

Les conditions d'exercice des CSAPA référents en milieu pénitentiaire

Résultats de l'enquête de 2023



Introduction

Depuis 2012, le ministère de la Santé fait intervenir en détention des « CSAPA référents ». Leur principale mission est la préparation de la sortie des personnes détenues ayant des conduites addictives afin d'assurer la continuité des soins. Les CSAPA référents sont le plus souvent des structures de milieu ouvert, et pour certains d'entre eux des CSAPA internes à la détention.

En 2019, la Fédération Addiction publiait « *Les CSAPA référents en milieu pénitentiaire, vers une meilleure identification* », une synthèse faisant notamment l'état des lieux des conditions de leur mise en place et de l'exercice de leurs missions. En l'absence de cahier des charges formalisé, les professionnels faisaient alors état d'un certain isolement et de difficultés à s'approprier le cadre de leurs missions et à s'inscrire dans un réseau partenarial local.

Cinq ans plus tard, la Fédération Addiction a renouvelé son enquête auprès des CSAPA référents, douze ans après leur création, afin de rendre compte des évolutions et enjeux actuels de leurs conditions d'exercice et de leur place dans l'organisation des soins.

L'enquête a été menée via un questionnaire envoyé à l'ensemble des CSAPA référents dont 77 sur 126 ont répondu, soit plus de la moitié. Le questionnaire comportait des questions fermées et des questions ouvertes pour permettre une approche qualitative sur certaines thématiques.

Synthèse des résultats

Les moyens des CSAPA référents

Deux tiers des CSAPA référents considèrent que **leurs moyens humains sont insuffisants pour l'exercice de leurs missions**. Si la mission de CSAPA référent prévoit un minimum de 0,5 ETP d'éducateur·rice spécialisé·e, l'agence régionale de santé (ARS) attribue à certains CSAPA des équivalents temps plein (ETP) plus importants ou concernant d'autres professions (infirmier, psychologue), le plus souvent en fonction de la taille de l'établissement pénitentiaire. Par ailleurs, **38% des CSAPA référents font le choix de mobiliser plus d'ETP que prévu sur la mission pénitentiaire**.

Les professionnels des CSAPA référents font aussi état d'un **important manque de moyens matériels nécessaires pour l'exercice de leurs missions** :

- **L'accès à un bureau qui leur est dédié n'est pas toujours garanti** : les bureaux appartiennent rarement aux CSAPA référents, et sont le plus souvent prêtés et partagés par d'autres services (le plus souvent les unités sanitaires), qui peuvent selon les besoins les réclamer à nouveau de manière temporaire ou permanente. Si la quasi-totalité des CSAPA référents peuvent avoir accès à un bureau, en cas d'indisponibilité, il arrive que des consultations doivent avoir lieu dans d'autres locaux moins adaptés tels que le parloir avocat. Une partie des CSAPA référents n'ont simplement aucun accès à un bureau et tiennent l'ensemble de leurs rendez-vous en parloir avocat.

- **L'accès à un téléphone, à un ordinateur et à une connexion internet est très limité** et, lorsqu'il est existant, est dépendant de l'accès au bureau. Plus de la moitié des CSAPA référents n'ont aucun accès à ce type de matériel informatique.

L'accès limité à des moyens matériels adaptés a des conséquences sur :

- **Le temps de travail et la productivité** : ne pouvant pas toujours effectuer les démarches depuis la détention en présence de la personne détenue, les professionnels doivent prévoir des temps administratifs à l'extérieur, dédoublant le temps consacré à ces démarches. Par ailleurs, les professionnels dédient un temps important à la recherche de locaux disponibles.

- **La confidentialité : un tiers des CSAPA référents considèrent que l'accès au dispositif ne permet pas de la préserver**. Cela est dû, d'une part, aux modalités de prise de rendez-vous, qui diffèrent selon les établissements pénitentiaires et qui ne permettent pas toujours de rendre leur nature confidentielle auprès des agent·es de l'administration pénitentiaires, ou des autres détenu·es (feuille d'inscription partagée, annonce à voix haute pour se rendre en rendez-vous), et, d'autre part, aux modalités d'accès au lieu de la consultation (salle identifiée comme CSAPA référent et lieu d'attente visible par les autres, lieu mal isolé ou inadapté comme les parloirs avocats).

- **42% des CSAPA référents n'ont pas d'échanges avec les ARS sur leurs besoins et difficultés en détention.**

La clarification des missions du CSAPA référent et son articulation avec les autres acteurs

Les CSAPA référents en détention exercent majoritairement des tâches relevant de la continuité des soins à la sortie, conformément à ce qui est prévu pour la mission (projet de soin ambulatoire, projet de soin résidentiel, relais de traitement de substitution aux opiacés (TSO)). La bonne réalisation de ces tâches est fortement dépendante de l'articulation entre les acteurs du soin et de la pénitentiaire.

- **La clarification de l'articulation entre les acteurs et la reconnaissance de la place du CSAPA référent au sein de l'organisation des soins demeurent des enjeux pour un nombre important d'établissement pénitentiaire.** 45% des CSAPA référents n'ont pas connaissance de la tenue d'une commission santé annuelle au sein de leur établissement pénitentiaire, et quelques CSAPA en ont connaissance mais n'y sont pas conviés. 27% des CSAPA référents ne disposent pas de convention ou de protocole encadrant leur intervention.
- **L'anticipation des sorties de détention, nécessaire au bon exercice des missions du CSAPA référent, suppose un travail d'articulation entre les acteurs du soin et de l'administration pénitentiaire.** En effet, des CSAPA référents témoignent d'un travail en partenariat avec les professionnels des unités sanitaire et les agents de l'administration pénitentiaire qui permet d'améliorer l'échange des informations et de fluidifier les prises en charge en cas de sorties sèches ou de transfert.

- **30% des CSAPA référents estiment réaliser des missions qui vont au-delà des missions du CSAPA référent.**

Dans ce cas, ils témoignent le plus souvent d'un glissement de tâches des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et des unités sanitaires vers les CSAPA référents, notamment pour ce qui concerne les démarches sociales (accès au logement, ouverture de droits, carte d'identité nationale (CNI), etc.). **Ce glissement de tâche a été particulièrement ressenti depuis la mise en œuvre de la réforme relative aux réductions de peines de 2023**, qui a provoqué une surcharge de travail pour les SPIP, et se retrouve le plus souvent dans les services où les SPIP sont en difficultés de ressources humaines.

