraindre dans des périodes déterminées, avec des techniques appropriées – et je suis favorable à ce que ce soit possible sous des dispositifs de contrôle des libertés, que ce soit dans le cadre de débats contradictoires, dans des échanges entre les praticiens, qu'ils soient médecins et magistrats. Je pense qu'il y a la place pour autre chose qu'un système philosophique très cartésien, qui est celui de l'ordinateur, avec le seul choix entre le un ou le zéro. Je pense que un et un font parfois quatre parce que c'est comme ça qu'est la vie.

Je pense également qu'il faut définir des codes de bonne conduite notamment en donnant des consignes claires à ceux qui travaillent véritablement aux cotés de ces détenus malades. Il faut rappeler par exemple à un surveillant pénitentiaire que , même si c'est un malade, il continue à être détenu, donc qu'il y a des gestes de sécurité qu'on doit pouvoir faire, et qu'en revanche, il ne faut pas demander à l'infirmier de procéder aux gestes de sécurité qui appartiennent au surveillant pénitentiaire.

Ensuite, il ne faut pas oublier qu'un jour ou l'autre, ils vont sortir. Il faut pouvoir disposer de structures qui permettent ces accueils et éviter des sorties sèches. Il faut effectivement travailler sur la libération conditionnelle, et se méfier des illusions techniques du type, par exemple, « le bracelet électronique qui réglerait tout ». Le bracelet électronique n'est qu'une manière de faire, mais si vous n'avez pas l'équipe de travailleurs sociaux qui va autour, ça ne sert rigoureusement à rien.

Ayons une palette d'outils multiformes, multiplions les, mais ne disons pas que parce que nous aurons mis tous les gens dans un fichier, et qu'on va leur imposer un bracelet électronique, on va régler tous les problèmes. C'est une illusion scientifique.

Une fois qu'ils sont sortis, il faut continuer à avoir ce même discours pluridisciplinaire. Alors que je constate qu'au sein même de la prison, alors qu'on a toutes les représentations institutionnelles, ce n'est déjà pas facile, lorsque le détenu sort, on se dit qu'on a l'ATRE. C'est bien pratique, on leur refile le mistigri, et ils seront chargés de se débrouiller avec ce bonhomme là. On pourrait se satisfaire de cela, et être tranquilles. Je parle de l'ATRE parce que ce sont les dix ans de l'ATRE, mais c'est vrai pour beaucoup d'autres associations qui s'occupent de réinsertion.

Il faut continuer ces approches pluridisciplinaires, y compris avec des juges, et pas seulement avec les personnels sociaux de la pénitentiaire. Il faut continuer à interpeller les juges, et on aura aussi beaucoup à gagner avec les personnes qui travaillent en milieu fermé parce qu'ils sont des maillons de la connaissance de la personne qui doit être suivie.

Un problème que l'on rencontre est de savoir la bonne autorité qui coordonne : auparavant, en France, on avait une solution très simple, c'est que dès que l'on devait coordonner, on allait s'adresser au Préfet. Aujourd'hui, c'est un peu plus compliqué parce qu'il y a un certain

nombre d'actes qui sont déconcentrés, ou décentralisés, et ce n'est plus forcément le Préfet qui est concerné. Est ce que ça doit être le Procureur de la République, le médecin, l' élu, notamment le Maire ? J'aimerais bien qu'on inclus plus souvent les maires. Certains ont peur des élus parce qu'ils véhiculent un discours politique. Je n'ai pas peur du discours politique, parce que ça fait avancer les idées, et de plus c'est souvent eux, Maires ou Président du Conseil Général, qui ont la solution financière .

Je voudrais conclure en disant, et redisant -même si on me renvoie que ce sont des portes ouvertes : après tout on parle de prison- qu'il faut ré-inciter les pouvoirs publics, chacun là où nous sommes, quel que soit le niveau de nos responsabilités, a réinvestir des fonds publics sur les hommes et sur les femmes.

En ce qui concerne la gestion des détenus, je ne vais pas vous dire que je suis contre la construction des prisons puisque j'ai fait partie des équipes qui, en 2000, ont concouru à inciter le gouvernement JOSPIN à débloquer les 10 milliards de francs pour construire un parc pénitentiaire digne d'une démocratie moderne, et ça reste toujours d'actualité. Je maintiens bien que nous devons continuer cet effort, car ceux qui n'ont jamais mis les pieds dans certains établissements, ou certains centres de rétention, sont les seuls qui prétendent qu'il ne fallait pas construire des établissements modernes aux normes du vingtième-et-unième siècle, en remplacement de couvents du dix-septième siècle comme c'est encore le cas dans notre région.

Mais je sais qu'il avait été également demandé par l'administration pénitentiaire un fort investissement en ce qui concerne les personnes et les aides aux associations chargées de la réinsertion. C'est le pan de ce plan qui est et qui reste le plus faible, or c'est pour moi un des éléments les plus importants.

On ne peut, quels que soient les faits qui ont été commis, y compris parmi les récidivistes ou les plus violents, exclure personne. Ce n'est pas la philosophie sur laquelle sont basées les règles de notre pacte républicain. Pour cela, ce n'est pas dans les murs qu'il faut investir, mais c'est bien dans l'ATRE. Merci.

Mme le Docteur FILLEBEEN, Médecin-Inspecteur de la DDASS du Nord

Je reprendrai successivement la mise en œuvre de la loi de 1970 et l'évolution de la politique publique, enfin je m'attacherai plus particulièrement à l'évolution de la politique sanitaire. Je terminerai par un point sur le dispositif de prise en charge du Département du Nord et sur les dispositifs liant l'Etat, la Justice et les structures de soins.

En ce qui concerne la mise en œuvre de la loi de 1970 et l'évolution de la politique publique :

La loi de 1970 constitue depuis près de 30 ans le cadre légal de la politique française de lutte contre la toxicomanie, l'un de ses axes étant la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers. Ainsi pour le simple usager, l'alternative thérapeutique doit être préférée à la répression. Il faut cependant attendre les années 80 pour qu'émerge une véritable coordination de la politique publique gouvernementale ; différents programmes de lutte contre la drogue et la toxicomanie seront adoptés durant les années 80. Le bilan reste pourtant mitigé : un certain nombre de mesures sont restées lettre morte et ne seront réellement appliquées que dans les années 90. Les programmes d'actions des années 90 comprennent des mesures dans les domaines de la prévention, du soin et de la répression, de l'insertion et de la recherche.

La mise en œuvre de la loi de 1970 va rapidement soulever des interrogations : sur le plan pénal, les questions portent sur la distinction entre usage et trafic, sur la notion d'usage et sur l'injonction thérapeutique. Les problèmes d'application de la loi rencontrés dès le début des années 70 sont liés à la double nature de l'usager : délinquant et malade. Sur le plan sanitaire, on s'interroge sur les modalités de prise en charge des toxicomanes.

Le rapport Pelletier, publié à la fin des années 70, établit un bilan de l'application de la loi. Il souligne que l'alternative thérapeutique est proposée de façon très minoritaire comparativement aux condamnations pour usage. Les années 80 sont marquées par un renforcement de la répression. Une circulaire de 1984 souligne que l'injonction thérapeutique a montré ses limites. Ses modalités ne sont pas clairement définies : il y a des profils différents de toxicomanes. La circulaire du 12 mai 87 recadre une nouvelle fois le problème de l'usage. On ne doit plus penser la toxicomanie en fonction du produit mais du comportement. Ainsi, on différencie les usagers occasionnels, les usagers réguliers et les usagers trafiquants et délinquants. C'est à partir de ce moment que le volet sanitaire de la loi de 70, c'est à dire l'injonction thérapeutique, est réellement mis en œuvre.

Sur le plan de la politique sanitaire,

Au début des années 70, les structures sanitaires traditionnelles se montrent réticentes à accueillir des personnes toxicomanes. Très vite la politique sanitaire s'oriente vers la création de structures spécialisées. L'état, par le biais de subventions, s'appuie sur un secteur associatif particulièrement dynamique en ce domaine : centres d'accueil et de post-cure se développent. L'importance du secteur associatif restera l'un des traits marquants du dispositif français. Ces années sont en outre marquées par un renforcement de la prise en charge psychothérapeutique des toxicomanes. Les autres options de traitement, traitements de substitution et communautés thérapeutiques, sont écartées.

Durant les années 80, on note une volonté de rationaliser le système de prise en charge des toxicomanes, la gestion et le financement sont assurés par les Ministères de la santé et des Affaires Sociales : les centres de soins spécialisés qui proposent des cures de sevrage avec accompagnement psychothérapeutique sont au cœur du dispositif. Le rapport Trautmann fait néanmoins état de certaines insuffisances : répartition géographique inégale, faiblesse de la démarche de réinsertion. Depuis 1992, ces centres signent des conventions d'objectifs et assurent en parallèle une prise en charge médico-psychologique, sociale et éducative des usagers de drogue.

A la fin des années 80, l'épidémie de sida oblige à s'interroger sur un dispositif qui ne prend en charge que les usagers demandeurs de soins, prêts à s'engager dans la voie de l'abstinence. Cette épidémie met en évidence le fait qu'une grande partie des usagers de drogues dont la situation sanitaire et sociale se dégrade, ne se trouvent pas en contact avec le système de soins. Ce n'est qu'en 1993 que le virage est pris et qu'une politique de réduction des risques est réellement décidée et financée ; celle-ci intègre le développement des traitements de substitution.

En ce qui concerne notre département, le dispositif de prise en charge s'est étoffé progressivement. Il est actuellement constitué de :

- ✓ 12 Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST) qui représentent une file active d'environ 4 000 patients,
- ✓ 11 centres de distribution de méthadone^o représentant une file active d'environ 1 000 patients,
- ✓ 4 centres de soins spécialisés avec hébergement qui représentent une file active d'environ 160 personnes.
- ✓ 2 centres d'hébergement d'urgence représentant environ 400 personnes accueillies par an,
- ✓ Une prise en charge non négligeable des usagers en médecine libérale,
- ✓ Un dispositif de réduction des risques constitué de 5 boutiques, 15 récupérateurs-distributeur,
- ✓ 15 consultations cannabis mises en place en 2004 et 2005

Ce dispositif a bénéficié au cours de ces 3 dernières années d'une stabilisation financière, notamment liée au passage des structures de soins à un financement assurance maladie pérenne, ainsi qu'à une augmentation des moyens attribués au rebasage, à la création de structures nouvelles et à l'augmentation des budgets liés à la réduction des risques.

En ce qui concerne les liens entre la Justice, l'Etat et les structures de soins :

Une convention cadre établie entre le Préfet de Région d'une part et le Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance de Lille a été signée le 1^{er} août 2000. Cette convention a permis la mise en place d'un certain nombre d'objectifs relatifs aux réponses judiciaires à apporter aux toxicomanies, à la prise en charge des toxicomanes sous main de justice et à l'accompagnement sanitaire et social des réponses judiciaires aux toxicomanies. L'objectif du dispositif vise à éviter la récidive, grâce à une prise en charge rapide et adaptée des usagers de drogues relevant de la justice, en développant les alternatives aux poursuites, les alternatives à l'incarcération et les aménagements de peines.

