

Les CSAPA référents en milieu pénitentiaire

*Vers une meilleure
identification*

Depuis 2012, les CSAPA référents en milieu pénitentiaire complètent le schéma d'organisation des soins en détention. Ils ont été institués afin de répondre à un besoin de renforcement de la préparation à la sortie et d'accompagnement des personnes détenues ayant des conduites addictives. Leur mise en place s'est faite de manière hétérogène et insuffisamment lisible, sans cahier des charges formalisé. Ainsi, de nombreux professionnels de CSAPA référents ont fait état d'un certain isolement, de difficultés à s'approprier le cadre de leurs missions et à s'inscrire dans un réseau partenarial local. Partant de ces constats, la Fédération Addiction a mené, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé, un projet de deux ans afin de proposer des repères sur la mission de CSAPA référent, d'améliorer leur visibilité et de permettre leur mise en réseau. Pour ce faire, un groupe de travail composé de professionnels travaillant en CSAPA référent et de partenaires a été constitué. Un état des lieux des pratiques professionnelles des CSAPA référents a été réalisé et 3 journées régionales ont été organisées. Ces travaux ont permis de faire émerger une grande diversité de situations mais aussi des pratiques partagées. Ce document a pour objectif d'appuyer la reconnaissance et l'installation durable de cette mission en rendant lisible ce socle de pratiques communes.

CSAPA référent en milieu pénitentiaire : une nouvelle mission

L'intervention en milieu carcéral : une activité classique des CSAPA

L'organisation des soins des addictions en prison fait intervenir différents acteurs, parmi lesquels les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ces derniers peuvent, dans le cadre d'une mission facultative, intervenir auprès des personnes détenues ou sortant de prison (d'après la circulaire de 2008 relative à leur mise en place¹). Ainsi, en 2016, 202 CSAPA (sur 375) ont indiqué intervenir en prison au sein de 162 établissements pénitentiaires différents².

Il peut s'agir de CSAPA :

- situés à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire, rattachés à l'hôpital assurant les soins dans l'établissement (il y en a 11³) ;
- situés à proximité de l'établissement, rattachés à un hôpital ou à une association.

Ces CSAPA accompagnent les personnes présentant des conduites addictives pendant leur incarcération (consultations, prescription des traitements de substitution aux opiacés, etc.) et peuvent également préparer à la sortie. Certains CSAPA interviennent dans une seule prison, d'autres dans plusieurs établissements. Il arrive même qu'un établissement accueille l'intervention de plusieurs CSAPA.



Pour plus d'informations sur l'organisation des soins des addictions en détention, se référer au guide « Addictions : la continuité des soins des personnes détenues » publié par la Fédération Addiction et l'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP).

Ce guide est téléchargeable sur www.federationaddiction.fr et www.sante-prison.com

La persistance de difficultés dans la préparation à la sortie des personnes détenues en situation d'addiction mais aussi le manque d'articulation entre partenaires de l'intérieur et de l'extérieur de la prison, ont motivé la création de la mission de CSAPA référent. Elle a constitué une avancée notable dans la reconnaissance de la nécessité de moyens supplémentaires et dans la consécration de la sortie de prison comme une étape cruciale qu'il faut préparer au mieux.

Plusieurs textes réglementaires sont venus préciser cette mission et les moyens alloués. En revanche, aucun cahier des charges n'a été élaboré, laissant les professionnels des CSAPA et les Agences régionales de santé (ARS) relativement isolés.

► **Le CSAPA référent ne s'envisage donc pas comme un dispositif à part entière mais comme une nouvelle mission attribuée à certains CSAPA.**

1. Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

2. OFDT, DGS, « Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016- Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016, analyse des données des rapports d'activité des CSAPA », Octobre 2018

3. La liste des 11 CSAPA est disponible dans le rapport de l'OFDT précédemment cité.

Une fonction principale de préparation à la sortie précisée par les textes

Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

Dans sa mesure 12, ce plan prévoit notamment de renforcer de 0,5 ETP de travailleur social les CSAPA situés à proximité d'un établissement pénitentiaire et identifiés comme intervenant privilégié de cet établissement. L'objectif affiché est de « garantir l'action d'un acteur de terrain en matière de prise en charge à l'intérieur et hors de la prison ».

L'Instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention

Dans cette instruction, est mentionné pour la première fois le terme de « CSAPA référent ». Ce texte précise que la fonction du professionnel du CSAPA référent est d'assurer l'articulation avec les partenaires extérieurs en vue de la préparation de la sortie. En fonction des organisations locales, il peut également assurer l'accompagnement en addictologie des personnes détenues (définition du projet de soins, suivi, etc.).

La circulaire budgétaire du 26 septembre 2011 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2011

Cette circulaire confirme que les CSAPA référents sont dotés de 0,5 ETP pour remplir ce rôle, quels que soient la taille et le type d'établissement pénitentiaire. Ce texte précise que les éducateurs spécialisés sont la profession ciblée. Il informe également que la désignation des CSAPA référents et l'affectation des crédits relèvent des ARS.

L'instruction interministérielle du 15 septembre 2015 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2015 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Cette instruction flèche de nouveaux crédits pour renforcer de 0,5 ETP l'action des CSAPA référents intervenant dans les établissements pénitentiaires de plus de 500 places. Cette mesure a concerné un tiers des CSAPA référents. Il existe cependant des disparités dans l'application de cette mesure, en fonction de la région et de l'établissement.

