

CSAPA « RÉFÉRENT CARCÉRAL »

Partage de pratiques professionnelles
et repères pour agir

GUIDE REPÈRES



Association Nationale
de PRÉVENTION
en ALCOOLOGIE
et ADDICTOLOGIE

A.N.P.A.A.

CSAPA

« RÉFÉRENT CARCÉRAL »

**Partage de pratiques professionnelles
et repères pour agir**

Le présent guide a été élaboré par la direction nationale des activités, dans le but de proposer des repères pour la mise en place des missions de « CSAPA référent carcéral » et favoriser l'échange et la diffusion des pratiques professionnelles.

Différents textes réglementaires, relayés par des financements dédiés, ont présidé à la mise en place de ce dispositif récent, sans toutefois entrer dans le détail des attentes et des moyens de réalisation de la mission. C'est dans le but d'apporter un éclairage aux équipes que ce document a été initié. Il s'appuie sur des entretiens individuels menés avec ces professionnels.

Compte tenu des contextes extrêmement différents des interventions, ce document n'a pas pour vocation à imposer telles ou telles pratiques sur lesquelles le CSAPA n'a d'ailleurs pas forcément la main, puisque ce sont les unités sanitaires qui sont responsables des protocoles en vigueur. Cependant, certains traits communs ont pu être identifiés, donnant lieu à des points de repère. D'autres points trop liés au contexte local pour prétendre à une généralisation sont relatés, car ils illustrent assez bien, au même titre que les témoignages, l'esprit qui a été impulsé à l'origine de cette mesure.

SOMMAIRE

	↓	CADRAGE DE LA MISSION DE RÉFÉRENT P. 5	
	1/	Cadre légal	P.5
	2/	Protocole et conventionnement	P.5
	3/	Fiche de poste	P.6
	↓	LE REPÉRAGE DES PRATIQUES ADDICTIVES EN MILIEU CARCÉRAL	P. 9
	↓	ORIENTATION VERS LE CSAPA RÉFÉRENT	P. 13
	1/	À la suite de la visite médicale à l'entrée	P. 13
	2/	Infraction en lien avec une consommation de produit psychoactif	P. 14
	3/	Les services pénitentiaires	P. 15
	↓	PROJET DE SOINS ET PRÉPARATION À LA SORTIE	P. 17
	1/	Le premier entretien	P. 18
	2/	Accompagnement et préparation à la sortie	P. 18
	3/	Les dates de sortie ou de transfert	P.21
	4/	Continuum de l'accompagnement avant, pendant et après détention	P.21
	5/	Les urgences et la priorisation des accompagnements	P.24
	6/	Accompagnement collectif	P.24

	↓	COORDINATION	P. 27
	1/	Au sein de l'établissement pénitentiaire	P.27
	2/	Coordination au sein du CSAPA	P.30
	3/	Coordination des CSAPA référents	P.30
	4/	Coordination avec le SPIP	P.32
	↓	GESTION DU DOSSIER ET PARTAGE DES INFORMATIONS	P. 33
	1/	Dossiers des usagers CSAPA (Gi2A et rapport DGS)	P.33
	2/	Partage des informations en milieu carcéral	P.34

↓	ANNEXES	P. 37
1/	Exemple de protocole de parcours de soins en addictologie d'une personne détenue à la maison d'arrêt d'Agen (A.N.P.A.A. 47)	P. 38
2/	Éléments utiles à l'élaboration de la fiche de poste de l'intervenant dans le cadre de la mission CSAPA référent carcéral	P.42
3/	Outil de repérage des problématiques addictives (Source : instruction DGS du 17 novembre 2010)	P.44
4/	Modules du groupe de parole	P.45
5/	Instruction DGS 17 novembre 2010	P.46
6/	« Fiche sortant » (A.N.P.A.A. 16)	P.49
7/	Bilan social (A.N.P.A.A. 70)	P.50
8/	Organisation de l'action de l'A.N.P.A.A. 18 au sein de la maison d'arrêt de Bourges	P.53
9/	Missions des principaux intervenants et instances	P.56
10/	Le partage d'information en milieu carcéral	P.58

↓	REMERCIEMENTS	P. 62
---	----------------------	--------------

1 CADRAGE DE LA MISSION DE RÉFÉRENT

❖ 1/ CADRE LÉGAL

❖ 2/ PROTOCOLE ET CONVENTIONNEMENT

1/1 CADRE LÉGAL

L'instruction DGS/DGOS du 17 novembre 2010 (annexe 5) relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, confie le pilotage de l'organisation des soins en addiction à l'unité sanitaire (US). Dans le nouveau schéma organisationnel prévu par ce texte, le CSAPA référent est désigné pour assurer l'accompagnement, l'élaboration du projet de soin et d'insertion des personnes détenues et assurer l'articulation avec l'extérieur en vue de la préparation à la sortie.

La circulaire relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice de 2012¹ prévoit un

.....
¹ CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

protocole organisationnel local « addictions », lui-même visé à l'article 5 et à l'annexe 3 du **protocole-cadre mis en place entre l'établissement pénitentiaire et le ou les établissements de santé**. Dans les textes, c'est un professionnel de l'US, celui qui a été désigné comme pilote (ou coordinateur) « addiction », qui a la charge d'impulser ce protocole. « *Ce protocole acte notamment de la nomination de la personne coordinatrice, du CSAPA référent et de la place et du rôle des différents intervenants tenant compte des spécificités locales.* »

1/2 PROTOCOLE ET CONVENTIONNEMENT

CONSTATS

Les textes encadrant l'activité des CSAPA mettent l'accent sur l'obligation de conventionner et de mettre à jour les conventions. Pour les textes relatifs aux

soins en milieu carcéral, plus récents, la priorité va au protocole organisationnel « addiction », dont l'US est le pilote. Ce document est annexé au protocole-cadre relatif à l'organisation des soins, établi entre l'établissement sanitaire et l'établissement pénitentiaire. Les textes ne prévoient pas que le CSAPA en soit signataire.

Dans la pratique, l'existence d'une convention mise à jour entre le CSAPA et les différents acteurs de l'intervention en carcéral est souvent synonyme d'une action plus cadrée. Cela démontre notamment l'investissement de la direction du CSAPA et des acteurs concernés pour formaliser une action de manière claire, et fixer les rôles de chacun. Un tel document lorsqu'il n'est pas fait « juste pour la forme », mais au contraire pour clarifier et donner du sens, a le mérite de mettre les protagonistes autour de la table et de poser les problématiques. Il convient bien entendu d'associer les intervenants de terrain pour coller au plus près de la réalité.

REPÈRES POUR AGIR

❖ Il est recommandé à la direction du CSAPA de contribuer à la formalisation de la mission de référent carcéral des addictions en milieu carcéral (cf. exemple en annexe I : protocole A.N.P.A.A. 47), définissant le rôle et les objectifs de chacun.

❖ La direction du CSAPA pourra utilement s'inspirer des recommandations proposées dans le présent document pour construire ses contributions à tout document visant la formalisation

de l'activité du CSAPA en milieu carcéral et notamment, le protocole organisationnel préconisé par la circulaire de 2012. Si ce document n'est pas assez complet, et si les modalités de sa mise en œuvre n'ont pas permis une concertation du CSAPA, il peut être souhaitable de compléter ce protocole par une convention entre l'établissement pénitentiaire, l'US et le CSAPA.

❖ **Contenu :** toute convention précise, notamment, un titre explicite, les parties signataires, les objectifs généraux, les moyens mobilisés, les modalités d'évaluation, la durée, les conditions de son renouvellement, de son actualisation, de règlements des litiges et de son arrêt et sa date de signature.

❖ **Toute convention est signée** en autant d'exemplaires que de parties signataires et détenue par chaque partie.

❖ **Signataires de la convention :**

- CSAPA A.N.P.A.A. XX ;
- Établissement pénitentiaire ;
- Centre hospitalier responsable de l'unité sanitaire ;
- Il peut être utile d'inclure le SPIP à la signature de cette convention, à moins qu'une convention spécifique prévoyant la répartition des rôles s'agissant de l'accompagnement des PPSMJ existe avec ce dernier.

1/3 FICHE DE POSTE

CONSTATS

Parmi les professionnels interrogés, une faible part seulement fait état d'une ac-

TÉMOIGNAGES

Marie-Odile SOULIER,
éducatrice spécialisée (A.N.P.A.A. 48)

« Tous les professionnels du CSAPA intervenant en milieu carcéral ont été associés à la rédaction de la convention par la direction. C'est une aide certaine, car cela donne un cadre, et même une certaine assise, notamment dans le cadre des relations avec la justice, en particulier le JAP. Cette convention délimite bien l'intervention, elle permet d'être au clair sur les rôles de chacun, sur les limites des informations à partager et avec qui. Par ailleurs, le travail de refonte a permis de poser certains problèmes, comme le manque de communication entre les équipes de l'US et du CSAPA, ce qui a conduit à mettre en place une réunion de coordination régulière qui a contribué à améliorer le dispositif. »

Françoise VAN LIERDE,
directrice de CSAPA (A.N.P.A.A. 10)

« Pour l'instant l'intervention du CSAPA est décrite dans l'annexe de la convention qui lie les établissements pénitentiaires à l'US, à l'échelle régionale. Sous l'impulsion de l'ARS, très impliquée sur la question de la coordination des soins en milieu carcéral, il est envisagé la signature d'une convention soins-addictions en milieu carcéral, entre chaque CSAPA référent de la région et les établissements pénitentiaires.

Il y a également une réflexion régionale autour de recommandations d'intervention pour les intervenants de la filière soins en milieu carcéral. L'objectif est de préciser les champs respectifs de chacun et les modalités de collaboration, et aussi de simplifier le parcours de la personne détenue avant, pendant et après l'incarcération. Cette approche nécessite un gros travail de recueil d'informations préalable. »

tualisation de la fiche de poste tenant compte des missions liées à l'activité CSAPA référent carcéral. Pour autant, outre le formalisme lié aux obligations légales, l'actualisation ou la mise en place de la fiche de poste est l'occasion d'un échange entre la direction et le professionnel susceptible de faire état d'éventuelles difficultés, dont la direction pourra, le cas échéant, s'emparer.

REPÈRES POUR AGIR

La fiche de poste de chaque professionnel chargé d'assurer la mission d'intervenant en CSAPA référent carcéral formalise les missions spécifiques liées à cette fonction (cf. annexe 2 : éléments utiles à l'élaboration d'une fiche de poste d'intervenant dans le cadre de la mission CSAPA référent carcéral).

2/ LE REPÉRAGE DES PRATIQUES ADDICTIVES EN MILIEU CARCÉRAL

CONSTATS

Inscrit dans les textes, le repérage des problématiques addictives à l'entrée relève de l'unité sanitaire, à l'occasion de la visite médicale d'entrée obligatoire.

Sur le terrain, la visite médicale d'entrée est systématiquement mise en œuvre, s'agissant d'une obligation légale. Elle est assurée par l'unité sanitaire, par un médecin assisté de l'équipe infirmière. Le rôle de l'équipe infirmière est plus ou moins large à ce stade, en fonction des organisations adoptées. Assez logiquement, plus la capacité de l'établissement pénitentiaire est grande, et plus le rôle dévolu à l'équipe infirmière aurait tendance à être large (préparation à la visite du médecin par exemple), en particulier quand l'effectif médical est restreint. Cette étape donne lieu à un repérage des conduites addictives. Ici, les pratiques sont très diverses, tantôt c'est l'infirmière qui le fait, tantôt le médecin, tantôt l'équipe psychiatrique, etc. Il n'y a pas non plus de pratique uniforme dans

la formulation des questions ou l'approche adoptée. Certains témoignages font état d'un questionnement assez superficiel.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

⋮ Dans les Alpes de Haute-Provence (04), à la maison d'arrêt de Digne, la mission du repérage des addictions est confiée à l'équipe du CSAPA référent, qui rencontre l'ensemble des nouveaux arrivants à cette occasion. Cette étape est l'occasion d'échanger beaucoup plus d'informations que lorsque le repérage et l'orientation étaient effectués par l'équipe soignante de l'unité sanitaire. La présentation du CSAPA et de l'équipe intervenant sur place est ainsi réalisée par le CSAPA lui-même. Ce passage « obligé » par le CSAPA est utile à double titre :

⋮ La majorité des personnes détenues ont des consommations souvent problématiques ;

⋮ L'espace pénitentiaire est un lieu où il

n'est pas rare de développer des addictions qui n'existaient pas à l'entrée.

Ce protocole est permis par les conditions spécifiques de l'intervention du CSAPA dans la maison d'arrêt :

- ❖ Établissement de faible capacité : 35-45 places ;
- ❖ Temps de présence du CSAPA relativement important au regard de cette capacité.

❖ **En Lozère (48) à la maison d'arrêt de Mende, l'A.N.P.A.A.** rencontre tous les arrivants également, environ une semaine après leur arrivée et la visite médicale d'entrée. La professionnelle approfondit le repérage effectué par l'IDE et le médecin de l'unité sanitaire, et oriente ensuite, le cas échéant, vers le CSAPA. L'évaluation de la situation se fait en suivant la trame des items de GI2A.

REPÈRES POUR AGIR

■ Accompagnement des professionnels chargés du repérage des problématiques addictives des nouveaux entrants :

- ❖ Proposer des temps d'information, de sensibilisation, d'échange de pratiques professionnelles et de formation des personnels chargés du repérage ;
- ❖ Proposer l'élaboration en commun, entre CSAPA et professionnels chargés du repérage des problématiques addictives des entrants, d'un questionnaire de repérage ;
- ❖ Le questionnaire proposé par l'instruction DGS du 10 novembre 2010 est à minima inscrit dans le protocole de prise en charge des addictions (annexe 3 du présent document).

■ Le CSAPA référent s'assure que l'organisation des soins en milieu carcéral prévoit des modalités adaptées de repérage des risques de syndrome de sevrage et de manque, ainsi que des protocoles de prise en charge adaptés.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ **En Lozère (48)**, le médecin de l'US est en demande de soutien auprès du CSAPA. Ce soutien passe par la mise en lien avec le médecin du CSAPA qui pourra, le cas échéant, venir sur place pour donner son éclairage et partager ses compétences avec le médecin de l'US.