Les objectifs opérationnels poursuivis dans le département du Nord étaient à cette époque :

- de développer des réponses adaptées en fonction des situations et types de comportements,
- de favoriser l'orientation des personnes alcool-dépendantes,
- de développer la mesure de placement extérieur,
- de développer des actions en faveur des toxicomanes incarcérés,
- de garantir la continuité des soins pour les usagers de drogue sous main de justice.

Et depuis 2004 :

- de favoriser la prise de conscience et la prise en charge brève des jeunes consommateurs de cannabis.

Les procédures et modalités de prise en charge des bénéficiaires sont décrites au sein de Conventions Départementales d'Objectifs tripartites signées entre la Justice, l'Etat et les structures de soins concernées. Ces conventions précisent l'objet, la mise en œuvre des procédures, les modalités pratiques et les modes de financement des actions.

Dans le département du Nord, six structures font l'objet de conventions tripartites depuis plusieurs années. Pour 5 d'entre elles, le financement de la MILDT a été intégré aux dotations globales de financement lors du passage de ces structures vers l'assurance maladie. Par conséquent, bien que remplissant toujours les missions décrites au sein des Conventions Départementales d'Objectifs, ces structures ne bénéficient plus de subvention MILDT mais d'un financement pérenne via l'assurance maladie. Une structure reste subventionnée par la MILDT en 2005. Par ailleurs, trois nouvelles conventions tripartites Justice-Etat-structures ont été signées cette année, venant ainsi élargir le champ des CDO. La finalité de ces conventions reste l'amélioration de la prise en charge socio-sanitaire des publics sous main de justice souffrant de dépendances ou d'addictions, élargie à la prise en charge des jeunes consommateurs de cannabis sous main de justice. Quatre autres conventions tripartites devraient être signées à la fin de l'année 2005 ou en 2006, ce qui porterait à 13 le nombre de conventions signées et effectives. La convention cadre ainsi que certaines conventions tripartites doivent être réactualisées en 2006.

En conclusion, notre département se caractérise par un maillage associatif et un fonctionnement en réseau bien développé et efficace, une stabilisation financière des structures de soins au cours des dernières années, une couverture géographique du département assurée sur les zones les plus peuplées et en cours d'amélioration pour les autres zones. On note une tendance récente à l'amélioration de l'équilibre entre les quatre axes nécessaires à la prise en compte des usages de drogues Répression-Soin-Prévention-Réduction des Risques par des partenariats nouveaux ou en cours de formalisation, et par une meilleure synergie entre les services de l'Etat, les structures de soins et l'autorité judiciaire

Je vous remercie

M GAULTIER, Juge de l'Application des Peines de Valenciennes

J'interviens à la demande de Patrick VETEAU, sur l'application de la Loi, sur ses évolutions actuelles, et comment elle facilite ou rend plus difficile le travail au quotidien.

Je suis Juge d'Application des Peines, mais aussi acteur de terrain comme acteur associatif dans le cadre de la toxicomanie, et j'ai enseigné et mené des recherches en toxicomanie qui m'amènent à avoir une approche pluridisciplinaire de la question.

Tout d'abord, pour répondre amicalement au docteur ARCHER, s'il y a certainement autant de pratiques que de JAP, il y a aussi autant de pratiques que de praticiens hospitaliers et on le constate dans nos rencontres au quotidien.

Il faut, c'est vrai, respecter la déontologie, les manières et les règles de travail de chacun, mais je crois que ce qui nous contraint à nous rencontrer, c'est qu'on travaille avec le même public, les mêmes personnes, et qu'on ne peut pas faire n'importe quoi. Mon exigence minimale dans le travail avec les autres, c'est que le travail que je mène ou que les autres mènent ne soit pas détruit par l'autre, et c'est pour ça qu'il y a un minimum de communication indispensable, et j'ai particulièrement apprécié le troisième point que vous avez développé, c'est à dire que dans des cas particuliers, sans entrer dans le secret de l'échange médical, de ce qui a pu être dit entre l'individu et les thérapeutes qui le suivent, il y a peut être à échanger ensemble pour que l'intervention qu'on peut avoir ne vienne pas remettre en cause, ou mettre en échec le travail que l'autre à parfois eu du mal à mettre en place.

C'est vrai qu'en tant que juge, on a sur les personnes que vous êtes amené à suivre des pouvoirs importants, soit de remise en liberté, soit d'incarcération. Ces pouvoirs, c'est la Loi qui nous les dicte, mais nous avons un pouvoir d'appréciation, et des textes nous permettent d'aménager les choses dans la mesure où on a le maximum d'éléments pour apprécier l'opportunité de l'aménagement ; un travail ensemble doit permettre ça.

Il est regrettable que les avancées que nous avons pu faire depuis 10-15 ans, entre magistrats et structures s'occupant de toxicomanie dans la Région, sont trop liées à des relations personnelles, au fait qu'on connaît bien la pratique de l'autre, qu'on sait comment il va réagir, et ce qu'il va respecter dans le travail de l'autre ; et que pour des jeunes professionnels, la question se pose. J'ai avec moi à Valenciennes une jeune collègue, et c'est un questionnement au quotidien de savoir dans quelles conditions une obligation de soin se pose par exemple. Ce serait intéressant que ces échanges puissent avoir lieu à un niveau plus général, à l'échelle du Département, en tout cas d'une zone plus importante.

Je voudrais revenir en tant que praticien sur cette loi de 1970, sur les difficultés et les facilités qu'elle nous impose dans notre travail au quotidien. Contrairement à la plupart des pays européens, la loi n'a pas bougé d'un iota depuis 35 ans, alors qu'en fait, on constate en face des changements dans la réalité du phénomène de la toxicomanie, des usages, des différents types d'usage, la connaissance qui s'est améliorée, les processus d'intoxication, mais aussi de prise en charge, l'effet des produits. Et ces changements n'ont amené aucune réflexion, aucun regard critique, ni aucune modification sur cette Loi de 1970. Les quelques articles qui ont été ajoutés n'ont fait qu'aggraver la répression en la matière : je pense au fait d'élargir les poursuites à la femme ou à la concubine du toxicomane quand elle vit avec quelqu'un qui fait du trafic ; je pense plus récemment à la loi sur la circulation routière où on a voulu poursuivre l'usager de produits stupéfiants, avant même d'avoir le résultat d'une enquête médicale et

scientifique qui était lancée et devait se terminer plus tard ; on vient d'avoir les résultats et on ne peut que constater le décalage entre les résultats et les mesures qui avaient été prises. Voilà ce qui me gêne dans cette Loi de 70 : une loi qui est restée intacte, un phénomène qui s'est énormément développé. D'ailleurs, la circulaire du 08 avril 2005 part de ce constat, et met l'accent sur l'accentuation du phénomène chez les jeunes en particulier. Je ressors de cette circulaire quelques chiffres : en 2002, un adulte sur 4 âgé de 18 à 75 ans avait déjà au moins une fois consommé un produit illicite ; on estime à 450 000 le nombre d'utilisateurs quotidiens de cannabis, les consommateurs quotidiens entre 12 et 25 ans sont estimés à 300 000, et 10% des garçons de 18 ans reconnaissent un usage quotidien de cannabis. Ces chiffres sont inquiétants. On ne peut pas baisser les bras devant cette réalité là, banaliser les choses, et dire qu'il n'y a pas de risque pour les jeunes qui consomment ces produits. Le problème qu'on peut se poser, c'est en face d'une loi qui est très stricte, qui a été une des plus dures d'Europe, nous restons en tête de l'Europe pour la consommation chez les jeunes. Je sais bien qu'il n'y a pas de lien direct entre une Loi, son application, et son efficacité, mais ça doit quand même nous interroger .

Au niveau de l'application effective de la Loi, on a connu un certain nombre d'allers et venues , d'oscillations quant aux applications de la Loi, notamment par rapport à ces utilisateurs petits trafiquants, avec des circulaires qui appelaient à plutôt les regarder comme des gens à prendre en charge au niveau social et médical, et puis des moments où on nous a dit que le petit trafic était quelque chose de pernicieux, et qu'il fallait absolument le poursuivre et sanctionner ces gens. La dernière circulaire est quand même dans le cadre d'une tolérance zéro, puisque elle édicte que , clairement, en matière de tout usage contraire à la Loi, il faut qu'il y ait une réponse de la justice. A t'-on les moyens d'y répondre ? j'en doute beaucoup. Je crois qu'actuellement, on veut faire peser sur la Justice de plus en plus de choses, et la faire intervenir dans de plus en plus de domaines, qui avant étaient réglés autrement. Je me demande si vraiment on va pouvoir satisfaire toutes ces demandes de la société et y répondre de manière correcte.

Néanmoins, bien qu'on dise que la priorité n'est pas à l'incarcération des toxicomanes, je vais rappeler quelques chiffres. Il s'agit des statistiques du Ministère de la Justice, condamnations prononcées en 2003 : pour simple usage, il y a eu 6 338 procédures de poursuite et de condamnations en matière d'usage, en France, qui ont abouti à 3 487 peines de prison, dont 1067 peines fermes. Ce qui veut dire qu'en France, il y a toujours actuellement plus de 1000 personnes qui sont incarcérées pour un usage de produits stupéfiants. Je sais que la Loi dit qu'ils sont à la fois malades et délinquants, mais il me semble que là, c'est plus le côté délinquant qu'on retient dans ces cas. Globalement, pour ce qui est usage-détention-acquisition-transport, il y a 22 500 décisions par an avec 2 100 peines fermes pour acquisition, 2 393 peines fermes pour détention, et 2 800 peines fermes pour transport. Je vous rappelle que dans la Loi qui est bien faite, on pourrait même supprimer le délit d'usage de stupéfiant, ça ne changerait absolument rien en ce qui concerne les poursuites puisque tout usager est forcément acquéreur, détenteur, transporteur de produits stupéfiants. Le débat ne se situe pas entre dépénalisation de l'usage, usage de certains produits..... Mon point de vue est celui-là : il faut savoir de quoi la justice doit s'occuper, quelle est sa priorité ? Elle a des moyens limités, et il faut définir des priorités pour être efficace, là où l'action des délinquants est la plus pernicieuse pour l'équilibre de la société. Il nous faut discuter, réfléchir, peut être s'inspirer d'exemples européens, d'évolutions législatives de voisins qui nous sont proches, et où cette réflexion a pu avoir lieu.

La situation va en s'aggravant. Je suis un peu désespéré de voir que dans ce domaine, il y a une perte de repère de la Loi : pour qu'elle ait une chance d'être repérante et visible, il faut qu'une loi ait une chance de s'appliquer. Je dis ça à partir de ma pratique : il y a une banalisation dans le langage et dans la discussion avec les jeunes adultes que je rencontre qui est vraiment surprenante. De plus en plus, je rencontre des gens, y compris non repérés par la justice comme ayant un problème d'usage de produits, qui, pendant l'entretien d'accueil ou de notification d'une mesure judiciaire, en viennent à parler tout simplement de leur consommation régulière de cannabis, et de prise de temps en temps d'extasy. Je leur rappelle quand même qu'ils sont à ce moment en confrontation avec la Justice et qu'ils sont en train, devant un magistrat, d'affirmer qu'ils ne respectent pas la Loi. Il y a là réellement un décalage dans les repères que peut représenter la Loi, mais aussi une mise en difficulté du magistrat, dans l'attitude à avoir face à cet aveu, à ce discours banalisant, sauvegardant la prise en charge d'une mesure de justice qui doit se dérouler dans le temps, tout en ne se faisant pas complice d'un acte non tolérable puisque contraire à la Loi.