La plus-value d'un profil de travailleur social

Le CSAPA référent est doté, selon les textes, d'un mi-temps d'éducateur spécialisé. Le choix d'un travailleur social s'avère pertinent car ces professionnels ne s'inscrivent ni dans le champ de la justice ni complètement dans celui du soin. Cela leur confère une certaine neutralité aux yeux des personnes détenues et des différents acteurs. De plus, cette catégorie professionnelle est reconnue pour sa capacité à proposer un accompagnement global et à animer un réseau partenarial. Ils peuvent ainsi accompagner la personne détenue pour préparer la sortie mais aussi assurer un rôle d'articulation entre les différents partenaires à l'intérieur et à l'extérieur de la prison.

Les CSAPA référents : des situations hétérogènes

La désignation des CSAPA référents s'est échelonnée de 2012 à début 2014 et a été réalisée de manière variable. Parfois, plusieurs CSAPA ont été désignés référents d'un même établissement pénitentiaire, souvent en maintenant une distinction alcool/drogues illicites. Ceci alors que l'un des objectifs était de simplifier l'organisation des soins en missionnant un seul acteur sur la préparation à la sortie. Dans certaines situations, ce sont les CSAPA implantés en prison qui ont été désignés. Or, le but était d'apporter le regard et les facilités d'un CSAPA extérieur, pour favoriser l'articulation avec les partenaires du milieu ouvert.

L'étude des modalités d'accompagnement des CSAPA référents par les ARS, réalisée par la Fédération en 2013, a fait en outre apparaître une diversité de pratiques.

En effet, dans certaines régions, la décision de nomination a été diffusée aux CSAPA référents concernés. Des concertations ont eu lieu entre les différents partenaires de la détention et l'ARS pour définir conjointement une fiche de poste et/ou un protocole organisationnel. Dans d'autres territoires, le cadrage a été nettement moindre (absence de diffusion d'une fiche de poste voire de la décision de nomination), laissant les CSAPA référents en complète autonomie. L'absence d'un cahier des charges travaillé en amont et de communication auprès des CSAPA référents et de leurs partenaires, ont ainsi entravé la visibilité et la lisibilité de cette nouvelle mission.

L'état des lieux des pratiques professionnelles des CSAPA référents a été réalisé au moyen d'un questionnaire diffusé par courrier et par voie électronique à l'ensemble des CSAPA référents (126). Ces 126 CSAPA référents sont gérés par 36 centres hospitaliers et 49 associations. La moitié des CSAPA référents y ont répondu. Parmi ceux-ci, on compte 71% de structures adhérentes à la Fédération Addiction.

• Caractéristiques des répondants

60 % des répondants sont des CSAPA externes à gestion associative. Le reste sont des CSAPA à gestion hospitalière (CSAPA extérieurs et internes à la prison). Plus des trois quarts intervenaient déjà en prison avant d'être nommés référents. Cette intervention était peu tournée vers la préparation à la sortie, mais davantage sur l'accompagnement en addictologie. La moitié des répondants interviennent en maison d'arrêt uniquement, 27% dans plusieurs établissements. La moitié des répondants travaillent dans des établissements de plus de 500 personnes détenues, 30% dans des prisons de 200 à 500 personnes.

Dans un certain nombre de situations, les temps salariés mobilisés sur le poste ne sont pas que des temps de travailleurs sociaux mais des temps composites (un travailleur social et un médecin, psychologue ou infirmier). On peut donc supposer que ce morcellement du temps de travail rend difficile l'identification de la mission de CSAPA référent.

• Conditions de travail des professionnels

Très peu de professionnels disposent de locaux propres ; 60% des répondants travaillent dans les locaux des professionnels soignants (unité sanitaire, SMPR⁴). Les autres interviennent dans d'autres lieux (bureau du SPIP, parloir avocat, salles de classe...). Cela questionne donc la visibilité de la mission pour les partenaires et les personnes détenues. De même, moins de la moitié ont accès à internet, à un ordinateur, à une ligne téléphonique et très peu possèdent un téléphone portable professionnel. Ce dénuement est un réel frein pour remplir la fonction première de préparation à la sortie.

• Visibilité de la mission auprès des partenaires et des personnes détenues

Plus de la moitié des répondants utilisent des outils d'information à destination des partenaires et les trois quarts à destination des personnes détenues (principalement des plaquettes ou flyers, mais aussi des reportages diffusés sur la chaîne tv de la prison ou dans les journaux internes).

Toutefois, on remarque que très peu de demandes d'accompagnement émanent des personnes détenues (11%). Il apparaît donc important de mieux les informer de l'existence du CSAPA référent, de ses modalités de travail et de la possibilité de contact direct.

• La définition du rôle du CSAPA référent

La préparation à la sortie et la coordination des acteurs sont majoritairement évoquées par les répondants. Dans la moitié des cas, les CSAPA se présentent comme un « maillon » entre le dedans et le dehors. L'élaboration du projet de soin occupe également une place importante pour un quart des répondants.

Certains professionnels assurent en plus des activités relevant normalement des missions d'un CSAPA classique intervenant en prison : participation au repérage (41%), à l'évaluation des conduites addictives, organisation d'actions de prévention.

Les professionnels citent dans une moindre mesure l'accompagnement physique des personnes détenues lors de permissions de sortir et la fonction ressource en cas de sortie non anticipée. Ces actions apparaissent comme secondaires alors même qu'elles ont trait à la préparation à la sortie. Le rôle d'interface entre le SPIP et l'unité sanitaire, ainsi que la coordination entre les acteurs sont plus rarement mentionnés.