❖ **Dans le Gard (30)**, les protocoles de sevrage prévoient une intervention de l'US et du CSAPA carcéral dès la garde à vue. Ainsi, pour les personnes qui seront mises sous écrou par la suite, le repérage aura commencé avant même l'incarcération, ce qui favorise le continuum.

❖ **En Haute-Saône (70)**, l'évaluation des problématiques addictives est abordée par l'US lors de la visite médicale à l'entrée. Si la personne fait état de problématiques addictives, elle est orientée vers le CSAPA qui propose une consultation dès que possible, et l'US met en place les soins nécessaires si besoin. Dans le cas où elle ne fait pas état de telles problématiques, et notamment lorsque l'US subodore des pratiques addictives qui n'ont pas été déclarées par la personne, ces questions sont abordées par le CSAPA, 15 jours après

l'entrée et font l'objet d'un entretien dédié, ce qui permet d'aborder ces questions de manière plus détendue.

3/ ORIENTATION VERS LE CSAPA RÉFÉRENT

- 1/ À LA SUITE DE LA VISITE MÉDICALE À L'ENTRÉE
- 2/ INFRACTION EN LIEN AVEC UNE CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS
- 3/ LES SERVICES PÉNITENTIAIRES

3/1 À LA SUITE DE LA VISITE MÉDICALE À L'ENTRÉE

CONSTATS

La majorité des orientations vers le CSAPA se fait à la suite des visites médicales effectuées à l'entrée. Si une problématique est repérée, il est généralement conseillé à la personne détenue de prendre rendez-vous avec le CSAPA. Dans certains établissements, le rendez-vous avec le CSAPA est pris par l'équipe de l'unité sanitaire, dans d'autres, c'est la personne détenue qui doit faire la démarche de saisir le CSAPA.

Il est difficile d'établir une recommandation sur la procédure qui serait la plus efficace. En effet, si la première méthode permet au CSAPA de systématiquement voir les personnes repérées, la seconde est aussi un indicateur de motivation de la personne qui fait une démarche positive.

Par ailleurs, le choix de l'une ou de l'autre est aussi conditionné par les moyens accordés au CSAPA pour assurer la mission de référent en milieu carcéral : moins le temps de présence est élevé, et plus la tendance à adopter la seconde méthode est forte.

REPÈRES POUR AGIR

■ Les professionnels de santé chargés du repérage des conduites addictives informent systématiquement les nouveaux entrants :

→ de la **présence régulière d'un CSAPA dans les murs de la prison**, y compris lorsqu'aucune problématique addictive n'est repérée ;

→ des **modalités de recours à cette structure** suivant le protocole en vigueur sur place.

■ Remise à chaque entrant, lors de la visite médicale d'entrée, de plaquettes informatives sur les missions du CSAPA, indiquant

le nom et les horaires de présence des personnes référentes. L'affichage dans les différentes parties communes est également un facteur favorisant le repérage du CSAPA par les personnes incarcérées, mais aussi par les personnels surveillants.

■ **Mise en place d'une fiche de liaison** complétée par l'US et adressée au CSAPA, qui comprendra les informations qu'aura pu recueillir l'équipe chargée du repérage :

- ❖ **Problématique addictive** par conduite ou produit ;
- ❖ **Évaluation du niveau de consommation** (usage nocif, dépendance, etc.) ;
- ❖ S'il y a lieu, **la nature de la prise en charge addictologique antérieure** à l'entrée en milieu carcéral (nom de la structure, etc.).

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ **Pour ne pas oublier sa visite !**

❖ **Dans le Gard (30)**, lors de la visite médicale, une carte d'orientation est confiée à la personne détenue pour lui rappeler les différentes possibilités qui ont été discutées avec elle. L'unité sanitaire lui présente les missions du CSAPA et lui laisse une brochure avec le nom de la personne à contacter.

❖ **Dans l'Yonne (89)**, au centre de détention de Joux-la-Ville, c'est un carton de rendez-vous qui est remis à la personne.

❖ **Aider les personnes détenues à repérer le CSAPA**

❖ **Dans le Gard (30)**, pour un bon repérage des acteurs de soins, et no-

tamment du CSAPA, l'équipe de soins de la maison d'arrêt de Nîmes met en place une réunion au quartier arrivants, avec tous les nouveaux entrants, ce qui permet au CSAPA de se faire connaître et de présenter le dispositif de soins.

❖ **Dans les Alpes de Haute-Provence (04)**, il existe une boîte aux lettres pour faire part d'une demande de suivi, quel qu'il soit. Par ailleurs, pour favoriser le repérage du CSAPA et s'adapter au plus près de la réalité de la population carcérale (problème d'illettrisme, population étrangère) et faciliter la compréhension des prestations, des projets sont en cours de réflexion, dont :

- ❖ **mettre en place une plaquette informative** sur les missions, sous forme de pictogramme ;
- ❖ **produire un clip vidéo.**

3/2 INFRACTION EN LIEN AVEC UNE CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

CONSTATS

En général, c'est le SPIP qui est détenteur de l'information relative à l'infraction en lien avec une consommation de produits psychoactifs, et qui va inciter la personne détenue à avoir recours au CSAPA, tantôt directement lorsque les contacts sont réguliers (réunions de suivi, CPU, relations de travail informelles), tantôt via la personne détenue elle-même sur recommandation du SPIP ou en application d'une décision de justice.

REPÈRES POUR AGIR

La mise en place d'une bonne coordination avec le SPIP (en lien direct ou dans le cadre d'instances de coordination comme la commission pluridisciplinaire unique) apparaît comme un facteur favorisant la bonne réalisation de la mission. Exemples :

- **Rencontre des acteurs et des cadres respectifs** pour poser les enjeux ;
- **Présence du CSAPA** dans une ou plusieurs instances où le SPIP est présent ;
- **Formation du SPIP aux enjeux de l'accompagnement** des conduites addictives.

TÉMOIGNAGE

Amélie PEYROL,
éducatrice spécialisée (A.N.P.A.A. 19)

« Je joue un rôle d'interface entre le SPIP et l'US. Quand il y a une orientation qui m'est faite, autre que par l'US, par le SPIP le plus souvent, le dossier est présenté en réunion de synthèse avec l'US pour faire un bilan, une synthèse et commencer à bâtir le projet. Dans notre organisation, mon poste est comme une plaque tournante entre l'extérieur et la prison, entre le SPIP et l'US : il y a des réunions mensuelles pour évoquer les situations préoccupantes et assurer l'interface entre le soin et le social. Dès qu'une problématique addictive est repérée, le CSAPA est sollicité et il fait le lien avec les soins somatiques, les psychologiques. »

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ **L'A.N.P.A.A. région Champagne-Ardenne** a été à l'initiative d'un projet piloté par l'A.N.P.A.A. 10 visant à la formation des personnels SPIP, US et SMPR de la région, sous la forme de trois sessions d'une journée. L'objectif de ces sessions était de travailler sur une culture « addiction » commune et de s'interroger sur les pratiques, afin de mettre en œuvre des modalités complémentaires d'accompagnement (comment travailler ensemble de manière complémentaire et non superposée). Une première formation animée par les équipes des A.N.P.A.A. 10 et 52 a été déployée dans les départements de la Haute-Marne et de l'Aube. Une formation identique animée par l'A.N.P.A.A. 51 s'est déployée sur la Marne et les Ardennes.

3/3 LES SERVICES PÉNITENTIAIRES

CONSTATS

Les services pénitentiaires, et les surveillants en particulier, sont au cœur du dispositif d'incarcération et au plus proche des personnes détenues, car ils les côtoient le plus régulièrement. Ils sont potentiellement amenés à observer des comportements laissant présumer des problématiques en lien avec la santé ou des conduites addictives.

Ce sont également eux qui accompagnent les personnes détenues aux consultations. Ils sont le rouage du système pénitentiaire, il est donc primordial de veiller à un dialogue régulier entre le CSAPA et ces

acteurs, à l'occasion de réunions formelles ou si ce n'est pas possible, de manière plus informelle.

REPÈRES POUR AGIR

■ Le CSAPA propose des **actions de formation, information, sensibilisation** auprès des personnels pénitentiaires.

■ L'objectif est de favoriser :

❖ **La connaissance du CSAPA** : ses missions et ses modalités de fonctionnement ;

❖ **Le repérage des conduites addictives** dans un objectif d'orientation vers l'accompagnement et les soins ;

❖ **La sensibilisation des personnels aux problématiques liées aux addictions** : modalités d'accompagnement et de soins, confidentialité des informations liées à la santé (rester discret quant au motif de la visite à l'US) ;

❖ **La réduction des pratiques fréquemment observées** consistant à conditionner le droit à rencontrer les professionnels du CSAPA au comportement de la personne détenue ;

❖ **L'amélioration de l'orientation des personnes** détenues vers le CSAPA.

TÉMOIGNAGES

Sabine THEVENIN

visiteuse sociale (A.N.P.A.A. 89)

« Dans la maison d'arrêt où j'interviens, lors de la première visite c'est un peu l'abattage. Par conséquent, il y a des problématiques qui ne sont pas repérées, surtout au niveau de l'alcool, dont les déclarations de consommation par les personnes détenues sont parfois sous-estimées. Les effets du sevrage alcoolique le sont aussi, ce qui aboutit à des situations ponctuelles d'urgence, car les choses ne sont pas traitées à l'entrée. Dans ce contexte, j'ai entrepris un travail de formation auprès des surveillants pour ce qui est du repérage des troubles liés au sevrage, et puis aussi pour que je sois bien repérée. Cela a un impact important sur les orientations, donc je veille à renouveler ces temps d'échange en fonction du turn-over. »

Clarisse LAVERGNE,

éducatrice spécialisée (A.N.P.A.A. 81)

« Je suis arrivée lors de la mise en place des CSAPA référents. Auparavant, le CSAPA n'intervenait pas en milieu carcéral. Au début, je n'étais pas vraiment au clair sur mes missions précises et le positionnement à adopter. Il m'a fallu un temps d'observation, lorsque mes missions ont été clarifiées, je suis allée me présenter à tout le monde, aux surveillants et au SPIP notamment, pour expliquer la nature de la fonction, ce qui a été particulièrement utile pour lever les interrogations. Aujourd'hui, après deux années d'expérience, tout est beaucoup plus fluide, j'ai bien trouvé ma place. Je définirais ma mission comme centrée sur la réinsertion avec du soin au milieu, à moins que ce ne soit l'inverse. Je fais de la coordination, de l'orientation. En fait j'ai un rôle de pivot autour du projet de soins de la personne et de la préparation à la sortie. »

4 PROJET DE SOINS ET PRÉPARATION À LA SORTIE

❖ 1/ LE PREMIER ENTRETIEN

❖ 2/ ACCOMPAGNEMENT ET PRÉPARATION À LA SORTIE

❖ 3/ LES DATES DE SORTIE OU DE TRANSFERT

❖ 4/ CONTINUUM DE L'ACCOMPAGNEMENT AVANT, PENDANT ET APRÈS DÉTENTION

❖ 5/ LES URGENCES ET LA PRIORISATION DES ACCOMPAGNEMENTS

❖ 6/ ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF



Ce point englobe à la fois le projet de soins et la préparation à la sortie, car de tous les témoignages recueillis, il ressort que l'accompagnement autour des addictions s'envisage souvent dans la perspective de la sortie, et que cette préparation, lorsqu'elle est menée dans les meilleures conditions possible, commence dès les premiers temps de l'accompagnement. Le projet de soins va donc être construit avec la personne en tenant compte des besoins immédiats, mais aussi en perspective de la sortie, même si cet aspect sera forcément moins avéré pour les longues peines. Par ailleurs, les professionnels n'étant pas nécessairement informés des dates précises de transfert ou de sortie, il leur faut donc anticiper cette dernière et ne pas attendre le dernier moment pour mettre en place le continuum. Cette nécessité d'anticiper est encore plus prégnante pour les courtes peines ou les détentions provisoires, qui imposent de rencontrer les personnes dans les meilleurs délais possible pour mettre en place un suivi (cf. infra : 4.5. Urgences).

Quoi qu'il en soit, l'objectif sera pour la personne détenue de mettre à profit cette privation de liberté pour entamer ou réactiver une réflexion sur la question des addictions, et autant que faire se peut, s'assurer que les conditions seront réunies pour qu'un accompagnement puisse s'organiser à la sortie.

4/1 LE PREMIER ENTRETIEN

CONSTATS

Les attentes du premier entretien en milieu carcéral sont assez proches de ce qui est pratiqué dans un CSAPA « hors les murs » ;

Il s'agit notamment de :

- **présenter le CSAPA**, ses missions, son fonctionnement, au sein de l'établissement pénitentiaire ici et maintenant, mais aussi en général, « hors les murs » ;
- **évaluer les problématiques addictives** et les besoins de la personne ;
- **évaluer les aspects environnementaux et sociaux** de la personne ;
- **poser les jalons du suivi** ultérieur.

REPÈRES POUR AGIR

Sauf demande urgente, il est recommandé de laisser passer un peu de temps après l'incarcération avant d'organiser le premier entretien, pour permettre aux personnes détenues de se poser, de laisser passer le choc de l'entrée en milieu carcéral. Cela permet un entretien plus propice aux échanges.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ Dans l'Aube (10), conformément aux objectifs visés par la nouvelle organisation posée par les textes, rien ne diffère d'un accompagnement en CSAPA « hors les murs », hormis le contexte d'incarcération, bien évidemment. Le même processus est proposé, avec un premier entretien répondant aux mêmes attentes, et la co-construction d'un document individuel de prise en charge.

4/2 ACCOMPAGNEMENT ET PRÉPARATION À LA SORTIE

CONSTATS

La mission de « référent carcéral » étant dans la grande majorité des cas, et conformément aux textes, confiée à un professionnel socio-éducatif, l'essentiel de cette mission s'inscrit dans le cadre des compétences de ces professionnels, notamment : assistant social, éducateur spécialisé. Cela ne veut pas dire pour autant que l'intervention du CSAPA référent doit nécessairement se limiter à l'intervention de ce professionnel (un suivi médical ou psychologique peut en effet être assuré par un professionnel du CSAPA, par exemple lorsque la personne était suivie par l'établissement avant son incarcération ou si le suivi médical des personnes détenues ayant des problématiques addictives est confié au CSAPA référent, cf. instruction DGS de 2010). Néanmoins, pour des raisons budgétaires, c'est souvent le cas.