Il y a aussi décalage, plus du côté associatif, quand on voit les difficultés des intervenants dans les structures, en particulier dans le champ de la Réduction des Risques, où on est toujours à la limite. J'ai appris que sur Lille, il y a pu avoir des conventions entre les structures qui font certaines actions : échange de seringues, testing dans certaines fêtes où il y a consommation de ces produits, qui peuvent permettre de respecter l'action de chacun. Mais on n'est pas loin, dans certaines juridictions, encore, d'utiliser certains lieux de diminution des risques, comme lieu de repérage par les services de police pour avancer dans leurs enquêtes, ou pour connaître les populations auprès desquelles ils sont chargés d'intervenir.

Il y a aussi une sorte d'application de la Loi un peu aléatoire qui se développe, et j'en suis témoin à la maison d'arrêt où j'interviens. C'est vrai que dans une prison, on ne peut pas tolérer que la Loi ne soit pas respectée ; de fait, la réalité – il n'y a pas eu d'étude, certes – est qu'il y a plus de 50% des détenus qui consomment régulièrement des produits stupéfiants ; il faut regarder la vérité en face. Or, l'administration pénitentiaire a, elle, la capacité de faire un bilan et de reconnaître que dans ses établissements, la moitié des détenus consomment, et que peut être, il y a des actions de prévention, d'information, de prise en charge de cette difficulté qui devraient être menées. On en est loin.

A Valenciennes, il y a une petite action qui vient de se mettre en place, en lien avec le psychiatre qui intervient dans l'établissement, le service médical, le chef d'établissement, et avec l'accord du JAP : c'est l'action « marathon ». L'objectif ambitieux du début était d'emmener des détenus au marathon de New York, mais on se réserve pour l'instant pour un marathon dans la région parisienne comme objectif final. Ca veut dire qu'il y a des détenus qui sortent régulièrement de l'établissement pour s'entraîner en vue de ce marathon, qui vont pendant des permissions à des manifestations sportives dans la région, mais aussi dans toute la France, accompagnés du chef d'établissement et du médecin de l'établissement. Le juge n'y participe pas directement (rires)...mais suit cette action de près. Cette action a pour cible la prévention de la récidive en ce qui concerne la toxicomanie. Il y a eu une table ronde pour la mise en commun, avec leur accord, de la situation des détenus par rapport au produit, et leur engagement dans cette action un peu phare est d'avoir comme objectif de diminuer leur consommation, ou de l'arrêter.

On peut aussi faire le constat de ces difficultés sur les quartiers. Il est assez surprenant que parfois, d'un même quartier, on va avoir soudainement une quinzaine de jeunes qui vont être présentés au tribunal, et on voit alors que c'est suite à des difficultés de relations entre la

police, les gens du quartier et les jeunes du quartier, et que dans ce cas, l'utilisation de quelques fouilles où on trouve des produits viennent à point nommé pour réagir, interpeller, et calmer le climat qui se dégradait dans le quartier. C'est une utilisation de la présence de produits stupéfiants, qui est certes réelle, mais peut être pas à des fins qu'il faudrait.

S'il y a des choses qui ont évolué au niveau des structures et des partenaires, au niveau législatif, on est toujours dans la même difficulté pour pouvoir un jour, sereinement, aborder les problèmes que pose l'application de cette Loi, sans tomber sous le coup de poursuites de la part des parquets, puisque je rappelle que critiquer la Loi actuellement, c'est courir le risque d'être taxé de vouloir faciliter l'usage de produits stupéfiants.

Je vous remercie.

M ARCHER

Il est vrai qu'un intervenant en toxicomanie avait été condamné pour ce qu'on avait appelé « l'appel du 18 joints ».

Monsieur GAULTIER, nous étions déjà intervenus ensemble lors d'un colloque en 1992-93, où vous aviez fait une brillante intervention sur « la nécessité de changer la loi de 1970 » . vous confirmez 13 ans après qu'il est toujours aussi nécessaire de changer la Loi et vous avez de plus en plus raison.

En attendant des questions de la salle, je dirais que la chance de l'ATRE, c'est d'avoir eu des autorités sanitaires qui ont toujours soutenu l'ATRE, et aussi d'avoir eu des partenaires de qualité tant du côté de la justice –à quelques exceptions près- que du côté sanitaire. Ceux qui nous ont accompagnés, aidés, compris ont été les plus nombreux et les plus intéressants. Qu'ils en soient remerciés.

Question du public :

Lors des premières interventions, vous avez exprimé des réserves sur la notion de secret partagé. Je voudrais savoir à quel niveau et ce qui empêche justement de partager certaines informations, pour une meilleure cohérence du travail ?

M ARCHER :

Le secret partagé ne peut être partagé qu'exclusivement entre des gens qui prennent en charge médicalement le patient sur le plan des soins. C'est la Loi. J'ai expliqué que ces lois se fondent sur des nécessité d'ordre public.

Que ce soit pour le travail social ou pour autre chose, les gens n'ont pas besoin que l'on confie à d'autres les secrets qu'ils confient aux soignants.

M LEMAIRE :

A ce sujet, on a des solutions pour pouvoir travailler ensemble, à condition qu'on respecte des protocoles. Si moi, Juge ou Procureur, j'ai besoin d'avoir des éléments sur un dossier médical parce que c'est important pour mettre en place, par exemple, une mesure de réinsertion, j'ai la possibilité de désigner un expert. La Loi permet ces fenêtres là.

Autre exemple, je ne peux pas confondre mon travail d'enquête et le travail du travailleur social. Ce sont deux approches différentes. Ce dont j'ai besoin, c'est de sentir par exemple quel est le pouls d'un quartier, ce qui s'y passe. Pour cela, on a mis sur pied dans un certain

nombre de villes de France des cellules de veille où tout le monde vient. On y parle cependant d'une manière anonyme, sans citer de noms, en décrivant la situation. C'est à moi, à partir de ce que je ressens, de déterminer, en accord souvent avec le Maire, si je dois porter plus mon effort sur une démarche préventive, qui regarde plus le Maire et ses services, ou si j'ai besoin de mener une enquête, parce qu'il y a toute une série de faits qui le justifient, en m'appuyant sur les forces de polices. Même si je sais que le travailleur social connaît certainement les noms des auteurs, je n'ai pas besoin d'aller chez lui chercher les preuves, d'autant que je ne pourrai pas les utiliser en justice.

Par ailleurs, le travailleur social aura peut être, je dirais à l'inverse, nécessité de trouver le juge pour enfant dans le cadre d'un signalement.

Vous voyez qu'il y a des choses séquentielles, pour lesquelles les protocoles établis font qu'il n'y a pas de problème. Je répète qu'il s'agit globalement de respecter nos propres responsabilités, et quand on appelle au secret partagé, c'est bien souvent parce que on n'arrive pas à se dépêtrer d'une situation un peu complexe parce que on n'a pas respecté justement nos propres mécaniques.

J'en profite pour rebondir, Monsieur GAULTIER, parce que je sais que vous êtes un fervent défenseur de la nécessité de changer la Loi. Moi, la Loi ne me préoccupe pas (rires). Depuis que je suis redevenu Procureur de la République, en juin 2002, j'ai été obligé d'ouvrir 4 ou 5 nouveaux textes de procédure pénale. Pourquoi voudriez-vous que j'ai une révérence à la Loi ? Je crois beaucoup plus à l'action des hommes ; et ce n'est pas parce qu'on va changer la Loi de 70 qu'on va régler le problème. En attendant, il faut d'abord travailler avec ce qu'on a : qu'est ce qu'on investit dans les actions contre la récidive, comment on fait ? 1-17-24

2^{ème} Table ronde : « les conséquences dans la prise en charge des toxicomanes sortant de prison »

Patrick VETEAU :

Cette deuxième table ronde va faire plutôt intervenir des gens de terrain, des services qui sont impliqués dans la prise en charge des toxicomanes sortant de prison ou sous main de justice, et je passe la parole à Mme WOZNICZAK, du SPIP de Lille.

Mme WOZNICZAK, Conseillère en Insertion Professionnelle à maison d'Arrêt de LOOS :

Bonjour à tous, je suis Conseillère d'Insertion et de Probation à la maison d'arrêt de LOOS, et je vais vous expliquer brièvement nos missions, et notre travail en partenariat avec le SMPR de la maison d'arrêt de LOOS.

Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation est composé à la fois d'un milieu ouvert, basé à Lille-Fives, où nos collègues travaillent avec les personnes placées sous main de justice, dans le cadre des peines restrictives de liberté, et de nous-même, en milieu fermé, qui travaillons dans le cadre des peines privatives de liberté, les peines fermes.

Je voudrais souligner la spécificité de notre métier, car nous sommes des travailleurs sociaux, mais des travailleurs sociaux sous mandat judiciaire, c'est à dire que nous sommes là pour éclairer le Juge d'Application des Peines dans ses décisions. Nous sommes au contact direct des détenus, et nous recueillons les éléments que nous transmettons ensuite au JAP, et qui lui permettront de prendre sa décision.

Comment travaille t-on avec le public toxicomane ? C'est vrai qu'il y a une large part de toxicomanes au sein de la maison d'arrêt de LOOS, simplement pour une raison géographique : nous sommes à la frontière de la Belgique et des Pays-Bas, et les produits stupéfiants circulent assez librement, et les personnes peuvent assez facilement s'en procurer. Nous intervenons en amont de la sortie, et essentiellement dans le cadre des aménagements de peine type « placement extérieur » ou « libération conditionnelle » et en fait, ce travail n'est possible que si il existe une collaboration avec le service médical. Il est vrai , comme il a été dit, que chacun travaille dans l'ombre de son secret, et pour nous, c'est l'interdiction de diffuser des informations de la situation pénale de la personne placée sous main de justice. Le service médical, lui, ne peut diffuser des informations à caractère médical concernant la personne. Il n'en reste pas moins que nous pouvons quand même partager des choses, en particulier en ce qui concerne la situation sociale de la personne, et en cela, il n'y a aucune restriction.

Nous avons des partenaires privilégiés à LOOS : l'Antenne Toxicomanie, le SMPR ; nous avons aussi également des partenaires extérieurs : l'ATRE bien évidemment avec qui nous travaillons énormément, mais également des centres de soins de type post-cure au centre de Wignehies (centre « la maison ») dans l'Avénois. A mon sens, la collaboration est non seulement nécessaire, mais aussi indispensable tout simplement parce que nous travaillons dans la même direction et avec de l'humain, il ne faut pas l'oublier. il faut donc travailler dans l'intérêt de la personne et non dans l'intérêt de chacun. Le but est d'échanger des informations utiles au suivi de la personne en projet de soin, d'échanger nos points de vue, afin d'éviter l'émergence de deux projets distincts, un qui serait travaillé avec le SPIP, et un autre projet qui serait travaillé par le SMPR. Il est toujours mieux d'avoir un seul et unique projet dans

l'intérêt de la personne. La collaboration permet également de mesurer l'étendue des motivations de la personne placée sous main de justice, à savoir si elle a une réelle envie d'engager une démarche sérieuse de soin, ou tout simplement si le but n'est pas ailleurs, parce qu'il est vrai que nous, on travaille par le biais d'aménagements de peines, qui permettent de terminer le restant de sa peine à l'extérieur, et non plus en maison d'arrêt. Des fois, on ne sait pas vraiment si la personne est réellement d'accord pour se soigner ou si elle est simplement motivée à terminer sa peine ailleurs - ce qui est louable en soi : la maison d'arrêt n'est pas un lieu épanouissant. On comprend que si on donne le choix entre finir sa peine à la maison d'arrêt ou la finir ailleurs, dehors, moi même je préférerais la faire ailleurs.

