

Rapport d'Activité Commune 2015

Unités d'Accueil Rapide et de Court Séjour pour sortants de détention poly-consommateurs « Vos ARCS »



Contenu

| | |
|---|----|
| Présentation des établissements..... | 2 |
| La mission..... | 2 |
| Le fonctionnement..... | 2 |
| Contexte..... | 4 |
| Les Unités d'Accueil Rapide et de Court Séjour : 176 places/an au niveau national..... | 5 |
| Focus carcéral :..... | 5 |
| Les admissions : 283 personnes en 2015..... | 6 |
| Le public accueilli..... | 7 |
| Les admissions..... | 9 |
| Les origines des admis..... | 10 |
| L'âge..... | 10 |
| Le statut pénal à l'arrivée dans les structures..... | 12 |
| Les origines des demandes..... | 13 |
| Origine géographique..... | 14 |
| Le séjour : 283 personnes accompagnées pour 235 personnes sortantes des unités..... | 15 |
| Durée de séjour : 2 mois, une médiane à 1 mois et 8 jours pour 235 personnes sortantes de prison (hors PS)..... | 15 |
| Le déroulement du séjour..... | 16 |
| Conduite addictive..... | 18 |
| L'accompagnement pluridisciplinaire..... | 20 |
| Les sorties : Projet à la sortie : « Ne pas y retourner. »..... | 21 |
| Conclusion..... | 23 |
| Contact des structures :..... | 26 |

Présentation des établissements.

Ces unités sont des dispositifs résidentiels collectifs de soins des addictions rattachés à des CSAPA généralistes.

Il existe à ce jour en France, 4 Unités d'Accueil Rapide et Court Séjour pour sortants de détention poly-consommateurs :

- Le CSAPA Résidentiel L'Atre, situé à Lille avec 12 places.
- Le CSAPA Résidentiel Le Mas Thibert à proximité d'Arles disposant de 12 places.
- Le CSAPA Résidentiel Pierre Nicole à Paris 5^{ème} proposant 10 places.
- Le CSAPA Résidentiel Clemenceau à Gagny (93) de 10 places.

Leur création date à 2010 suite au passage des CSST et CCAA en CSAPA (sauf l'ATRE qui existe « à titre expérimental » depuis 1995).

La mission

Les unités ont pour objectifs (définis par l'appel à projet) de proposer un lieu d'accueil immédiat à la sortie de prison, sans temps de latence entre le jour de la sortie et le jour de l'accueil, et de permettre, après un travail préalable en détention, l'accompagnement et la mise en place de relais médico-sociaux et d'insertion. Il s'agit, à travers une prise en charge « intensive », de consolider une période d'abstinence ou de stabiliser un traitement de substitution, de préfigurer sur le plan médical, psychologique et social les bases permettant la construction d'un projet d'insertion ou de soin cohérent et d'en accompagner la réalisation. Il est également proposé de la part des équipes pluridisciplinaires une mission de soutien et d'accompagnement des usagers en direction de la RdR. Cette mission intervient au bénéfice des usagers qui, dans leurs parcours de soins sont parfois loin d'imaginer l'idée prématurée de s'inscrire dans un processus de réduction, de régulation ou d'abstinence des consommations.

Le fonctionnement

| | ATRE (12 places) | Clemenceau (10 places) | Mas Thibert (12 places) | Pierre Nicole (10 places) |
|--------------------|--|--|--|--|
| Public | Sortant de détention et ou en placement extérieur (≤ 3 mois) et poly- consommateurs. Hommes et femmes | Sortant de détention et ou en placement extérieur (≤ 3 mois) et poly- consommateurs. Hommes et femmes | Sortant de détention et ou en placement extérieur (≤ 3 mois) et poly-consommateurs. Hommes et femmes | Sortant de détention et ou en placement extérieur (≤ 3 mois) et poly-consommateurs. Hommes et femmes + 17 places de CTR |
| Durée de séjour | 1 mois renouvelable 2 | 1 mois renouvelable 2 | 1 mois renouvelable 2 fois soit 3 mois max. | 3 mois, puis possibilité de maintien du séjour |

| | | | | |
|--------------------|--|---|--|---|
| | fois soit 3 mois max. | fois soit 3 mois max. | | sur place CTR (3 mois renouvelables jusqu'à 1 an) |
| Lieu de soin | Centre-ville de lille Chambre de deux ou trois personnes <i>Accessible PMR.</i> | 93 à Gagny Maison de ville en zone urbaine ; Chambres doubles ou individuels. <i>Accessibilité aux personnes à mobilité réduite.</i> | Dans les Bouches du Rhône, dans une maison de campagne ; Chambres individuelles équipée de sdb. | CSAPA Pierre Nicole ambulatoire +résidentiel Paris 5eme. Chambres individuelles + places externalisées en appartement de transition. |
| Procédure d'entrée | Contact tél, mail, courrier pour infos de la situation et mise en lien avec le SPIP. Permission de sortie de proposée sur 3 journées (2 nuitées) pour la préparation de l'après peine. Dossier type à télécharger sur le site : www.atre-csapalille.fr | Contact tél, mail, courrier pour infos de la situation et mise en lien avec le SPIP. Permanence sur les MA de Fleury Mérogis et de Villepinte. Permission de sortie de proposée sur 1 ou 2 journées pour la préparation de l'après peine. | Contact par courrier, téléphone et mail. A réception du dossier de candidature (volet social et volet médical) un rdv est pris avec l'utilisateur et le partenaire orienteur (soit par tel, ou physiquement en région PACA) ; Accueil de détenus en permission (d'1 jour à 2 nuits au max) pour la préparation à la sortie de détention (en sortie sèche ou en aménagement de peine). | Contact tél, mail, courrier pour infos de la situation et mise en lien avec le SPIP. Prise de rendez-vous sur le CTR (médecin + éducateur), dans le cadre d'une permission de sortie pour les personnes incarcérées. Permanence au SPIP de Paris 1 fois/semaine. Déplacement possible sur les maisons d'arrêt de Fleury Mérogis, Fresnes, et Nanterre. |
| Admission | Admission programmées pendant le temps de la détention | Admission programmée lors la détention et possibilité sous 24h en sorties « sèches » pour évaluation. | Admission programmée à l'issue de l'étude du dossier de candidature pendant le temps de détention ou hors détention. | Admission programmées pendant le temps de la détention. Articulation avec le service du <i>Pass justice</i> (chambres d'hôtel pour sortants de détention) 1 chambre d'urgence pour les sorties anticipées. |
| Séjour | Centre fermé, avec sorties le week-end possibles tous les 15 jours. Participation aux activités obligatoires et | Sorties individuelles après 3 sem. de séjour, les jeudis matin et les mardis am. Participation aux activités | Sorties individuelles en semaine après la période dite d'observation (15 jours) et évaluation de l'équipe pluridisciplinaire. Sorties en weekend | CTR semi- ouvert. Période d'évaluation de 15 jours sans sortie seul. Possibilité de sorties seul après les 15 premiers jours. |

| | | | | |
|-----------|--|--|---|---|
| | aux consultations médico psycho-sociales. Orientation en fin de séjour de proposée. | obligatoires et aux consultations médico psycho-sociales. Bilan de séjour mensuel. Orientation en fin de séjour de proposée. | (tous les 15 jours) ; Participation aux activités obligatoires et aux consultations médico psycho-sociales. Bilan de séjour à 15 j (période d'observation) à 3 semaine (commission projet et mensuel (renouvellement des contrats de prise en charge). Orientation en fin de séjour de proposée. | Activités obligatoires en semaine. consultations médico psycho- sociales. Contrat de séjour en début de prise en charge. Travail autour de la sortie de l'addiction, l'insertion et l'autonomie au quotidien. Possibilité de passage en chambre externalisée (appartement de transition). |
| Ouverture | 365j/an | 365 j/an | 365 j/an | 365 j/an |
| Equipe | 7 TS, 1 AS, 1 psycho, 1 IDE | 6 TS – 1 Psychologue- 1 IDE- 1 médecin- 1 pharmacien | 7 TS, 1 AS, 3 SDN, 1 IDE, 1 psycho, 1 médecin généraliste addictologue, 1 secrétaire administrative, 1 chef de service | Présence soignante mutualisée avec le reste du CSAPA – médecin, psychiatre, psychologue, IDE. 11 TS – 27 places de CTR au total. |

Contexte

Depuis leur ouverture, les 4 structures ont engagé un travail de collaboration. L'idée d'origine était de se connaître, d'échanger sur nos pratiques et de partager nos expériences. Ce travail inter-associatif permet aujourd'hui, d'assurer la continuité des soins grâce à un fonctionnement en relais entre les 4 unités à destination des usagers, une méthodologie d'intervention, des outils communs d'évaluation.