En l'absence de cahier des charges, les missions endossées par le CSAPA référent varient d'un lieu à l'autre.

- **Les missions liées à la préparation à la sortie s'exercent pendant la détention, mais aussi après la sortie pour certains CSAPA référents.** Ainsi, 48% d'entre eux font des accompagnements physiques à la sortie. Selon le maillage territorial des acteurs d'addictologie, les personnes peuvent être amenées à ne rencontrer qu'un seul et même acteur qui intervient sur le département et en prison. Mais dans d'autres lieux où différents acteurs cohabitent, le CSAPA référent peut continuer de faire après la sortie pour s'assurer de la bonne continuité des soins et la bonne orientation vers les partenaires.

- **Les actions de prévention et de réduction des risques (animation de groupe, mise à disposition de matériel de réduction des risques) sont perçues d'un lieu à l'autre comme relevant du CSAPA référent ou de l'unité sanitaire.**

Les disparités en termes d'offre de soin au sein des établissements peuvent influencer ces perceptions, les établissements pénitentiaires ne disposant pas toujours d'un CSAPA interne ou de la présence d'un.e médecin addictologue.

La réduction des risques

Les CSAPA référents ont un rôle de promotion de la réduction des risques auprès des personnes qu'ils rencontrent, en leur partageant des informations, et en les orientant vers l'unité sanitaire pour obtenir du matériel, voire en le distribuant eux-mêmes, selon les modalités prévues localement. 86% des CSAPA référents considèrent qu'il serait pertinent d'avoir une intervention de CAARUD référent, les autres précisant pour la plupart que ces missions peuvent être portées par le CSAPA. Cette mission de réduction des risques doit leur être clairement reconnue et ils doivent avoir les moyens de l'exercer.

Pourtant, à ce jour, la disponibilité du matériel de réduction des risques en détention reste limitée. Ainsi, les CSAPA référents rapportent que :

- Les préservatifs sont disponibles dans 80% des établissements pénitentiaires ;
- Les « roule ta paille » sont disponibles dans 29% des établissements pénitentiaires ;
- Le matériel d'injection et le matériel d'inhalation (pipe à crack) sont disponibles dans moins de 5% des établissements pénitentiaires ;
- La naloxone est délivrée à la sortie de la détention dans 39% des établissements pénitentiaires.
- Les vapoteuses sont disponibles dans 32% des établissements pénitentiaires («cantines» comprises) ;

Au niveau national, huit ans après la loi du 26 janvier 2016 prévoyant le déploiement de la stratégie de réduction des risques en détention, son application demeure en discussion. La mise à disposition de matériel de réduction des risques est très inégale d'un établissement à l'autre. Certains types de matériels sont plus susceptibles de faire l'objet d'un blocage par l'administration pénitentiaire que d'autres (le matériel d'injection et d'inhalation), **toutefois les outils ayant une meilleure acceptabilité (les préservatifs, les rouleaux de paille, la vape, la naloxone) restent insuffisamment déployés. L'accès à la naloxone à la sortie reste peu accessible, malgré un risque de surdose accru à la sortie de la détention¹.**

Les CSAPA référents témoignent ainsi de difficultés à mettre à disposition du matériel, y compris du matériel pour le sniff ou des préservatifs, mettant à l'arrêt des projets, bloqués par l'administration pénitentiaire, et plus rarement par l'unité sanitaire.

Concernant **les traitements de substitution aux opiacés (TSO)**, si l'absence de continuité des soins à l'entrée de la détention relève de l'exception (3% des CSAPA référents indiquent qu'elle n'est pas assurée), **il est plus fréquent que l'unité sanitaire n'initie aucun TSO** (13% des établissements pénitentiaires selon les CSAPA référents).

Le souhait de faire évoluer le périmètre d'action des CSAPA référents pour atteindre l'ensemble de la population carcérale

- **Dans les quartiers mineurs, les interventions auprès des jeunes et un travail d'articulation avec la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) restent rares.** Bien que ce ne soit pas spécifié dans le cahier des charges des CSAPA référents, un quart des CSAPA référents interviennent ainsi auprès des mineurs. Cependant, dans la grande majorité des cas, ces interventions ont lieu sans financement spécifique, limitant l'adaptation de la mission à ce public. Ces interventions concernent ainsi un nombre très faible de jeunes nécessitant un important aller-vers. **82% des CSAPA référents considèrent que la mission devrait également concerner les mineurs.**

- **Les CSAPA référents ne sont pas systématiquement associés aux futurs projets de structures d'accompagnement à la sortie (SAS).** Parmi les dix CSAPA référents qui ont connaissance de l'ouverture d'une structure d'accompagnement à la sortie (SAS) dans l'établissement pénitentiaire où ils interviennent, seuls six y sont associés.

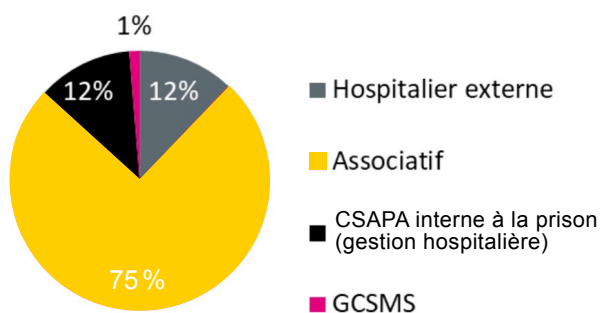
¹ Verger, P., Rotily, M., & Prudhomme, J. (2003). *High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison*. J Forensic Sci.