La dimension soignante, au sens somatique et psychologique, implique donc une collaboration étroite avec l'unité sanitaire.

S'agissant du volet social (ouverture des droits, élaboration du projet d'insertion et de réinsertion, hébergement), le périmètre d'intervention du professionnel socio-éducatif du CSAPA référent carcéral doit s'articuler avec les missions du SPIP, sans s'y substituer (cf. infra, 5.4 coordination avec le SPIP).

Cet accompagnement revêt des réalités variables, et sa nature dépend du

contexte de l'intervention et notamment des ressources mobilisables pour l'accompagnement en addictologie :

- Certains professionnels socio-éducatifs du CSAPA référent carcéral peuvent compter sur une équipe de l'unité sanitaire formée en addictologie ;
- D'autres, sur un collègue psychologue ou IDE du CSAPA qui intervient au sein du même établissement pénitentiaire hors « mission CSAPA référent carcéral » ;
- Et d'autres sont plus isolés ou sont très contraints par leur temps de présence limité compte tenu du nombre de personnes incarcérées à rencontrer.

REPÈRES POUR AGIR

Il apparaît impossible d'exercer la mission de « CSAPA référent carcéral » sans avoir construit des liens suffisamment structurés avec les autres acteurs des domaines soignants et sociaux intervenant en prison.

Voici un vade-mecum des différentes actions qui peuvent être assurées par les professionnels socio-éducatifs, compte

tenu des besoins de la personne accompagnée et avec son implication. La dimension sociale et l'insertion prennent plus ou moins d'ampleur en fonction des modalités de collaboration avec le SPIP (cf. infra, coordination avec le SPIP) :

- **Bilan social** (environnement social, famille, ressources), **et évaluation des compétences et ressources** de la personne, de son stade motivationnel à entrer dans une démarche d'accompagnement, et accompagnement à l'ouverture ou au maintien des droits sociaux (ouverture sociale, papiers d'identité, etc.) – voir exemple d'outil en annexe 7 ;
- **Soutien au processus motivationnel** ;
- **Évaluation des conduites addictives** ;
- **Recueil des attentes** de la personne ;
- **Élaboration du projet d'accompagnement et de soins**, compte tenu de la demande de l'usager et en coordination avec le SPIP et l'unité sanitaire ;
- Veille à ce que l'unité sanitaire assure le **relais soins** et contribue, s'il y a lieu, à l'élaboration du dossier d'admission dans une structure sanitaire d'aval ;
- **Structures d'aval** :
 - ❖ **Prise de contact avec les structures**

TÉMOIGNAGES

Serge SANNA,

éducateur spécialisé (A.N.P.A.A. 05)

« C'est vraiment important que l'on puisse aborder tous ces aspects sociaux avec eux. Avec le « soin » (le CSAPA), les gens sont moins en résistance qu'avec le SPIP. »

Clarisse LAVERGNE,

éducatrice spécialisée (A.N.P.A.A. 81)

« Lorsqu'un détenu souhaite entamer une démarche de soins, mon rôle sera de trouver la bonne réponse en fonction de la problématique, en en discutant avec lui et l'équipe soignante. L'objectif, c'est de se servir du temps de détention pour organiser la prise en charge à l'extérieur. »

TÉMOIGNAGES

Clarisse LAVERGNE,
éducatrice spécialisée (A.N.P.A.A. 81)

« La préparation à la sortie est centrée sur le projet de soins, mais peut aussi déborder sur l'hébergement, les droits sociaux, l'accès à l'emploi, en fonction des besoins, notamment ceux pour lesquels il n'y a pas d'offre sociale sur le territoire où ils s'installeront. J'essaie aussi de réactiver le lien avec les familles. »

Joël FIARDET,
attaché de direction (A.N.P.A.A. 70)

« Le CSAPA a un rôle avant tout de coordination. Il s'agit d'analyser les obstacles aux soins et de tenter de les lever. Les publics que nous rencontrons sont très majoritairement en situation de grande précarité. L'objectif fixé au CSAPA référent carcéral est que chaque détenu sorte avec une couverture sociale. Pour cela, nous avons créé un partenariat avec le service CMU de la CPAM. Depuis plusieurs années, nous travaillons en partenariat avec les SPIP de notre département, nous avons pour projet de formaliser notre partenariat en milieu carcéral. »

Bernard ANGOSTO,
visiteur social (A.N.P.A.A. 30)

« L'objectif que je me fixe est de reformer le triptyque de l'accompagnement médico-psycho-social, en m'appuyant sur les ressources disponibles en milieu carcéral. Ce n'est pas chose aisée compte tenu des temps de présence respectifs, mais les réunions mensuelles de l'ensemble des intervenants (SPIP, US, CSAPA, services pénitentiaires) sont un facteur favorable. Le CSAPA va initier le lancement des démarches administratives en lien avec le SPIP. Il engage les démarches s'agissant du relais à la sortie par une structure de soins, et assure dans ce cadre l'interface avec le pôle médical de l'unité sanitaire. Il s'assure que le dossier soit monté sur ce volet. S'agissant des droits sociaux, il y a un service pénitentiaire chargé de les ouvrir, et le CSAPA veille à activer ce service si besoin. Le CSAPA va anticiper la sortie en identifiant les interlocuteurs de la CPAM auxquels la personne détenue devra avoir recours lors de sa sortie. Mon rôle est bien entendu de prendre contact avec les structures d'aval utiles pour le projet de la personne, mais c'est aussi et surtout d'associer les autres intervenants en prison à ces démarches. Je vois mon poste comme une interface, avec pour mission principale de mettre en mouvement et d'articuler. »

susceptibles d'accompagner la personne lors de sa sortie (CSAPA, centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie, hébergement, acteurs du champ de l'insertion, etc.),

❖ **Organisation de la rencontre** entre la personne détenue et les structures d'aval (insertion, hébergement notamment) qui peuvent se déplacer dans les murs de la prison,

❖ **Accompagnement pendant la détention** au sein des structures d'aval, sous réserve de permissions exceptionnelles accordées par le JAP ;

■ **Participation au maintien et à la réactivation des liens** avec les personnes ressources de l'entourage et la famille ;

■ **Sollicitation et contribution à la demande d'aménagement de remise de peine** en vue de mener le projet de soins ;

■ **Suivi des personnes après la sortie** (voir paragraphe continuum).

4/3 LES DATES DE SORTIE OU DE TRANSFERT

Pour assurer le continuum après la sortie ou le transfert, il serait nécessaire d'être informé des dates de ces derniers. Dans la pratique, ce n'est pas toujours aisé, la personne détenue elle-même pouvant être prévenue au dernier moment. Aussi, chaque professionnel a développé sa méthode pour être informé, reposant sur des vecteurs plus ou moins formels :

■ **Accès au logiciel interne de l'unité**

sanitaire, qui permet d'avoir accès aux listes des sortants ;

■ **Informations diffusées lors des CPU ;**

■ **Carnet des infirmières**, qui indique les entrées et les sorties ;

■ **Information par les personnes détenues elles-mêmes**, voire par d'autres personnes détenues ;

■ **Les gardiens et plus largement l'administration pénitentiaire.**

4/4 CONTINUUM DE L'ACCOMPAGNEMENT AVANT, PENDANT ET APRÈS DÉTENTION

CONSTATS

Le continuum de l'accompagnement est un objectif en soi, voire l'objectif premier du dispositif qui vise à une bonne préparation à la sortie afin que les personnes sortant de prison puissent poursuivre les soins qu'elles ont entrepris en milieu carcéral. Ce continuum touche tout autant les nouveaux arrivants que les personnes transférées d'un établissement pénitentiaire à un autre ou les sortants.

REPÈRES POUR AGIR

■ **Continuum avec l'accompagnement en amont de l'incarcération** : si la personne détenue n'est pas connue par le professionnel du CSAPA, il convient, après son accord, de contacter la structure qui le suivait antérieurement, pour l'informer de l'incarcération de la personne, et faire le lien.

TÉMOIGNAGE

Thierry BLANCHARD,
éducateur spécialisé (A.N.P.A.A. 89)

« Pour chaque nouvel arrivant, j'essaie de faire le lien avec le CSAPA de l'A.N.P.A.A., s'il le suivait avant qu'il ne soit incarcéré. J'utilise la base de données des usagers du CSAPA systématiquement pour voir si la personne a déjà été suivie au CSAPA, et ensuite je prends contact. »

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ Dans le Gard (30) et la Haute-Saône (70), le protocole d'accompagnement et de soins prévoit que la question du suivi antérieur en matière d'addiction soit systématiquement posée par l'équipe de l'US, et que l'information soit transmise au CSAPA.

■ En cas de sortie :

❖ À minima, communiquer les coordonnées des établissements d'accompagnement et de soins du territoire où la personne sera à sa sortie, ainsi que l'ensemble des adresses utiles. Ces documents doivent être remis suffisamment tôt dans la prise en charge en prison afin d'anticiper une éventuelle sortie impromptue. Si un relais ne peut être organisé par le référent CSAPA carcéral, une fiche de liaison sera remise à l'usager, précisant l'avancée des démarches entreprises et les coordonnées du référent, afin de réduire la déperdition des

informations, fiche que l'usager pourra remettre à ses interlocuteurs à la sortie ;

❖ Prendre contact avec les structures d'aval, avancer au maximum les démarches en fonction du besoin d'accompagnement identifié pour la personne (prise de rendez-vous par exemple) ;

❖ Proposer un accompagnement physique au premier rendez-vous que la personne aura dans une structure de soins, pour réduire le risque de perte de vue lors de la sortie.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ Dans le Gard (30), les contacts avec les structures extérieures sont systématiquement pris. Un bon indicateur, plus de 30% des personnes détenues sont revus au CSAPA à la sortie.

❖ Dans l'Aube (10), il est toujours proposé une poursuite de l'accompagnement par un CSAPA, avec prise de rendez-vous et feuille de liaison donnée à l'usager.

❖ Dans le Tarn (81), lorsque la personne sort sur le secteur d'intervention de la professionnelle référente carcéral, elle est, si elle le souhaite, accompagnée lors des premiers rendez-vous, pour faire le lien avec les collègues, et l'aider à trouver ses repères.

❖ Dans le Loiret (45), un rendez-vous est pris au CSAPA avec le même professionnel qui intervient en prison.

❖ En Charente (16), le suivi de certaines personnes détenues sortantes est

assuré par des visites à domicile afin d'assurer la continuité de ce qui a été entrepris et maintenir le lien.

■ En cas de transfert : dans le dossier de soins de l'US qui, normalement, accompagnera la personne détenue lors de son parcours pénitentiaire, une trace de l'accompagnement par le CSAPA doit être laissée, indiquant l'état des démarches en cours, sans pour autant entrer dans le détail des informations personnelles de la personne. À minima, le nom et les coordonnées du référent CSAPA doivent être indiqués.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ Par exemple, dans la Haute-Saône (70), un document intitulé « bilan social » en maison d'arrêt est mis en place afin de permettre un point sur la situation sociale et les démarches entamées. C'est le dossier qui suit la personne détenue lorsqu'elle est transférée, notamment en plus longue peine. Il permet aux professionnels de l'établissement où la personne est transférée, de disposer d'éléments concrets sur l'état d'avancement des démarches et sur le projet de la personne. Les coordonnées du CSAPA permettent de prendre contact lors du transfert, et au moment de la sortie de la personne, dans un esprit de continuum de l'accompagnement.

TÉMOIGNAGES

Amélie PEYROL,
éducatrice spécialisée (A.N.P.A.A. 19)

« Une "enveloppe sortant" est remise à la veille de la sorti par l'US (ordonnance + traitement pour quelques jours). J'y ajoute ma carte professionnelle. Pour ce qui est des établissements pénitentiaires d'aval : je fais un bilan écrit court avec la PPSMJ, et le tiens à disposition des structures d'aval pour le transfert des éléments qui ont été engagés en vue de favoriser la continuité du travail (hébergement par exemple). »

Joël FIARDET,
attaché de direction (A.N.P.A.A. 70)

« On rencontre majoritairement des situations de personnes très complexes d'un point de vue social, parfois dans une situation d'isolement géographique. L'accompagnement de ces personnes à la sortie est très complexe. L'hébergement apparaissant comme la première problématique à résoudre, une convention de partenariat a été mise en place avec les CHRS et les accueils de nuit. Par ailleurs, un nouveau dispositif, qui est un projet régional d'appartements de coordination thérapeutiques dédiés aux sortants de prison, va bientôt voir le jour. »

4/5 LES URGENCES ET LA PRIORISATION DES ACCOMPAGNEMENTS

Avant tout, il convient de définir ce que l'on entend par « urgence », puisque le CSAPA, dans ses missions de référent carcéral, n'est pas l'interlocuteur compétent pour des questions somatiques ou psychiatriques liées aux addictions, qui concernent l'unité sanitaire. Les urgences les plus fréquentes en matière de pratiques addictives sont celles liées aux questions de substitution ou de sevrage. On entendra donc par urgence, la nécessité d'une prise en charge rapide relevant des compétences du professionnel du CSAPA référent. Il arrive que le CSAPA référent carcéral soit sollicité pour soutenir un sevrage ou autre démarche urgente mise en place par l'unité sanitaire. Cette notion d'urgence survient également en cas de sortie non anticipée, situation fréquente en maison d'arrêt particulièrement, où il faudra, si c'est encore possible, s'assurer rapidement que toutes les démarches de préparation à la sortie ont été effectuées (cf. 4.2).

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

⋮ Certains **professionnels du CSAPA référent, comme en Corrèze (19)**, réservent un créneau pour gérer ces situations.

D'autres, comme dans la **Saône (70)**, prévoient une procédure qui permet de rencontrer les personnes détenues plus rapidement lorsque l'incarcération est de courte durée (courtes peines).

4/6 ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF

Les textes relatifs aux missions des CSA-PA référents carcéraux ne prévoient pas d'accompagnement collectif.

Dans la pratique, il est proposé plus fréquemment des modalités d'accompagnement collectif lorsque le mi-temps de professionnel dédié au CSAPA référent carcéral est renforcé par d'autres professionnels du CSAPA.