La moitié des CSAPA répondant indiquent que leurs interventions sont individuelles uniquement. 44% des répondants intègrent également des actions collectives (groupes de parole, groupes de prévention...).

Dans le cadre de la préparation à la sortie, presque la totalité des répondants interviennent dans l'élaboration du projet de soin ambulatoire et une grande majorité dans le projet de soins résidentiels. Un peu plus de la moitié aident à rechercher un hébergement et accompagnent la personne lors de permissions de sortir. Les trois quarts indiquent être en lien avec les autres CSAPA référents de leur territoire.

• Formalisation de l'intervention du CSAPA référent et lien avec les partenaires

L'intervention du CSAPA référent est relativement bien institutionnalisée. En effet, il existe un protocole ou une convention pour 67% des répondants (convention entre CSAPA et établissement pénitentiaire, entre établissement de santé, CSAPA et établissement pénitentiaire, etc.) .

Si les relations avec les autres professionnels du soin sont généralement formalisées (outils de liaison, réunions régulières), il en est autrement avec les partenaires judiciaires. Moins de la moitié des répondants participent à des réunions organisées avec l'administration pénitentiaire. De plus, 66% ne participent pas à la Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) de l'établissement⁵.

Il apparaît donc que les modalités d'intervention des CSAPA référents sont influencées par de nombreux facteurs, parmi lesquels la taille et le type d'établissement pénitentiaire, les caractéristiques de la population pénale, l'organisation des soins et les dispositifs en présence, la configuration de l'établissement. Il en résulte que certains CSAPA référents interviennent dans le cadre strict de leur mission tandis que d'autres proposent des actions complémentaires relevant habituellement des activités d'un CSAPA intervenant en milieu pénitentiaire.

Cette situation rend donc peu claire la mission de CSAPA référent et sa plus-value.

4. Voir définition dans la partie « Les partenaires de l'intérieur de la prison », p.9

5. Voir p.11

Le rôle du CSAPA référent dans les établissements et quartiers pour mineurs

S'il n'est pas stipulé dans les textes que les CSAPA référents n'ont pas à être présents dans les quartiers ou établissements pour mineurs (EPM), force est de constater que très peu y interviennent, alors même que les détenus mineurs sont tout autant concernés par les conduites addictives. Cela peut s'expliquer par le nombre très faible de mineurs incarcérés proportionnellement au nombre de majeurs, mais également par la particularité de leur régime de détention.

Ils sont en effet suivis individuellement par une équipe pluridisciplinaire, notamment par des éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Ces professionnels ont pour mission de faire le lien avec les services de la PJJ extérieurs à l'établissement pénitentiaire. Le suivi entre le dedans et le dehors est donc assuré.

Lorsqu'un accompagnement pour des problèmes d'addiction est nécessaire, il entre plutôt dans le cadre habituel d'intervention d'un CSAPA intervenant en détention ou d'une Consultation Jeunes Consommateurs.

Le cœur de la mission CSAPA référent

L'instruction du 17 novembre 2010 précise les principaux temps de la prise en charge des personnes détenues en situation d'addiction. Elle donne les contours de la mission CSAPA référent, qui intervient :
- dans « la définition d'un projet de soin adapté, si besoin spécialisé, accessible dans le cadre de la détention et assuré, selon les besoins de la personne et les organisations locales, par un médecin addictologue, un professionnel d'une équipe de liaison du centre hospitalier de rattachement de l'unité sanitaire, un professionnel du CSAPA référent ».

- dans « 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 possibles et se concevoir en tant que de besoin en articulation avec les conseillers d'insertion du service pénitentiaire 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 (...) que les contacts sont établis ».

► **Le cœur de la mission CSAPA référent recouvre donc la préparation à la sortie, en lien avec la participation à l'élaboration du projet de soins.**

1. La préparation à la sortie

Pour permettre la continuité des soins et la mise en œuvre du projet élaboré pendant la détention, le CSAPA référent doit s'articuler avec différents intervenants. On trouve ainsi :

- **Le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP)**, qui est chargé de l'élaboration du projet d'insertion et d'orienter la personne vers les partenaires en mesure de répondre à ses besoins. Le CPIP s'assure que le projet est compatible avec la peine prononcée. Si nécessaire, il en fait une présentation au Juge de l'Application des Peines (JAP) en émettant un avis sur ce projet, dans une optique de prévention de la récidive.

- **Les professionnels de l'Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP)** qui assurent la continuité des soins médicaux et des traitements en cours et notamment les traitements de substitution aux opiacés (TSO).

Dans ce cadre, le professionnel du CSAPA référent doit s'assurer qu'une ordonnance est remise au moment de la sortie et que le relais avec les partenaires extérieurs a bien été anticipé (structures spécialisées en addictologie ambulatoires ou résidentielles, structures d'hébergement, famille, etc.).

Dans le cadre de permissions de sortir et en fin de peine, l'intervenant du CSAPA référent peut être amené à accompagner physiquement la personne détenue au sein de structures partenaires extérieures (Centres d'hébergement, centres d'accueil d'urgence et de transition, CPAM, ...).

La difficulté à anticiper les dates de fin de peine en maison d'arrêt est l'un des principaux freins rencontrés par les CSAPA référents.