J'insistais sur notre particularité de travailler sous mandat judiciaire : il y a parfois des obstacles qui viennent entraver des projets de soin en cours. Je pense notamment au fait que le public toxicomane est souvent multirécidiviste, et parfois, ils ne se souviennent plus si ils ont des affaires en suspend ; il arrive que le projet de soin soit engagé et qu'une nouvelle peine, qui était en attente, soit mise à exécution par le Parquet. Ceci fait que la personne en projet de soin ne peut plus bénéficier de l'aménagement de peine, tout simplement parce qu'elle n'est plus dans les délais légaux, la peine supplémentaire faisant que sa peine totale n'est plus inférieure à un an et que par conséquent, ça retarde le projet. C'est vrai que ça a tendance à démotiver la personne toxicomane et parfois le projet tombe à l'eau puisque ces personnes en grande souffrance n'ont pas toujours la force psychologique de repousser ces échéances et le projet à plus tard, et laissent tomber.

Il y a aussi un autre souci parce que l'aménagement de peine va dépendre du comportement du détenu, et que parfois, le projet est bien ficelé, mais que malheureusement, il y a eu un incident disciplinaire en détention, et que cet incident va avoir pour impact que ce projet d'aménagement de peine ne sera pas accepté alors, même si la personne avait sa place dans une structure.

Il y a tous ces éléments extérieurs qui font qu'on est obligé de s'adapter à tout ça et en fonction de tous ces paramètres, et que c'est pas forcément évident.

Voilà ce que je pouvais dire sur le travail des CIP et des assistantes sociales de nos services, tant en milieu ouvert qu'en milieu fermé.

Je vous remercie

Mme FLAMBERT, Chef de Service à l'association « le MAIL », AMIENS :

Patrick VETEAU a sollicité l'Association LE MAIL à Amiens pour venir parler de notre collaboration, elle est effective puisque régulièrement, l'ATRE accueille des toxicomanes de notre CSST ambulatoire et oriente sur notre CSST avec hébergement des résidents séjournant dans son centre ; nous vous demandons, donc, de nous croire sur parole car, oh panique pas de chiffres... pas de preuves... mais, c'est une journée anniversaire et nous sommes là pour symboliser notre intérêt commun pour l'articulation possible entre le soin aux toxicomanes et la justice ; pour ce faire, nous nous appuyerons sur les chiffres extraits du rapport d'activités 2004 de l'association dans laquelle je travaille.

En ce qui concerne le CSSTA (ambulatoire), nous avons reçu :

- 260 personnes dans le cadre de l'obligation de soins, cette activité représentant 18,3% de nos actes thérapeutiques,
- 30 personnes dans le cadre de l'injonction thérapeutique représentant 3% de nos actes thérapeutiques,
- 35 personnes dans le cadre des contrats de soins via le placement extérieur représentant 6,9% de notre activité,
- 405 personnes dans le cadre du classement sous condition représentant 12,9% de nos actes.

En ce qui concerne le CSSTH (hébergement):

- 20% de la population accueillie en 2004 ont inscrit leur séjour en post-cure dans la rupture d'avec leurs multiples incarcérations,
- Sur 10 ans, le pourcentage des séjours via le placement extérieur varie entre 0 et 10%.

Ces chiffres sont le fruit d'un travail avec la justice, depuis 15 ans ; ils disent peu des difficultés, des résistances et des torsions pour construire et faire vivre un partenariat que tout semble opposer.

Nous avons donc profité de cette intervention pour parler des enjeux de ce partenariat.

Un peu d'histoire... jusqu'en 1990, nous étions identifiés comme des visiteurs de prison, le toxicomane se plaignait de son incarcération et nous, nous nous plaignions de sa plainte et de ses séductions ; il nous était difficile en tant que travailleur social de rompre avec un discours soutenant l'impossible, le rejet et les clivages ; en effet pour le toxicomane, il y a surtout et toujours un autre que lui responsable ; à ne pas rompre, à ne pas contourner cette position et ce discours nous aurions renforcé les représentations qui traversent régulièrement le champ social.

Par exemple, durant ma formation, il y avait « les mauvais soignants » qui donnaient des médicaments, c'était les infirmiers psychiatriques et il y avait « les bons soignants » qui n'en donnaient pas, c'était les éducateurs.

Dans le champ qui nous occupe, il y avait aussi à cette époque « les mauvais » travailleurs sociaux qui punissaient et « les bons » qui soignaient, il y avait aussi des « mauvais toxicomanes-détenus » qui n'avaient pas de demande et qui, de surcroît voulaient se soigner pour éviter l'incarcération ; la boucle était ainsi bouclée.

A cette époque aussi, il était de bon ton de ne pas « collaborer » avec la justice ; remarquez aussi qu'à cette époque, le dispositif de soins était désigné comme « criminel » impliqué comme nous l'étions dans le débat idéologique sur la médicalisation des centres via la méthadone et le subutex®. Alors défendons-nous comme nous le pouvons car il y a des risques.

En effet :

- qu'est devenue Mme BARZAC suite à sa bataille pour la vente libre des seringues ?
- Quelle a été la durée du mandat de ce ministre qui avait ouvert une brèche dans la loi de 1970 par ses propos sur le cannabis ; entre nous, heureusement que notre Directeur a « collaboré » avec la justice car lui aussi fût accusé de faire du prosélytisme par un « haut » fonctionnaire de notre région.

Et oui la Loi de 1970, n'est pas juste, n'est pas réaliste, et puis elle a été votée dans un contexte de peur, en réponse aux revendications quant aux interdits, à la sexualité et à la propriété.

Alors la tentation est grande pour tout un chacun de s'inscrire dans « une dynamique de l'impossible » mais alors nous fonctionnerions en miroir avec le toxicomane sauf que lui, est prisonnier, aliéné à un imaginaire qui le dépasse et soumis à des pulsions qui le débordent ; Si la réponse du toxicomane s'inscrit dans une consommation de produits, nous pourrions alors inscrire la nôtre du côté de la consommation de nos discours, de nos statuts et aussi de notre résistance aux changements.

C'est trop, ne trouvez-vous pas ?

Quand c'est trop, on se pose et on met à plat.

D'une certaine manière on constate que :

- Oui, le toxicomane exagère mais notre société de consommation aussi,
- Oui, les pauvres sont plus victimes de l'injustice et de la toxicomanie que les riches,
- Oui, la vie n'est pas « égale » sauf que, comme dirait Coluche, il y en a pour qui elle est plus égale que pour d'autres.
- Oui, le bracelet électronique et la méthadone sont des réponses techniques et scientifiques à des problèmes humains qui parfois dépassent notre société ; Alors attention, car quand cela dépasse, les têtes peuvent tomber.

Alors n'oublions pas d'accompagner d'humanité ces pseudo réponses.

Alors essayons, de notre place, de tirer notre épine de ces jeux et de ces enjeux. Soutenons ce qui nous motive à nous occuper de personnes qui n'arrivent pas à s'arrêter seules et pour qui, se faire arrêter est une solution qui fonctionne à l'identique et de façon répétitive parce qu'illusoire et nécessaire. Solution qui, dans ses effets, fonctionne comme ceux de la toxicomanie. A ne pas prendre en compte ce fonctionnement imaginaire, nous le cautionnerions et ferions l'impasse de l'instance symbolique ; n'oublions pas, selon la psychanalyse, que la loi du père devient structurante et opérante lorsqu'elle permet à l'enfant de perdre ses constructions imaginaires et ainsi accéder au niveau symbolique. Cette instance lui permettra à son tour de devenir un sujet de droits et de devoirs.

Nous situons donc l'articulation soins et justice dans cet espace que le concerné méconnaît totalement.

Qui peut, ici, dire pourquoi et comment il respecte ou ne respecte pas la loi ? Le lui dire ne sert à rien, ça ne lui cause pas.

C'est donc un espace à créer notamment dans le rapport que le détenu toxicomane a quant aux règles via les différents cadres que sont :

- les institutions dont il dépend,
- son projet, ses désirs et ses regrets,
- son histoire, ses sentiments, sa parole,
- sa subjectivité.

C'est donc un pari que de permettre au détenu toxicomane de faire l'expérience de ses actes et de sa parole car personne dans le fond ne peut savoir s'il est prêt ou s'il ne l'est pas.

Le plus important, n'est-il pas de pouvoir mettre à profit ces temps de mise en parenthèse pour lui proposer ce type de réflexion et d'introspection ? à défaut de l'y préparer ?
Souhaitons que cette dynamique de travail et ces volontés partenariales résistent aux risques dogmatiques d'une politique exclusivement répressive et pragmatique.

Mais au fait, la Loi de 1970, ne désigne-t-elle pas le toxicomane comme malade et comme délinquant ?

S'il est malade, nous devons travailler à ce qu'il souffre et s'il est délinquant aux mécanismes qui l'amènent à transgresser.

Nos partenaires et nous, nous nous le tenons pour dit ; de plus ce n'est ni facile pour nos responsables, ni facile pour les acteurs de terrain, sachez que nous vous le rappellerons si nécessaire car pour nous, la Loi c'est la Loi !!...

M VETEAU, Directeur de l'ATRE

Créer une structure novatrice et expérimentale, avec une mission unique en France n'est pas chose aisée.

Et l'engouement et la bonne volonté ne suffisent pas toujours.

Ainsi, pour qu'un projet devienne une réalité efficace et répondant aux attentes des promoteurs, faut-il encore mettre en synergie différents facteurs et je voudrais évoquer avec vous quatre d'entre eux, les plus importants : les moyens financiers, les moyens humains, le partenariat, et le public concerné.

Parlons tout d'abord argent :

Ouverte en 1995, avec le soutien de la DDASS et de la Mairie de Lille, et avec le concours de plusieurs partenaires institutionnels ayant accepté de participer à l'aventure, l'ATRE a compté jusqu'à 8 financeurs différents pour boucler son budget. La participation de la DDASS a, certaines années, à peine représenté 20% du total, et les autres financeurs étaient encore sollicités en 2002, soit 8 années après leur première participation « ponctuelle ».

Il s'agissait de financements annuels non nécessairement pérennes, généralement acquis en cours d'année, et souvent versés en fin d'exercice, nécessitant un fond de roulement inexistant à cette époque donc un soutien des établissements bancaires qui ont, heureusement, joué le jeu.

Le passage à l'Assurance Maladie des Centres de Soins Spécialisés pour les Toxicomanes (CSST) a permis, en deux fois, en 2003 et 2004, la reprise de la plupart des financements annuels non pérennes, et le versement des fonds par mensualités à définitivement réglé la situation financière de l'association.

Je tiens à nommer ces financeurs : la DDASS, donc, avec une participation importante de la MILDT, et des Fonds d'Intervention pour la Ville .