En général, un entretien préalable est effectué avant d'intégrer le groupe à visée thérapeutique ou bien les personnes sont orientées en complément de l'accompagnement individuel assuré par le professionnel référent carcéral. Ce sont des groupes fermés à durée déterminée pour la plupart des cas.

REPÈRES POUR AGIR

La plus grande prudence est recommandée quant aux groupes de parole au sujet de la confidentialité des informations partagées par les participants. Le groupe se situant par définition en milieu clos, le risque que la confidentialité ne soit pas respectée est supérieur à un groupe de parole « hors les murs », avec des conséquences potentiellement plus graves compte tenu de la promiscuité du milieu carcéral.

Lors du lancement de chaque groupe et pour tout éventuel nouvel entrant, il est nécessaire de présenter avec fermeté la règle de confidentialité des informations, règle propre à tout groupe à visée thé-

TÉMOIGNAGE

Amélie PEYROL, éducatrice spécialisée (A.N.P.A.A. 19)
 « Un groupe "Réduction des risques" a été mis en place. Il a lieu une fois par mois. C'est un groupe ouvert à tous, sans entretien préalable. Les thèmes abordés sont assez divers. Pour exemple, nous avons dernièrement parlé du circuit de la drogue dans le corps en fonction des différents modes de prises, des risques liés à la consommation en fonction du mode de prise là encore, des traitements de substitution, des risques liés au mésusage des benzodiazépines et des risques liés au mélange des produits. Nous abordons parfois la réglementation en matière de stupéfiants. Nous nous appuyons aussi sur l'actualité (nouvelle drogue : composition et risque, l'accompagnement des consommateurs dans d'autres pays...). C'est très large, et les thèmes dépendent surtout des attentes du groupe et de ce que nous ressentons de leurs besoins d'informations...
 La limite de l'interdit ne pose pas problème dans la mesure où nous ne par-

lons pas directement de leur consommation. Il peut arriver que des allusions soient faites, plus ou moins directement, mais ça n'a jamais posé problème, s'ils viennent, c'est qu'ils consomment, donc c'est clair dès le départ. Il s'agit de trouver le juste positionnement, entre liberté de paroles et respect du cadre. Le profil des participants est en majorité jeune (20/35 ans) et précaire (absence de logement, de travail...). Ce qui ressort en premier lieu de cette expérience, c'est le besoin fort de ce type de démarche autour de cette approche RDR. Un point très positif à signaler, est que les personnes qui viennent au groupe ne sont pas connues des intervenants et n'avaient pas été repérées par les autres acteurs comme ayant des problématiques addictives. Ce groupe RDR favorise donc le repérage, et donne l'occasion de créer un lien, de la confiance, et d'ouvrir sur un suivi. Le bouche-à-oreille fonctionne favorablement et le groupe tourne bien. La venue au groupe est aussi un moyen, pour ceux qui le fréquentent, de casser l'isolement qui touche particulièrement ce public aussi en prison. »

rapeutique, et de suggérer de ne pas aller trop loin dans les confidences personnelles (exemple d'un cas où l'homosexualité d'un détenu a été colportée dans l'ensemble de la prison par un membre du groupe, dans un objectif homophobe).

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

⋮ Dans l'**Aube (10)**, un dispositif d'accompagnement en groupe est mis en place, avec plusieurs possibilités en fonction des besoins et aspirations des personnes. L'inscription est libre, avec parfois une incitation plus ou moins

forte du SPIP ou une suggestion de l'US. Cette offre d'accompagnement se décline comme suit :

- ❖ Quatre modules d'une demi-journée, au choix : alcool, tabac, cannabis, jeu ;
- ❖ Le parcours de prévention coordonné alcool qui dure une journée et aborde différentes thématiques dans une visée informative et de prise de conscience quant à la relation au produit.

❖ **Dans la Haute-Saône (70)**, un groupe de parole a été mis en place à destination du public ayant des problématiques addictives ne faisant pas l'objet d'un suivi individuel, et qui a été repéré comme ayant un usage de produit, mais qui ne considérerait pas cet usage comme problématique.

Deux sessions par an, comprenant 6 séances, ont été mises en place, avec 12 personnes suivies par sessions. Chaque module correspond à une thématique (cf. annexe 4). Il s'agit notamment de faire le point plus précisément sur la consommation et le rapport au produit, de donner des outils pour la sortie, et d'élaborer le projet à la sortie.

❖ **Dans l'Ain (01)** un groupe « Conduites addictives, préparation à la sortie » : il s'agit d'un groupe, qui se tient sur un trimestre, composé de 10 personnes orientées par les professionnels de l'US, et à l'initiative des personnes détenues. Une entrevue préalable est prévue afin d'évaluer la faisabilité de la participation (selon la date de sortie). Le programme et les outils utilisés au cours

des sessions sont adaptables en fonction des besoins qui émergent. À travers des situations concrètes, il s'agit de partir d'une évaluation des conduites addictives pour élaborer le projet à mettre en place à la sortie, et aborder les possibilités de suivi à ce moment. Parmi les outils utilisés : SIMALC, « Photosanté » (A.N.P.A.A. 59), la balance décisionnelle, atelier collage (constructions d'autoportraits), le programme PHARE qui est daté, mais qui est utilisé pour aborder les sujets d'une façon « décalée », avec humour. À la dernière séance, un document est remis à la personne, comprenant une évaluation et un bilan de ce qui a été fait et les coordonnées des partenaires, après avoir déterminé le lieu d'habitation.

❖ **Dans le Loiret (45)**, le groupe à destination des personnes incarcérées pour des délits liés à la consommation d'alcool propose des axes de travail centrés sur la restauration de l'estime de soi et la gestion émotionnelle.

5

COORDINATION

- ❖ 1/ AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE
- ❖ 2/ COORDINATION AU SEIN DU CSAPA
- ❖ 3/ COORDINATION DES CSAPA RÉFÉRENTS
- ❖ 4/ COORDINATION AVEC LE SPIP



La coordination est la clef de la mise en œuvre de la mission de CSAPA référent dans son rôle d'interface entre l'extérieur et l'intérieur de l'établissement pénitentiaire, entre l'US et le SPIP.

5/1 AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

CONSTATS

Les stratégies pour permettre l'échange d'informations, en vue d'une approche globale des situations, sont très variées. Comme précisé plus haut, le relationnel est primordial, car un bon nombre d'informations passe par des canaux non formels. Néanmoins, le travail se trouve nettement facilité lorsque le CSAPA a la possibilité de participer aux réunions pluridisciplinaires mises en place dans l'établissement pénitentiaire.

REPÈRES POUR AGIR

Si la participation à toutes les catégories de réunions proposées ci-après n'est pas impérative pour assurer une coordination du projet mis en place avec la personne détenue, la présence du CSAPA à au moins une ou deux d'entre elles est un facteur qui facilitera l'échange et le dialogue, ainsi que le repérage du CSAPA, l'identification de ses missions et sa reconnaissance en tant que structure partenaire.

Ci-après, différentes catégories de réunions répertoriées :

■ **Commission pluridisciplinaire unique (CPU)** (cf. annexe 9). Le CSAPA y est invité en fonction de l'ordre du jour,

mais parfois systématiquement. La CPU est généralement orientée autour des dossiers relatifs aux arrivants. Certains CSAPA mentionnent une participation à des CPU « extraordinaires » comme :

- ❖ CPU risque suicidaire ;
- ❖ CPU préparation à la sortie.

La présence à la CPU « arrivant » présente l'avantage de permettre le recueil d'informations importantes pour le suivi et la coordination ultérieure, notamment le motif de l'incarcération (qui peut être lié à une consommation de produits psycho-actifs).

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ **Dans les Alpes de Haute-Provence (04)**, le CSAPA participe :

- ❖ À la CPU arrivant, d'une fréquence bimensuelle ;
- ❖ À la CPU risque suicidaire, d'une fréquence mensuelle ;
- ❖ À la CPU suivi des usagers, d'une fréquence mensuelle.

❖ **Dans les Hautes-Alpes (05)**, le CSAPA participe :

- ❖ À la CPU ;
- ❖ En fonction des dossiers, à la CPU prévention suicide qui est bimensuelle ;
- ❖ À la CPU « préparation à la sortie » dont la fréquence est mensuelle : tous les dossiers passent par cette instance où sont présents les acteurs suivants : SPIP, CSAPA, secours populaire, pôle emploi, mission jeune, centre de formation.

❖ **En Corrèze (19), dans l'Yonne (89) ou dans le Gard (30)**, le CSAPA participe systématiquement à la CPU qui est hebdomadaire. En Haute-Saône (70), la présence du CSAPA à la CPU est mensuelle, et a pour but d'évoquer les dossiers des nouveaux entrants.

❖ **Dans le Loiret (45)**, il existe une réunion mensuelle d'une demi-journée, qui permet la coordination de l'US et du CSAPA : suivi de l'accompagnement, partage d'informations et coordination autour de la préparation à la sortie. Cette pratique entre en adéquation avec les préconisations des textes réglementaires.

REPÈRES POUR AGIR

Veiller au strict respect de la confidentialité des informations personnelles et médicales au sein d'une instance telle que la CPU. Cette instance peut permettre de recueillir un certain nombre d'informations utiles au suivi, mais ne doit pas être le lieu où l'on échange sur les prises en charge médicales et psychologiques. Par exemple, il est possible d'y partager des informations sur la mise en place d'un projet de soins en vue de le mettre en cohérence avec le projet de sortie ou d'aménagement de peine. En revanche, aucun élément de « diagnostic » ne doit être livré.

■ **Réunions de concertation** relatives au projet de soins et de sortie dans lesquelles sont échangées des informations utiles à la prise en charge.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ **En Charente (16)**, l'équipe du CSAPA qui ne participe pas à la CPU est en revanche présente lors d'une réunion de préparation à la CPU, dont l'objectif est de permettre une présentation des situations de tous les entrants et un approfondissement des personnes identifiées comme ayant des problématiques alcool, lors de la visite médicale d'admission. Cette réunion entre le CSAPA (IDE) et l'US (IDE) est d'une fréquence hebdomadaire.

Le CSAPA participe également à la préparation de la CPU « sortants » en vue de permettre la synchronisation des interventions avec l'US autour d'une « fiche sortant » (annexe 6), à l'occasion d'une réunion de préparation à la CPU. Avant la CPU, le référent remplit cette fiche qui sert de support à la réunion. Elle reste dans le dossier médical de l'US. Les conclusions de la visite médicale de sortie sont incluses dans cette fiche.

❖ **Dans l'Yonne (89)**, une CPU de mi-parcours est organisée pour chaque personne détenue, en vue de permettre un point d'étape à l'issue duquel la CPU formule des préconisations, parmi lesquelles certaines sont relatives à un suivi des problématiques addictives. Le professionnel référent CSAPA est sollicité en amont de cette CPU.

■ « Transmissions » formalisées

Tous les CSAPA font état d'échanges, au moins informels, entre les différents acteurs intervenant en prison. On retien-

dra ici les modalités qui font l'objet d'une procédure précise :

- ❖ **Transmissions écrites** : dossiers de l'US, cahiers de transmissions, notes, fiches de liaison ;
- ❖ **Formalisation d'un temps dédié** avant chaque intervention, pour les transmissions.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ **Dans l'Aube (10)**, avant chaque intervention en milieu carcéral, le CSAPA participe aux transmissions des équipes de l'US, effectuées lors de la « relève ». Ce « staff » permet une coordination entre les différents membres de l'unité sanitaire et du CSAPA. L'équivalent existe **dans la Haute-Saône (70)**.

■ Réunions de type organisationnel

Il s'agit de réunions formalisées dont le but est d'aborder des questions d'organisation, de processus, voire d'aborder des thématiques dans un esprit formation-action (partage de l'information, la confidentialité) :

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ **Dans le Gard (30)**, à la maison d'arrêt de Nîmes, des réunions de coordination de l'activité sont instituées, mettant en présence l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes détenues (CSAPA, AIDES, CAARUD, CDAG, le SPIP, USMP, l'administration pénitentiaire, le CAARUD, la psychiatrie). Ce moment n'est pas dédié aux cas cliniques, en raison du nombre d'in-

terlocuteurs conviés, mais plutôt à la sensibilisation et à l'échange autour de thématiques spécifiques (réduction des risques, éducation thérapeutique, formation aux problématiques addictives).

❖ **Dans la Haute-Saône (70) ou en Charente (16)**, un bilan de l'action est mis en place au moins une fois par an entre l'US (médecin, cadre infirmière, IDE) et le CSAPA. C'est l'occasion d'aborder des questions d'organisation en évaluant les processus. Un point est fait sur le profil des personnes suivies et sur les données d'activité chiffrées.

5/2 COORDINATION AU SEIN DU CSAPA

CONSTATS

Certains CSAPA, en plus du temps dédié pour la mission de référent carcéral, détachent d'autres professionnels dans le même établissement pénitentiaire. Des temps ponctuels sont parfois mis en place pour évaluer la cohérence de cette intervention conjointe du CSAPA. Un CSAPA a mis en place au sein de l'US, un classeur contenant les dossiers des usagers, indépendant du dossier de l'US en vue d'assurer cette coordination intra-CSAPA.

Par ailleurs, un bon nombre de personnes détenues suivies en établissement pénitentiaire sont déjà connues par l'équipe du CSAPA référent ou par un autre CSAPA.

REPÈRES POUR AGIR

Formaliser une procédure qui permet :

- **D'ouvrir ou de mettre à jour un dossier** pour chaque usager suivi en milieu carcéral ;
- **D'être informé du suivi** de la personne par le CSAPA (par exemple en consultant Gi2A, cf. A.N.P.A.A. 89) avec le consentement de l'usager ;
- **D'informer les collègues** de l'incarcération d'un usager connu du CSAPA, lors de réunions d'équipes du CSAPA ;
- **De faire le point sur la situation** de la personne détenue et éventuellement de faire part de l'avis de l'équipe du CSAPA à l'US (exemple A.N.P.A.A. 04) ;
- **D'organiser la sortie de la personne** en lien, le cas échéant, avec le CSAPA.

