

Perspectives de soin pour les usagers d'alcool/drogues incarcérés : place des CSAPA référents pour la préparation à la sortie de prison

Pauline Lasserre / Assistante sociale, CSAPA Pierre Nicole, Croix-Rouge Française, Paris

Nombreuses sont les personnes condamnées pour des faits directement ou indirectement liés à leur situation d'addiction. La prise en charge addictologique des personnes incarcérées s'est améliorée au fil des années mais de nombreux obstacles se présentent encore au moment de la sortie. Le travailleur social du CSAPA référent se trouve à la croisée des temps judiciaires, pénitentiaires et sanitaires (intra et extra muros) et tente de favoriser une bonne coordination entre chacun des acteurs.

Près de la moitié des personnes entrant en prison ont des problèmes de consommations de substances psychoactives, licites ou non, et 60 % d'entre elles présentent à l'extérieur des difficultés sérieuses avec l'alcool¹.

Des parcours de vie très différents se côtoient en détention, beaucoup partagent cependant des fragilités sociales, professionnelles, psychologiques et familiales, difficultés qui se trouvent souvent creusées par la période d'incarcération.

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014² relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice a proposé de renforcer la préparation de la sortie pour les personnes en situation d'addiction.

L'activité « Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référent » est dédiée à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives. L'accompagnement

proposé pendant l'incarcération vise, en facilitant la mise en place de prises en charge médico-psychologiques, sociales et éducatives, à assurer la continuité des soins à la sortie de détention. Une attention particulière est portée

aux personnes primo-incarcérées, en situation de vulnérabilité et éloignées des réseaux de soin.

L'Agence régionale de santé (ARS) a désigné, pour chaque établissement pénitentiaire, un CSAPA qui assure cette mission en détachant un travailleur social de ses locaux à 0,5 éducateur chargé d'insertion du patient (ETP), cette dotation est cependant ajustée à la taille de l'établissement. En janvier 2014, le centre Pierre Nicole a été désigné CSAPA référent pour la population domiciliée à Paris et incarcérée à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis (91) pour un ETP. D'autres postes ont été prévus pour les détenus originaires d'autres départements d'Île-de-France.

Cet établissement accueille principalement des personnes condamnées à de courtes peines, il comprend 2 855 places mais connaît le même problème de surpopulation que les autres maisons d'arrêt. Actuellement, près de 4 200 personnes sont incarcérées dans les quatre bâtiments pour hommes (le 5^e bâtiment est en travaux), la maison d'arrêt des femmes et le centre de jeunes détenus (mineurs et adultes en formation professionnelle). Les trois quarts des usagers rencontrés dans le cadre de l'activité font part d'« allers-retours » en détention, le plus souvent pour des faits en lien avec leurs consom-

¹ Données ARS Île-de-France, décembre 2013.

² Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Justice et des Libertés.

tions de produits licites ou illicites (conduite en état d'ivresse, vols, infractions à la législation sur les stupéfiants, violences, etc.).

Les missions du CSAPA référent

Le quotidien de l'activité CSAPA référent diffère fortement d'un établissement pénitentiaire à l'autre. La composition et le fonctionnement des unités sanitaires, la présence de partenaires extérieurs et la configuration du réseau partenarial local modèlent le champ d'intervention du travailleur social. De grandes lignes se détachent cependant de cette activité.

L'intervenant rencontre, dans le cadre de leur détention, les personnes présentant une consommation problématique de drogues licites ou illicites afin d'évaluer leurs besoins en termes de prise en charge médico-sociale à leur sortie (suivi ambulatoire, soins résidentiels, etc.). Les orientations proviennent principalement du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)³ et des unités sanitaires, mais la personne peut également solliciter elle-même le service et les structures de prise en charge en addictologie à l'extérieur.

Lorsque la personne avait un suivi avant son incarcération, la continuité de l'accompagnement doit être favorisée tout au long de la détention. Pour ce faire, le CSAPA référent doit avoir la possibilité de mettre le patient en lien avec les structures de soin, par téléphone, par le biais de parloirs et/ou à l'occasion de permissions de sortie.

Le travailleur social a également vocation à recevoir des personnes n'ayant jamais bénéficié de suivi addictologique. Dans ce cas, l'évaluation du projet de sortie permet, lorsque celui-ci inclut le soin, de proposer des orientations adaptées.