Mais aussi la Ville de Roubaix, la Ville de Lille, le SPIP, puis depuis deux ans la DRSP ; la DDRJS et le Conseil Général, qui poursuit sa participation aujourd'hui encore. Lille Métropole Communauté Urbaine a également participé financièrement au bon fonctionnement de l'ATRE .

Enfin, Le Fonds Social Européen nous soutient en finançant le poste de référent social, encore maintenant.

Nous étions en octobre 2002 à la limite de la cessation de paiement, avec les annonces de gel de budgets de la MILDT et du FIV. La mobilisation de la profession, et peut être aussi deux interview à M6 et France 3 ont permis de débloquer ces fonds de justesse.

C'est aujourd'hui de l'histoire ancienne, et notre budget, qui avoisine les 500 000 € est pérenne pour 85%, permettant de libérer les esprits de l'équipe de l'angoisse du lendemain, et de se consacrer pleinement aux difficultés que rencontrent nos résidents.

Je tiens à remercier ici les Médecins-inspecteurs et les Inspecteurs de la DDASS pour leur soutien dans ce dossier.

Pour ce qui concerne l'équipe de l'ATRE :

Nous avons toujours fait le choix, coûteux certes, de personnels formés, diplômés, présentant des compétences certaines envers notre public.

Si, à l'ouverture, le nombre de postes ne suffisait pas à couvrir une présence permanente toute l'année, nous avons pu obtenir, dès juillet 1996, les moyens de créer trois postes, deux veilleurs et un éducateur, permettant un réel travail en continu, et en toute sécurité pour le personnel.

Je laisse à Nelly WOZNIAK, éducatrice à l'ATRE depuis cette époque, le soin de développer cette partie.

Juste un point : Au fur et à mesure du développement de nos actions, de l'acquisition d'expérience de notre équipe, et sous la pression d'un certain nombre de contraintes extérieures, l'équipe s'est étoffée jusqu'à aujourd'hui compter 11 ETP ; le ratio d'encadrement est donc quasiment de 1 ETP pour une place : il peut paraître élevé, mais toute personne qui travaille avec ce public, en situation d'internat, comprend que c'est le seuil minimum pour encadrer une telle structure.

Croire ou faire croire que l'on peut s'occuper de personnes en grandes difficultés sociales, psychiques, et comportementales avec des ratios d'encadrements moindres, est une escroquerie intellectuelle, voir une mise en danger des équipes.

Abordons maintenant les relations avec nos partenaires :

L'une des caractéristiques des professionnels avec qui nous travaillons est leur mobilité. Il n'est pas rare que certains services, en particuliers ceux du Ministère de la Justice, soient renouvelés pour moitié en quelques années. Les magistrats de l'Application des Peines ont aussi une tendance au mouvement. Les centres de soins intervenant en milieu carcéral sont cependant aussi concernés par cette remarque.

Il nous était difficile, dans ces conditions, d'établir des partenariats efficaces, n'étant en relation avec chaque intervenant que peu de fois dans l'année, et devant renouveler régulièrement nos contacts de prospection.

A partir de 1999, nous avons multiplié les voyages et rencontres avec les services des différents établissements de la région pénitentiaire, puis de la région parisienne et de l'est de la France ; une quinzaine d'établissements ou de centres de soins ont été visités, les services sociaux, médicaux, et extérieurs rencontrés à cette occasion. Depuis, nous systématisons les contacts par des envois de plaquettes d'informations et le rapport d'activité annuel, et depuis 2 mois, nous avons ouvert le site Internet de l'ATRE où chacun va pouvoir trouver les informations minimales nécessaires pour travailler avec nous.

Les liens établis durablement avec les professionnels, l'affinage progressif du partenariat et de la connaissance mutuelle ont permis une meilleure préparation des personnes qui nous étaient adressées : profils plus adaptés à nos missions, personnes mieux informées sur la maison et ses règles de vie.

Les relations avec les services de santé des établissements pénitentiaires ont aussi subi des évolutions. Il est aujourd'hui beaucoup plus facile d'obtenir les informations nécessaires à assurer la continuité des soins, que ce soit directement ou par l'intermédiaire du médecin généraliste avec qui nous travaillons de façon préférentielle : bilans médicaux, ordonnances parfois envoyées directement à l'ATRE, feuilles de transmissions destinées à notre médecin, relais pour les traitements de substitution, pour les soins dentaires ou les suivis psychiatriques. La nécessaire continuité des soins a amené de toute évidence les services de santé des établissements (UCSA et SMPR) à une meilleure collaboration avec les services externes. Nous nous en félicitons.

Des CSST avec hébergement travaillent aujourd'hui directement avec les prisons, sans nécessairement passer par nous. C'est une évolution et nous pensons y avoir participé : en effet, lorsque nous avons commencé notre activité, les personnes sortant de prison faisaient encore l'objet de réticences, compréhensibles certes, mais dommageables : doute sur l'authenticité de la motivation, sur la capacité à se mobiliser, problème de l'aléatoire des dates de sorties.

Si les réserves face à ce public perdurent, elles sont aujourd'hui susceptibles d'être plus facilement levées qu'auparavant.

Evoquons enfin le public que nous accueillons :

Les procédures et les « critères » d'admission à l'ATRE ont peu changé avec le temps. : priorité aux personnes sortant de prison, ou sous main de justice, y compris en aménagement de peine, ou en alternative à l'incarcération.

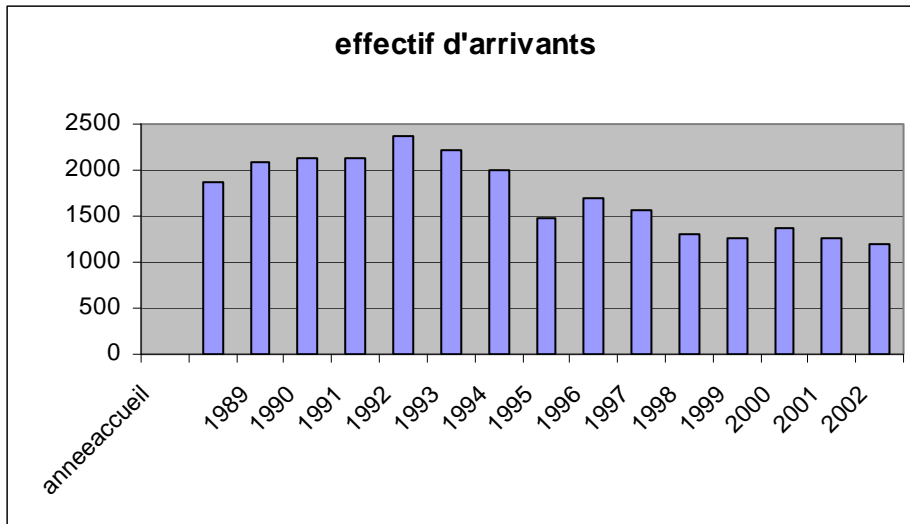
Les personnes « non sous main de justice » sont acceptées, si leur présence ne bloque pas une place pour une personne prioritaire. Enfin, les personnes déjà venues auparavant à l'ATRE peuvent revenir, si leur projet est cohérent.

Le premier chiffre à étudier est le suivant : environ une personne sur trois attendue à l'ATRE, n'arrive jamais. Le temps entre la sortie de la prison, et l'arrivée à l'ATRE est suffisant pour que le projet soit abandonné, ou que d'autres sollicitations s'imposent. Malgré une meilleure préparation par nos collègues, ce chiffre ne baisse pas.

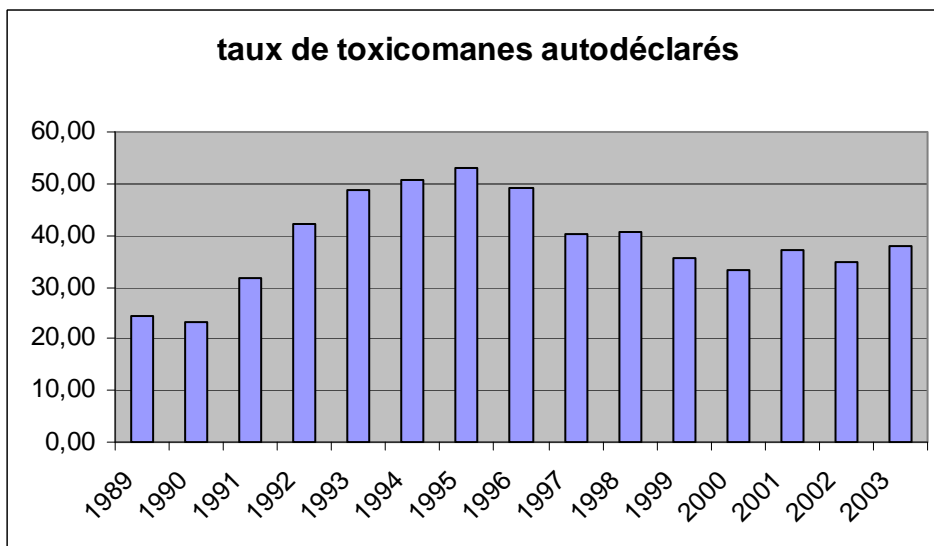
Avant d'évoquer les personnes accueillies à l'ATRE, il semble nécessaire de re-situer le contexte et la situation actuelle des publics que nous visons.

Je vais m'appuyer sur deux recherches menées dernièrement. RAPPEL « Recherche-Action sur la Population Pénale Ecrouée à Loos », mené par l'ADNSMPL, et une recherche du GRANIT (Groupe Régional de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie) du Nord Pas-de-Calais.

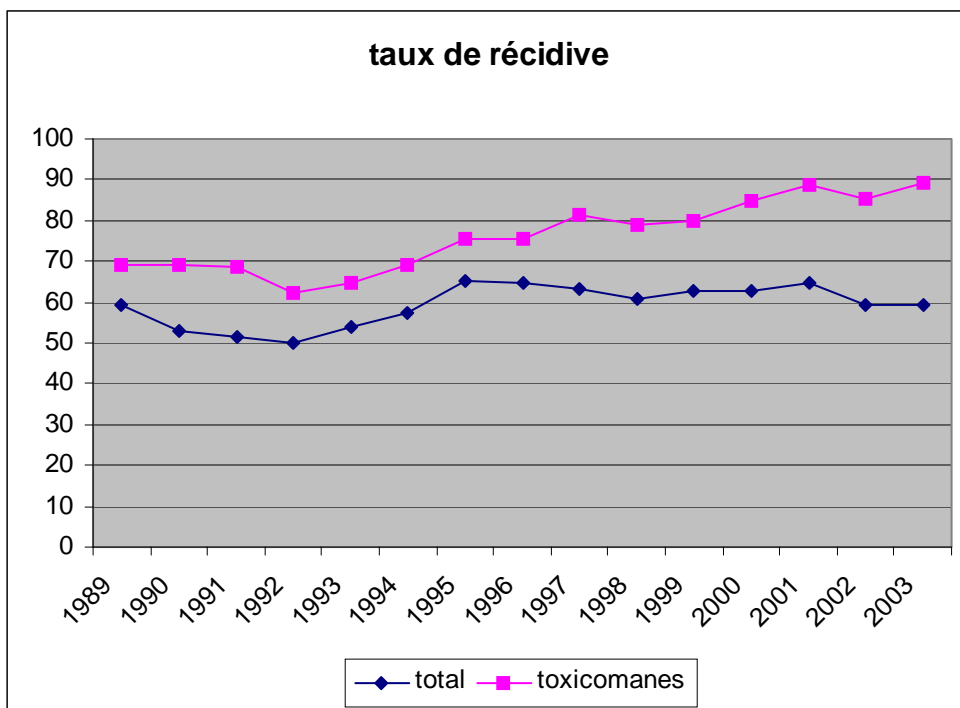
RAPPEL analyse les données recueillies lors des entretiens menés par le SMPR auprès des détenus arrivant à la Maison d'Arrêt de Loos ; le même recueil étant effectué depuis 1989, nous avons pu analyser ces données en longitudinal, sur 14 années. L'enquête porte sur 25 225 dossiers de janvier 1989 à décembre 2003