TÉMOIGNAGE

Françoise Van Lierde, directrice (A.N.P.A.A. 10)

« Notre réunion de service hebdomadaire permet de faire le lien. Nous abordons l'arrivée dans le dispositif CSAPA de tous les usagers, y compris en milieu pénitentiaire. Ainsi, une rubrique "carcéral" permet de présenter la personne lors de son entrée dans le dispositif. »

5/3 COORDINATION DES CSAPA RÉFÉRENTS

Deux dimensions ont été rapportées : la question de l'homogénéisation et du partage des pratiques au niveau d'une

région, mais également celle de la coordination lorsque deux CSAPA spécialistes interviennent dans un même établissement pénitentiaire. Certains font état de relations distendues entre les deux équipes, ce qui amène à un accompagnement cloisonné par filière « produit », en dépit des problématiques de polyconsommation. D'autres vont dans le sens d'un partenariat fondé sur une approche globale, ce que l'on ne peut que préconiser autant que faire se peut.

■ **Partage des pratiques** des CSAPA référents carcéraux d'une même région :

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ **En Champagne-Ardenne**, il existe une coordination régionale de l'ensemble des CSAPA de la région, y compris hors A.N.P.A.A., animée par l'A.N.P.A.A. Cette coordination prend la forme de trois réunions annuelles. Un focus sur la thématique de l'intervention des CSAPA en milieu carcéral a été réalisé en vue d'établir un état des lieux sur les pratiques en cours afin de définir un référentiel d'intervention.

■ **Approche coordonnée** de deux CSAPA spécialisés

TÉMOIGNAGE

Chloé Marcel, animatrice socio-éducative (A.N.P.A.A. 18)

« Au moment de la mise en place des référents, l'A.N.P.A.A.18 a été choisie, car nous intervenons depuis très longtemps en milieu carcéral. Nous sommes trois professionnels à intervenir de manière hebdomadaire et nous portons le projet de prévention des addictions. Dans le cadre de cette référence, nous nous sommes interrogés sur notre rôle et demandé si nous devions accueillir tous les usagers présentant des conduites addictives en premier entretien, car un autre CSAPA spécialisé toxicomanie et produits illicites intervient aussi. Notre partenariat fonctionnant bien, nous avons donc décidé que :

❖ L'A.N.P.A.A.18 rencontrerait les personnes rencontrant des problématiques alcool, tabac, jeux ;

❖ Le CAET rencontrerait les personnes rencontrant des problématiques de drogues illicites ;

❖ Pour les polyconsommateurs, des suivis pluridisciplinaires soient proposés et, en fonction du lien créé avec un intervenant ou un autre, un seul CSAPA puisse suivre un polyconsommateur.

Nous essayons de travailler au-delà de la porte d'entrée produit dans l'intérêt de l'usager, mais il est vrai que ce n'est pas toujours simple dans la mise en œuvre ! Ce faisant, au-delà des réunions mensuelles de synthèse en détention et des réunions de synthèse trimestrielles avec l'autre CSAPA, nous avons beaucoup de temps informels pour aborder les suivis et ne pas ajouter des intervenants pour ne pas perdre l'usager. »

Voir l'annexe 8 pour en savoir plus sur l'organisation adoptée à l'A.N.P.A.A. 18

5/4 COORDINATION AVEC LE SPIP

CONSTATS

L'étendue de l'activité du CSAPA référent dépend étroitement du fonctionnement du SPIP. Plusieurs cas de figure émergent :

■ Le SPIP assure le volet social dans la perspective de la sortie des personnes détenues, et le CSAPA gère ce qui est lié aux soins, en tentant de coordonner le tout, et en veillant à ce que les actions relevant du SPIP soient bien mises en place ;

■ Le SPIP (surchargé ou en manque d'effectif) délègue entièrement au CSAPA l'accompagnement social de la personne détenue ayant une problématique addictive, à charge pour le CSAPA de tenir le SPIP informé des actions menées ;

■ Les liens avec le SPIP sont dégradés ou inexistantes et les actions menées peinent à être coordonnées.

REPÈRES POUR AGIR

Le cas échéant, alerter la direction du CSAPA sur les difficultés de fonctionnement avec le SPIP, afin qu'elle tente de réinstaurer des rapports, dans l'idéal des réunions régulières permettant un suivi coordonné des personnes détenues ayant des problématiques addictives.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

• Dans le Gard (30), les liens avec le SPIP sont bons. La présence du SPIP et les relations qui existent en dehors de

l'intervention en prison aident à une bonne coordination et favorisent le continuum de l'action. Les liens qui existent avec les structures d'hébergement, et notamment le dispositif d'hébergement d'urgence (Croix rouge, 115), aident aussi à trouver des solutions. La présence du CSAPA dans une plateforme (SIAO) qui gère toutes les demandes d'hébergement pour les personnes précaires est également un facteur favorisant la préparation à la sortie.

• En Corrèze (19), à l'extérieur de la prison, le CSAPA siège à la commission SIAO pour l'hébergement d'urgences, où le SPIP est présent : le SPIP gère ce qui relève de l'hébergement et le CSAPA va présenter les éléments du projet de soins en vue d'une approche globale.

• En Charente (16), le SPIP garde la prérogative sur toutes les démarches sociales, mais pour autant n'arrive pas à tout faire. Il faut donc parfois les relancer pour mettre en place le projet, et lorsqu'il est trop tard parce que le CSAPA n'a pas été informé de la sortie, il peut pallier les manquements juste avant la sortie, si c'est encore possible ou après, puisqu'il est prévu la possibilité de suivre les personnes au-delà de la sortie en les voyant à domicile.

• Dans le Tarn (81), des réunions hebdomadaires entre le SPIP et le CSAPA sont organisées.

6/ GESTION DU DOSSIER ET PARTAGE DES INFORMATIONS

• 1/ DOSSIERS DES USAGERS CSAPA
(GI2A ET RAPPORT DGS)

• 2/ PARTAGE DES INFORMATIONS EN MILIEU
CARCÉRAL (GI2A ET RAPPORT DGS)

S'agissant de la gestion des informations recueillies auprès de la personne détenue, les pratiques répertoriées font état de pratiques variées, mais concordantes, qui visent au partage des informations avec les autres intervenants en milieu carcéral, dans la mesure de leur utilité pour la continuité et de la qualité de l'accompagnement, et sous réserve de l'accord de l'utilisateur.

6/1 DOSSIERS DES USAGERS CSAPA (GI2A ET RAPPORT DGS)

CONSTATS

Les professionnels intervenant en milieu carcéral se heurtent à plusieurs difficultés techniques :

■ Difficulté voire impossibilité de disposer d'un ordinateur et d'une connexion Internet pour accéder aux données en ligne et les compléter ;

■ Risques liés au transport des dossiers « papier » en dehors du CSAPA. En effet tous les dossiers doivent être stockés de manière sécurisée.

Au demeurant, certains ont réussi à obtenir le droit d'utiliser un ordinateur sur place et opèrent la collecte informatiquement via un document simplifié (89), et les CSAPA A.N.P.A.A. 04 et 81 ont obtenu une connexion Internet pour utiliser GI2A.

REPÈRES POUR AGIR

La collecte des informations doit suivre les mêmes règles que pour tout usager d'un CSAPA :

■ Accord de l'utilisateur pour la collecte et le partage des informations au sein de l'équipe ;

■ Sécurisation du stockage ;

■ Droit d'accès direct au dossier conformément à la réglementation.

Le dossier de l'usager doit être complété régulièrement par chaque professionnel intervenant dans la prise en charge.

Comme pour tout usager, les objectifs du dossier sont :

- **Assurer un meilleur accueil et un accompagnement coordonné de chaque usager**, en s'assurant de l'adéquation entre ses besoins et les propositions du CSAPA ;

- **Analyser l'activité** et le fonctionnement du CSAPA ;

- **Rendre compte de l'activité** et du fonctionnement du CSAPA aux autorités, notamment aux autorités de tarification (rapport d'activité standardisé DGS, données RECAP - Recueil commun sur les addictions et les prises en charge - OFDT) ;

- **Permettre des études et recherches**, le cas échéant.

Outre un support informatique respectant les dispositions législatives et réglementaires² de sécurité, existe un support papier qui doit être stocké dans les locaux de l'établissement, dans une armoire sécurisée.

Dans la pratique, le dossier comprend toutes les informations utiles à l'accompagnement.

Les éléments papier nécessitent de transporter des dossiers comprenant

.....
 2 En particulier décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le Code de la santé publique

des informations à caractère personnel et médical, notamment afin d'opérer la saisie informatique. Ce transport induisant des risques de vol, perte ou destruction, l'idéal est de pouvoir bénéficier d'un accès informatique pour la saisie sur place des informations nécessaires au suivi, via GIZA. À défaut, il est conseillé de transporter le minimum d'informations sur support papier, en anonymisant les dossiers autant que faire se peut.

6/2 PARTAGE DES INFORMATIONS EN MILIEU CARCÉRAL

CONSTATS

Les CSAPA référents carcéraux travaillent de deux manières :

- Ils disposent d'un dossier propre au CSAPA ;

- En plus du dossier propre au CSAPA, le professionnel alimente le dossier de l'unité sanitaire, qui dispose parfois d'un volet addiction. Pour la plupart, les informations qui y sont consignées sont d'ordre général (fréquence du suivi, démarches entreprises), sans entrer dans le détail des informations personnelles.

REPÈRES POUR AGIR

Le partage des informations doit respecter les règles de droit commun : avec l'accord de l'usager, partage des informations utiles à la qualité de la coordination de l'accompagnement et des soins entre professionnels du CSAPA et de l'unité sanitaire.

Pour ce qui est du partage écrit d'informations, il est suggéré de ne se limiter

qu'à la description des modalités d'accompagnement assurées par le CSAPA (suivi socio-éducatif, démarches mises en place et fréquence du suivi).

S'agissant des informations sensibles, notamment relatives à des consommations illicites ou mésusages médicamenteux, susceptibles de mettre la personne détenue en difficulté (en cas de saisie du dossier par exemple), il est préférable de privilégier l'échange d'informations orales avec les autres intervenants, avec l'accord de l'usager, plutôt que de les verser formellement au dossier de l'unité sanitaire.

À la différence de l'US et du CSAPA, le SPIP ne participe pas à l'accompagnement thérapeutique des personnes détenues. Les informations partagées avec le SPIP doivent être limitées à celles qui permettent l'accès à des droits, avec l'accord de la personne, par exemple la protection sociale, la formation, l'emploi, l'hébergement, le logement, la vie familiale, etc.

TÉMOIGNAGE

Chloé Marcel, animatrice socio-éducative (A.N.P.A.A. 18)

« Sur ces questions du secret professionnel et du partage, et en lien direct avec les questions de coordination avec des réunions, dans le Cher, nous faisons une réunion mensuelle avec US, CATTP, les deux CSAPA et le SPIP pour :

- Aborder des suivis compliqués où de nombreux intervenants gravitent autour du détenu dans un souci de réajustement du projet thérapeutique (sans aborder ce qui se dit en entretiens) ;

- Préparer à la sortie certaines per-

sonnes détenues pour coordonner les différents suivis extérieurs, logement...

Quand nous devons aller un peu plus loin sur la situation d'une personne en abordant un peu son histoire, nous voyons directement avec l'usager et nous déterminons en amont ce qui pourra être échangé ou pas.

Avec le SPIP, nous avons mis du temps à construire un partenariat, d'autant qu'à l'extérieur, nous n'avons pas de liens, sauf situation exceptionnelle. Aujourd'hui cela se fait, mais toujours avec l'accord de l'usager et souvent en sa présence. »

ANNEXES

- 1/ EXEMPLE DE PROTOCOLE DE PARCOURS DE SOINS EN ADDICTOLOGIE D'UNE PERSONNE DÉTENUÉ À LA MAISON D'ARRÊT D'AGEN (A.N.P.A.A. 47)
- 2/ ÉLÉMENTS UTILES À L'ÉLABORATION DE LA FICHE DE POSTE DE L'INTERVENANT DANS LE CADRE DE LA MISSION CSAPA RÉFÉRENT CARCÉRAL
- 3/ OUTIL DE REPÉRAGE DES PROBLÉMATIQUES ADDICTIVES (SOURCE INSTRUCTION DGS DU 17 NOVEMBRE 2010)
- 4/ MODULES DU GROUPE DE PAROLE
- 5/ INSTRUCTION DGS 17 NOVEMBRE 2010
- 6/ « FICHE SORTANT » (A.N.P.A.A. 16)
- 7/ ORGANISATION DE L'ACTION DE L'A.N.P.A.A. 18 AU SEIN DE LA MAISON D'ARRÊT DE BOURGES
- 8/ BILAN SOCIAL (A.N.P.A.A. 70)
- 9/ MISSIONS DES PRINCIPAUX INTERVENANTS ET INSTANCES

ANNEXE I :

Exemple de protocole de parcours de soins en addictologie d'une personne détenue à la maison d'arrêt d'Agen

(A.N.P.A.A. 47)

JOUR 0

• DÉTENU ENTRANT

Au moment de l'écrou : 1^{er} repérage par le greffe et le vestiaire ou signalement par la personne détenue elle-même (risque suicidaire, prescription TSO, syndrome de manque, ordonnance en cours).

■ **Si repérage ou signalement :** orientation immédiate US pour prise en charge :

- Si **risque suicidaire** : entretien infirmier psychiatrique ou psychologue de l'US, mise en place d'un traitement et signalement à l'administration pénitentiaire et rendez-vous avec le psychiatre ;
- Si **TSO en cours** : vérification des ordonnances et dépistage urinaire par l'US pour reconduction du traitement en détention³ ;
- Si **syndrome de manque alcoolique** : mise en place du traitement de sevrage alcoolique et surveillance quotidienne ;
- Si **syndrome de manque opiacé** : proposition de TSO ou traitement de sevrage aux opiacés.

JOUR +1 / +2

• **La personne détenue durant ces 48 h doit impérativement rencontrer (2^e repérage) :**

- **La direction de l'administration** : (la direction et 1 membre de l'encadrement) ;
- **Le surveillant du quartier arrivant** : questionnaire arrivant et intégration au quartier arrivant ;
- **L'US** : évaluation somatique, psychologique et point sur les addictions ;

³ Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral DGS / MILDT - 2011

- Lors de ces entretiens, s'il y a un repérage de consommations de psychotropes, un rendez-vous est proposé avec le médecin addictologue ;
- **Le SPIP** : évaluation administrative, sociale, familiale et pénale.