Résultats de l'enquête

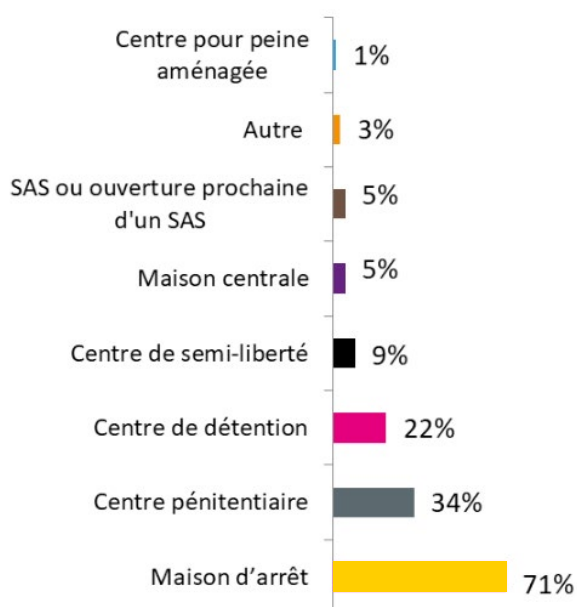
Caractéristiques des répondants

Parmi les 126 CSAPA référents, 77 ont répondu au questionnaire.

- Type de CSAPA (N=77)



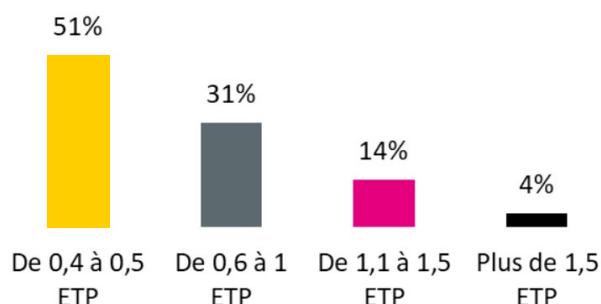
- Dans quel type d'établissement intervenez-vous ? (N=77)



Moyens humains et matériels des CSAPA référents

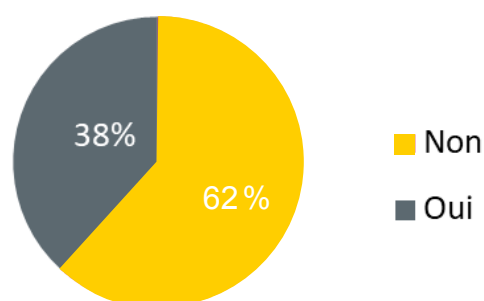
Les moyens humains²

- Nombre d'ETP prévu par l'ARS pour la mission de CSAPA référent. (N=59).



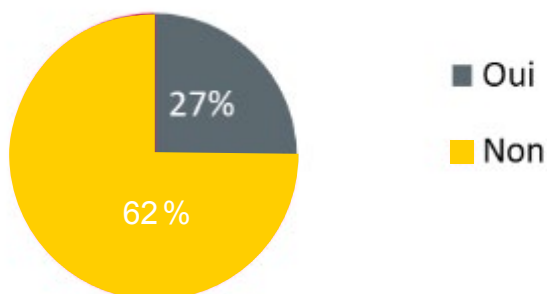
En moyenne, le nombre d'ETP prévu par l'ARS est de 0,8 ETP, ce qui représenterait une moyenne de 0,2 ETP pour 100 détenus (au réel). Cependant cette statistique comporte une limite : nos données ne nous permettent pas de savoir si plusieurs CSAPA référents interviennent sur un même lieu, ce qui est parfois le cas dans de grands établissements pénitentiaires. Le nombre d'ETP prévu par l'ARS dépend de la population carcérale.

- En réel mobilisez-vous plus d'ETP ? (N=65)



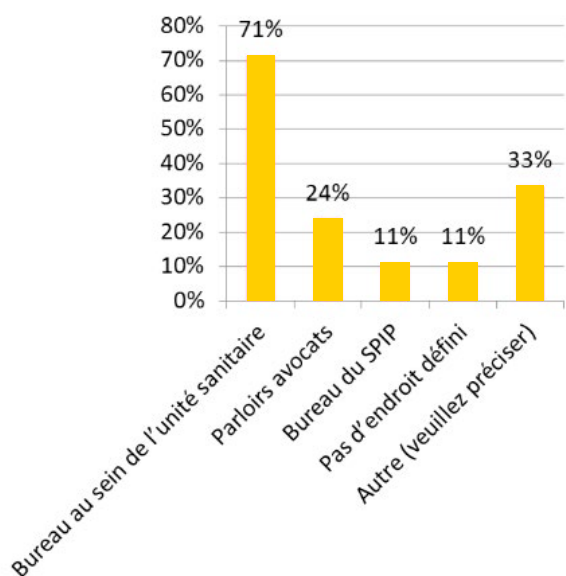
² Seules les réponses des CSAPA externes ont été prises en compte pour ces questions, les CSAPA internes ne distinguant pas dans leurs réponses les ETP relatif à la mission de CSAPA référent, des ETP de leur équipe au complet.

- Les moyens alloués (ETP proposés par l'ARS) vous semblent-ils suffisants par rapport à l'exercice de vos missions ? (N=66)



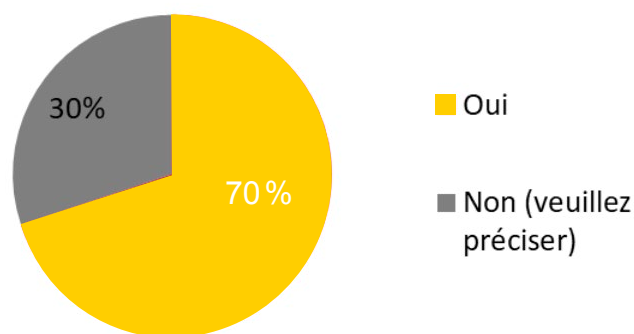
Les moyens matériels

- Quels sont les lieux où sont menés les entretiens avec les personnes détenues ? (N=63)³



Ces données indiquent les lieux où les professionnel·les sont amené·e·s à consulter, mais leur disponibilité n'est pas nécessairement assurée. Les professionnel·les indiquent devoir changer régulièrement de lieu en fonction des bureaux disponibles, les amenant pour nombre d'entre eux à devoir mener leurs entretiens en parloirs avocats, en parloirs famille, ou dans d'autres locaux inadaptés (salle de formation, bureau dédié au « social », la bibliothèque, etc.) L'accès à des locaux est ainsi instable, et ne les intègre pas toujours au sein des locaux dédiés aux soins.