La mise à disposition d'un téléphone est déterminante pour répondre à ces missions mais elle n'est malheureusement pas toujours possible. Les démarches doivent alors être différées, ce qui freine considérablement la coordination avec les partenaires extérieurs. Des permissions de sortie peuvent également être envisagées pour un premier contact et un accompagnement est parfois nécessaire.

Tout au long du suivi, le travailleur social assure le lien entre les différents intervenants impliqués autour du projet de soin de la personne, les unités sanitaires, le SPIP et les partenaires extérieurs. Cette coordination est essentielle et déterminera la cohérence et la mise en place effective du projet de sortie.

En lien avec les unités sanitaires, le CSAPA référent a également pour mission d'éviter toute rupture de traitement à la sortie de détention en facilitant la mise en place de

relais, particulièrement pour les traitements de substitution aux opiacés. Il veille notamment à ce que les ordonnances médicales soient envoyées aux structures proposant le relais.

L'activité repose donc sur une bonne connaissance du réseau addictologique, tant ambulatoire (CSAPA, Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues [CAARUD], etc.) que résidentiel (Centre thérapeutique résidentiel [CTR], Communauté thérapeutique [CT], Action communautaire et toxicomanie [ACT], Soins de suite et de réadaptation addictologique [SSRA], etc.) et sur une capacité à mobiliser les différents acteurs autour du projet de soin de la personne détenue.

Quel accompagnement sanitaire autour des addictions en prison ?

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a affirmé la volonté de garantir une qualité de soins en milieu carcéral équivalente à celle de l'ensemble de la population. Depuis, chaque personne détenue est affiliée à la caisse de Sécurité sociale de son lieu d'incarcération. De plus, les soins relèvent dorénavant du ministère de la Santé et non de la Justice. Pour chaque établissement pénitentiaire, un centre hospitalier de proximité est désigné pour organiser la prévention et la prise en charge sanitaire au sein de la détention. C'est aujourd'hui l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) qui dispense et assure la coordination des soins en prison⁴. Dans certains établissements, comme à Fleury-Mérogis, il existe également un service médicopsychologique régional (SMPR) pour la prise en charge psychiatrique et un CSAPA interne.

Un repérage des addictions est effectué dès le premier jour d'incarcération par un professionnel de santé. Des protocoles sont établis afin que la continuité des traitements médicamenteux soit assurée (contact avec les structures prescriptrices, analyses, etc.) et qu'une prise en charge médicale adaptée soit définie (rythme de délivrance des traitements de substitution des opiacés [TSO], initiation de traitements, etc.). Le CSAPA référent peut être sollicité à la suite de ce repérage, ce qui est d'autant plus nécessaire en maison d'arrêt où le temps d'incarcération est relativement court. Le travailleur social s'articule avec les unités sanitaires pendant tout le temps de l'incarcération afin d'évaluer les besoins et le projet thérapeutique du patient.

Dans le mois précédant la sortie, une consultation médicale doit être organisée⁵, lui sont alors remis ses résultats d'examen et son ordonnance de sortie. Des contacts peuvent être établis à cette occasion avec une pharma-

³ Entité de l'administration pénitentiaire à compétence départementale dont les missions sont définies par le code de procédure pénale.

Ce service assure le suivi des personnes placées sous main de justice en milieu ouvert (dans le cadre de mesures alternatives à l'incarcération ou d'aménagements de peine), et en milieu fermé (incarcération).

⁴ Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, ministère de la Justice, ministère des Affaires sociales et de la Santé, octobre 2012.

⁵ Loi pénitentiaire du 25 novembre 2009.



cie, le CSAPA d'origine ou celui proposant un relais de traitement à la sortie.

Tout au long de l'incarcération, le SPIP est l'interlocuteur central pour toutes les questions relatives à l'exécution de la peine. Seuls ses conseillers (CPIP) ont accès au dossier pénal des détenus, ils peuvent ainsi connaître le nombre de jours de remises de peine qui pourront être accordés et estimer la date de sortie effective. Ils sont également sollicités pour les demandes de permissions de sortie et d'aménagements de peine (libérations conditionnelles, placements extérieurs, bracelets électroniques, etc.). L'articulation avec le SPIP se fait dans les limites imposées par le secret professionnel, limites qui doivent être intégrées par l'ensemble des intervenants et comprises par la personne détenue. Cette compréhension est essentielle pour la relation de confiance qui peut s'établir à l'occasion de l'accompagnement.