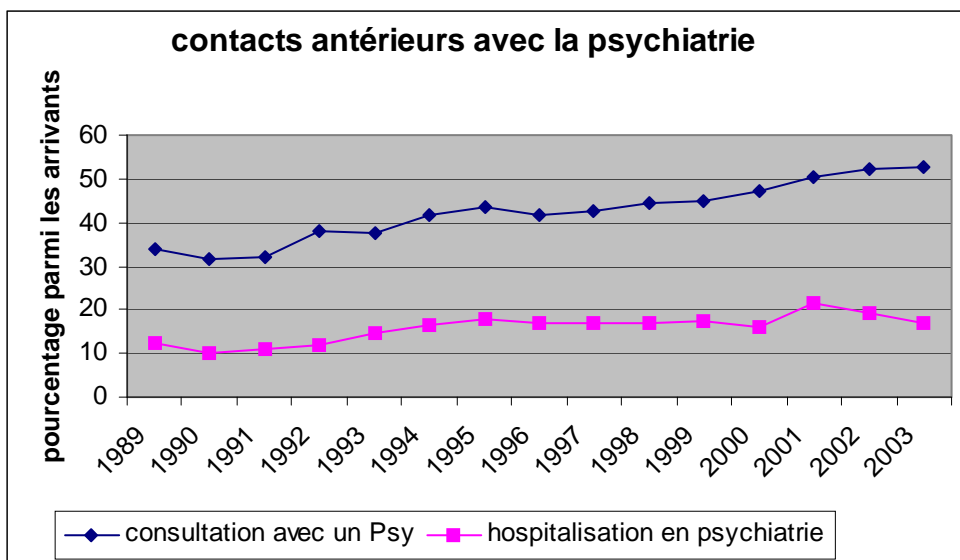
On assiste à un tassement du nombre d'arrivants depuis 1994 (ouverture des établissements pénitentiaires du plan 13 000).



Le taux de toxicomanes auto-déclarés (ne pas confondre avec les « Infractions à la Législation sur les Stupéfiants » ILS) lors de l'accueil a aussi nettement diminué depuis 1996, pour se stabiliser autour de 35%. On y verra sans doute là, à la fois une évolution des pratiques pénales (alternatives à l'incarcération pour les simples consommateurs) et un effet des programmes de produits de substitution, qui ont écartés de la justice, et des prisons, des consommateurs ayant bénéficié de ces programmes.



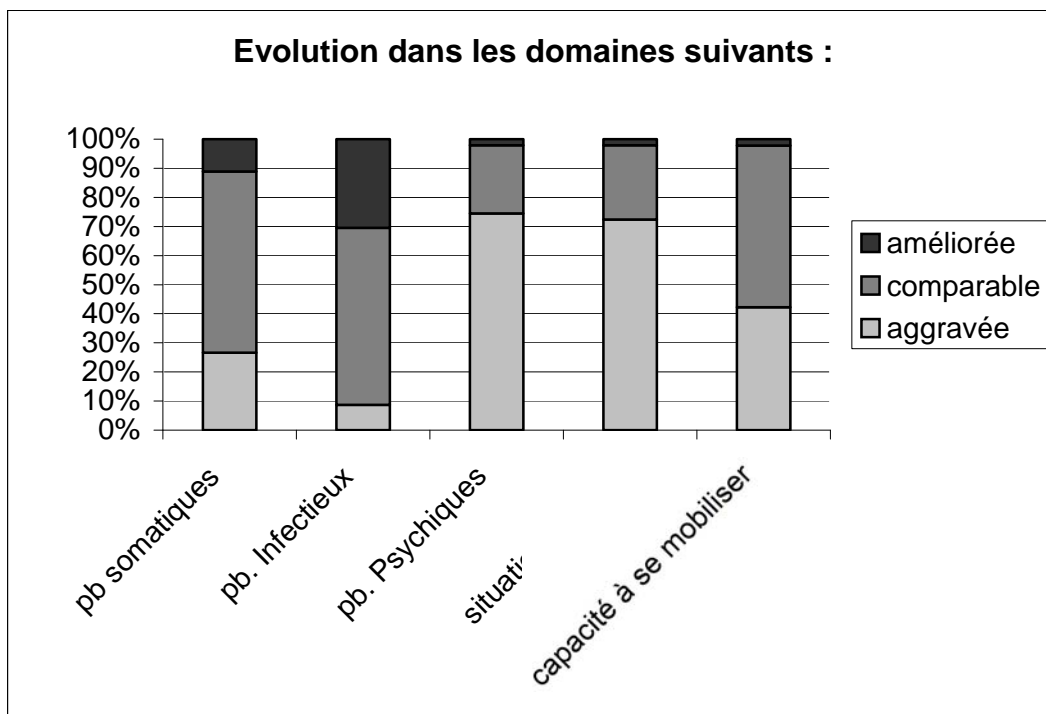
Le taux de récidive moyen tout public confondu est stable depuis 14 ans autour de 60% celui des seuls toxicomanes est en permanente évolution (aggravation), et atteint en 2003 un sommet à 90%



Ces données sont beaucoup plus inquiétantes : les antécédents de relations avec les dispositifs psychiatriques, voir d'hospitalisation en psychiatrie, poursuivent au long de ces 14 années une progression sans frein.

Aujourd'hui, plus de la moitié des personnes incarcérées a déjà présenté des antécédents psychiatriques. Les toxicomanes participent plus que les non-toxicomanes à cette augmentation.

Nous avons demandé à nos collègues, qui interviennent en milieu carcéral, ou qui prennent en charge à la sortie des personnes sortant de prison, leur appréciation, certes subjective, sur l'évolution du public (questionnaire aux structures de soins):



Si on constate que les problèmes somatiques et infectieux sont globalement comparables à ce que la situation était auparavant, avec même une nette amélioration pour les problèmes infectieux, l'état psychique et social des personnes sortant de prison est en nette détérioration, ainsi que, et c'est certainement le plus grave, la capacité à se mobiliser.

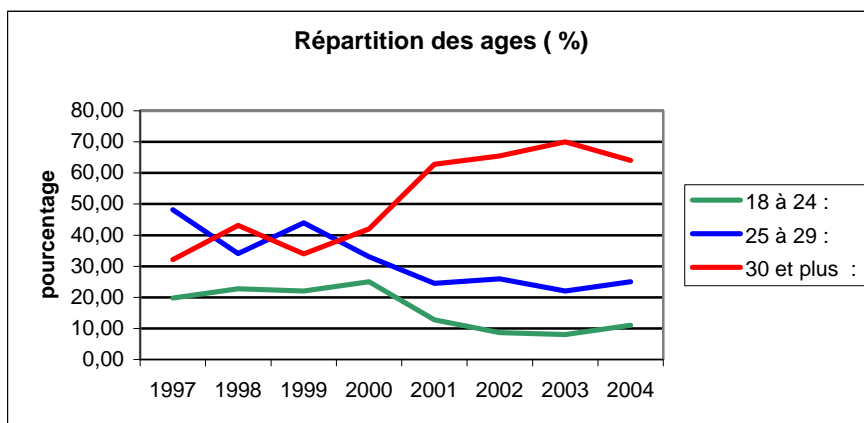
Ces données sont corroborées par les résultats d'une enquête réalisée par le GRANIT fin 2003, auprès de 1 274 cas, qui porte sur les psychopathologies associées chez les toxicomanes dans le Nord Pas-de-Calais.

On y constate que 46% des toxicomanes rencontrés par les structures de soins de la Région font l'objet d'un diagnostic associé de « trouble psychique », dont un tiers sont des troubles graves. De plus, 45% des toxicomanes rencontrés nécessiteraient la mise en place d'un suivi psychiatrique.

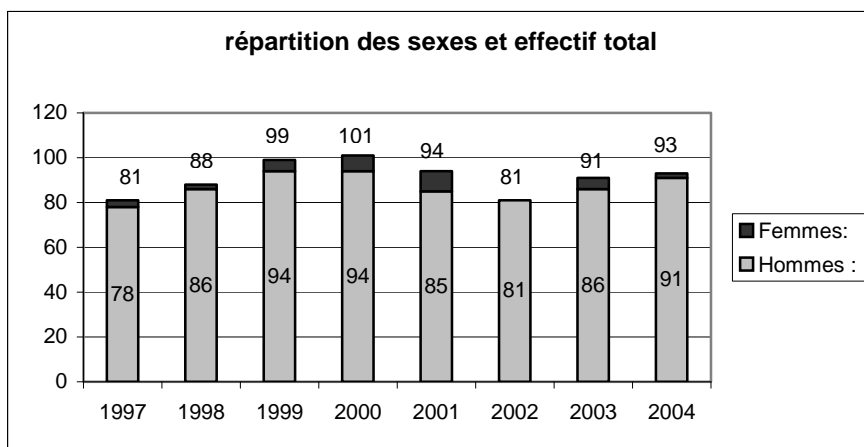
Ce constat est une source d'inquiétude partagée par les intervenants en milieu carcéral et déjà dénoncée par différentes enquêtes. Cela ne semble pourtant émouvoir que nous.

Examinons maintenant le public accueilli par l'ATRE depuis sa création : de son ouverture à aujourd'hui, l'ATRE a accueilli 859 personnes.

Les tableaux suivants portent sur 8 années pleines, soit de 1997 à 2004.

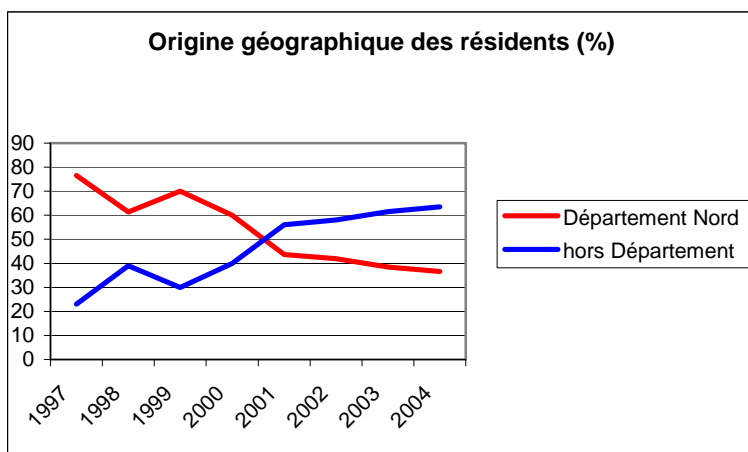


Notre public vieillit massivement depuis 2001.