- L'accès au CSAPA référent permet-il de respecter la confidentialité ? (N=63)³

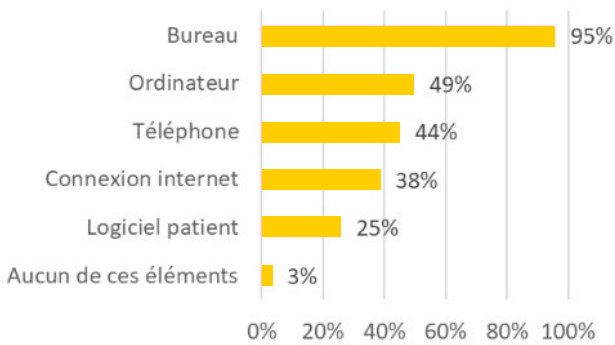


Les professionnel·les évoquent :

- Une prise de rendez-vous qui ne permet pas la confidentialité : liste de rendez-vous communiquée aux agent·es de l'administration pénitentiaire, annonce à voix haute, bulletin de consultation lisible par tous·tes les codétenu·es.
- Des lieux de consultations inadaptés : absence d'isolation sonore (porte qui ne ferme pas, bureau ouvert), visibilité des patient·es qui entrent dans le CSAPA référent.

³ Réponses des CSAPA externes à la détention

• Quel matériel est accessible lors de vos entretiens avec les détenus ? (N=63)⁴

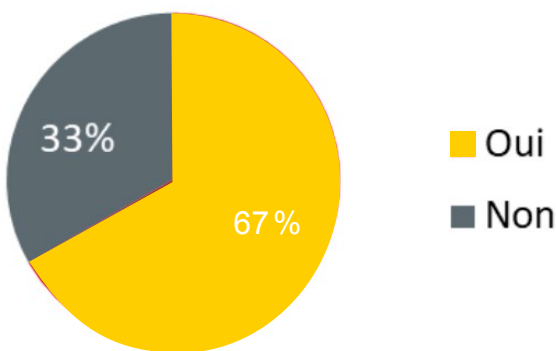


Une partie du matériel déclaré comme étant disponible ne l'est pas systématiquement, car il dépend de l'accès variable à certains bureaux.

En l'absence du matériel, notamment de bureautique, les professionnels prévoient souvent un temps administratif sur l'extérieur de la prison pour réaliser les démarches en l'absence du patient, ou en partageant un bureau avec un autre intervenant pour avoir accès à un ordinateur et un téléphone.

Les professionnel·les des CSAPA référents considèrent manquer de moyens matériels pour effectuer les démarches en temps réel, devenant ainsi plus chronophage.

• Disposez-vous d'un véhicule pour les accompagnements lors de permissions ou lors de la sortie ? (N=74)

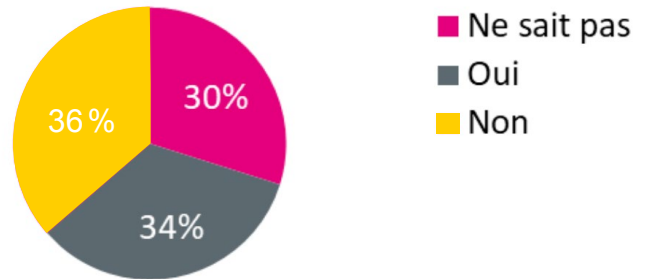


⁴ Réponses des CSAPA externes à la détention

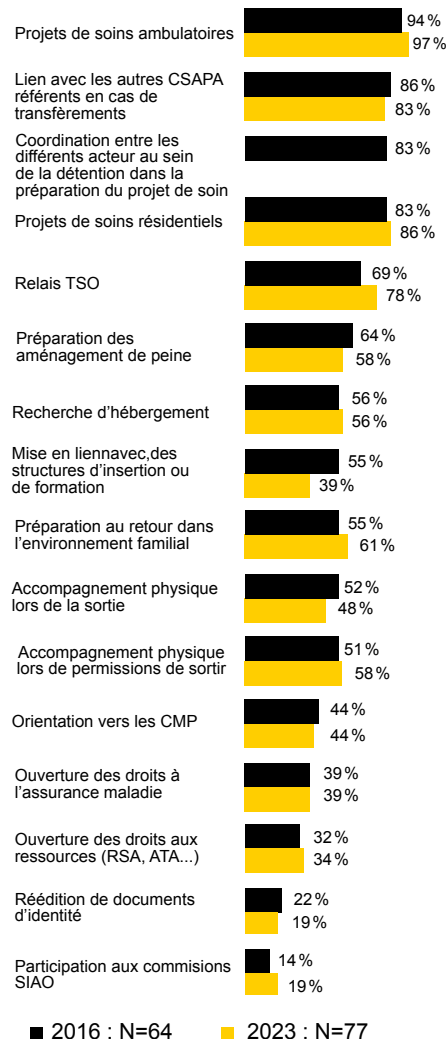
Les missions des CSAPA référents

Organisation des soins

• Disposez-vous d'un cahier des charges local ou régional concernant le rôle de CSAPA référent ? (N=77)



• Les missions réalisées par les professionnels des CSAPA référents, en comparaison avec les résultats de l'état des lieux de 2016 (N=77)



- Parmi les missions exercées par les CSAPA référents, certaines leur sont propres (préparation à la sortie, lien avec les partenaires en détention et à l'extérieur, accompagnement physique à la sortie) mais d'autres se superposent avec l'accompagnement médical des unités sanitaires et avec l'accompagnement social et judiciaire des SPIP.

L'existence de missions communes est justifiée dans de nombreux cas. C'est le cas par exemple pour la recherche d'hébergement, celle-ci pouvant intervenir dans le cadre d'un projet de soin (appartement thérapeutique, logement indépendant adapté en fonction du projet de soin). Néanmoins 30% des CSAPA référents considèrent réaliser des missions qui vont au-delà de la mission de CSAPA référent (N= 66)⁵.

Les professionnels expliquent l'exercice de ces missions supplémentaires par un glissement de tâches par manque de moyens humains des partenaires des unités sanitaires et des SPIP. Ces missions concernent le plus souvent les démarches sociales : ouvertures de droits, CNI, recherche de solutions d'hébergement en dehors du projet de soin.

- La réforme relative aux réductions de peine entrée en vigueur le 1er janvier 2023 a participé également à ce glissement de tâches, en particulier lorsque le SPIP connaît des difficultés de ressources humaines et est mis en difficulté par la surcharge de travail induite par la réforme. 50% des CSAPA référents ont observé des conséquences sur leur travail depuis la mise en vigueur de la réforme (N=66).