JOUR +7 : Détention

• **Le dossier de la personne détenue sera étudié dans les 7 jours suivant sa détention, lors de la commission pluridisciplinaire unique (CPU) qui a lieu tous les mardis :**

direction maison d'arrêt, quartier arrivant, gradé, SPIP, US (IDE psy et psychologue), éducation nationale, CSAPA A.N.P.A.A. 47 référent pénitentiaire. **L'objectif de cette réunion est de proposer un projet adapté en ayant une vision globale de la situation de la personne détenue entrante. Un tour de table est effectué pour chaque personne détenue, il s'agit de préciser le « profil » en s'appuyant sur des analyses plurielles et croisées.**

Point sur les ressources, le réseau social et familial, le niveau scolaire, le parcours de formation, la pratique religieuse, l'évaluation psychologique (vulnérabilité, dangerosité, antécédents psychiatriques et risques suicidaires), la situation pénale (antécédents judiciaires) et le comportement en détention. Ce regard croisé permet de proposer et de valider un placement en cellule le mieux adapté au profil de la personne détenue.

• **L'orientation vers le CSAPA A.N.P.A.A. 47 se fait lors de cette instance.**

Des commissions spécifiques ont lieu lors de ces réunions : commission formation, commission indigence, commission activités diverses. Les participants de la CPU participent aux propositions et aux validations des décisions prises lors des différentes commissions.

Lors de cette réunion est proposée et validée la liste des participants aux groupes alcool « entrants ».

Un tour de table final a pour objet de faire remonter des informations de la détention (demandes diverses des personnes détenues, maltraitements, changement de cellules, et les problématiques institutionnelles et interservices...). Chaque CPU fait l'objet d'un compte rendu.

LE SUIVI ADDICTOLOGIQUE DURANT LA DÉTENTION

Le CSAPA A.N.P.A.A. :

Le CSAPA A.N.P.A.A. 47, référent carcéral à la maison d'arrêt d'Agen, assure des consultations individuelles en détention (bureau SPIP), tous les mercredis et jeudis après-midi.

■ Modalités :

- ❖ Le travailleur social du CSAPA A.N.P.A.A. 47 transmet la liste des patients au surveillant en poste qui va chercher les personnes détenues en cellule ;
- ❖ Les entretiens durent en moyenne 30 min ;
- ❖ Si des difficultés (somatiques ou psychologiques) sont repérées par le travailleur social de l'A.N.P.A.A. 47, la personne détenue peut être orientée rapidement vers l'US ;
- ❖ De la même façon, le travailleur social de l'A.N.P.A.A. 47 peut se mettre en contact avec le SPIP, si la situation le nécessite ;
- ❖ À la fin de chaque entretien, le travailleur social transmet à la personne détenue une attestation sur laquelle sont précisées la date du jour et celle du prochain rendez-vous avec l'A.N.P.A.A. 47 ;
- ❖ Le rythme de consultations est variable et en fonction du projet thérapeutique du patient (entretiens motivationnels, accompagnement vers le sevrage, maintien de l'abstinence, préparation à la sortie...).

Le CSAPA A.N.P.A.A. 47 pilote et coordonne des groupes d'informations sur l'alcool aux personnes détenues entrantes. Ces groupes sont mensuels et co-animés par l'A.N.P.A.A. 47 et l'infirmier psychiatrique de l'US.

■ L'US :

■ Les consultations addictologiques ont pour objet :

La prescription et la mise en place de TSO et l'accompagnement du traitement, ainsi que la mise en place et le suivi du sevrage alcoolique.

Le médecin addictologue assure des consultations hebdomadaires et reçoit les patients orientés par l'US (infirmier psychiatrique) : consultations médecin et IDE le mercredi après-midi, et suivi médical par l'infirmier le reste de la semaine.

- ❖ La distribution de TSO se fait tous les matins entre 8h30 et 10 h à l'US par l'infirmier psychiatrique. (méthadone ou suboxone, BHD, etc.).
- ❖ L'infirmier psychiatrique a la possibilité de faire pratiquer un test urinaire durant la détention, avec l'accord de la personne détenue, notamment afin d'objectiver les produits consommés en cas de polyconsommations.

Coordination thérapeutique en addictologie à la maison d'arrêt d'Agen :

■ Toutes les 6 semaines en moyenne, une réunion de coordination est organisée à l'US :

- ❖ Médecin addictologue (ELSA) ;
- ❖ Infirmier psychiatrique(US) ;
- ❖ Psychologue (US) ;
- ❖ Éducatrice spécialisée (CSAPA A.N.P.A.A. 47) ;
- ❖ IDE tabacologue (CH).

■ L'objectif de cette réunion est de :

- ❖ Faire le point sur les entrants, leurs différentes prises en charges et les traitements ;
- ❖ Faire le point sur les sortants et coordonner les projets thérapeutiques en prévision de la sortie (orientations CSAPA, placement extérieur en centres de cures...).

LA PRÉPARATION À LA SORTIE

Une fois la date de sortie de la personne détenue précisée, le travailleur social du CSAPA A.N.P.A.A. 47 se met en lien avec le SPIP, afin de finaliser le projet d'accompagnement hors détention, qui aura été construit avec la personne détenue durant son incarcération (hébergement, travail, administratif, pénal) et avec l'US (prise en charge et traitement...).

En ce qui concerne les personnes détenues sous TSO, l'US délivre une ordonnance pour 48 h de traitement. Il peut arriver, pour une durée plus importante, que le médecin fasse une ordonnance relais vers un confrère.

Lors du dernier entretien avec la personne détenue, le professionnel du CSAPA A.N.P.A.A. 47 organise et définit un rendez-vous avec la structure de soins la plus adaptée à l'extérieur pour son projet de sortie (souvent dans la semaine suivant la sortie).

ANNEXE 2 :

Éléments utiles à l'élaboration de la fiche de poste de l'intervenant dans le cadre de la mission CSAPA référent carcéral

Le professionnel est, au sein de l'établissement pénitentiaire, une personne ressource sur le champ des addictions. À ce titre il assure une mission de coordination et participe à la prise en charge globale des addictions en détention. Il veille en particulier à s'assurer de la préparation à la sortie pour garantir la continuité des soins, par un travail de liaison entre la personne et les professionnels chargés du suivi à la sortie.

PRÉCISIONS À ÉVENTUELLEMENT APPORTER SUR LA BASE DES PROFILS DE POSTE A.N.P.A.A.

Ces quelques éléments sont à ajuster en fonction de ce qui aura été défini dans les conventions encadrant l'intervention du CSAPA en milieu carcéral.

■ Rattachement hiérarchique :

Dans le cadre de sa mission à la maison d'arrêt de XXX (ex. : sous le pilotage et la responsabilité du médecin coordinateur de l'unité sanitaire).

■ Relations externes et délégations :

De par la nature des interventions sociales menées, le poste implique un travail relationnel avec une multitude de partenaires institutionnels. Par conséquent le titulaire du poste est susceptible de représenter le CSAPA, sur délégation de son responsable, et se réfère donc au projet institutionnel et à son organisation. Décrire les partenaires concernés.

■ Activités et missions :

Reprendre, le cas échéant, les éléments repris dans le 4.2 du guide « accompagnement et préparation à la sortie ».

- ✦ Bilan social (environnement social, famille, ressources), et évaluation des compétences et ressources de la personne, de son stade motivationnel à entrer dans une démarche d'accompagnement, et accompagnement à l'ouverture ou au maintien des droits sociaux (couverture sociale, papiers d'identité, etc.) ;
- ✦ Soutien au processus motivationnel ;
- ✦ Évaluation des conduites addictives ;
- ✦ Recueil des attentes de la personne ;
- ✦ Élaboration du projet d'accompagnement et de soins, compte tenu de la demande de l'utilisateur en coordination avec le SPIP et l'unité sanitaire ;
- ✦ Veille à ce que l'unité sanitaire assure le relais soins et contribue, s'il y a lieu, à

l'élaboration du dossier d'admission dans une structure sanitaire d'aval ;

- ✦ Structures d'aval :
 - ✦ Prise de contact avec les structures susceptibles d'accompagner la personne lors de sa sortie (CSAPA, centre de soins de suite et de réadaptation en addictologie, hébergement, acteurs du champ de l'insertion, etc.),
 - ✦ Organisation de la rencontre entre la personne détenue et les structures d'aval (insertion, hébergement notamment) qui peuvent se déplacer dans les murs de la prison,
 - ✦ Accompagnement pendant la détention au sein des structures d'aval, sous réserve de permissions exceptionnelles accordées par le JAP ;
- ✦ Participation au maintien et à la réactivation des liens avec les personnes ressources de l'entourage et la famille ;
- ✦ Sollicitation et contribution à la demande d'aménagement de remise de peine en vue de mener le projet de soins ;
- ✦ Suivi des personnes après la sortie (voir paragraphe continuum).

Ces éléments prévus par le guide peuvent être complétés, le cas échéant, par les éléments suivants :

- ✦ Les actions de prévention que le professionnel peut mener ou auxquelles il peut concourir, et les interventions éducatives ;
- ✦ La participation aux réunions d'équipe CSAPA et aux réunions institutionnelles dans le cadre de son intervention en milieu carcéral (par exemple CPU) ;

- ✦ L'animation de groupes et d'accompagnement collectif ;
- ✦ Les aspects administratifs (dossiers, rapports d'activité, etc.).

■ Compétences requises et connaissances :

- ✦ Connaissances en addictologie ;
- ✦ Connaissance des professionnels et dispositifs ressources sur le champ des addictions, afin de pouvoir constituer un réseau pour permettre de meilleures collaborations et orientations ;
- ✦ Disposer d'un répertoire des ressources au niveau national pour la population carcérale qui n'est pas issue du territoire départemental ;
- ✦ Connaissance du milieu pénitentiaire, institution et public ;
- ✦ Modalités de détentions et de fonctionnement du milieu carcéral.

ANNEXE 3 :

Outil de repérage des problématiques addictives

(Source : instruction DGS du 17 novembre 2010)

Le repérage des conduites addictives à l'entrée en détention est un temps essentiel. Il permet l'orientation vers une consultation d'addictologie, afin d'effectuer un bilan et de proposer une prise en charge globale, et d'organiser un traitement préventif de sevrage si nécessaire.

TABAC

1. Fumez-vous du tabac tous les jours ? Oui Non
2. Souhaitez-vous vous arrêter à l'occasion de votre incarcération ? Oui Non
3. Souhaitez-vous recevoir un traitement d'aide au sevrage ? (gommes, comprimés, patchs...) Oui Non

ALCOOL

4. Combien de verres buvez-vous dans une journée « ordinaire » ?
(Une journée représentative de votre façon de boire).
(Le verre fait référence au verre standard de 10 g d'alcool pur).
5. Vous arrive-t-il de boire une boisson alcoolisée moins de deux heures après votre réveil, pour calmer votre nervosité ou d'autres symptômes ?
 Oui tous les jours Oui quelquefois Non
6. À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres ou plus lors d'une même soirée ?
 jamais moins d'une fois par mois une fois par mois
 une fois par semaine 4 fois ou plus par semaine

Si le patient répond « Oui, tous les jours » à la question 5, il est nécessaire d'évaluer le risque de syndrome de sevrage sévère, par exemple, avec le score de Cushman.

ANNEXE 4 :

Modules du groupe de parole

3^E SÉANCE :

❖ Pourquoi consommons-nous des substances psychoactives ?

Identifier les bénéfices primaires et secondaires.

4^E SÉANCE :

❖ Les addictions c'est quoi ?

Les notions d'usage, d'abus et de dépendance ;

❖ Où j'en suis ?

Les outils d'auto-évaluation.

5^E SÉANCE :

❖ Notions de prévention de réduction des risques et de soins en addictologie.

Les bénéfices des changements ;

❖ Où s'adresser ?

Les services de proximité, CSAPA, CAARUD.

6^E SÉANCE :

❖ Comment préparer sa sortie :

Anticiper les situations à risques.

Rechercher des stratégies de protection ;

❖ Bilan.

Contexte :

Un groupe de parole a été mis en place par le CSAPA A.N.P.A.A. 70 à destination du public ayant des problématiques addictives ne faisant pas l'objet d'un suivi individuel, et qui a été repéré comme ayant un usage de produit, mais qui ne considérerait pas cet usage comme problématique (maison d'arrêt de Vesoul Haute-Saône).

Groupe : maximum 12 personnes.

Durée d'une séance : 1 heure 30.

1^{RE} SÉANCE :

❖ Présentation des intervenantes et du groupe de parole (objectifs, déroulement...);

❖ Présentation des participants et recueil de leurs attentes ;

❖ Élaboration des règles de fonctionnement du groupe (respect, confidentialité).

2^E SÉANCE :

Les substances psychoactives (les présentations de chacun).

❖ **Les effets recherchés** (approche centrée sur l'expérience individuelle) ;

❖ **Les conséquences médico-psychosociales.**

ANNEXE 5 :

Instruction DGS

17 novembre 2010

Instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

Date d'application : immédiate

NOR : ETSP1029295J

Classement thématique : Protection sanitaire

Validée par le CNP, le 10 novembre 2010 - Visa CNP 2010-270

La présente instruction a pour objet de définir les modalités de coordination et d'organisation, au niveau local, de la

prise en charge des addictions en détention, afin de clarifier le rôle des différents intervenants pour une prise en charge adaptée des personnes détenues. Cette organisation doit s'effectuer conformément au plan gouvernemental 2008-2012, et s'inscrit dans le cadre plus général des objectifs et des actions définis au niveau régional dans le cadre des schémas régionaux d'addictologie.

La prise en charge globale doit permettre le dépistage, le diagnostic et la définition d'un projet de soins dans lequel sont coordonnés le suivi du sevrage, le suivi psychologique, la prescription et le suivi de traitements de substitution, ainsi que la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques. La continuité des soins doit être préparée à la sortie de détention.