Le rythme des rencontres est trimestriel. Elles s'organisent à tour de rôle dans chaque structure. Les thèmes abordés ont été variés : l'organisation des structures, leur fonctionnement, les thérapies de soins, les spécificités du public, la veille juridique, la loi « Taubira », les CSAPA référents, le fonctionnement des maisons d'arrêt et les particularités par région, l'inscription des structures dans la filière de soin des addictions, les partenariats locaux, les projets en cours.

Pour les années 2016 et 2017, nous nous lançons dans une expertise de nos dispositifs par une étude de cohorte sur 3 ans. Cette évaluation sera menée en lien avec l'INSERM et la Fédération Addiction.

En 2015, nous avons décidé de présenter notre activité quotidienne et les spécificités du public à partir d'un rapport commun d'activité.

Ce travail rassemble l'ensemble des données de chaque établissement, leurs spécificités, et leurs regards sur la mise en œuvre de la continuité des soins pour les sortants de détention poly –consommateurs.

Les Unités d'Accueil Rapide et de Court Séjour : 176 places/an au niveau national.

Focus carcéral :

Pour faciliter la lecture des chiffres, une précision de vocabulaire s'impose :

- Une personne détenue est incarcérée, elle est emprisonnée avec un numéro d'écrou.
- Une personne écrouée est placée « sous- main de justice »¹, elle n'est pas forcément détenue en prison, elle peut bénéficier de mesures d'aménagement de peines : le placement extérieur, le bracelet électronique, le régime de la semi- liberté, la liberté conditionnelle ...etc.

En France, 77 291 personnes sont écrouées au 1er janvier 2015² dont 66 270 personnes écrouées détenues réparties :

- 2 073 femmes³ soit 3.1% des personnes détenues.
- 704 mineurs. Ils représentent 1,1 % des personnes détenues.

Et 11 021 personnes sont écrouées non hébergées.

10,4 mois est la durée moyenne sous écrou en 2014.

Principales conséquences de l'enfermement sur les personnes :

- *Troubles de la vision*, en prison on n'a jamais la possibilité de voir avec un recul important puisque même les cours de promenade sont entourées de murs très hauts qui empêchent toute visibilité. En cellule, la lucarne est placée beaucoup plus haut que les yeux. Ils ont rarement une vision globale. De plus le mauvais éclairage de la cellule et la télévision en continue et les détenus se plaignent rapidement de troubles de la vue encore accentués par le fait qu'ils regardent la télévision à longueur de journées. Les conditions d'éclairage ne sont pas non plus optimales, notamment pour ceux qui veulent lire ou étudier dans leurs cellules.
- *Troubles de l'audition*, la détention est un lieu bruyant : bruits de serrures, des clés, de portes, de grilles, sondage des barreaux, appels incessants auxquels s'ajoute le bruit des détenus qui essaient de communiquer entre eux, surtout la nuit. La télévision marche souvent nuit et jour ce qui fait un bruit de fond permanent ; ailleurs ce sera la musique qui peut aussi envahir la cellule pour tous ses occupants, même si seul l'un d'eux l'a choisi. Tous ces bruits sont tels que les personnes s'en plaignent, et disent qu'un bruit de clé ou de serrure les rend nerveux longtemps après leur sortie de

¹ « Sous-main de justice » = des personnes condamnées avec des obligations judiciaires, suivies par les Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) par les CPIP

² Source Ministère de la justice janv.2015.

³ 3,1 % des personnes détenues. Source Ministère de la Justice janv. 2015.

prison. Ce sont également ces bruits qui reviennent dans les cauchemars rapportés par les anciens détenus.

- *Troubles de l'olfaction*, il y a une odeur très particulière difficile à décrire, mais que connaissent bien ceux qui ont déjà pénétrés dans une prison. Ils ont l'impression que cette odeur colle à la peau. Les personnes détenues estiment ne plus connaître les odeurs de la vie et d'avoir un champ olfactif restreint.
- *Perte des repères temporels*, l'espace est limité, aussi bien dans la promiscuité de la cellule que dans la cour de promenade. Cet espace totalement clos provoque des conduites phobiques. L'espace se rétrécit et le temps s'allonge. Le temps en prison est marqué par les repas, et les parloirs. Le dernier repas est servi vers 17h30-17h45 et jusqu'au lendemain matin 7 heures, il ne se passe plus rien. Les nuits sont très longues. Les problèmes de temps et d'espace engendrent souvent une impression d'immobilité. Il arrive que les détenus ne parviennent plus à utiliser le peu d'activités qui leur sont offertes ; une espèce de torpeur, d'immobilisme s'installent liées à la pesanteur de la vie quotidienne où tous les jours sont semblables. Le seul fait marquant est le parloir lorsque la possibilité existe pour la famille de se rendre à la prison. Pour les prévenus le Juge d'Instruction doit donner la permission des parloirs et il faut encore que ce jour de parloir corresponde aux disponibilités de la famille.
- *D'angoisse et de dépression* catalysée par la détention qui se révèlent lors des démarches à accomplir, une file d'attente à gérer, de gestion de la solitude...
- *De complications psychiatriques liées à l'enfermement* dans une population vulnérable sur le plan psychique et pas toujours pris en charge.

Les documents remis à la sortie : le billet de sortie et l'attestation de sécurité sociale.

Le billet de sortie

Le billet de sortie est le document administratif remis à chaque sortie de prison, même aux personnes où la fin de peine est aménagée. Un unique exemplaire est remis aux sortants, aucune copie n'est faite en cas de perte, vol, Il est primordial pour l'ouverture de l'ensemble des droits sociaux -administratifs.

L'attestation d'assurance maladie

L'attestation de sécurité sociale doit garantir l'accès à la santé pendant la détention et après la détention selon la législation en vigueur.

Pour les aménagements de peines, la personne est affiliée au régime général de l'assurance maladie en tant qu'écrouée et bénéficie de l'exonération du ticket modérateur qui est pris en charge par l'établissement pénitentiaire dans les textes. Dans la réalité, cette mesure reste inapplicable.

L'absence d'une couverture sociale effective pour beaucoup de nos résidents impose aux structures d'assumer la prise en charge des traitements le temps de la régularisation des situations. La mise en place d'une Protection Universelle Maladie (PUMA) automatique à la sortie de détention resterait la meilleure solution pour assurer un relais efficace des traitements une fois la personne libérée.

Les admissions : 283 personnes en 2015



Nos 4 établissements disposent au total de 44 places ; comme les séjours sont normalement limités à 3 mois, un total théorique de 176 places est disponible par an.

Nos quatre établissements ont accueillis (hors permissionnaires) 283 personnes en 2015.

Les mises en relations s'effectuent par un repérage préalable des unitaires sanitaires, des SPIP, des CSAPA pénitentiaires ou de demandes par les détenus, exceptionnellement des CAARUD et des CSAPA de villes. Les rencontres peuvent s'effectuer en intra- murs lors de permanences en maisons d'arrêts ou en extra murs pendant l'incarcération avec la modalité judiciaire « des permissions de sorties » qui permettent l'accueil sur une ou deux journées dans nos établissements.