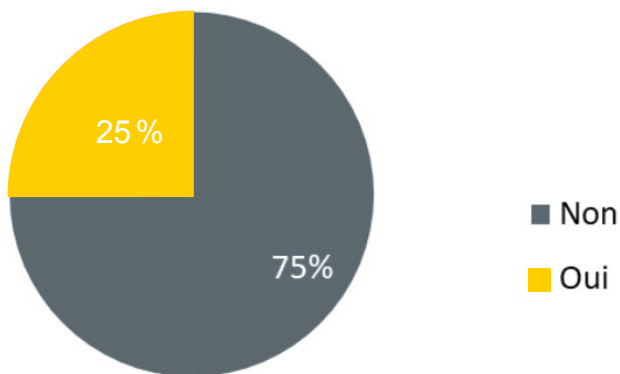
Parmi ces conséquences, ils mentionnent un impact sur les suivis des personnes, notamment :

- Une plus grande difficulté à anticiper la sortie. Les sorties se préparent plus souvent dans l'urgence, et les sorties sèches sont plus fréquentes.
 - Une plus grande difficulté à rencontrer les personnes orientées avant leur sortie, et à élaborer un projet de soin. L'orientation vers un projet de soin résidentiel est plus difficile à mettre en place (centre thérapeutique résidentiel, appartement thérapeutique...). Les personnes sortent plus fréquemment de détention sans que les démarches sociales nécessaires n'aient pu être enclenchées (CNI, ouverture de droits à l'Assurance maladie).
- Les missions du CSAPA référent ne se limitent pas à l'activité durant la détention, mais également après leur sortie. La continuité des soins est jugée efficace par les structures lorsqu'elles ont la possibilité de nouer un lien en détention et qu'elles peuvent proposer un suivi à la sortie.

⁵ Réponses des CSAPA externes à la détention

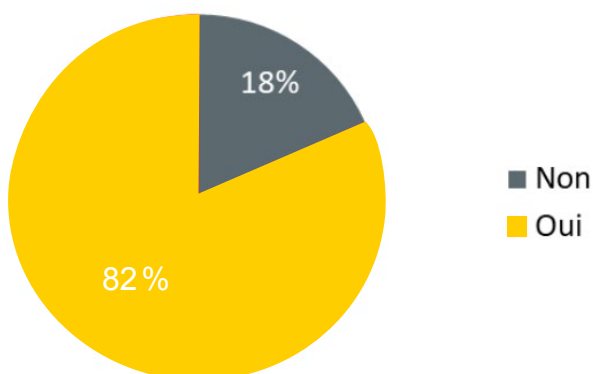
Évolution du périmètre d'action du CSAPA référent

- Intervenez-vous auprès des mineur·es incarcéré·es ? (N=69)



Bien que cela ne soit pas spécifiquement prévu par les textes, certains CSAPA adaptent leurs modalités d'intervention au public mineur (groupe de paroles, intervention de la CJC, ou extension de la mission de CSAPA référent au public mineur sans adaptation spécifique). Pour les CSAPA externes à la détention, cette extension de la mission fait parfois l'objet d'un financement spécifique, mais cela reste rare.

- Pensez-vous que la mission de CSAPA référent devrait s'appliquer également pour les mineur·es incarcéré·es ? (N=60)

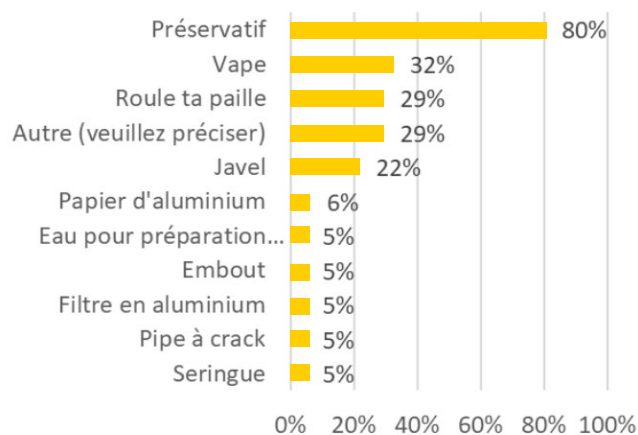


Les professionnels précisent que des adaptations de la mission pourraient être nécessaires pour répondre aux spécificités de ce public (impliquer les consultation jeunes consommateur·ices (CJC), prévoir l'intervention de psychologue, prévoir un aller-vers plus important).

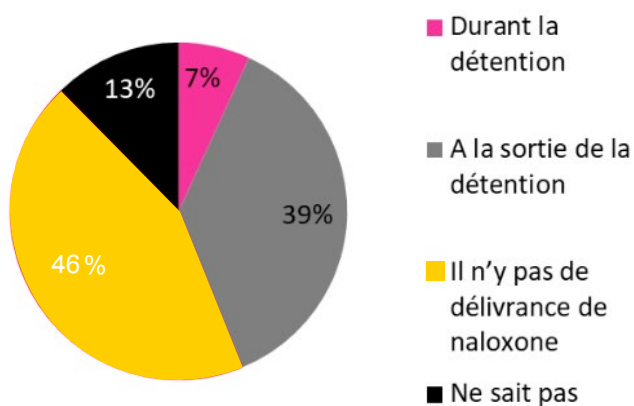
- Parmi les CSAPA référents qui ont connaissance de l'ouverture d'une structure d'accompagnement à la sortie (SAS) dans l'établissement pénitentiaire où ils interviennent, 60% y sont associés. (N=10)

La continuité des soins et la réduction des risques en détention

- À votre connaissance, quel matériel de réduction des risques est disponible dans votre établissement ? (N=65) :



• À votre connaissance, la naloxone est délivrée (N=69) :



• À votre connaissance, la continuité des traitements de substitution (TSO) aux opiacés est-elle assurée ? (N=69)

- Selon 97% des CSAPA référents (N= 69) la continuité des traitements de substitution aux opiacés (TSO) est assurée par les unités sanitaires.
- Selon 13% d'entre eux (N = 68), les unités sanitaires n'initient pas de TSO.