Ce travail de liaison s'inscrit dans le quotidien, des contacts réguliers sont nécessaires afin d'accompagner au mieux la personne dans les différentes étapes de son projet.

De nombreux obstacles viennent cependant freiner la continuité des soins

En Île-de-France, l'existence du CSAPA référent repose sur un tissu partenarial particulièrement dense et diversifié. D'une part, les structures de droit commun (Caisse primaire d'assurance maladie [CPAM], Caisse d'allocations familiales [CAF], Maison départementale pour personnes âgées [MDPH], Centre d'hébergement et de réinsertion sociale [CHRS], accueils de jour, etc.) accompagnent depuis toujours des personnes sortantes de prison et, d'autre part, des associations spécifiquement dédiées à l'accueil de ce public sont progressivement apparues (Association réflexion action prison et justice [ARAPEJ], Association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale [APCARS], Mouvement pour la réinsertion sociale [MRS], etc.). Ces structures restent malheureusement très insuffisantes en nombre, sous tensions budgétaires et sont, de fait, le plus souvent saturées.

Les CSAPA reçoivent fréquemment d'anciens détenus. Un accueil rapide à la sortie de détention est souvent nécessaire afin d'éviter toute rupture de suivi médical et de traitement. Un soutien administratif est également régulièrement sollicité à cette occasion car les démarches à effectuer à la sortie sont nombreuses (domiciliation, actualisation de la Sécurité sociale, demande de minima sociaux, etc.). Les CAARUD jouent également un rôle essentiel auprès des personnes sortantes de prison, ils sont souvent le seul lien qu'ont pu tisser les usagers les plus marginalisés.

De par leur histoire, certains CSAPA sont identifiés par les partenaires comme spécialisés dans l'accueil du public « justice », ils n'ont toutefois pas la capacité pour recevoir toutes les demandes et sont parfois contraints de refuser de nouveaux patients. La saturation de ces centres est problématique car ces personnes ont souvent beaucoup de difficultés à obtenir leur traitement directement en pharmacie.

En effet, leur droit à la Sécurité sociale est maintenu pendant un an après la sortie de détention mais les documents en leur possession ne leur permettent pas toujours d'obtenir leurs traitements en officine. Il reste par ailleurs difficile d'obtenir une Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en prison.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de réseaux de médecine de ville et/ou pharmacies sensibilisés à la situation des sortants de prison. Pourtant, l'absence de relais vers un CSAPA et les difficultés rencontrées en pharmacie peuvent parfois conduire à une rupture de traitement à la sortie de détention et il peut alors paraître plus simple d'aller acheter ses médicaments « dans la rue ».

L'articulation psychiatrie/addictologie reste, quant à elle, complexe et les structures adaptées à ce public insuffisantes. Dans les textes cadrant l'activité, le CSAPA référent n'est pas dédié à l'accompagnement des personnes en grande difficulté sur le plan psychiatrique or, en l'absence de référents en la matière, ces missions lui sont parfois confiées.

Il est important de souligner que parmi l'ensemble des partenaires, certains se montrent particulièrement attentifs au maintien du lien avec la personne incarcérée. Cette continuité de l'accompagnement, au-delà du soutien apporté pendant l'incarcération, est un réel moteur pour l'élaboration du projet de sortie. Le CSAPA référent doit faciliter ces contacts qui permettent par ailleurs une meilleure prise en compte par les partenaires des difficultés inhérentes au milieu carcéral.

L'hébergement au cœur des préoccupations de chacun

La plupart des personnes rencontrées dans le cadre de l'activité CSAPA référent n'ont pas d'hébergement à la sortie, or, c'est un besoin élémentaire qui conditionne la poursuite des soins.

La pénurie d'offre d'hébergement en Île-de-France n'est pas spécifique aux personnes sortantes de prison, néanmoins, on peut penser que les représentations d'un « public difficile » et d'une prise en charge plus coûteuse (difficultés liées aux ouvertures de droits sociaux) freinent considérablement les propositions. En effet, celles-ci semblent encore plus faibles lorsque les personnes

cumulent plusieurs difficultés (addiction, psychiatrie, pathologies lourdes, handicap, grande errance, prostitution, etc.). De fait, nombreux sont les usagers qui se retrouvent à la rue à leur sortie de détention et il n'est pas rare de voir une personne se faire réincarcérer quelques jours après sa sortie.