Le public accueilli.

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas thibert | Total |
|--------------|-----------|------------|---------------|-------------|------------|
| Hommes | 73 | 112 | 30 | 57 | 272 |
| Femmes | 1 | 6 | 2 | 2 | 11 |
| Total | 74 | 118 | 32 | 59 | 283 |

Un public essentiellement masculin qui reflète la population carcérale, les femmes constituent une population minoritaire parmi les personnes écrouées détenues. Dans nos structures, elles représentent 3,8 % du public accueilli (versus 3,1% du public détenu).

Les dispositifs étant mixtes, l'accueil de femmes reste complexe. Les femmes accueillies ont des situations plus précaires que les hommes bien que leurs conditions matérielles apparaissent meilleures au regard des besoins primaires. Les mises en danger sont plus importantes, et leurs profils sont plus lourds, empreints de heurts, de violence, prostitution, placement de leurs enfants, dépendance affective...etc.

Les femmes

Les femmes trouvent difficilement leur place dans un collectif masculin ; leur adhésion à la thérapie collective est complexe. Etre l'unique femme dans un groupe de 9 hommes demande un effort plus important tant sur l'authenticité que sur l'affirmation de soi.

Une ambivalence remarquée :

Elles masquent souvent leur féminité ou l'exacerbent à de rares occasions, mais il n'y a pas de demi-mesure. Elles se sont toujours entre les deux extrêmes signant ainsi l'omniprésence de la violence dans leur parcours.

Par contre, elles s'approprient immédiatement le rôle de « maitresse de maison » et organisent autoritairement les tâches quotidiennes (repas, ménage, décoration, ...) sans pour autant y participer. Elles s'inscrivent naturellement dans le « rôle attendu » de la femme et de la mère dans une maison. Il s'agit d'un rare espace où elles s'affirment en dépit de l'inégalité de participation aux charges de travaux et des contestations masculines. Il est étonnant d'observer que les hommes sont peu belliqueux sur ce champ et utilisent le truchement des éducateurs pour porter leurs paroles. Ils râlent mais ne se placent jamais en confrontation. Elles se placent dans des rôles communément admis. Elles utilisent cet interstice sans risque pour s'expérimenter à l'estime de soi, travailler sur

elle et investir la thérapeutique. Il s'agit de leur l'espace d'expression et d'expérimentation des outils thérapeutiques face à un tiers connu et reconnu sollicitant produits, de services, images.

Des rapports de séduction se mettent en œuvre qui faussent leur liberté d'expression. Parler en groupe pour exposer leurs dommages de la consommation reste une mise en danger. Comment parler des séquestrations qu'elles ont subies, de leur prostitution sans induire des commentaires réprobateurs et être stigmatisée ?! De même, comment déjouer les rapports antérieurs et les notoriétés de rues préexistant à l'entrée sur le CTR, où chacun se connaît et se tient. Il s'agit également de préserver une porte de sortie au cas où, un retour à la rue serait effectif. L'instinct de préservation est fort.

Leurs représentations de l'homme se corréle à leur vécue de consommatrices tantôt il est le souteneur, le dealer, l'amant, l'amoureux, le client, et alternativement, mais il est rarement appréhendé comme un égal et encore moins un égal bienveillant. Elles l'envisagent dans des rapports de forces, dominant / dominé où elles seront les malmenées.

Leur investissement dans le projet thérapeutique est authentique mais leurs enjeux sont lourds et dépassent l'objectif d'un mieux être à moyen terme. Elles sont dans le présent de leurs habitudes de vie et de leurs solutions de protection (l'homme) quelles qu'en soit les conséquences de leur intégrité physique et psychique.

Les structures.

Pour les structures, leur accueil demande également une organisation particulière quant à la répartition des lits dans les chambres doubles. Par souci de protection de leur intimité, une chambre leur est dédiée, ce qui ne pose aucune difficulté lorsqu'elles sont deux mais lors d'une unique admission deux lits sont bloqués pour une entrée. Dans d'autres structures, les chambres sont individuelles.

De même, les maisons d'arrêts pour femmes (MAF ou QMA) nous relayent peu de demandes et notre présence est moindre (peu ou pas de permanence intra- murs). A noter également, les MAF sont moins nombreuses que les quartiers hommes. En région parisienne, il s'agit de Fresnes et Fleury Mérogis, à Lille, de Sequedin et à Marseille, des Baumettes.⁴

Sur la population globale de 13 039 personnes usant de substances illicites, 6 912 femmes interrogées consomment principalement de cannabis pour 6,8%, de la cocaïne (basée ou non) pour 0,7 et des opiacés pour 0,1%.⁵

→ Au regard de la spécificité des femmes consommatrices incarcérées et de leur faible fréquentation de structures résidentielles spécialisées, l'objectif de la continuité de leurs soins paraît peu réalisable. La question de création de places fléchées ou de dispositifs dédiés se pose.

⁴ Carte jointe Établissements pénitentiaires disposant de quartiers femmes, source DAP/SCERI oct 2012. Ministère de la Justice.

⁵ OFDT 2015.

Les admissions.

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas thibert | Total |
|-----------------------------------|------|------------|---------------|-------------|-------|
| Demandes d'admission | 272 | 139 | 70 | 151 | 632 |
| Admis | 74 | 118 | 32 | 59 | 283 |
| Permissionnaires (PS) | 43 | 48 | 0 | 3 | 94 |
| PS suivies de prise en charge | 21 | 31 | 0 | 3 | 55 |
| Lits bloques sans prise en charge | 13 | 33 | 0 | 26 | 72 |

632 demandes (hors PS) pour 176 places disponibles au niveau national soit 3.5 demandes pour 1 place par an. En fonction des structures, la variable peut aller jusqu'à 5 demandes pour 1 place.

20% des demandes ne sont pas comptabilisées quand la liste d'attente est saturée. Une structure n'enregistre plus les demandes jusqu'à l'apurement des dossiers. Ce chiffre de 632 est donc encore largement sous-estimé.

Les 94 accueils en permission de sortie (PS) ont donné lieu à 55 admissions soit 58 %. Les PS sont organisées différemment suivant les établissements, l'accueil peut se faire sur 3 jours (ATRE) à 1 ou 2 jours (Clemenceau et Mas Thibert) suivant l'implantation de la maison d'arrêt, la région. Le CTR Pierre Nicole reçoit les permissionnaires uniquement le temps des entretiens d'admission.

Les permissions de sorties sont une modalité efficace de rencontre et de mise en lien avec les dispositifs de soins. Elles représentent un outil de préparation à la sortie pour les usagers, permettant la confrontation avec la réalité d'un projet pensé en détention. Les juges d'application des peines (les JAP) peuvent se montrer réticents à cette mesure si la durée excède 2 jours, craignant le non-respect des modalités de la sortie.

Le nombre de "lits réservés" indique le nombre de lits restés sans occupation bien que l'admission fut entérinée par le service judiciaire. Plusieurs explications sont possibles : la non arrivée sur l'établissement de la personne de son propre choix, des nouvelles peines effectives se rajoutent à l'écrou ce qui prolonge le maintien en détention, des remises de peines supplémentaires (les RPS) non obtenues et enfin des transferts de MA.

→ Des logiques institutionnelles aux temporalités divergentes qui obligent les résidentiels spécialisés à avoir beaucoup de souplesses pour garantir la continuité des soins et l'arrivée des personnes dans de bonnes conditions.

→ Toutes les structures fonctionnent avec des places réservées, voir une pratique de "surbooking" (1 structure) ainsi qu'avec des places en disponibilité immédiate (en moins de 24h pour 3 établissements) ou sous 7 jours (pour 1 structure). Toutefois, le fonctionnement en relais des 4 unités permet d'offrir des places en moins de 24 heures par une complémentarité des prestations et de nos organisations internes. Les établissements fonctionnent naturellement comme un « guichet unique » où les demandes bien que reçues régionalement sont proposées et relayées sur les 4 unités.