• Avez-vous le sentiment que sur la même base que le CSAPA référent, un CAARUD référent aurait sa pertinence en détention ? (N=65)

86% des CSAPA référents répondent « oui » à cette question. Certains précisent que :

- Cela est déjà le cas de fait à certains endroits, puisque des structures portent à la fois le CSAPA et le CAARUD de la ville.
- Cela permettrait d'accompagner des personnes qui ne formulent pas dans l'immédiat de demande de soin, et de permettre cette continuité d'un suivi en CAARUD à l'extérieur. C'est également une observation apportée lorsque l'intervention d'un CAARUD est prévue au sein de la détention.

Les CSAPA référents ayant répondu « non » précisent que :

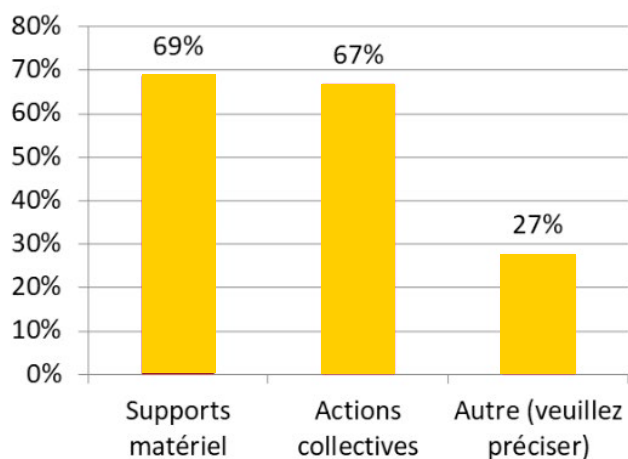
- Ces missions de réduction des risques pourraient être portées par le CSAPA, dès lors qu'on lui en donne les moyens. Ces missions peuvent comprendre l'accompagnement des professionnels dans leurs pratiques pour la réduction des risques.
- Les freins à une bonne articulation entre les structures d'addictologie et acteurs du soin et de la pénitencier sont encore trop importants au sein de leur établissement pour que l'implantation d'un CAARUD se fasse efficacement (frein pour la mise en place de la réduction des risques, méconnaissance de l'intérêt et du rôle du CSAPA référent, manque de clarté entre les acteurs de l'organisation des soins.)

Visibilité du CSAPA référent

• Comment s'articulent les intervenant·es pour l'orientation vers le CSAPA référent ? (N=70)

- Pour 95% des CSAPA référents, les personnes détenues peuvent les solliciter d'elles-mêmes.
- Pour 37% des CSAPA référents, l'orientation se fait systématiquement après l'évaluation en quartier arrivant.
- 93% des CSAPA référents se voient orienter des personnes par les SPIP et/ou les agent·es pénitentiaires.

• Le CSAPA référent met-il en place des actions pour être plus visible ? (N=59)



Les supports matériels sont des flyers ou des « kits arrivants ». Les actions collectives peuvent être des réunions d'information collective pour les arrivant·es, mais également des actions culturelles et sportives. Certaines formations délivrées aux surveillant·es permettent également au CSAPA référent d'être plus visible.

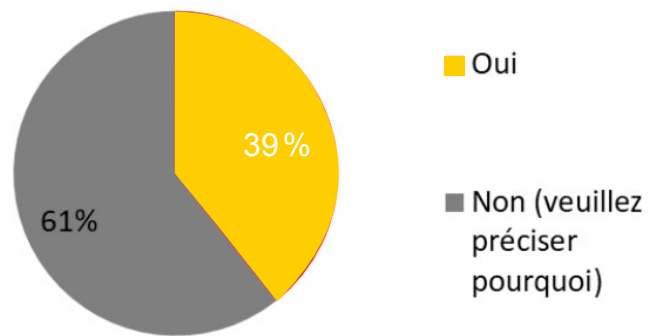
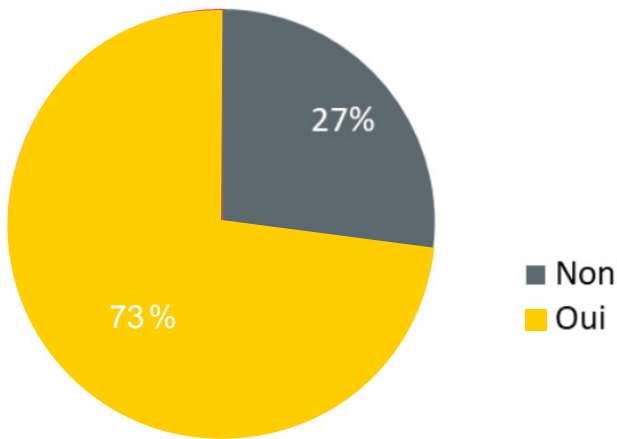
• À votre connaissance, les partenaires suivants mettent-ils en place des actions pour faire connaître le CSAPA référent (précisez quels types d'actions) (N= 54)

Les unités sanitaires participent à la visibilité du CSAPA référent auprès des personnes détenues, principalement par la distribution et l'affichage des plaquettes d'information, en les informant de son existence lors de l'entretien arrivant, et, simplement en les y orientant. L'administration pénitentiaire rend parfois visible le CSAPA référent par le biais du livre d'accueil/kit arrivant et en y orientant des personnes détenues. Enfin, lors des entretiens, le SPIP fait des orientations vers le CSAPA référent.

Les échanges avec les partenaires

Existe-t-il une convention ou un protocole encadrant l'action du CSAPA référent au sein de l'établissement pénitentiaire ?

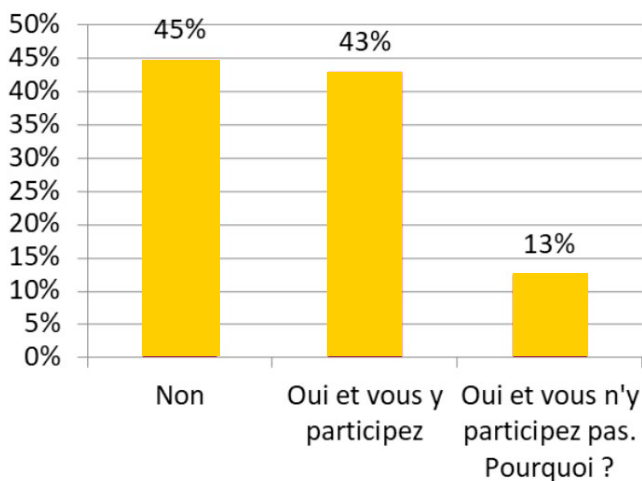
- Participez-vous à la commission pluridisciplinaire unique ? (N=61)



25% déclarent ne pas être invités, et 11% déclarent ne pas avoir le temps ou les moyens d'y participer.