→ **Définir le projet de sortie avec la personne détenue le plus tôt possible pour anticiper les différentes tâches nécessaires à une bonne continuité des soins.**

Afin d'évaluer au mieux les remises de peines et la date de sortie possibles, il est également indispensable d'être en relation régulière avec les CPIP. Dans certains cas, faute de coordination suffisante entre les intervenants ou parce que la personne détenue sollicite plusieurs professionnels, plusieurs projets peuvent se monter en parallèle pendant la détention.

→ **Assurer un point régulier avec les partenaires impliqués dans l'accompagnement de la personne.**

La surpopulation pénale récurrente entraîne un nombre important de transferts de « désencombrement » qui peuvent parfois être proches de la date de sortie. Il est donc primordial d'établir des liens entre les professionnels des CSAPA référents des différents établissements pénitentiaires afin de pouvoir, le cas échéant, partager des informations concernant les projets en cours.

Pour favoriser ces liens, la Fédération Addiction a soutenu la mise en place de groupes de travail départementaux ou régionaux entre CSAPA référents.

→ **Mettre en place des groupes de travail régionaux entre CSAPA référents facilite la connaissance mutuelle des acteurs et la communication en cas de transfert.**

Si la demande de la personne détenue ne semble pas adaptée ou relève d'une autre forme d'accompagnement, le professionnel peut lui proposer de revoir son projet ou l'orienter vers un partenaire.

Il est ainsi important de se demander au cours de l'accompagnement :

- « Sommes-nous dans un projet de soin, ou de sortie ? »
- « Ai-je à intervenir ou simplement à réorienter ? »
- « L'intervention doit-elle avoir lieu maintenant et/ou à la sortie ? »

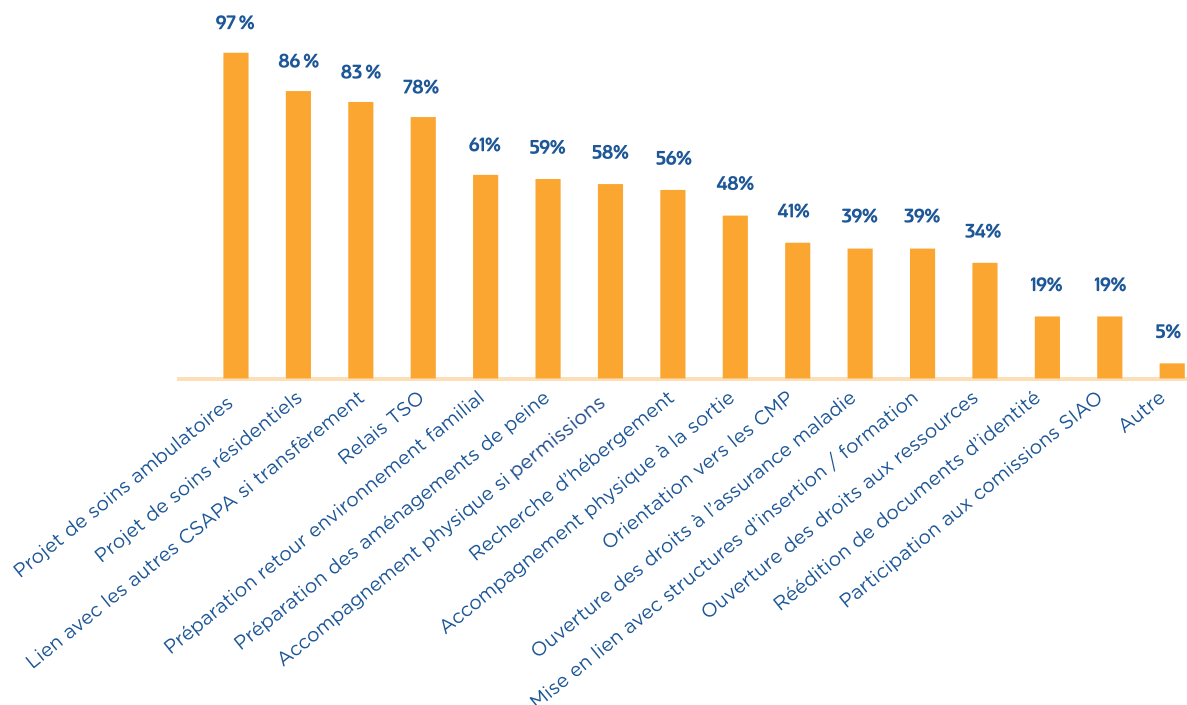
→ **Se limiter à la mission CSAPA référent.**

L'intervenant doit être en mesure de se dégager des enjeux judiciaires ou « opportunistes ». Il peut par exemple définir en amont de la prise en charge, en concertation avec les CPIP et le JAP, les conditions de délivrance d'attestations ou d'éléments nécessaires à la préparation des commissions d'application des peines.

Par ailleurs, le CSAPA référent doit accompagner sur des messages et des outils de réduction des risques, en particulier concernant le risque élevé d'overdose à la sortie de prison : délivrance d'un kit de Naloxone...

► **Le CSAPA référent assure donc un rôle de lien et de coordination entre les différents acteurs qui interviennent dans la mise en place du projet de sortie de la personne détenue.**

Dans quels domaines intervenez-vous dans le cadre de la préparation à la sortie ? **n=64**



L'accompagnement à l'extérieur et la responsabilité du CSAPA référent.

A l'occasion de permissions de sortir ou d'aménagement de peine, le professionnel du CSAPA référent peut être amené à accompagner physiquement la personne hors de l'établissement pénitentiaire ; ce qui présente plusieurs avantages :

- le renforcement du lien ;
- l'autonomisation de la personne ;
- le renforcement des partenariats avec les structures de l'extérieur.