→ Des articulations indispensables entre les 3 acteurs, justice-santé-social, des partenariats ont été créés au niveau local, régional, national avec des conventions cadre bi ou tripartites ARS/DSP/Associations. Un travail inter-associatif s'est organisé depuis l'ouverture des unités, qui favorise la continuité des soins.

Les origines des admis.

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas thibert | Total |
|--------------------------------------|-----------|------------|---------------|-------------|------------|
| Usager | 10 | 0 | 2 | 6 | 18 |
| Entourage | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Réseau sanitaire et Social. | 54 | 103 | 21 | 36 | 214 |
| ° Dont "en milieu carcéral" | 41 | 103 | 14 | 28 | 186 |
| ° Dont "hors milieu carcéral" | 13 | 0 | 7 | 8 | 28 |
| Justice | 2 | 1 | 5 | 6 | 14 |
| Injonction théra. ou obligation soin | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Hôpital autre sanitaire | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 |
| Services sociaux | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| CAARUD | 1 | 11 | 1 | 1 | 14 |
| Réseau alcool | 3 | 0 | 1 | 4 | 8 |
| Total | 74 | 118 | 32 | 59 | 283 |

Le « bouche à oreille » fonctionne parfaitement en prison, 1^{ER} réseau social des prisons, au même titre que les « yoyo » (la corde tendue entre deux fenêtres pour passer, échanger des objets). Nous sommes sollicités par connaissance d'un « co » (co -détenu) qui a reçu l'information de l'existence de nos établissements.

Les services pénitentiaires (SPIP, CSAPA pénitentiaires) restent les 1^{ers} demandeurs de prises en charges, en toute logique. Quelques orientations ont été réalisées par le SPIP du milieu ouvert, principalement pour des usagers sous- main de justice, pas toujours sortant de détention.

Les CSAPA et les communautés thérapeutiques nous relayent leurs candidatures pour lesquelles soient une évaluation en résidentiel est nécessaire, soit un relais doit être mis en œuvre pour organiser un placement extérieur de longue durée, soit pour ouvrir les droits sociaux ou encore suite à l'absence de solutions de soins pour ce public.

Le développement des liens avec les CSAPA référents, intervenant dans tous les établissements pénitentiaires facilite les demandes d'admission bien préparées, en cohérence avec nos propositions de prise en charge.

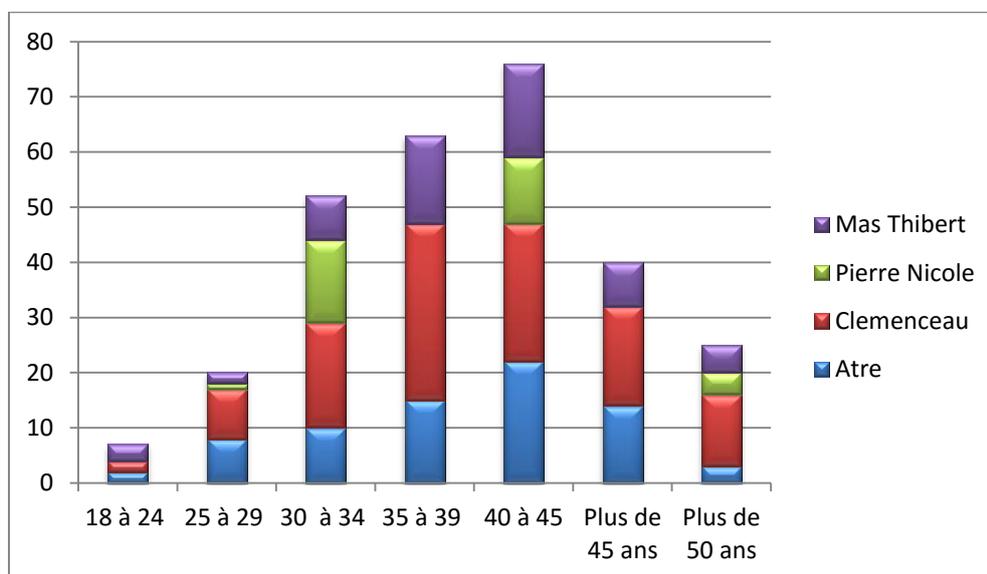
Les personnels des CSAPA référents sont aussi moins « mobiles » que les personnels des SPIP en milieu fermé, qui changent souvent d'affectation.

L'âge.

Tableau des classes d'âges hors permissionnaires.

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas Thibert | Total |
|-----------------------|-----------|------------|---------------|-------------|-------|
| 18 à 24 | 2 | 2 | 0 | 3 | 7 |
| 25 à 29 | 8 | 9 | 1 | 2 | 20 |
| 30 à 34 | 10 | 19 | 15 | 8 | 52 |
| 35 à 39 | 15 | 32 | | 16 | 63 |
| 40 à 45 | 22 | 25 | 12 | 17 | 76 |
| Plus de 45 ans | 14 | 18 | | 8 | 40 |
| Plus de 50 ans | 3 | 13 | 4 | 5 | 25 |

Un public relativement âgé, 26 % ont entre 40 et 45 ans, et 8 % ont plus de 50 ans. Il s'agit pour la majorité d'entre eux d'une 1ère démarche de soins en établissements résidentiels spécialisés. Toutes les unités relèvent la difficulté à travailler avec un public jeune, par manque d'outils adaptés et de compétences. Il est peu présent dans nos établissements, 2.5% des accueillis.



Quelles sont les structures adaptées à ce profil de consommateurs vieillissants ? Il n'entre pas dans les critères d'admissibilités des établissements sanitaires au motif d'un « pas assez » âgé, « pas assez » dépendant, « pas assez » de droit sociaux ; ni dans ceux du médico-social. Les faibles solutions de sortie des dispositifs à court et moyen terme et leurs profils socio-somatiques exigent un suivi important. Leurs situations en matière d'autonomie économique et d'intégration socio-professionnelle apparaissent plus problématiques.

Plus de la moitié d'entre eux annoncent cette prise en charge comme la première rencontre avec une structure spécialisée. Au cours de leurs multiples incarcérations, ils ne se seraient pas signalés comme consommateurs ni n'auraient pas été repérés par les UCSA et SMPR. L'âge aidant et l'épuisement des allers-retours en prison faisant, ils interpellent alors les différents services.

Notre population vieillit, le constat de toutes les structures : 49,8% de notre public ont plus de 40 ans et 8,8% ont plus de 50 ans

Les parcours sont hachés, chaotiques, douloureux, souvent dans la multi-récidive voir avec des peines longues. Malgré leur parcours, cette démarche de soin est bien souvent la première pour une partie de nos résidents.

Leur parcours de consommation est important avec souvent plus de 20 ans d'usage, empreint de heurts, de ruptures sociales et familiales, ainsi que l'épuisement des solidarités et des possibilités de réinsertions. Ces longs parcours d'errance ne sont pas sans conséquence sur leur capital santé et leurs compétences sociales.

Nous accueillons de plus en plus d'usagers en complète déshérence, en rupture sanitaire, sociale, familiale et même professionnelle importante et, on l'imagine assez bien, difficilement orientables vers des parcours thérapeutiques classiques.

→ **Quid des solutions des « vieux » consommateurs qui ne visent ni l'abstinence ni une insertion professionnelle, ni des structures de soins des addictions.**

→ **Les jeunes, où nos structures ne les touchent que très partiellement avec des réponses inadéquates.**

Le statut pénal à l'arrivée dans les structures.

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas Thibert | Total |
|-------------------------------|------|------------|---------------|-------------|-------|
| Peine exécutée sans suivi | 13 | 13 | 6 | 21 | 53 |
| Libération conditionnelle | 0 | 3 | 0 | 19 | 22 |
| Ordonnance de mise en liberté | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| Permission de sortie | 43 | 48 | 0 | 3 | 94 |
| Placement Extérieur | 19 | 19 | 9 | 1 | 48 |
| Sursis de mise à l'épreuve | 37 | 82 | 14 | 15 | 148 |
| Attente de jugement | 2 | 0 | 2 | 3 | 7 |
| Injonction Thérapeutique | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Sans objet | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |

Les personnes accueillies sont sortantes de détention pour 90% d'entre elles.