- À votre connaissance, y a-t-il une commission santé organisée chaque année ? (N=56)

- Comment jugeriez-vous la qualité de vos liens avec le SPIP ? (1 étant mauvaise, 4 étant très bonne) (N=60)

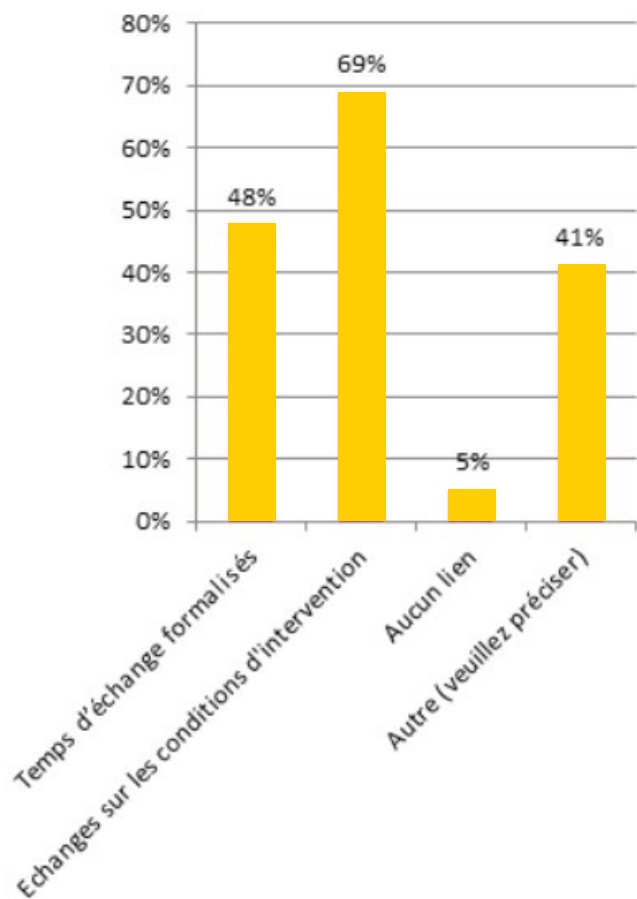


Qualité du lien	1	2	3	4
Effectif	5	6	25	24

81% des CSAPA référents jugent la qualité de leurs liens avec le SPIP supérieure ou égale à 3 (sur une échelle de 1 à 4).

Les CSAPA référents qui ne participent pas à la commission santé déclarent ne pas y être invités (50%) ou ne pas en avoir le temps. Il est obligatoire, en détention, d'en avoir une tous les ans.

- Le partenariat avec le SPIP prend-il une forme spécifique ? (N=61)



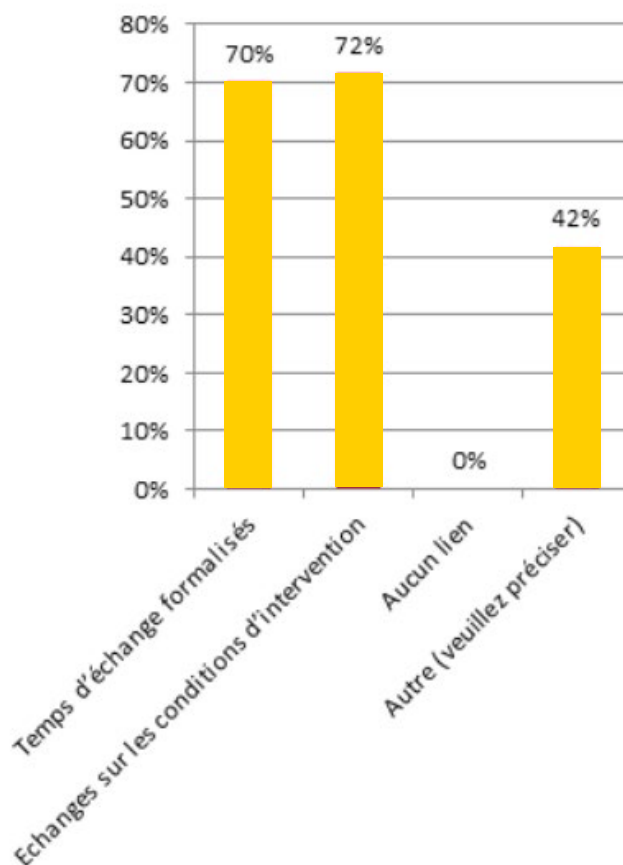
Certains CSAPA référents n'ont pas nécessairement de temps d'échanges formels avec les SPIP (N=25), mais parmi ceux-ci, 36% échangent par mail et téléphone et 44% ont des échanges informels, notamment lors des interventions (exemple : des entretiens en binôme).

- Comment jugeriez-vous la qualité de vos liens avec les soignant·es ? (0 étant très mauvaise, 4 étant très bonne). (N=61)

Qualité du lien	0	1	2	3	4
Effectif	1	1	8	20	41

83% des CSAPA référents jugent la qualité de leurs liens avec les soignant·es supérieure ou égale à 3 (sur une échelle de 0 à 4).