► La personne détenue est celle qui s'engage auprès du Juge de l'application des peines dans un projet de permission ou d'aménagement de peine. C'est donc elle qui devra rendre des comptes en cas de manquement éventuel à ses obligations (non-respect, non réintégration de l'établissement). Le professionnel accompagnant n'a ni le droit ni le pouvoir de s'opposer à la personne dans ses choix. Il ne peut donc être tenu responsable de ses manquements.

Il est recommandé, pour lever toute ambiguïté, d'en parler au préalable avec la personne détenue accompagnée, voire de le notifier par écrit sous forme d'engagement moral entre les deux parties-prenantes.

Il est également recommandé de rappeler cette position aux partenaires de la Justice.

2. ...en articulation avec le projet de soins

→ **Le rôle du CSAPA référent doit rester centré sur la préparation à la sortie de la personne détenue, en articulation avec son projet de soins.**

Pour rappel, le projet de sortie et le projet de soins sont distincts :

- le projet de sortie, accompagné par le CPIP, vise à organiser les conditions de la réinsertion de la personne une fois celle-ci sortie de prison. Ce projet peut impliquer un aménagement de peine, permettant ainsi une sortie anticipée de détention.
- le projet de soins intègre la prescription et le suivi des traitements de substitution ou du sevrage, la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques ainsi que le suivi psychologique⁶. Travaillé au cours de la détention, il doit permettre d'assurer la continuité des soins à la sortie de prison, et peut coexister avec un aménagement de peine.

► **L'articulation entre le projet de soins et le projet de sortie est donc indispensable.**

Si la mise en place du projet de soins relève des activités d'un CSAPA classique intervenant en détention, le CSAPA référent peut, dans certaines configurations, participer à son élaboration.

Ses priorités d'actions varient en fonction du type d'établissement et du réseau partenarial mobilisable.

Son implication dans le projet de soins ne sera donc pas la même...

...en **maison d'arrêt**, où le nombre de personnes détenues est très important du fait de la surpopulation carcérale, les peines relativement courtes, et le flux de personnes détenues élevé. L'intervention du CSAPA référent doit donc se recentrer autour de la préparation à la sortie, et ce le plus tôt possible afin de prévoir les transferts, la durée courte des séjours et les sorties suite à un aménagement de peine.

...ou en **établissement pour peines**, où les peines sont plus longues et les dates de sorties mieux anticipées. La distinction entre mise en place du projet de soins et préparation à la sortie est donc plus marquée. En effet, la préparation à la sortie n'intervient que quelques mois avant la fin de la peine alors que la préparation du projet de soins peut s'étaler sur une plus longue durée.

Une nécessité de composer avec des temporalités différentes

Le temps pénal, le temps carcéral et le temps du soin sont des temps distincts qu'il n'est pas toujours simple de concilier pour les professionnels soignants :

- Le temps pénal est celui de l'instruction, du jugement et de la peine prononcée, assortie parfois de sursis, et/ou combinant condamnations, révocations de mesures, peines récentes, voire anciennes peines non encore mises à l'exécution.
- Le temps carcéral dépend de la durée de la peine prononcée, mais aussi des remises de peines, des mesures d'aménagement de peine et de libération sous contrainte. Il est difficile de connaître avec précision la date de sortie d'une personne détenue, même quelques jours avant celle-ci. C'est particulièrement le cas en maison d'arrêt.

- Le temps du soin : on en connaît le début (celui de la prise en charge en cours), mais non la durée, ni les aléas qui le jalonnent. La temporalité du soin est différente d'un dispositif et d'une personne à l'autre, et en fonction du maintien ou non de l'accompagnement après la sortie.

Cette réalité nécessite souvent d'inscrire la réflexion et la construction du projet de soins dans une logique de long terme, tout en étant préparé à des réponses rapides, parfois d'urgence.

► **Ces différences de rythmes nécessitent un véritable effort de pédagogie et d'articulation entre tous les intervenants.**

Respecter la parole et le libre arbitre de la personne détenue

Il est important que le CSAPA référent soit attentif au libre arbitre de la personne détenue et au respect de sa parole ; particulièrement en prison où celle-ci est privée de son autonomie. Il est recommandé de :

- Rappeler en préalable lors des entretiens le cadre déontologique et la confidentialité des échanges.

- Une fois le rapport de confiance établi, il doit être précisé à la personne que les informations qui pourraient être transmises ou partagées ne le seraient qu'avec son accord préalable, formalisé par écrit dans l'idéal.

6. D'après l'instruction du 17 novembre 2010 précédemment citée.

Les activités périphériques

Les activités périphériques du CSAPA réfèrent correspondent aux différentes tâches qu'il est amené à prendre en charge et qui dépassent son cœur de mission.

Elles sont indispensables à la bonne continuité des soins à la sortie de prison. En effet, en fonction des établissements et de leur organisation interne, il peut incomber au professionnel du CSAPA réfèrent d'assurer des tâches qui relèveraient réglementairement des missions des CPIP ou de celles de l'Unité sanitaire⁷.

L'état des lieux mené auprès des CSAPA réfèrents indique ainsi qu'ils interviennent :

- dans la recherche d'hébergement (56%)
- dans l'ouverture des droits à la santé (39%)
- dans la mise en lien avec des structures d'insertion (39%)
- dans l'ouverture des droits aux ressources (19%)
- dans la réédition de documents d'identité (19%)

La confusion autour de certaines de ces activités peut nuire à l'implication des autres partenaires et représenter un temps de travail supplémentaire aux activités spécifiques du CSAPA réfèrent.