Notre public cumule les incarcérations, pour une durée totale moyenne de 9.48 mois avec une médiane à 6.5 mois.

En toute logique, les personnes sont principalement sous-main de justice avec des sursis mises à l'épreuve où les durées varient de 6 mois à 4 ans, pour 56 %.

Concernant les consommateurs de psychotropes illicites, les principaux motifs des condamnations sont rarement des infractions à la législation des stupéfiants (ILS). Elles s'orientent plutôt en direction de comportements inadaptés en société, générés par les consommations de substances / produits illicites entraînant des : injures, violences physiques, outrages, agression sur autrui...etc). Egalement, elles font l'objet de condamnations suite à des recours illégaux utilisés pour le financer leurs consommations de substances/produits par l'intermédiaire de vol, cambriolage, etc.

Sur les produits licites consommés (alcool), les principaux motifs de condamnations sont la conduite en état d'ivresse, les violences conjugales avec récurrence après plusieurs dépôts de plaintes de la victime, etc...

18 % des personnes accueillies n'ont plus aucune obligation judiciaire.

72% d'entre -eux sont encore sous-main de justice, dont 20% d'entre eux sont accompagnés dans le cadre d'un aménagement de peine (taux calculé hors permissionnaires). Il se dessine là l'impérative nécessité d'entretenir les liens avec les services de justice et de s'articuler avec le service de l'application des peines, les SPIP pour les modalités des mesures : SME, LC ou placement extérieur.

→ Rares sont les sortants sans aucune mesure judiciaire, le turn-over récurrent au niveau des SPIP impose des rencontres régulières avec les directions régionales pour assurer la continuité de nos activités.

Les origines des demandes.

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas Thibert | Total | % |
|-------------------------------|------|------------|---------------|-------------|-------|------|
| Sortie de prison fin de peine | 58 | 100 | 14 | 52 | 224 | 59,4 |
| Permissionnaire | 43 | 48 | 0 | 3 | 94 | 24,9 |
| Accueil différé | 1 | 0 | 6 | 7 | 14 | 3,7 |
| Extérieur soins | 12 | 11 | 0 | 0 | 23 | 6,1 |
| Extérieur justice | 2 | 6 | 12 | 0 | 20 | 5,3 |
| Extérieur autre | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0,5 |

L'instruction de la demande ne provient pas uniquement des maisons d'arrêt d'autres partenaires, comme les services de justice ou de soins orientent des personnes qui sont passés récemment par la prison, mais dont la demande n'avait pas été formulée durant ce temps (hors permissionnaires), pour 16% du public

74% du public arrivent directement de prison, indiquant le besoin de prise en charge immédiate pour assurer la continuité des traitements, des papiers, et un accompagnement administratif, social et psychologique.

Origine géographique

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas Thibert | Total | % |
|-------------|------|------------|---------------|-------------|-------|------|
| Département | 68 | 45 | 11 | 18 | 142 | 37,7 |
| Région | 7 | 108 | 16 | 7 | 138 | 36,6 |
| Hors région | 42 | 13 | 5 | 37 | 97 | 25,7 |

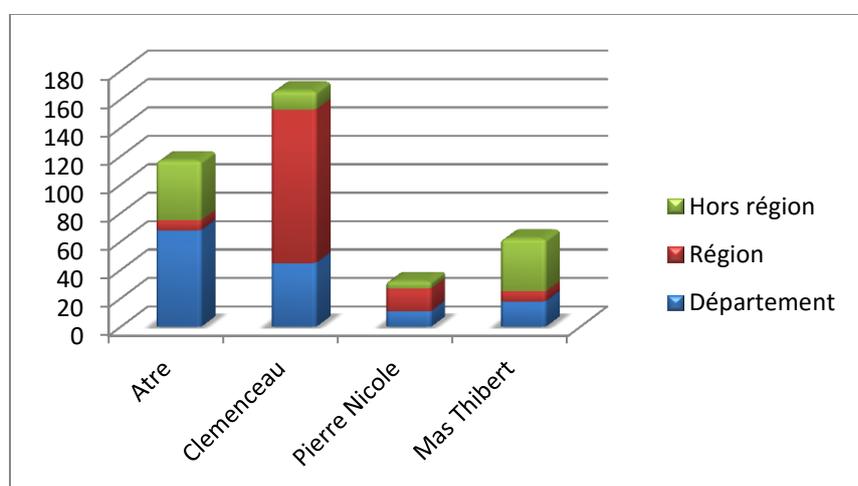
Nos structures entretiennent des liens étroits avec les maisons d'arrêt des départements d'implantation :

- L'Atre avec Sequedin, département du Nord
- Clemenceau avec celle de Villepinte, département de la Seine Saint Denis
- Le centre Pierre Nicole avec les établissements de Fleury Mérogis, Fresnes, Nanterre et La Santé jusqu'en 2014 avant sa fermeture pour travaux
- Le Mas Thibert avec Tarascon, les Baumettes sur le département des Bouches du Rhône.

Nos structures n'ont pas vocation à un recrutement uniquement local (4 structures sur toute la France) mais il est évident que les établissements de proximité sont d'importants « pourvoyeurs » de séjours.

De même avec la mise en place des CSAPA référents, des relais de candidatures sont effectués vers nos structures en fonction du département d'origine et/de vie des personnes. Pour Fleury- Mérogis (plus de 4500 détenus), 4 CSAPA référents interviennent pour les départements de, Paris, la Seine Saint Denis, l'Essonne et la région IDF dans le cas de « sorties non programmées et de week-end ». Des partenariats sont organisés entre les différents CSAPA, pénitentiaires, référents et spécialisés, qui montrent leur opérationnalité et leur efficacité.

25% du public arrivent d'autres régions que celles d'implantation de la structure, montrant là, la re /connaissance de notre spécialisation et de notre accessibilité. Ces demandes sont motivées par une interdiction judiciaire de département pour la personne, soit par une demande de rupture d'avec le lieu de vie (trop de sollicitations « néfastes », besoin de pause...etc) ou encore par des souhaits de rapprochements familiaux (présence d'enfants généralement).



De plus, nous échangeons facilement les demandes en fonctions des places disponibles ou si les besoins de la prise en charge le justifient, même si ça reste peu utilisé : en 2015, 7 personnes ont été accueillies dans un centre, orientées par l'un d'entre nous. Cette modalité a été peu utilisée jusqu'à présent, elle témoigne de notre bonne complémentarité et de l'intérêt d'un travail conjoint.

Le séjour : 283 personnes accompagnées pour 235 personnes sortantes des unités.

Durée de séjour : 2 mois, une médiane à 1 mois et 8 jours pour 235 personnes sortantes de prison (hors PS).

Légalement la durée de séjour est d'un mois renouvelable deux fois, des aménagements s'effectuent au regard des situations individuelles (de disponibilités de places en aval, d'efficacité des droits sociaux – d'obligations judiciaires..).