Les orientations en CTR, CT, SSRA, et appartements de coordination thérapeutique, parfois dans le cadre d'aménagement de peine, permettent d'offrir de véritables perspectives de soin, d'accompagnement global et de réinsertion à la sortie d'incarcération. Ce sont des partenaires précieux pour le CSAPA référent. Néanmoins, de multiples contraintes freinent ces orientations et il est souvent difficile de faire coïncider l'entrée dans ces structures avec la date de sortie de détention. Ce constat a permis la création de quatre Centres d'accueil d'urgence et de transition (CAUT). Le Mas Thibert à Arles (13), le centre Clémenceau à Gagny (93), l'ATRE à Lille (59) et le centre Pierre Nicole à Paris (75) prennent en charge spécifiquement, de manière rapide et inconditionnelle, des sortants de prisons.

Ces séjours de courte durée (trois mois) permettent une transition entre le milieu carcéral et une proposition de soin ou d'insertion adaptée. Pour certains, ce temps est nécessaire pour consolider ou stabiliser leur démarche. Pour d'autres, une orientation directe vers des soins résidentiels de plus longue durée peut être envisagée dès la sortie de détention. Face à la difficulté quotidienne que les travailleurs sociaux des CSAPA référents ont pour trouver des lieux d'hébergement, une augmentation de ces dispositifs paraît une nécessité.

Quelles limites, quelles perspectives ?

L'incarcération peut engendrer de multiples ruptures dans un parcours de vie (perte d'emploi, de logement, déstabilisation des liens familiaux, etc.) et la vie quotidienne en détention favorise une certaine perte d'autonomie, même pour les personnes les plus insérées. Dans l'esprit, le « dehors », l'« après », peut alors sembler lointain, pour certains il est idéalisé, pour d'autres source d'angoisses.

Un accompagnement tout au long de la détention est indispensable afin de réduire les risques de marginalisation et d'isolement. Au-delà du rôle punitif incarné par l'emprisonnement, cette période doit permettre à chacun d'envisager des conditions stables pour la suite de son parcours de soin et de vie.

Les intervenants en milieu pénitentiaire œuvrent en ce sens et la création des CSAPA référents a mis l'accent sur la nécessaire coordination des différentes instances afin de répondre au mieux aux besoins des personnes détenues en situation d'addiction.

Le manque de moyens humains et budgétaires rencontré par l'ensemble des services concernés limite pourtant l'investissement de chacun et peut occasionner une perte de sens.

Par ailleurs, pour un travailleur social habitué à exercer à l'extérieur, intervenir en prison remet en question certains fondamentaux de la pratique professionnelle. Le travail autour de l'autonomie est particulièrement mis à mal par les conditions de détention et par le manque d'outils à disposition du CSAPA référent ; difficulté d'avoir un bureau, un téléphone, un accès Internet, et donc difficulté pour la personne de faire les démarches.

De plus, les demandes des personnes détenues et les attentes des partenaires, internes et externes, se révèlent très souvent irréalisables face aux possibilités d'accompagnement à la sortie, particulièrement en ce qui concerne l'hébergement. Ce décalage entre les demandes formulées et la réalité du terrain peut être source de nombreuses frustrations de la part des intervenants et des personnes détenues. Ces tensions sont régulièrement adressées au travailleur social du CSAPA référent, désigné comme l'interlocuteur privilégié pouvant résoudre cette question, il souhaiterait pourtant lui-même pouvoir apporter les réponses adéquates.

En effet, comment parler de soins lorsqu'il n'y a aucune perspective d'hébergement ? Comment envisager l'accompagnement tout en sachant que la situation de la personne ne correspond pas aux dispositifs existants ? Devant toutes ces difficultés, l'intervenant devra souvent justifier de sa légitimité professionnelle, rendant ce travail difficile sur le long terme.

Malgré les dispositifs innovants et l'amélioration de l'accompagnement des personnes détenues, leur situation à la sortie reste, encore aujourd'hui, extrêmement précaire et préoccupante. Il est essentiel que l'ensemble des institutions en addictologie s'investisse auprès de ce public car la prison fait souvent partie du parcours des personnes en situation d'addiction et un accompagnement dès la sortie de détention peut permettre de repartir sur de nouvelles bases.