➔ **Définir les tâches qui incombent à chaque intervenant et établir une convention portant sur cette répartition entre l'Administration Pénitentiaire, le Service pénitentiaire d'insertion et de probation, le CSAPA réfèrent et l'Unité sanitaire.**

Afin que la sortie se déroule dans les meilleures conditions et que la continuité des soins soit assurée, il est nécessaire de vérifier qu'un certain nombre d'actions ont été réalisées, en lien avec les partenaires.

► La « check-list » proposée ci-après reprend les principaux points à vérifier avant la sortie avec les partenaires de l'intérieur de la prison. Elle recense également les tâches à réaliser après la sortie de prison et permet de rappeler comme de rendre plus lisibles les différentes tâches réalisées par le CSAPA réfèrent.

Pour chaque item, les questions pourront être :

- La personne suivie est-elle concernée ?
- Si oui, où en est sa situation ? Que reste-t-il à faire ?
- Qui devrait s'en occuper ? Qui peut s'en occuper ?
- Si ce n'est pas fait avant la sortie, qui solliciter à l'extérieur ? Qui contacte ce partenaire ?

Avant la sortie, ou pour la préparer :

- ☐ Le projet principal de la personne (soin ? insertion ? sortir plus vite ? pas de projet ?)
- ☐ Transmission des coordonnées des CSAPA, CAARUD, et groupes d'entraide du secteur de vie habituel
- ☐ Continuité de la couverture de santé à la sortie (CMU-C, ALD, AME....)
- ☐ Documents administratifs (carte nationale d'identité, compte bancaire, etc...)
- ☐ Soins somatiques en cours et liens avec USMP, puis après la sortie
- ☐ Soins psychiatriques en cours et liens avec le secteur psychiatrique
- ☐ Hébergement à la sortie
- ☐ Ressources à la sortie
- ☐ Contraintes de justice et peines encore en suspend
- ☐ Permissions de sortir et aménagements de peine
- ☐ Date de sortie
- ☐ Environnement socio-familial, et/ou information des familles sur le projet
- ☐ Adaptation du traitement en prévision de la sortie
- ☐ Lettre de liaison médicale
- ☐ Tutelle-curatelle et/ou MDPH
- ☐ Transport à la sortie

Et juste après la sortie :

- ☐ Relais TSO et traitements
- ☐ Relais médical et psychiatrique
- ☐ Adresse administrative, domiciliation
- ☐ Transfert du Centre National de gestion de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE) vers la CPAM du secteur d'habitation de la personne.
- ☐ Ouverture des droits à prévoir (compte bancaire, pôle emploi, CAF, MDPH)
- ☐ Suivis SPIP (SME, ou SSJ...)
- ☐ Nécessité d'un accompagnement RDR

Les partenaires privilégiés du CSAPA référent

Les partenaires de l'intérieur de la prison :

• L'Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP)

Rattachée à un hôpital de proximité, l'unité sanitaire a pour objectif la prise en charge globale de la santé des personnes détenues et la continuité des soins après l'incarcération. Ses missions se déclinent comme suit :

- repérer les problématiques de santé à l'arrivée
- dépister les infections sexuellement transmissibles
- assurer les soins en milieu pénitentiaire
- assurer la prise en charge hospitalière par l'accueil hospitalier
- favoriser le suivi des soins médicaux après la détention, par la coordination d'actions avec tous les partenaires concernés
- développer la prévention par des actions d'éducation à la santé.

Les textes réglementaires⁸ indiquent que l'unité sanitaire est en charge du pilotage de l'organisation des soins en matière d'addiction. Elle rédige un protocole organisationnel local et en impulse la mise en œuvre. Il comprend :

- la nomination de la personne coordinatrice des soins en matière d'addiction
- la mention du CSAPA référent nommé par l'ARS
- la place et le rôle des différents intervenants, en tenant compte des spécificités locales.

L'unité sanitaire est également en charge du repérage des conduites addictives à l'entrée en détention.

• Le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) et les Dispositifs de Soins Psychiatriques (DSP)

Il n'existe que 26 SMPR dans les établissements pénitentiaires. Les autres établissements sont dotés de Dispositifs de Soins Psychiatriques, rattachés au même hôpital que celui de l'USMP ou rattachés à un établissement de santé mental de secteur.

Leurs missions sont la prévention, le diagnostic et les soins des troubles psychiques en détention. Cela inclue donc aussi une mission de lutte contre les addictions, dans le cadre du suivi ambulatoire mis en œuvre dans chaque établissement (niveau I), dans les lieux d'hospitalisation de jour (niveau II), ou d'hospitalisation complète dans les UHSA (niveau III)⁹.

• Le CSAPA interne

Dans les 11 établissements qui en bénéficient, il assure la prise en charge des personnes ayant une problématique addictive et est généralement rattaché au SMPR.

• Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP)

Le SPIP est un service déconcentré de l'administration pénitentiaire. Il assure le contrôle, l'évaluation et la prise en charge des personnes placées sous main de justice, en milieu ouvert et en milieu fermé. Il est composé de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, placés sous l'autorité de directeurs pénitentiaires d'insertion et de probation, mais également d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des psychologues et des assistants de service social.