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ADDICTION EN DÉTENTION

La prise en charge des personnes détenues ayant un problème d'addiction comprend différentes missions qui peuvent nécessiter l'intervention de professionnels issus de différentes équipes, voire de différents établissements sanitaires et médico-sociaux. Les principaux temps de la prise en charge recouvrent :

- Le repérage des personnes ayant des problèmes d'addiction. Ce repérage doit être effectué par les acteurs de premier rang, que sont les intervenants en unités de consultations et de soins ambulatoires (US), lors de la visite médicale d'entrée obligatoirement proposée. Cette consultation doit intégrer « un

bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac » (voir indications sur les modalités de réalisation de ce bilan en annexe). À l'issue de ce repérage, une orientation est réalisée si nécessaire vers les professionnels spécialisés. Il conviendra lors de cette première consultation d'identifier un éventuel besoin de sevrage, notamment en alcoologie ;

- Le diagnostic posé par un professionnel spécialisé en addictologie ;

- La définition d'un projet de soins adapté, si besoin spécialisé, accessible dans le cadre de la détention, qui intègre le suivi du sevrage, la prescription et le suivi de traitements de substitution, la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques, ainsi que le suivi psychologique. Cette prise en charge est assurée, selon les besoins du patient et les organisations locales de l'offre de prise en charge, par un médecin addictologue intervenant dans l'établissement, un professionnel d'une équipe de liaison du centre hospitalier de rattachement de l'US et un professionnel d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie de proximité (CSAPA identifié comme référent pour la prison) ;

- La préparation à la sortie : le personnel du CSAPA de référence de la prison ou le professionnel référent de la prise en charge, assure la fonction de mise en relation avec un partenaire extérieur pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de la libération. Les contacts doivent être les plus précoces possible et se concevoir en articulation avec les conseillers d'insertion du service pénit-

entiaire d'insertion et de probation pour garantir les conditions de la continuité effective des soins à la sortie. Parmi d'autres modalités de contact, la permission de sortie et l'appel téléphonique doivent être privilégiés. Pour les personnes condamnées, il est vérifié lors de la visite médicale effectuée dans le mois précédant la sortie (article 53 de la loi du 25 novembre 2009) que les contacts sont établis ;

- La réduction des risques infectieux ;

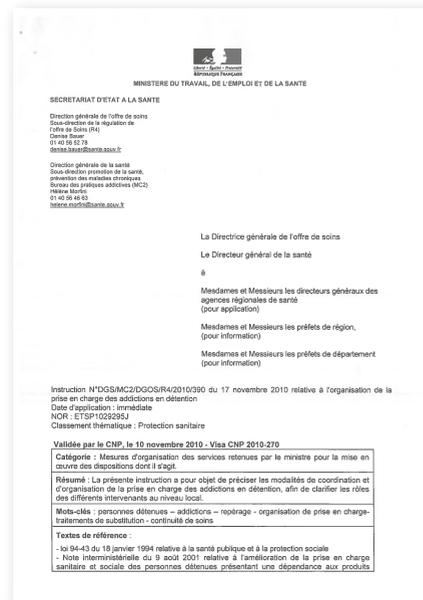
- La politique de réduction des risques et les actions de prévention et d'éducation pour la santé, qui doivent être structurées au plan national et trouver une déclinaison locale.

La qualité de prise en charge implique que la coordination de l'ensemble des intervenants soit organisée et lisible.

LE PILOTAGE DE CETTE ORGANISATION

La fonction de pilotage qui associe différents types de professionnels doit être assurée par un acteur identifié au sein de l'établissement pénitentiaire. Compte tenu du rôle du personnel de l'US à chacun des stades de prise en charge de la personne détenue, et conformément à la mesure (3.6) du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, il est proposé que ce soit une personne exerçant à l'US (médecin, infirmier, etc.) qui assure cette fonction.

Cependant, cette mission peut être confiée par convention à une personne du service assurant les soins psychia-



triques dans l'établissement pénitentiaire ou du service médico-psychologique régional, quand il existe.

Un protocole organisationnel local est élaboré sous la responsabilité de la personne désignée, et présenté dans le comité de coordination de l'établissement. Ce protocole fera l'objet d'une validation de la part du directeur général de l'agence régionale de santé.

Un rapport annuel exposera l'activité réalisée dans le cadre de cette nouvelle organisation, notamment sur la base d'indicateurs. Ces indicateurs permettront également le suivi et l'évaluation de l'application de la présente circulaire par le directeur général de la santé et le directeur général de l'offre de soins.

INDICATEURS DE SUIVI DE LA RÉALISATION

Pour mesurer l'effectivité de la mise en place de cette politique, il convient d'utiliser différents indicateurs :

- ❖ Existence d'un bilan addictologique systématique pour chaque entrant (mention dans le dossier médical) ;
- ❖ Existence d'un protocole local ;
- ❖ Nomination de la personne coordinatrice (mention dans le protocole) ;
- ❖ Nomination du CSAPA référent (mention dans le protocole) ;
- ❖ Réalisation d'au moins deux réunions d'information, de coordination et de suivi de la mise en œuvre du protocole, où toutes les structures parties prenantes seront représentées.

Un questionnaire de repérage des conduites addictives à l'entrée en détention est annexé à la présente instruction.

La directrice générale de l'offre de soins
Annie PODEUR

Le directeur général de la santé
Didier HOUSSIN

ANNEXE 6 : « Fiche sortant »

(A.N.P.A.A. 16)

Contexte :

Le CSAPA de l'A.N.P.A.A. 16 participe à la préparation de la CPU « sortants » en vue de permettre la synchronisation des interventions avec l'US autour d'une « Fiche sortant », à l'occasion d'une réunion de préparation à la CPU.

ENTRETIEN POUR LA PRÉPARATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE À LA SORTIE DU DÉTENU INCARCÉRÉ

Nom : Prénom :
Date de naissance : Date de sortie prévue :

Suivi médical :

Médecin traitant :
Courrier de sortie :
Pathologie chronique :
Résultats biologiques à remettre :
Rendez-vous d'examens prévus :
Hospitalisation organisée :
Suivi psychiatrique proposé :
Suivi A.N.P.A.A. :
Coordonnées PASS :

Traitement :

Ordonnance à faire :
Médicaments à donner pour 48h :

Suivi administratif :

Attestation de sécurité sociale à donner :
Mutuelle :
Ressources :

Mesures de justice :

Référent SPIP :
Obligation de soins :

Hébergement

Retour à domicile : Lieu :
Moyen de locomotion :

Vu par : Date :

ANNEXE 7 : Bilan social

(A.N.P.A.A. 70)

Contexte :

Dans la Haute-Saône (70), un document intitulé « bilan social » en maison d'arrêt est mis en place afin de faire un point sur la situation sociale et des démarches entamées, ainsi que le suivi et la continuité de l'accompagnement avec les structures d'aval.

SITUATION SOCIALE AVANT DÉTENTION

Date du bilan :

Personne détenue :

Référent :

ACCÈS AUX DROITS	OUI	NON	Organisme Nom du référent extérieur	Constitué par le CSAPA OUI / NON	Date de la demande	Dossier abouti OUI / NON le :	Référent
CMUC							
Mutuelle complémentaire							
APL*							
ASSEDIC							
RSA*							
AAH*							
LOGEMENT	OUI	NON	Type d'hébergement	Aide au logement / CSAPA OUI / NON	Date de la demande	Dossier abouti OUI / NON	Référent
DOCUMENTS ADMINISTRATIFS	OUI	NON	Carte d'identité	Permis de conduire	Carte de séjour	Livret de famille	Référent
FORMATION	OUI	NON	Niveau de formation	Projet de formation	Aide du CSAPA OUI / NON	Projet abouti OUI / NON	Référent
EMPLOI	OUI	NON	Type de contrat	Aide recherche d'emploi CSAPA OUI / NON	Retour à l'emploi OUI / NON		Référent
RESSOURCES	OUI	NON	Endettement OUI / NON	Dossier de surendettement OUI / NON	Accompagnement dossier de surendettement OUI / NON	Dossier abouti OUI / NON	Référent
JUSTICE	OUI	NON	Jugement en attente avec ODS*	Jugement prononcé avec ODS*	Peine de prison en cours	Peine de prison à réaliser	Référent
AIDE ADMINISTRATIVE	OUI	NON	Type de dossier	Dates			Référent

* AAH : allocation adulte handicapé, APL : aide personnalisée au logement, ODS : obligation de soins,
RSA : revenu de solidarité active

DÉMARCHES RÉALISÉES DURANT LA DÉTENTION

DATES	DÉMARCHES	OBSERVATIONS

ANNEXE 8 :

Organisation de l'intervention du CSAPA de l'A.N.P.A.A. 18 au sein de la maison d'arrêt de Bourges, en coordination avec le SPIP, l'US et le CSAPA CAET

SOINS EN MAISON D'ARRÊT – A.N.P.A.A.18

ORIENTATION

- À la demande de la personne ;
- Sur orientation du SPIP, des personnels de détention ;
- Sur orientation de l'US ;
- Suite aux ateliers de prévention.

Une évaluation de chaque entrant en détention est effectuée à l'US :

- Une problématique alcool, tabac, jeu est détectée → orientation CSAPA A.N.P.A.A.18 (si produit illicite → orientation CSAPA CAET) ;
- Les faits sont liés à une problématique alcool → orientation CSAPA A.N.P.A.A. 18.

ESPACE DE COORDINATION DANS LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL

- 1 réunion de synthèse mensuelle (CSAPA A.N.P.A.A.18, US, SPIP, CSAPA CAET) ;
- 1 réunion institutionnelle annuelle (CSAPA A.N.P.A.A.18 et SPIP) ;
- Réunions de synthèse en fonction des besoins (CSAPA A.N.P.A.A.18 et CAET) ;
- Des temps informels, nombreux, entre les différents acteurs, afin de faire face à des décisions devant parfois être prises rapidement ou à des informations spécifiques à partager.

1^{ER} ENTRETIEN

Principalement avec l'animatrice socio-éducative de l'A.N.P.A.A.18, Chloé MARCEL.

Après l'évaluation de l'animatrice socio-éducative :

Orientation psychologique
0.20 ETP

Suivi socio-éducatif
(référénte CSAPA)

Autres orientations :
psychologue de
détention, US, CSAPA
CAET...

SUIVI

- En fonction des besoins et du temps d'incarcération ;
- Des orientations sont possibles durant le suivi.

ACCOMPAGNEMENT À LA SORTIE

Maintien du suivi au CSAPA de l'A.N.P.A.A.18

Orientation vers la structure la mieux adaptée (selon besoins, situation géographique...)

RÉUNION INTERNE CSAPA A.N.P.A.A.18

- Commission consultations externes : pour réajuster le projet, en fonction des besoins ;
- Groupe de parole « alcool », 1 h tous les 15 jours ;
- Synthèses et intervention : présentation des situations individuelles pour proposer des projets thérapeutiques adaptés.

ESPACE DE CONCERTATION

- Le comité de suivi de ce projet a été intégré aux CPU réunissant tous les acteurs de la détention ;
- Des réunions d'ajustement se mettent en place entre le SPIP et l'A.N.P.A.A.18 en fonction des besoins ;
- Le COPIL Éducation pour la santé ;
- Réunion interne CSAPA A.N.P.A.A. 18 ;
- Commission prévention : espace de réajustement de projets.

PRÉVENTION, SOINS ET ACCÈS AU SOINS HORS MAISON D'ARRÊT – CSAPA A.N.P.A.A.18

ACTIONS D'ACCÈS AUX SOINS ET DE SOINS

En direction des personnes en alcoolémie routière et obligation de soins.

1^{er} entretien pour évaluation par tout professionnel
Synthèse

Orientation interne

Orientation externe

Fin d'accompagnement possible pour les personnes ayant une alcoolémie routière

PRÉVENTION EN DIRECTION DES JEUNES SUIVIS PAR LA PJJ

Plusieurs ateliers par an, animés par l'animatrice socio-éducative, dans le cadre du projet CIVIC.

STAGE STUPÉFIANTS

Stage payant de 2 journées en composition pénale ou alternative à la peine pour des consommateurs de cannabis se faisant arrêter. Projet porté par le SCJE et co-animation CSAPA A.N.P.A.A. 18, CSAPA CAET et SCJE.

PROJET DE PRÉVENTION ET D'ACCÈS AUX SOINS À DÉVELOPPER AU SEIN DU FOYER ÉPÉ

PRÉVENTION EN MAISON D'ARRÊT – A.N.P.A.A. 18

PRÉVENTION

Des ateliers de prévention, co-animés par CSAPA A.N.P.A.A.18 et CSAPA CAET, intègrent le parcours d'entrée des personnes détenues. Des ateliers de prévention des addictions en direction des sortants intègrent le dispositif mis en place par le SPIP :

- 2 ateliers hommes entrants par trimestre ;
- 1 atelier hommes sortants par semestre ;
- 1 atelier femmes par semestre.

Une action en direction d'un public mixte sera mise en place durant l'été 2012 :

- Création d'affiches ;
- Exposition.

COORDINATION

- Coordination administrative ↔ SPIP ;
- Coordination conjointe opérationnelle ↔ CSAPA A.N.P.A.A.18 (Chloé MARCEL).

ANNEXE 9 :

Missions des principaux intervenants et instances

■ US : unité sanitaire

Dénomination qui correspond au regroupement des UCSA et des SMPR assurant les soins auprès des établissements pénitentiaires. Une hiérarchisation des niveaux de soins de ces unités sanitaires est prévue par les textes. Cette hiérarchisation tient compte à la fois de l'offre de soins au niveau somatique et psychiatrique :

- Les unités sanitaires de niveau 1 assurent les soins de consultation et les actes externes. Elles incluent un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP) ;
- Le niveau 2 correspond à la possibilité de prise en charge à temps partiel :
- Soins somatiques en milieu hospitalier (hospitalisation à temps partiel, de jour, de nuit),
- Soins psychiatriques, en milieu pénitentiaire (hospitalisation de jour en milieu pénitentiaire) ;
- Les soins de niveau 3 correspondent à une prise en charge hospitalière à temps complet :
- Soins somatiques au sein de chambres sécurisées, au sein de l'établissement de santé de rattachement ou au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI),

→ Soins psychiatriques : au sein, soit des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), soit d'un établissement psychiatrique autorisé ou d'unités pour malades difficiles.

Pour mémoire :

■ SMPR : service médico-psychologique régional

Service de psychiatrie implanté en milieu pénitentiaire ayant une vocation régionale, et comportant une unité d'hospitalisation offrant des soins diversifiés incluant l'hospitalisation volontaire. Il n'existe que dans certains établissements.

■ UCSA : unité de consultations et de soins ambulatoires

Unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire assurant les soins somatiques et psychiatriques incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier, ainsi que la continuité de soins en fin de détention.

■ SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

Service ayant pour mission, auprès des établissements pénitentiaires et du milieu ouvert, de favoriser l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des détenus et des personnes placées sous contrôle par les autorités judiciaires. Chaque département comporte un SPIP qui suit les personnes qui leur sont confiées selon un principe de continuité de leur prise en charge.

■ CPU : commission pluridisciplinaire unique

Source : circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique (extraits).

Compétences :

« La CPU est compétente s'agissant :

- De l'examen de la situation des personnes détenues arrivantes à l'issue de la phase d'accueil, notamment de l'évaluation de leur dangerosité et de leur vulnérabilité, au sens pénitentiaire de ces termes ; cet examen précède l'affectation de chaque personne détenue arrivante dans le secteur d'hébergement qui lui semble adapté ;
- Du suivi de l'évaluation de la dangerosité et de la vulnérabilité des personnes incarcérées ;
- De l'examen de la situation des personnes détenues, préalable aux décisions de classement au travail ou à la formation, ainsi que, le cas échéant, d'accès aux activités ;
- De la prévention du suicide ;
- De l'identification des personnes détenues dépourvues de ressources suffisantes, susceptibles de bénéficier d'aides en nature ou en numéraire ;
- De l'examen de la situation des personnes condamnées, préalable aux décisions de réaffectation dans un nouveau régime de détention (leur affectation initiale étant examinée à l'occasion du volet arrivant de la CPU) ;
- De l'examen des parcours d'exécution de peine des personnes détenues condamnées. »

[...]

Composition :

« La grande diversité des thèmes sur lesquels la CPU est amenée à se prononcer implique que ses participants puissent varier d'une réunion à une autre, en fonction de leur domaine de compétence et de leur connaissance des situations individuelles inscrites à l'ordre du jour. »

Les membres permanents sont les suivants :

- Chef d'établissement pénitentiaire ;
- Directeur du SPIP ;
- Représentant du secteur de détention de la personne détenue dont la situation est examinée.

D'autres catégories de professionnels sont systématiquement convoquées. Il s'agit de représentants :

- Du service du travail ;
- Du service de la formation professionnelle ;
- Du service de l'enseignement.

Ces derniers apprécient en fonction de l'ordre du jour si leur présence est nécessaire.

Enfin un 3^e groupe de personnes peut être invité en fonction de l'ordre du jour :

- Le psychologue chargé du parcours d'exécution de la peine ;
- Un membre du service de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ;
- Un ou plusieurs représentants des équipes soignantes de l'US.

ANNEXE 10 :

Le partage d'information en milieu carcéral

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35431.pdf



Circulaire interministérielle N°DGS/MCI/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la CPU prévue par l'article D90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire

prévue par l'article D514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

Date d'application : immédiate

NOR : ETSPI206347C

Classement thématique : Professions de santé

Cette circulaire, élaborée conjointement pour répondre aux interrogations des professionnels de la santé et de la justice, a pour objet de préciser :

❖ Le cadre et les limites du partage d'informations opérationnelles entre les professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse. Le contenu s'appuie sur les recommandations issues d'un groupe de travail interministériel sur ce sujet, associant des représentants des professionnels de la santé et de la justice, mis en place à l'initiative du ministre chargé de la santé et piloté par ses services. Le partage d'informations dans ce cadre peut paraître complexe, mais il est nécessaire, dans l'intérêt de la personne détenue ;

❖ Les modalités de participation des professionnels de santé à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) et aux réunions de l'équipe pluridisciplinaire dans les établissements accueillant des personnes mineures, le but étant d'harmoniser celles-ci dans le respect des domaines de compétence et des cadres professionnels de chacun.

I - PARTAGE D'INFORMATIONS OPÉRATIONNELLES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET PROFESSIONNELS DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE ET DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

Les conditions du partage d'informations entre les professionnels de santé et les professionnels de l'administration pénitentiaire sont définies à l'article L. 6141-5 du Code de la santé publique, issu de l'article 8 de la loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental dans les termes suivants : « Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article - établissements publics de santé spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté - , les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires. » Au-delà de ces dispositions, ce partage a pour objectif de préserver la santé et la sécurité de la personne détenue, mais également de participer à la sécurité de

l'ensemble des personnes intervenant en milieu pénitentiaire. Il s'exerce dans le respect du droit au secret médical, garanti aux personnes détenues par l'article 45 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.

Le partage d'informations est organisé dans le cadre de procédures et d'outils formalisés au sein des commissions telles que la CPU, la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire lorsque l'établissement accueille des personnes mineures ou la commission santé prévue par le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Le document joint en annexe I, issu des réflexions du groupe de travail interministériel précité, donne un cadre à ce partage, qui doit être décliné et organisé au niveau de chaque établissement. Le cahier électronique de liaison (CEL) est mis en place par l'administration pénitentiaire. Les professionnels de santé ne doivent en aucune façon y porter des éléments d'information couverts par le secret médical.

II - PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT EN MILIEU CARCÉRAL À LA COMMISSION PLURIDISCIPLINAIRE UNIQUE (CPU) PRÉVUE PAR L'ARTICLE D. 90 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE OU À LA RÉUNION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE PRÉVUE PAR L'ARTICLE D. 514 DU MÊME CODE

La commission pluridisciplinaire unique (CPU), dispositif pénitentiaire prévu par le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le code de procédure pénale, est présidée par le chef de l'établissement pénitentiaire ou son représentant. Sa consultation est obligatoire pour l'examen des parcours d'exécution de peine (PEP) des personnes condamnées (article D. 89 du Code de procédure pénale) et facultative pour toute autre situation la justifiant. Elle a pour objectif une connaissance partagée de la situation globale d'une personne détenue tout au long de son parcours de détention. Dans les établissements accueillant des personnes mineures, cet objectif est dévolu à la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire (article D. 514 du Code de procédure pénale) à laquelle participe le service de la PJJ dans la mesure où l'accompagnement éducatif concerne également l'accès aux soins.

Les professionnels de santé - *représentant des équipes soignantes de l'unité de consultations et de soins ambulatoires*

ou du service médico-psychologique régional désigné par l'établissement de santé de rattachement - sont invités à y participer en fonction de l'ordre du jour et apportent des éléments permettant une prise en charge plus adaptée des patients détenus, grâce à une meilleure articulation entre les professionnels, dans le respect du secret médical. Suivant le principe du partage d'informations au sein de ces instances, ils peuvent également être destinataires d'informations de la part des autres professionnels présents, et qui seront utiles à la prise en charge thérapeutique de leurs patients dans les conditions prévues par le tableau joint à la présente.

La participation des professionnels de santé à ces instances est organisée selon les principes suivants :

- ❖ Le représentant du personnel soignant est désigné par l'établissement de santé de rattachement. Il est souhaitable dans un souci de continuité que cette représentation soit assurée par un même personnel. Si un médecin a été désigné, il peut déléguer cette fonction de représentant à un personnel infirmier, tenu au secret professionnel conformément à l'article R. 4312-4 du Code de la santé publique. À l'occasion de cette délégation, le médecin rappelle à l'infirmier ses conditions d'intervention au sein de la commission pluridisciplinaire unique au regard du droit au respect au secret médical reconnu aux personnes détenues ;
- ❖ Il revient au chef de l'établissement pénitentiaire de veiller à ce que l'ordre du jour des réunions soit communiqué,

au moins cinq jours avant leur tenue, au représentant désigné par l'établissement de santé de rattachement, lorsque la CPU examine le parcours d'exécution de la peine. Dans les autres cas, aucun délai n'est prescrit. Il convient toutefois de respecter un délai minimum de prévenance de trois jours pour permettre de préparer dans de bonnes conditions la réunion.

Celui-ci comporte la liste exhaustive des personnes détenues dont la situation sera évoquée, afin de permettre à l'équipe soignante de préparer ces réunions, et notamment d'informer les personnes détenues concernées de l'échange d'informations envisagé. Si la personne détenue concernée est mineure, les titulaires de l'autorité parentale sont informés de l'échange d'informations envisagé. Cette information préalable de la personne détenue et l'échange prévu à son sujet doivent s'exercer dans le strict respect des dispositions de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La participation effective des professionnels de santé aux réunions de la CPU qui traitent de la prévention du suicide est fortement recommandée ;

❖ Chaque réunion fait l'objet d'un relevé des avis, communiqué aux professionnels de santé, qui peuvent formuler, par écrit, toute remarque qui est intégrée dans le dossier de la personne détenue ;

❖ L'instauration de protocoles dans ce domaine est indispensable pour garantir dans la durée un fonctionnement efficace et harmonisé. Ces protocoles doi-

vent tenir compte des éventuelles spécificités concernant les personnes mineures incarcérées.

Nous vous remercions de nous faire connaître les éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ces recommandations.

Le préfet, directeur de l'administration pénitentiaire
Henri MASSE

Le directeur de la protection judiciaire de la jeunesse
Jean-Louis DAUMAS

Le directeur général de l'offre de soins
François-Xavier SELLERET

Le directeur général de la santé
Jean-Yves GRALL

REMERCIEMENTS

Le présent guide a été produit par la direction des activités du siège national, avec la participation active de professionnels volontaires, que nous remercions. La coordination des travaux a été assurée par Franck LECAS, chargé de mission « établissements de soins / application de la Loi Evin ».

Pour échanger sur vos pratiques, n'hésitez pas à contacter ces professionnels :

Séverine HUBERT, visiteuse sociale et Aurélie GALLET, éducatrice spécialisée,
A.N.P.A.A. 01, Bourg-en-Bresse [CP de Bourg-en-Bresse (690 places)]

Jamel HOUSNI, éducateur spécialisé,
A.N.P.A.A. 04, Digne [MA de Dignes (35 à 45 personnes détenues)]

Serge SANNA, éducateur spécialisé,
A.N.P.A.A. 05, Gap [MA de Gap (31 places + 6 en semi-liberté)]

Françoise VAN LIERDE, directrice de CSAPA,
A.N.P.A.A. 10, Troyes [CD de Villenauxe-la-Grande (600 places),
MA Troyes (150 prévues / 180 personnes détenues),
maison centrale Clairvaux (80 places)]

Hélène BELLANGER, accompagnatrice sociale
et Virginie BOUMAHROUK, infirmière,
A.N.P.A.A. 16, Angoulême [MA d'Angoulême (205 places)]

Chloé Marcel, animatrice socio-éducative,
A.N.P.A.A. 18, Bourges [MA de Bourges (118 places)]

Amélie PEYROL, éducatrice spécialisée, A.N.P.A.A. 19, Tulle, [CD d'Uzerche
(600 places), MA de Tulle (70 places)]

Bernard ANGOSTO, éducateur spécialisé,
A.N.P.A.A. 30, Nîmes [MA de Nîmes (190 places, 400 personnes détenues)]

St BOUSSANGE, psychologue,
A.N.P.A.A. 45, Orléans [MA d'Orléans (400 places),
futur centre pénitentiaire d'Orléans (800 places)]

Marie Odile SOULIER, éducatrice spécialisée,
A.N.P.A.A. 48, Mende [MA de Mende (48 places)]

Marie Hélène AUTANT PARCOT, infirmière,
A.N.P.A.A. 63, Clermont-Ferrand [MA de Riom (133 places),
MA de Clermont-Ferrand (70 places, 90 personnes détenues),
CD de Riom (168 places)]

Joël FIARDET, attaché de direction,
A.N.P.A.A. 70, Vesoul [MA de Vesoul (55 places), MA de Lure (60 places)]

Clarisse LAVERGNE, éducatrice spécialisée,
A.N.P.A.A. 81, Albi [MA d'Albi (138 places),
CD de Saint-Sulpice-la-Pointe, (75 places)]

Sabine THEVENIN, visiteuse sociale
et Thierry BLANCHARD, éducateur spécialisé
A.N.P.A.A. 89, Auxerre [MA d'Auxerre (92 places, 150 personnes détenues),
CD de Joux-la-Ville (600 places)]

Nos remerciements vont également à Delphine Jarraud, adjointe à la direction nationale des activités, qui a relu le guide.

Ce guide a été réalisé avec le soutien de la direction générale de la santé et de l'Assurance Maladie.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Contactez directement les comités A.N.P.A.A. qui présentent leurs expériences.
Toutes les coordonnées sur le site anpaa.asso.fr

POUR EN SAVOIR PLUS
anpaa.asso.fr

Vos questions, vos suggestions
contact@anpaa.asso.fr

Suivre l'actualité A.N.P.A.A. et en addictologie



20, rue Saint-Fiacre 75002 Paris
Tél. : 01 42 33 51 04

Les multiples acteurs gravitant en prison autour de l'accompagnement et du soin des addictions et du suivi des peines en lien avec la consommation d'un produit psychoactif, ne peuvent travailler isolément s'ils veulent parvenir aux objectifs qui leurs sont fixés par les textes réglementaires : repérage des addictions, diagnostic, projet de soins, préparation à la sortie. Dans ces instructions, un mot revient souvent : la coordination. Mais les professionnels le savent bien ; la coordination, les partenariats ne s'imposent pas ; ils se construisent. Le CSAPA référent carcéral de par son approche médico-sociale a toutes les cartes en main pour parvenir à se placer comme une interface idéale entre le soin, le social, le suivi des peines et la réinsertion.

Différents textes, relayés par des financements dédiés ont présidé à la mise en place de ce dispositif récent. C'est dans le but d'apporter un éclairage complémentaire à l'aspect réglementaire que ce document a été initié par la Direction Nationale des Activités de l'A.N.P.A.A. Il s'appuie sur des entretiens individuels menés avec des professionnels de terrain, confrontés à des situations extrêmement variées, notamment s'agissant de la nature et de la taille des établissements pénitentiaires dans lesquelles ils interviennent.

Compte tenu de ces contextes hétéroclites, ce « guide » n'a pas pour vocation à imposer telle ou telle pratique. Cependant, certains traits communs ont pu être identifiés, donnant lieu à des points de repères. D'autres points trop liés au contexte local pour prétendre à une généralisation sont relatés car ils illustrent assez bien, au même titre que les témoignages, l'esprit qui a été impulsé à l'origine de cette mesure.

Novembre 2015

20, rue Saint-Fiacre 75002 Paris
Tél. : 01 42 33 51 04
contact@anpaa.asso.fr