Depuis l'origine, l'ATRE peut accueillir des femmes ou des couples. La proportion de femmes est toujours très faible, correspondant à la fois au faible taux d'incarcération des femmes par rapport aux hommes, et à l'existence de dispositifs d'hébergement pour femmes qui les accueillent dès leur sortie de milieu carcéral.

La zone de recrutement de l'ATRE a été, au début, naturellement concentrée sur les établissements de la région. Les rencontres avec les autres régions, les visites auxquelles nous faisons allusion précédemment ont naturellement conduit à une ouverture vers des établissements de toute la France. La proportion de personnes en provenance du département du Nord a donc naturellement chuté .

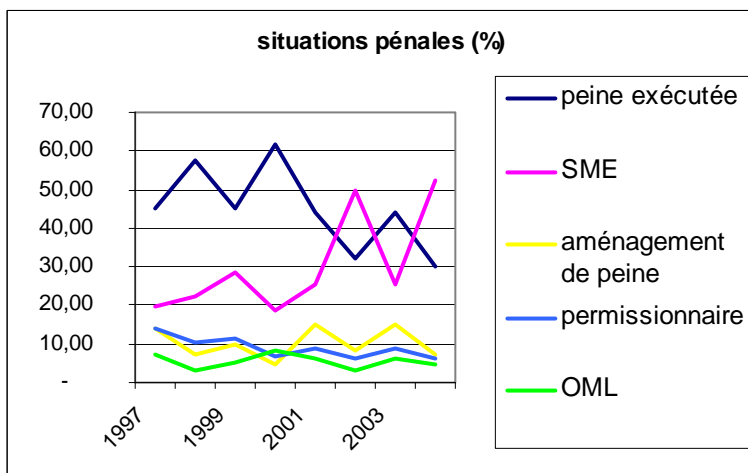


Le taux de personnes sortant en « peine exécutée », que ce soit avec ou sans sursis de mise à l'épreuve reste ultra majoritaire.

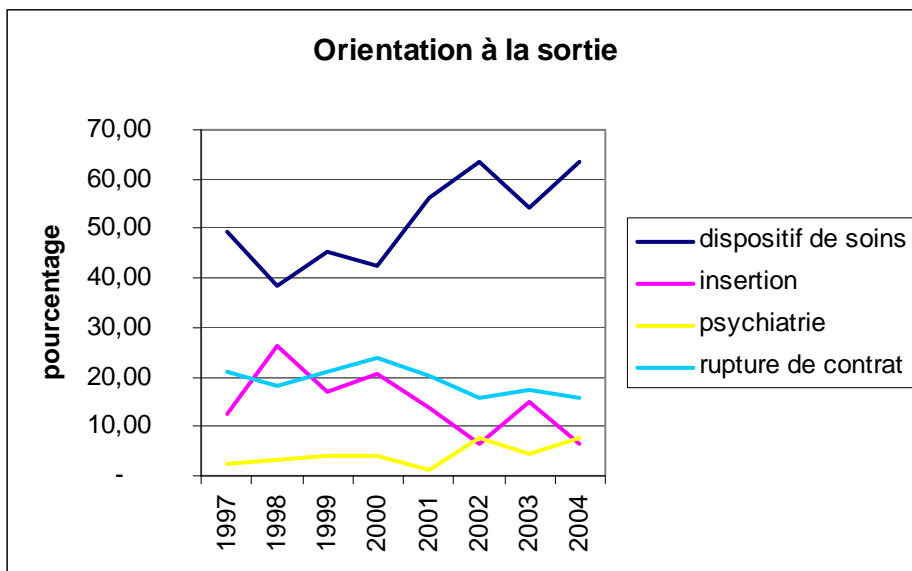
La possibilité offerte par l'ATRE d'être un dispositif facilitant la mise en place d'aménagement de peines n'a jamais été utilisée au maximum. Il est aujourd'hui d'ailleurs plus difficile d'obtenir un aménagement de peine qu'auparavant.

La possibilité de bénéficier d'une permission de sortir, préalable à une entrée à l'ATRE, devient tout aussi difficile, puisque le taux de permissionnaires par an diminue.

Nous désespérons de convaincre un jour les Juges de l'Application des Peines de l'intérêt de nous utiliser de manière plus fréquente, et d'abandonner une frilosité qui ne fait que s'amplifier.



Lors de l'ouverture de l'ATRE, nous proposons dans nos objectif un accueil de 60% de gens vers des projets de soin, et 40% vers des projets d'insertion, au vu des demandes exprimées par les candidats à un séjour à l'ATRE

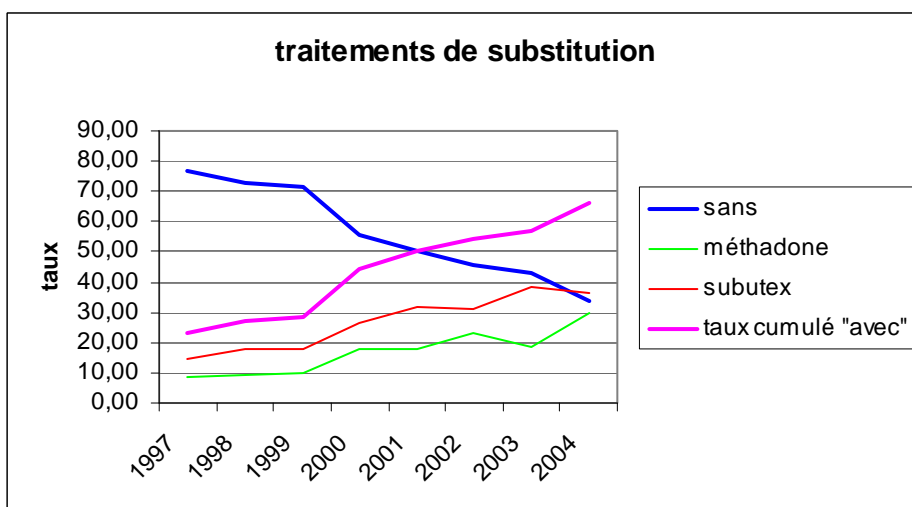


La réalité des orientations est tout autre depuis 2000, où le nombre de personnes susceptibles de mettre en place un projet d'insertion a chuté lors des demandes, et qu'un certain nombre de ceux venant chez nous avec ce projet ont dû, au vu de leurs problématiques, être ré-orientés vers le soin.

Le nombre d'orientation vers la psychiatrie n'a cessé d'augmenter, même si la proportion reste modeste.

Les orientations vers le soin aux toxicomanes est aujourd'hui ultra majoritaire.

On notera aussi que le taux de rupture de contrat a régulièrement baissé, témoin sans doute d'une meilleure efficacité de notre équipe à gérer les situations difficiles.



Un dernier chiffre mérite d'être présenté : le taux de résidents sous traitements de substitution à régulièrement augmenté depuis 1997, en cohérence avec la réalité rencontrée en milieu carcéral.

L'analyse globale que je vous propose de toutes ces données est la suivante.

Progressivement, depuis 10 ans, le public toxicomane rencontré en milieu carcéral n'est plus le même :

- ceux pour qui la délinquance était une conséquence de leur toxicomanie ont bien profité des traitements de substitution et ne viennent plus en prison depuis 1997-98
- les consommateurs aujourd'hui se voient plus facilement proposer des alternatives à l'incarcération
- ceux qui vont en prison, sont en général en situation de multirécidive, et peu sortent du cercle infernal consommation-prison
- beaucoup de ceux qui sont incarcérés cumulent les difficultés : problèmes somatiques, infectieux, mais surtout troubles psychiques, situations sociales extrêmement précaires, et peu de capacité à se mobiliser. Ils ne se prêtent donc que très peu à une possibilité de soins à la sortie, et beaucoup plus au risque de rechute et de récidive. Ils ne sont d'ailleurs souvent pas réceptifs à une proposition d'accompagnement pendant l'incarcération.

Ceux qui parviennent aujourd'hui à l'ATRE sont souvent plus en difficulté que les années précédentes, plus âgés, avec un plus fort passé carcéral, et beaucoup moins en capacité d'autonomie, d'où des orientations plus fréquentes vers les dispositifs de soins, ou la psychiatrie.

Nous noterons cependant que les dispositifs de soins ne sont pas nécessairement adaptés à des publics plus en difficultés. Il nous faut repenser nos projets thérapeutiques dans ce sens.

Pour finir, nos projets....

Nous avons cherché, pendant ces dix ans, à nous adapter en permanence au public que l'on nous proposait. Notre équipe a évolué dans ce sens.

La maison que nous occupons est trop petite ; c'était déjà vrai hier, mais l'allongement des temps de séjours, la nécessité de gérer aussi des difficultés psycho-pathologiques impliquent d'autres dispositions des locaux : un déménagement s'impose. Nous y travaillons, mais ce n'est pas si facile que ça.

Nous restons persuadés de la nécessité de prendre en compte une population toxicomane particulièrement en difficulté, dont la prise en charge relève autant de la psychiatrie que du secteur spécialisé. Faute de lieux permettant une prise en charge complémentaire, avec hébergement et accompagnement au long cours par des équipes formées, ce public restera à l'écart du dispositif de soin, et finira, comme on le constate de plus en plus, par commettre des délits graves, des atteintes aux personnes, et échouer en prison (... y revenir... !).

Ces lieux n'existent pas pour l'instant. Refuser de voir qu'ils sont nécessaires est un choix politique grave, qui affecte non seulement les personnes directement concernées, mais aussi par les conséquences de leurs comportements et de leurs actes, l'ensemble de la population.

Il nous reste encore des raisons de nous mobiliser.

Je vous remercie.

Mme WOZNIAK, Educatrice à l'ATRE :

Je vais vous présenter le fonctionnement de l'ATRE depuis 10 ans, en évolution constante, réadaptant son fonctionnement au fur et à mesure de l'évolution du nombre de salariés et également de l'évolution du public toxicomane.

Je reviens rapidement sur les six premiers mois de l'ATRE :

Nous étions trois éducateurs ; un service ville ; un stagiaire , une secrétaire à mi-temps ; une femme de ménage (10 heures/semaine)

Quand on est trois éducateurs pour assurer une présence jour et nuit, il est évident que notre travail ne pouvait consister en premier lieu qu'à répondre à l'urgence. Il fallait organiser au mieux la vie dans la maison. Nous effectuions le maximum de démarches possibles, essayant d'orienter au mieux les résidents sachant que nous n'avions aucun repère et peu de compétence en matière de toxicomanie.

La plupart des démarches à l'extérieur étaient effectuées par les résidents seuls, nous n'avions pas d'autre solution ; ce qui a occasionné un certain nombre de dérives.

La présence des résidents (peu nombreux vu le taux d'encadrement) nous encourageait cependant à poursuivre.

Au Milieu de l'année 1996 :

Arrivée de Patrick VETEAU, d'un éducateur et de deux veilleurs.

Au départ l'éducateur quittait son poste après que les résidents soient couchés, ce qui n'est plus le cas actuellement. On a la chance d'avoir deux veilleurs qui sont là depuis le début et qui ont donc pris de plus en plus de responsabilités. Ils assurent le coucher, éventuellement ils donnent le traitement du soir. Ils peuvent être amenés aussi à gérer le départ d'un résident tôt le matin. Un temps de liaison d'une demi-heure le matin et une demi-heure le soir est prévu entre l'éducateur et le veilleur.