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas Thibert | Total | % | |
|---|------------|------------|---------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| Permissionnaires et de 1 jours à 3 jours | 43 | 48 | 1 | 3 | 95 | 28,9 | |
| De 4 à 8 jours | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,3 | |
| De 9 à 15 jours | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,3 | |
| De 16 à 30 jours | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0,6 | |
| Soit, au plus un mois | 68 | 88 | 5 | 6 | 167 | 22,2 | |
| De 1 à 2 mois | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0,6 | |
| De 2 à 3 mois | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 | 1,5 | |
| Soit, de 1 à 3 mois | 29 | 49 | 7 | 25 | 110 | 33,4 | |
| Plus de 3 mois | 10 | 7 | 6 | 16 | 39 | 11,9 | |
| Plus de 6 mois | 0 | 0 | 7 | 0 | 7 | 2,1 | |
| Total sortants | 107 | 144 | 25 | 53 | 329 | | |
| Duree moyenne de séjour en jours (hors PS) | 35 | 49 | 120 | 63 | 67 | 2,2 | mois |
| Médiane | | | | | 56 | 1,8 | mois |

22 % des séjours durent au moins un mois, hors permissionnaires. Il s'agit principalement de personnes pour lesquelles le séjour est organisé en amont : PE probatoire à une LC, d'une pause avant admission dans une structure spécialisée médico- sociale– ACT, Communauté Thérapeutique, CTR ou sociale, ainsi que des ruptures de séjours de leurs initiatives ou des nôtres.

34% des séjours durent de 1 à 3 mois. Ce temps est nécessaire pour activer l'ouverture des droits sociaux (la couverture sociale restant le « passeport » indispensable d'accès aux structures médico-sociales et sanitaires), du bilan de la conduite addictive, de la ré-acquisition des compétences sociales et des réponses aux orientations demandées.

14% des séjours dépassent, de quelques semaines, la durée autorisée de séjour des dispositifs. Les motifs principaux sont : des attentes de libération de place des structures d'avales, le défaut des documents administratifs entravant toute orientation, ou le besoin d'un accompagnement soutenu sur l'insertion professionnelle (pour 2 structures).

Les structures répondent bien à leur obligation de n'être qu'une période de transition, de durée courte avant réorientation et d'accueil rapide.

Le CTR Pierre Nicole affiche une durée moyenne de séjour plus importante du fait d'un relais de prise en charge sur les places de CTR « classique » à l'issue des 3 mois. Il nous paraît en effet peu pertinent d'orienter les usagers vers une nouvelle structure lorsque ces derniers souhaitent continuer une prise en charge en CTR. A noter que l'accompagnement des usagers et le mode de fonctionnement du CTR reste le même entre les 10 places dites « justice » et les places de CTR « classique »

→Le temps de séjour varie suivant le profil « administratif » des usagers. L'absence de couverture sociale peut être un frein aux possibilités de sorties. De plus en plus de nos partenaires du soin résidentiels des addictions sont non seulement réticents mais refusent notre public au motif du « sans » : « sans projet de soin », « sans papiers », « sans couverture sociale », « sans sortie de leur dispositif à terme »...etc. Nous devons batailler et nous engager à une « reprise du patient » sur nos établissements si le séjour se passe mal. Nous sommes conscients de la difficulté pour les centres résidentiels d'être confrontée à une double contrainte, diminuer le seuil d'accès à un parcours résidentiel, tout en maintenant des exigences de cadre institutionnel garantes du bon déroulement des traitements.

→Toutefois le profil du public évolue, des poly- consommateurs avec des co-morbidités psychiatriques, sans projet d'abstinence durable, pour lesquels nous devons adapter nos dispositifs à leurs besoins.

Le déroulement du séjour

Nos missions sont celles des CSAPA généralistes :

- Accueil
- Information
- Accompagnement et orientation
- Réduction des risques. Sur ce point, nous souhaitons décrire les pratiques en œuvre. Elles restent vairées, innovantes et toujours corrélées à la spécificité de ce public.

Elle s'articule en 3 temps à travers trois contrats de séjours.

Une phase d'observation/ d'adaptation mutuelle avec des mises en situation encadrée par les professionnels.

- ✓ Bilan des consommations
- ✓ Bilan des compétences sociales
- ✓ Bilan des droits sociaux

L'accent est mis sur la revalorisation de soi, à travers des pratiques corporelles et des entretiens appuyés sur un abord motivationnel.

- ✓ Un temps de réalisation des démarches, de soi, d'exposition.
- ✓ Les différents intervenants mettent l'accent sur les facteurs déclencheurs des consommations et la mise en place de stratégies préventives
- ✓ Un temps de préparation et d'expérimentation
- ✓ La mise en place d'une solution d'insertion sociale et/ou professionnelle. Les modalités varient selon la situation et les capacités de la personne. Une recherche de structure adaptée aux projets des personnes et en accord avec l'évaluation des équipes.

Les repères temporels sont travaillés à travers un planning hebdomadaire qui allie des activités sportives, culturelles, du soin de soi, des groupes de paroles.

Conduite addictive

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas Thibert |
|--------------------|--|---|--|---|
| Conduite addictive | Echange sur les produits consommés, évaluation des pratiques, choix entre abstinence et gestion contrôlée (plus compliquée à mettre en œuvre pendant le séjour) ; travail sur la prévention des risques de rechute | Evaluation : des produits consommés, de leurs fréquences, de leurs préparations (comment), de la pratique de consommation selon l'environnement (où, à quel moment, avec qui), et des prises de risques sur l'établissement | Objectif de sortie de l'addiction. Evaluation du rapport au produit à travers le comportement et le respect du cadre du CTR (pas d'utilisation de test urinaires sur le CTR) - préparation des sorties individuelles et des risques de reconsommation. | Echange sur les produits consommés, la pratique utilisée, quand ? Pourquoi, quel effet attendu ? Entretien de préparation en sortie indiv de courte durée, et les conso dans les murs |
| Outils de soutien | Entretiens motivationnels, groupe de prévention de la rechute, soutien psy et TCC | Entretien motivationnel, soutien psy, groupe de parole TTC | Suivi medico-psychologique. Présence de psychiatres. Contrat de séjour sur le plan éducatif qui définit les grandes lignes de la prise en charge de l'usager. Groupe de prévention de la rechute | Entretien motivationnel, soutien psycho (indiv et en gpe), accompagnement par un médecin addictologue |
| RDR | kit +, TROD, informations sur la RDRD, plaquette d'info et orientation lors des fins de séjour non programmées. | Kit +, TROD, fribroscan, apport de connaissance sur les consommations à moindre risque | Kit +, TROD, fribroscan, possibilité de collecte d'échantillon pour analyse sur la partie ambulatoire du CSAPA. Session d'information sur la RDR | Kit, TROD, Flyers, échange sur les divers modes de consommations |

Les consommations :

Loin d'arriver sur les structures, sevré des psychotropes par « l'expérience carcérale », le public est dans des consommations actives peu structurées pour lesquelles un important travail d'identification (prise de conscience), de stabilisation, d'adaptation des comportements est mis en œuvre.

L'univers carcéral est marqué par l'omniprésence de produits, en premier lieu par des neuroleptiques pour des indications de troubles du sommeil, des anxiolytiques prescrits à des niveaux non normatifs suite aux états d'angoisses provoqués par l'incarcération (et sa principale famille, les benzodiazépines), et enfin par les produits de substitution. L'alcool, le cannabis et autres sont également très disponibles. Les médicaments sont utilisés à deux fins : une monnaie d'échange et un produit de « défonce ».

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas Thibert | Total |
|-----------------------|------|------------|---------------|-------------|-------|
| Pas de produit | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Hero et dérivés | 22 | 13 | 4 | 12 | 51 |
| TSO hors prescription | 2 | 2 | 2 | 4 | 10 |
| Cocaïne | 13 | 62 | 3 | 15 | 93 |
| Crack | 11 | | 7 | | 18 |
| Médicaments détournés | 3 | 0 | 3 | 2 | 8 |
| Cannabis | 5 | 1 | | 4 | 10 |
| Alcool | 17 | 40 | 13 | 19 | 89 |
| Autres | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |

Des consommations qui reflètent l'offre régionale de produits et qui indique également les consommations en détention.

Comme on peut l'observer de manière générale dans les CSAPA ambulatoires, la consommation d'alcool constitue une part de plus en plus importante des situations pour lesquelles nous sommes sollicités, avec parfois une difficulté à accueillir et à travailler avec des personnes incarcérées pour des délits commis en état d'ivresse, mais pour lesquels l'addiction n'est pas toujours au premier plan (problèmes de violence sous alcool)

Le tabac n'est pas mentionné sur le graphique. L'ensemble du public le consomme, ne le considère pas comme un produit dommageable et en fait peu état lors des bilans des produits consommés. L'évaluation se fait sur site par l'équipe médico-sociale qui note les habitus.