La circulaire du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des SPIP précise que le SPIP « participe à l'exécution des décisions et sentences pénales, au maintien de la sécurité publique et doit s'organiser de manière à lutter efficacement contre la récidive en favorisant la réinsertion des personnes ».

En milieu fermé, les conseillers :

- aident à la décision judiciaire et à l'individualisation des peines, selon l'évaluation qui est faite de la personne et le plan d'accompagnement qui en découle ;
- aident à la préparation à la sortie de prison, en facilitant l'accès des personnes aux dispositifs d'insertion et de droit commun et en s'assurant de l'ouverture des droits sociaux ;
- apportent leur assistance pendant l'exécution de la peine de prison et mettent en œuvre des actions individuelles et collectives ;
- luttent contre la désocialisation des personnes détenues (aide au maintien des liens familiaux, aide à l'accès à la culture, etc.).

Les différences de cultures et d'objectifs entre SPIP et CSAPA référent peuvent susciter des incompréhensions, accentuées par les contraintes du secret professionnel. Ceci alors qu'une coordination entre ces acteurs est nécessaire pour assurer la continuité des soins à la sortie.

Il est donc recommandé de :

- favoriser la communication formelle et/ou informelle.
- communiquer autour des pratiques professionnelles (cadre d'intervention, objectifs...) afin de déconstruire des représentations et de comprendre la culture de travail de chacun.

Comme le démontre l'état des lieux, des espaces de collaborations existent mais ils ne sont pas assez développés.

⁸. Instruction du 17 novembre 2010 et circulaire du 30 octobre 2012

⁹. Circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

Le partage d'informations :

L'article 1110-4 du code de la santé publique autorise le partage d'informations entre professionnels des secteurs social et médico-social sous conditions qu'ils participent tous à la prise en charge de la personne et que les informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social ou social.

Si les professionnels font partie d'une même équipe de soin (par exemple, dans le cadre d'un partage d'information entre le travailleur social et le médecin d'un même CSAPA), il n'y a pas de nécessité de recueillir le consentement de la personne. Celle-ci doit toutefois être informée au préalable que des informations peuvent être échangées et peut s'y opposer.

S'il s'agit de professionnels d'équipes différentes (par exemple, partage d'information entre le travailleur social du CSAPA référent et les professionnels de l'unité sanitaire), le consentement de la personne doit être préalablement recueilli par tout moyen, y compris de manière dématérialisée. La personne doit être informée de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, mais aussi de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève ou bien de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

Pour plus d'informations, se reporter au Supplément technique « Système d'information : secret professionnel et partage d'information » publié par la Fédération Addiction en mars 2018, disponible sur www.federationaddiction.fr

Participer à la CPU ?

La CPU (Commission Pluridisciplinaire Unique) est le moment privilégié et institutionnalisé des échanges entre des représentants de la détention, de la direction de l'établissement, et des conseillers d'insertion. Y sont abordées les situations individuelles des personnes détenues. Les soignants y sont invités par les textes réglementaires mais les réticences sont nombreuses. En effet la présence d'acteurs du soin et de la justice complexifie les échanges d'informations. Il peut y avoir, selon la taille de l'établissement, une seule CPU régulière, ou des CPU spécialisées (arrivants, sortant, indigents, prévention du suicide...).

Les professionnels souhaitent y participer souvent faute d'autres lieux d'échanges organisés, mais une certaine prudence est souvent nécessaire pour respecter les impératifs de confidentialité et de secret professionnel et faire accepter le principe aux autres intervenants.

Plus que la participation des soignants à la CPU, il s'agit de promouvoir des instances de concertation tournées autour du projet de soin et de sortie, dans lesquelles sont échangées des seules informations utiles à la prise en charge, dans le respect déontologique du secret médical et avec l'accord préalable de la personne détenue.

Faire reconnaître la place du CSAPA référent :

Les CSAPA référents à gestion hospitalière ont obligatoirement un conventionnement avec l'établissement pénitentiaire. Pour les CSAPA à gestion associative, une convention devra être élaborée. Il est ainsi recommandé aux CSAPA référents d'être attentifs à la place qui leur est attribuée dans le protocole organisationnel local.

La mise à jour régulière de ce protocole peut être une opportunité à saisir pour formaliser, préciser, voire réaménager la place du CSAPA référent dans le schéma d'organisation des soins. Cela peut être réalisé notamment par la création de groupes de travail régionaux réunissant les professionnels en addictologie intervenant en détention avec les partenaires institutionnels.

Ainsi, le groupe de travail Hauts-de-France porté par l'Union Régionale de Fédération Addiction a pu préciser les missions des CSAPA référents de l'ensemble de la région, en co-élaboration avec l'ARS. Un cahier des charges, un rapport d'activités et des outils de transmissions ont été formalisés¹⁰.

¹⁰. Ils sont disponibles dans la boîte à outils mise en ligne sur le site de la Fédération Addiction www.federationaddiction.fr/csapa-referent-outils/

Les partenaires de l'extérieur de la prison :

• Les autres CSAPA ambulatoires

Les relais au moment de la sortie sont souvent pris par les CSAPA externes, qu'ils interviennent ou non également en milieu carcéral. C'est principalement le CSAPA de proximité du lieu de vie de la personne sortant de prison qui est concerné. Le CSAPA référent sera donc amené à entrer en relation régulière avec les dispositifs spécialisés extérieurs, parfois dans d'autres régions. Solliciter un autre CSAPA référent pour connaître les relais extérieurs locaux peut être une solution facilitante.