On peut considérer qu'à partir de cette date, l'équipe est suffisamment au complet pour assurer une présence continue dans la structure. C'est seulement à cette époque, entre 1996 et 1999 qu'on a pu définir toutes les bases du fonctionnement de l'A.T.R.E :

- l'organisation des plannings (éducateurs – résidents), l'organisation du quotidien.
- Repenser les activités, les loisirs.
- Développer les contacts avec les partenaires (administration, centres de soins, etc..)
- Ecrire le règlement intérieur.

Nous n'avions aucun modèle de référence, tout était à définir au fur et à mesure, en tenant aussi compte des changements que nous constatons dans les publics accueillis (plus âgés, plus abîmés). Certaines façons de faire devaient être repensées parce que les résidents n'étaient pas les mêmes qu'avant et demandaient une prise en charge différente.

Au fur et à mesure du temps mais aussi de l'évolution de la population toxicomane les règles collectives étaient repensées avec une prise en compte de plus en plus de la problématique individuelle.

- Les sorties :

Les temps que les résidents passent seuls à l'extérieur sont plus cadrés et plus limités, mais ils existent dans la mesure où la majorité sortent tout juste de prison et que nous pensions qu'ils avaient besoin de ces temps avant d'aller par exemple s'enfermer en post-cure. De plus, certains résidents étaient sur des projets de réinsertion. De plus, la plupart des gens venant de la région lilloise, ils allaient facilement en famille tous les week-end .

Bien sur, ça a pu entraîner certaines dérives.

- Les manquements au règlement :

Par rapport à la violence, à la prise de drogue, d'alcool dans la structure ou encore pendant une sortie, nous pensions au départ qu'il fallait rester intransigeant, mais là également au fur et à mesure, on a réadapté nos positions en fonction du contexte, des circonstances dans lesquelles se produisait l'incident, de la problématique du résident, ou encore de l'état de fragilité du groupe. Si le groupe était solide, on pouvait dire qu'on gardait quelqu'un, et qu'on retravaillait avec lui la reprise de produit ; si le groupe était fragile, on ne prenait pas ce risque.

Avec le temps on a appris à mieux gérer les admissions en expliquant d'avantage notre fonctionnement aux partenaires.

Arrivée en 2000 d'un emploi jeune en remplacement du service-ville

L'avantage est que notre collègue qui arrive connaît et est concerné par le travail social, ce qui n'était pas forcément le cas du service-ville. Le collègue qui est embauché entame d'ailleurs une formation de Moniteur Educateur pendant son contrat d'Emploi-Jeune. A la fin de celui-ci, il sera embauché à l'ATRE.

C'est quelqu'un qui a encadré plus sérieusement les activités notamment sportives, ce qui a permis une plus grande régularité à ce niveau là.

Arrivée également en 2000 d'une référente sociale

Il demeurait nécessaire qu'une seule personne s'occupe des démarches administratives. Cela permet des liens plus privilégiés avec les partenaires, un suivi des dossiers plus cohérent et enfin un gain de temps.

Il est aussi important que l'essentiel des démarches soit réalisé avant le départ des résidents. Avec la régionalisation, il est de plus en plus difficile pour les post-cures de prendre le relais des démarches : on nous demande aujourd'hui que les résidents arrivent avec l'ensemble de leurs démarches déjà effectuées et terminées.

Enfin, pour les résidents, le fait d'avoir tous leurs papiers relève souvent de l'exploit mais que ça puisse se faire à l'ATRE participe déjà un tant soit peu à leur reconstruction.

En 2000 , nous avons eu aussi l'arrivée de personnels infirmiers :

Ils ont le matin une permanence d'environ une heure et demi. Ils donnent les traitements du matin et préparent les piluliers de la journée. Ils prennent en charge les différents rendez-vous médicaux (médecin – spécialistes). Leur présence permet une meilleure prise en charge et un meilleur suivi médical des résidents (notamment pour les personnes qui ont le VIH ou l'hépatite C).

Il faut signaler aussi que nous avons eu la chance de rencontrer un dentiste qui fait un travail extraordinaire et qui s'adapte au séjour court de nos résidents et regroupe plusieurs rendez-vous pour accélérer les soins. Des soins de reconstruction qui devraient prendre plusieurs mois sont faits en deux mois. En plus , il accepte la CMU. C'est assez rare pour que ce soit signalé. De nombreux dentistes contactés précédemment avaient tout bonnement refusé de recevoir notre public.

Avec la mise en place des trente cinq heures on a du (pu) embaucher un cinquième éducateur,

On a aussi l'opportunité de recevoir à l'ATRE régulièrement des stagiaires (3èmes année). Cette collaboration est d'autant plus intéressante que nous entretenons des liens privilégiés avec les écoles d'éducateurs et d'assistante sociale.

Il est évident qu'à partir du moment où il y a en eu suffisamment de personnel qualifié à l'ATRE, la prise en charge des résidents s'en est trouvée modifiée.

- Par rapport aux activités :

Elles sont organisées de manière régulière et hebdomadaire, ce qui n'était pas le cas auparavant. Elles sont plus diversifiées (salle de sport, piscine, escalade, vélo...). Ceci est rendu possible compte tenu du nombre d'éducateurs, et d'un budget plus conséquent.

On propose également des activités à l'intérieur ; peinture, dessin, impro-théâtre, musculation. Le manque de place dans nos locaux réduit beaucoup nos possibilités dans ce domaine.

La présence de deux éducateurs l'après-midi permet aussi de diviser le groupe et de proposer des activités différentes.

Depuis trois ans, un camp est organisé début août : le temps de présence des résidents s'allongeant à cette période de l'année (pas d'admission pour certaines post-cures en juillet août, de même pour les appartements thérapeutiques), ça permet de leur offrir une coupure

A ce camp d'été, s'ajouteront deux ou trois mini camp dans l'année, le premier aura lieu du 24 au 26 octobre 2005. ils seront proposés en priorité aux gens dont le séjour à tendance à s'allonger, pour souffler un peu en dehors de l'ATRE.

- Structure de plus en plus fermée :

Le nombre d'intervenants dans la maison permet aujourd'hui un accompagnement systématique dans les démarches à l'extérieur, ce qui est d'ailleurs rendu nécessaire compte

tenu des difficultés grandissantes du public accueilli. A quatre éducateurs, on se relayait les uns les autres ; à 6 éducateurs, on peut travailler en doublure et faire des démarches plus individuelles. Il n'y a plus aucune sortie de l'ATRE non accompagnée. C'est important qu'ils soient accompagnés, mais c'est aussi une de leur demande.

En ce qui concerne les permissions de week-end, elles étaient accordées au départ au bout d'une semaine, puis d'une quinzaine de jours. Actuellement, elles sont négociées en fonction de la plus ou moins grande fragilité du résident, au bout de quelques semaines. De par notre expérience, on appréhende mieux les risques encourus. Certains sortant régulièrement, d'autres préfèrent ne pas prendre ce risque. Toute sortie peut être écourtée à la demande du résident. De plus si la majorité des résidents venaient de la région Nord il y a dix ans, ils viennent actuellement d'autres départements, l'éloignement restreint donc les éventuelles demandes de permission.

Malgré leur incarcération récente, les résidents s'accommodent assez bien du fait de ne pouvoir sortir seul, les nombreuses activités à l'extérieur participent de cet état.

Il arrive toutefois que l'un ou l'autre nous exprime « le besoin de souffler , de prendre l'air », « même seulement une heure ». Il n'est pas rare que cette demande soit une envie de défonce. Actuellement on a le temps, les moyens, les compétences pour désamorcer ce besoin, le parler et souvent ce besoin finit par s'évaporer. Dans le cas contraire, on peut le différer et construire la sortie, la préparer.

On est passé également d'une prise en charge qui restait collective, vers une prise en charge de plus en plus individuelle. On voit les résidents de façon beaucoup plus régulière, pendant des entretiens formels ou non. On a aujourd'hui le temps de le faire

A l'arrivée d'un nouveau, on lui donne le temps de se poser une dizaine de jours, on prend le temps de réfléchir avec lui sur son projet de soins. On est mieux « outillé », plus à même de lui proposer l'orientation la plus adaptée, même s'il arrive au départ avec un projet déjà « ficelé ». Parfois, on ré-oriente : si on constate par exemple que quelqu'un qui voulait aller en post-cure à du mal à vivre en collectivité, on peut l'orienter vers une famille d'accueil...

On peut travailler comme ça parce que on a appris à mieux connaître nos partenaires. Que ce soit en amont ou en aval, on a aussi appris à mieux expliquer notre fonctionnement. L'équipe étant plus étoffée, on a pu dégager du temps pour participer aux colloques. On a eu également la possibilité de visiter quelques structures de soins. Une confiance réciproque est née des différents échanges que l'on a pu avoir.

Certaines structures éloignées souhaitaient des entretiens avec les résidents sur place (pas toujours facile à mettre en place financièrement). Ces structures acceptent actuellement que les entretiens aient lieu par téléphone.

La transparence par rapport à la problématique du résident est aussi primordiale pour nous et est possible dans ces conditions de confiance.

Quand un doute subsiste par rapport à l'orientation d'un résident, on peut mettre en place avec certaines post-cure un contrat prévoyant la possibilité d'un éventuel retour du résident à l'ATRE.

On est de plus en plus le « fil rouge » du parcours de soins des résidents.

Après un séjour en post-cure, ils peuvent ainsi éventuellement réintégrer l'ATRE pour préparer leur entrée en appartement thérapeutique par exemple. On peut également les recevoir quelques jours le temps pour eux de régler certaines démarches dans la région (justice, famille...)

Un dernier point qui nous interroge régulièrement et qui découle de la spécificité de l'ATRE : accueil transitoire entre prison et autres lieux de soin : comment être suffisamment accueillant et chaleureux au départ pour donner l'impulsion nécessaire à la poursuite des soins tout en restant attentif au fait que le résident puisse trop idéaliser notre structure au point de ne pas réussir à la quitter sans le vivre comme une nouvelle rupture ?.

On tient compte du fait que les résidents ont passé un temps plus ou moins long enfermés. On peut répondre à leur besoin de retourner dans le quartier, la famille, de se tester, on peut être amené alors à devoir travailler sur la reprise de produit, ou simplement sur les diverses désillusions occasionnées par la rencontre avec l'entourage.

La question du « pourquoi le soin » prend alors tout son sens et ils comprennent, acceptent mieux le fait de partir s'enfermer de nouveau plusieurs mois, de devoir faire aussi un travail thérapeutique. Ils sont souvent réticents au départ (image erronée des « psy ».). La collaboration régulière avec André DELERUELLE, psychologue de BORIS VIAN va également dans le sens de les rassurer et de réaliser encore tout le travail à accomplir.

Je pense avoir fait le tour des différentes situations que nous rencontrons, et de la manière dont nous tentons d'y répondre.

Je vous remercie

MARCHER :

Juste encore une minute. J'ai toujours été trop timide et trop réservé (rires dans la salle) pour dire à toute l'équipe qui travaille à l'ATRE, et notamment à son Directeur qui fait très bien son travail, toute l'estime que j'ai pour elle et toute la satisfaction que j'ai quand à son travail. Je ne pense pas avoir eu l'occasion en dix années de le dire : j'en profite aujourd'hui devant vous tous.

Nous vous remercions de votre présence et nous vous invitons au pot de l'amitié.