Le cannabis est omniprésent. Son usage est sous-estimé. Il a été le premier produit d'entrée dans la consommation active. Il dispose d'une image positive, assimilé à un « produit naturel », d'aide au sommeil nocturne vs des somnifères, de début de journée, d'anti douleurs, de décontractant et d'apaisement. Ces dommages sont appréhendés par comparaison avec ceux du produit de prise en charge, le crack, alcool, opiacés. On note un transfert de produit avec un comportement de dépendance et de consommations massives et anarchiques « justifiées » par l'arrêt et/ ou la diminution du produit de prise en charge. Ils ajustent leur comportement d'usage en continuité avec le mode de vie qu'ils avaient en détention.

Les benzodiazépines sont largement consommées avant l'incarcération bien que déniées. Pendant la détention, elles sont prescrites à un niveau non normatif, délivrées hebdomadairement et sans aucun échange/ dialogue sur la posologie, leur utilisation (faute de moyens humains). Le temps de

sevrage des benzodiazépines est plus long que notre temps de prise en charge et peut être un frein à une orientation sur une structure spécialisée des addictions basés principalement sur des modèles d'abstinence.

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) 52% du public et autres 5%

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas Thibert | Total |
|---------------------------------|------|------------|---------------|-------------|-------|
| Buprénorphine | 25 | 25 | 7 | 19 | 76 |
| Méthadone | 27 | 16 | 10 | 19 | 72 |
| Autres : Baclofène, Selincro... | 2 | 10 | 0 | 3 | 15 |
| Sans | 20 | 67 | 15 | 18 | 120 |

Les pratiques d'injection

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas Thibert | Total |
|----------------------|------|------------|---------------|-------------|-------|
| Injecteur | 5 | 15 | 5 | 2 | 27 |
| Injection antérieure | 20 | 53 | 7 | 13 | 93 |
| Pas injecteur | 49 | 50 | 20 | 44 | 163 |

10 % maintiennent cet usage comme mode de consommation. On constate que peu connaissent les bonnes pratiques de l'injection ; récurrence d'abcès, matériel non stérile et partage, point d'injection dangereux (artères et jugulaires) ...etc.

32% du public accueilli sont concernés par des pratiques d'injection antérieures. Par la pratique d'injection, on entend dans l'année en cours soit un tiers du public.

L'accompagnement pluridisciplinaire

Socio -éducatif

L'approche bio-psycho-sociale des addictions prend en compte l'ensemble des paramètres permettant une amélioration globale de la qualité des vies tant sur les plans sanitaire que social. On parlera de collaboration. C'est peut-être en raison de la multiplicité de ces terrains d'intervention que l'action sociale auprès de notre public a tant de peine à se dire et à être perçue comme une entité en soi. Les travailleurs sociaux traversent l'ensemble du réseau de prise en charge, des structures seuil bas les plus accessibles aux centres de traitement vers l'abstinence. Ils accompagnent dans la durée, font des liens avec d'autres institutions agissant à la fois comme passeurs et compagnons, travaillant à la résolution des problèmes liés à la vie quotidienne ainsi qu'à la restauration des compétences sociales.

Ce « partage » au quotidien demande un dosage pas toujours évident entre proximité et distance, incitation à faire, faire avec, et ne pas faire à la place...

L'accompagnement est également axé sur la médiation, l'intermédiaire avec la justice, les services sociaux, l'administration, le réseau de soins, la famille, l'entourage.

L'accompagnement social s'inscrit très concrètement dans le quotidien des résidents, en tenant compte de leurs ressources propres, de celles de l'environnement direct, et des problèmes qui se posent journallement. Il touche tout ce qui relève de la vie ordinaire: habiter, manger, travailler, se soigner, avoir des relations avec ses proches, avec sa famille, trouver des moteurs d'intérêt et s'y investir... donner un sens. Permettre à nos résidents de se réapproprier une certaine autonomie dans leur vie quotidienne reste un point central du travail éducatif.

L'insertion par le travail ou la formation est parfois possible même si beaucoup d'entre eux sont encore loin du milieu professionnel. C'est généralement à l'issue des 3 mois de prise en charge que se pose la question du travail. Une reprise d'activité professionnelle ou de formation est toutefois concrétisée par une minorité d'entre eux.

Les droits sociaux : Des inégalités entre l'Île de France et les autres régions.

L'Île de France reste en difficulté pour la mise en œuvre des droits sociaux de leurs effectivités à la

| Sur les sortants des dispositifs hors permissionnaires | Atre (n=64) | Clemenceau (n=96) | Pierre Nicole (n=24) | Mas Thibert (n=50) | Total (n=234) | % Pop Total | Total Province (n=114) | % pop prov | Total IDF (n=120) | % pop Idf |
|---|-------------|-------------------|----------------------|--------------------|---------------|-------------|------------------------|------------|-------------------|-----------|
| Couverture sociale | * | * | * | * | | | * | * | * | * |
| A l'entrée | 57 | 9 | 9 | 40 | 115 | 49 | 97 | 85 | 18 | 15 |
| Acquise lors du séjour | 0 | 83 | 20 | 10 | 113 | 48 | 10 | 9 | 103 | 86 |
| Total | 57 | 92 | 29 | 50 | 228 | 97 | 107 | 94 | 121 | 101 |
| Ressources | * | * | * | * | | | * | * | * | * |
| A l'entrée | 35 | 12 | 10 | 21 | 78 | 33 | 56 | 49 | 22 | 18 |
| Acquise lors du séjour | 16 | 50 | 18 | 24 | 108 | 46 | 40 | 35 | 68 | 57 |
| Total | 51 | 62 | 28 | 45 | 186 | 79 | 96 | 84 | 90 | 75 |
| Titre d'identité : CNI, carte consulaire ... etc | * | * | * | * | | | * | * | * | * |
| A l'entrée | 46 | 25 | 23 | 42 | 136 | 58 | 88 | 77 | 48 | 40 |
| Acquise lors du séjour | 6 | 50 | 4 | 11 | 71 | 30 | 17 | 15 | 54 | 45 |
| Total | 52 | 75 | 27 | 53 | 207 | 88 | 105 | 92 | 102 | 85 |

sortie de prison, 15% contre 85 %.

Les sorties : Projet à la sortie : « Ne pas y retourner. »

Le principal projet de sortie énoncé lors de la détention est la sortie d'incarcération.

La clarification de la demande est complexe et évolutive dans le temps. La notion des soins est d'une grande ambiguïté pour les personnes détenues qui n'ont ni hébergement ni lieu de vie à la sortie. De plus, il y a souvent un fantasme autour de l'emploi comme solution miracle aux problèmes rencontrés « un travail, un logement, une femme... »

| | Atre | Clemenceau | Pierre Nicole | Mas Thibert | Total |
|------------------------------------|------|------------|---------------|-------------|-------|
| CTR | 18 | 25 | 1 | 2 | 46 |
| Appart. Thérapeutique | 5 | | 4 | 8 | 17 |
| Communauté thérapeutique | 3 | 13 | | | 16 |
| ACT | 3 | 2 | | | 5 |
| Famille d'accueil | 1 | | | 1 | 2 |
| total soins | 30 | 40 | 5 | 11 | 86 |
| Hébergement autonome | 1 | | 2 | 3 | 6 |
| CHRS | 6 | 20 | 1 | 2 | 29 |
| Famille | 7 | | 3 | 9 | 19 |
| total insertion | 14 | 20 | 6 | | 40 |
| Hospitalisation en psychiatrie | | 7 | 1 | 1 | 9 |
| Réincarcération | | 6 | 2 | 1 | 9 |
| Rupture de contrat de notre fait | 10 | 9 | 4 | 4 | 27 |
| Rupture de contrat par le résident | 10 | 14 | 7 | 16 | 47 |
| Total rupture de contrat | 20 | 23 | 11 | 20 | 74 |

Psychologique

Le suivi psychologique individuel est proposé systématiquement à tous les résidents lors d'un entretien individuel d'évaluation qui a lieu dans les deux à trois premières semaines dès leur arrivée. C'est un espace de parole en complément des groupes où le résident, selon ses souhaits, peut amorcer un travail personnel sur les thématiques liées à son histoire personnelle, son parcours addictologique, ainsi que carcéral. Une approche psychodynamique et/ou basée sur les techniques de thérapies cognitives et comportementales est proposée lors de ces rencontres en fonction de besoins du patient.