• Les dispositifs spécialisés pour personnes sortant de prison

- Les appartements de coordination thérapeutique spécialisés sortants de prison
- les places relais dans certains CSAPA
- les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition (CAUT)
- les éventuels dispositifs locaux spécifiques

• Les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels

Il existe différents dispositifs de soins résidentiels pouvant prendre en charge le public particulièrement sensible des personnes sortants de prison. L'accès à ces dispositifs ne peut se faire sur simple orientation ; il nécessite une procédure d'admission.

Dans le cadre d'un projet de soins clairement déterminé, peuvent être sollicités :

- les CSAPA résidentiels également appelés Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR)
- les Communautés Thérapeutiques (CT)
- les Appartements Thérapeutiques (AT)
- les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition (CAUT)

Pour plus d'informations, la Fédération Addiction a publié en 2012 un guide sur les dispositifs médico-sociaux de soins résidentiels collectifs. Ce document présente l'historique de ces dispositifs, un panorama et un ensemble de fiches sur les pratiques (cadre de fonctionnement, procédure d'admission, accueil du résident, etc.). Il comporte également un annuaire des différents dispositifs (CT, CTR, CAUT). Le guide est accessible en téléchargement gratuit sur le site de la Fédération Addiction : www.federationaddiction.fr



• Les dispositifs sanitaires

les Service de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA)

• Les dispositifs d'hébergement social

L'un des problèmes majeurs rencontrés par les personnes détenues à la sortie est celui de l'hébergement. Les difficultés d'accès à l'hébergement social pour les personnes précaires sont accentuées par le statut « d'ex-personne détenue » et la date de sortie fluctuante ou difficilement prévisible. C'est un véritable obstacle à toute démarche de réinsertion sociale.

Certains centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) accueillent spécifiquement des sortants de prison mais leur nombre est limité.

La circulaire du 13 mai 2016 organisant la coordination entre SIAO et SPIP permet notamment la mise en place d'expérimentations régionales facilitant l'accès au logement social pour les personnes sortant de prison. Compte-tenu du nombre de personnes présentant des addictions, susceptibles d'être concernées, il semble y avoir ici une piste à investir en partenariat.

Conclusion

Sept ans après la création de cette mission, les CSAPA référents se structurent progressivement comme le montre l'état des lieux réalisé. La mission de CSAPA référent ne fait pas l'objet d'un cadre formalisé, leur travail et leur articulation avec les partenaires sont complexes.

Ce document est un support pour aider les CSAPA référents à se rendre visibles et à mieux se faire connaître. Il propose un socle commun de pratiques. Celui-ci gagnerait à être consolidé en élaborant :

- Un cahier des charges
- Une fiche de poste
- Un rapport d'activité spécifique à cette mission, à distinguer de « l'activité en milieu carcéral du CSAPA ».

Ce cadre devrait se faire :

- Au niveau régional, en partenariat avec les Agences Régionales de Santé, afin de tenir compte des spécificités territoriales ;
- Au niveau local, en promouvant la mission spécifique de CSAPA référent, la place qu'il occupe dans le paysage soignant de l'établissement, les outils d'échanges d'information (et notamment à travers les protocoles de soins aux personnes détenues).

Des modèles de cahier des charges et d'outils partagés sont disponibles dans la « boîte à outils » mise à disposition sur le site internet de la Fédération Addiction (www.federationaddiction.fr/csapa-referent-outils/). Elle comprend également la liste de l'ensemble des CSAPA référents en milieu pénitentiaire. C'est un document indispensable pour faciliter les prises de contact en cas de transfert ou de réorientation d'une situation.

Si avez des commentaires et/ou des compléments à ces outils, n'hésitez pas à nous en faire part à l'adresse suivante : infos@federationaddiction.fr

Pour aller plus loin :

Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé, « Guide méthodologique – prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice », 2017, téléchargeable sur www.justice.gouv.fr et www.solidarites-sante.gouv.fr

Fédération des acteurs de la solidarité, « Personnes sortant de prison ou sous main de justice, guide pratique de l'accueil et de l'accompagnement », 2016, téléchargeable sur www.federationsolidarite.org

ANPAA, « CSAPA référent carcéral, partage de pratiques professionnelles et repères pour agir », guide repères, 2015, téléchargeable sur www.anpaa.asso.fr. L'ANPAA gère 33 CSAPA référents, soit 26% des CSAPA référents en milieu pénitentiaire.

Ce document a été construit sur la base :

- des questionnements et de l'expertise des professionnels et structures membres du groupe de travail :

CSAPA AliA 49, CSAPA La Croisée-AVSEA 88, CSAPA Victor Segalen (92), CSAPA AMT Arc-en-Ciel (34), CSAPA Antenne Toxicomanies-centre hospitalier Le Vinatier (69), CSAPA Kairn 71 - Sauvegarde 71, CSAPA du centre hospitalier de Montauban (82), CSAPA Les Wads-CMSEA (57), l'unité sanitaire de la maison d'arrêt d'Angers, le SPIP des Yvelines (antenne de Versailles).

- des éléments apportés par l'ensemble des professionnels ayant répondu à l'enquête ;

- des échanges entre 140 professionnels ayant participé aux trois journées régionales organisées en 2016 et 2018.

La Fédération Addiction adresse ses remerciements à la Direction Générale de la Santé, pour son soutien, à l'ensemble des acteurs cités précédemment ainsi qu'à Patrick Veteau, membre du Conseil d'administration ayant assuré la référence sur ce projet.

Mars 2019