- Le partenariat avec les soignant·es prend-il une forme spécifique ? (N=60)



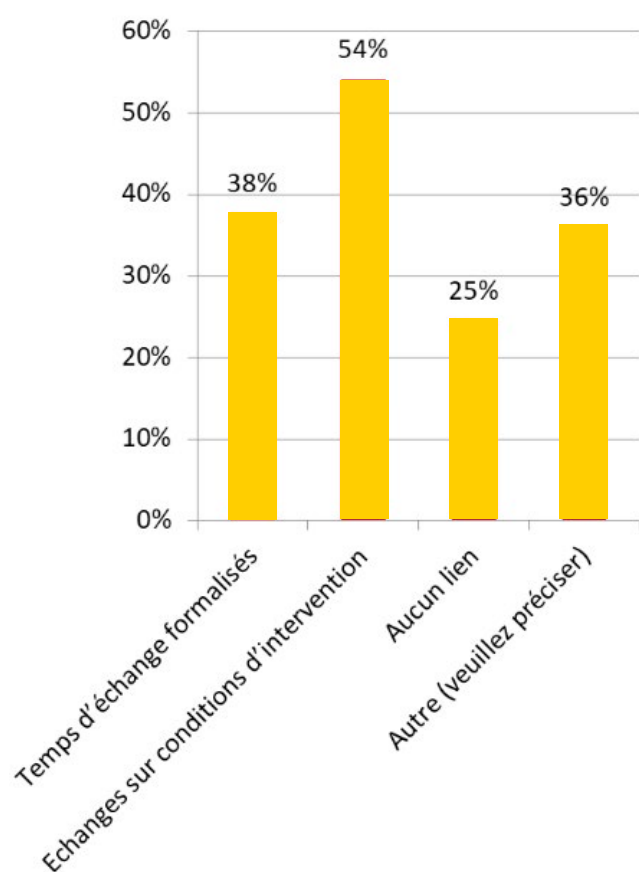
Les temps d'échange formalisés entre les CSAPA référents et les soignant·es peuvent prendre la forme de réunions addictologie régulières, de temps de sensibilisation et de formation ou d'ateliers collectifs à destination des personnes détenues. Parmi ceux qui n'ont pas de temps d'échange formalisés avec les soignant·es (N=25), 56% sont plutôt en lien de manière informelle, notamment au fil des interventions.

- Comment jugeriez-vous la qualité de vos liens avec l'administration pénitentiaire ? (0 étant très mauvaise, 4 étant très bonne) (N=59)

Qualité du lien	0	1	2	3	4
Effectif	1	4	20	19	15

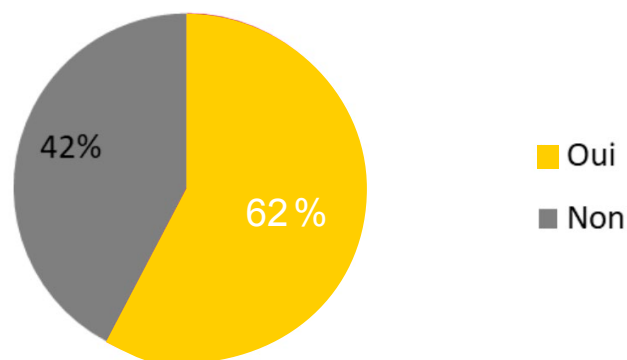
57% des CSAPA référents estiment que, sur une échelle de 0 à 4, leurs liens avec l'AP sont supérieurs aux égaux à 3, avec environ 34 % les estimant à 2.

- Le partenariat avec d'administration pénitentiaire prend-il une forme spécifique ? (N=61)



15% rapportent que ce partenariat se fait plutôt sous la forme d'échanges informels, notamment lors des interventions, et 25% rapportent n'avoir aucun lien avec l'administration pénitentiaire.

- Avez-vous des échanges avec l'ARS sur vos besoins et difficultés ? (N=59)



- En synthèse, qu'est ce qui a pu être mis en place grâce à l'articulation entre les différents partenaires ? À l'inverse quels freins rencontrez-vous ? (N=59)

A certains endroits, l'articulation entre les différents partenaires a permis :

- De mettre en place des outils (1er accueil CSAPA, questionnaire de satisfaction) et des ateliers collectifs.
- De mieux acculturer les équipes aux principes et aux méthodes de l'addictologie (notamment la réduction des risques).

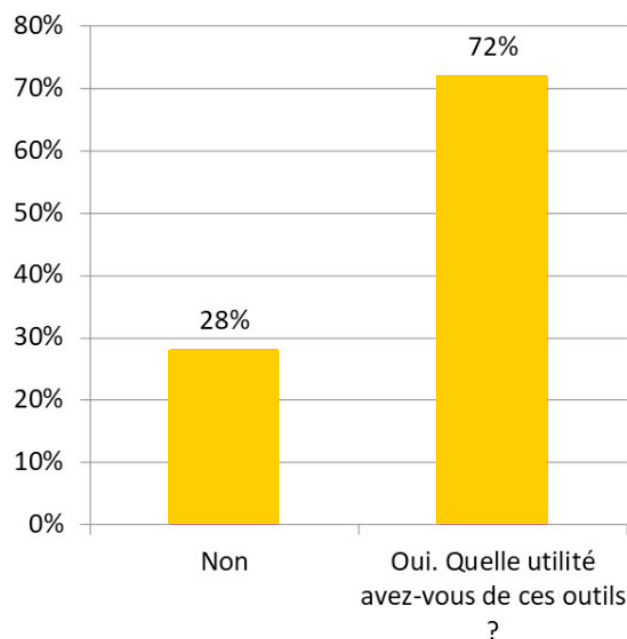
Enfin ce travail partenarial s'entretient par des groupes de parole entre soignant.es, des formations croisées ou des réunions de coordination.

Malgré cela, 34% des CSAPA référents disent rencontrer des freins dans le travail partenarial. Ils sont confrontés à :

- Un manque de légitimité et de reconnaissance de la part des partenaires en détention, qui s'ajoute aux représentations que peuvent avoir les professionnelles au sujet des drogues et des usagers.
- Un manque de visibilité et de définition des missions du CSAPA référent, au sein de l'organisation des soins. Des conflits de champs de compétences entre partenaires peuvent apparaître, puisque certains CSAPA référents regrettent que les interventions de chacun ne soient pas assez délimitées.
- Un manque de communication et de partage d'informations avec les autres soignant.es et l'administration pénitentiaire.

Les outils de la Fédération Addiction pour les CSAPA référents :

- Avez-vous connaissance des outils développés par la Fédération Addiction tels que le document de synthèse ou la boîte à outils disponible sur le site internet ? (N=64)



Ces outils leur ont été utiles pour :

- La rédaction des conventions
- Réfléchir à leurs pratiques professionnelles
- Améliorer la transmission auprès de leurs partenaires en détention
- Informer des nouveaux professionnels
- Servir de support d'intervention.