Compte tenu des caractéristiques du public accueilli et des difficultés neurologiques présentes chez certains patients, le choix d'une souplesse face à l'émergence d'une demande d'un entretien individuel est fait.

La pratique médicale

Les personnes prises en charge connaissent des problèmes de santé liés ou non à leurs usages de drogues. La pratique médicale n'est pas limitée aux aspects strictement liés aux substances mais il s'agit d'une pratique médicale pleine et entière, impliquant une coordination des soins nécessaires à la personne.

Pour les patients la **notion même de soin** peut arriver en après coup lors de leur séjour. Inavoué, leur présence est souvent motivée par l'hébergement. Charge à nous de les emmener vers une prise de conscience de leur addiction et un désir de soin qui sera travaillé aussi dans leur orientation future.

Le suivi somatique

Un bilan somatique est systématiquement réalisé en incarcération cependant le suivi, le dépistage peuvent être difficile. C'est pourquoi une vigilance est indispensable à maintenir chez ce public, difficile d'accès au réseau en raison des consommations.

Prise en charge des maladies infectieuses

Les prises de risque sont multiples et l'état sanitaire précaire. Ceci nous a amené à développer le travail de dépistage et de soins et de poursuivre une campagne de vaccination.

| Sérologie positive | Atre (n=74) | Clemenceau (n=118) | Pierre Nicole (n=32) | Mas Thibert (n=59) | Total (n=283) | % Pop |
|--------------------|----------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|------------------|-------|
| V.I.H. | 1 | 2 | 1 | 3 | 7 | 2 |
| % pop | 1 | 2 | 3 | 5 | | |
| Hépatite B | 1 | 7 | 0 | 3 | 11 | 4 |
| % pop | 1 | 6 | 0 | 5 | | |
| Hépatite C | 10 | 18 | 4 | 18 | 50 | 18 |
| % pop | 14 | 15 | 13 | 31 | | |

Un dépistage psychiatrique

Les co-morbidités psychiatriques sont évidemment présentes chez ce public cumulant des éléments de fragilité psychique (multiples incarcérations, précarité sociale, traumatismes répétés).

Conclusion

Ce premier rapport d'activité commune aux 4 structures d'accueil pour personnes addictées sortantes de prison nous permet de mettre en lumière plusieurs constats partagés par l'ensemble des acteurs du dispositif.

→ **Un manque de places spécialisées en soin résidentiel pour les personnes addictées sortantes de détention, ou sous- main de justice (environ 4 demandes pour 1 prise en charge réalisée).**

→ **Une base de travail des caractéristiques de ce public et de la prise en charges spécialisées des 4 établissements.**

→ **Des difficultés dans l'accès au droit et la mise en place des démarches administratives pour les sortants de détention.**

→ **Une importante disparité dans le profil des usagers (âge, sexe, produits consommés, parcours, projet de vie...) qui obligent les structures à beaucoup de souplesse pour répondre aux besoins du public en constante évolution .**

→ Des durées de prise en charge décalées des contraintes administratives des durées traitement des dossiers par l'administration (sécurité sociale, ATA , ...etc) et des démarches engagées minimales garantissant la continuité des soins.

Le profil des usagers se complexifie, ils sont plus en plus nombreux à souffrir de pathologies psychiatriques lourdes et les relais de prises en charge restent difficiles à trouver et complexes à mettre en œuvre. Nous devons travailler avec le patient à la prise de conscience et l'acceptation de la pathologie. Au vu des difficultés à obtenir des relais psychiatriques nous sommes obligés de passer par les centres d'accueil et de crise, avant un éventuel relais par la psychiatrie de secteur.

Au sein de la collectivité de vie, ces pathologies psychiatriques font peur au groupe et sont souvent à l'origine de tension. En effet la promiscuité, leurs profils, l'ensemble des compétences sollicitées au quotidien rendent déjà complexe la cohabitation des patients, ajouter à cela des personnes avec des troubles psychiatriques, la communauté de vie devient très fragile.

Nous sommes confrontés à des usagers qui une fois stabilisés, ont les « compétences » pour être suivis en ville ou sur des CSAPA ambulatoire mais on se heurte alors aux problèmes de couverture maladie qui sont longues à obtenir. Un usager qui n'a pas de mutuelle se retrouve en difficulté pour assumer financièrement des consultations sans parler des refus de CMU/PUMA, des refus d'accord d'exonération du ticket modérateur... La santé coûte chère.

Les usagers les plus précaires qui n'ont pas les compétences pour le passage en médecine de ville, continue d'être suivi chez nous suite au refus de certains centres ou encore les délais d'attente ou la lourdeur du protocole d'admission.

L'évolution des profils des consommateurs, notamment en ce qui concerne l'émergence d'une population de jeunes, et poly consommateurs, difficiles à atteindre, et pour laquelle l'offre adéquate semble difficile.

Le parcours résidentiel est un long processus souvent chaotique dont l'issue n'est jamais garantie ; où la difficulté pour tous est de tenir, voir retenir le patient, et que l'équipe tienne.

Parallèlement, le vieillissement d'une catégorie de consommateurs ayant déjà suivi plusieurs traitements ambulatoires et résidentiels et qui peuvent être considérés comme des cas chroniques de dépendance, nous questionne sur l'aide que nous pouvons leur apporter. La prise en charge de ce public vieillissant nous montre le manque de relais adaptés pour cette population, à la sortie de nos dispositifs

La population vieillit précocement et présente des multiples problèmes psycho-social, pour lesquelles, la thérapie a beaucoup de difficulté à intervenir. Est-ce un traitement de l'addiction ou de la précarité qu'il soit en ambulatoire ou en résidentiel ?

Le groupe des Unités d'Accueil Rapide et de Court de Séjour pour les sortants de détention et poly-consommateurs, par ordre alphabétique : l'Atre, le CSAPA Clemenceau (connu sous le nom de Gagny), le Mas Thibert, le CSAPA Pierre Nicole.

Juin 2016.

Le groupe UARCS. (U = Votre) . Votre ARC.

Merci de votre lecture, on se retrouve en Mars 2017, pour une journée nationale « Santé – Justice ».

Aurore


croix-rouge française

24/26


Aide aux Détenus Nécessitant des Soins
Médico-Psychologiques


GROUPE SOS

Ce travail collaboratif a été pu être mené avec le partenariat associatif de l'ATRE, de l'association Aurore, de La Croix Rouge, du Groupe SOS – PSA.

Merci à Mesdames et Messieurs:

Agathe BOUILLET, Abdelrrahmane GUEROUI, Laurent MICHEL, Ludivine MOREL, Maxime RUBY, Patrick VETEAU.

Contact des structures :

| Structures | Téléphone | Mail | Adresses |
|--|----------------|--|--|
| <u>CSAPA</u> <u>Clemenceau</u> <i>Association</i> <i>Aurore</i> | 01.43.01.30.70 | csapaclemenceau@aurore.asso.fr | CSAPA Clemenceau- 8 rue Clemenceau 93220 GAGNY |
| <u>CSAPA- ATRE</u> | 03 20 54 60 88 | atre@nordnet.fr | CSAPA atre 98 rue d'Isly 59000 lille |
| | | | |
| | | | |