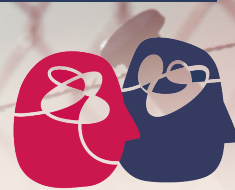


RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE - ATTENTES ET REPRÉSENTATIONS



F2RSM Psy

Fédération régionale de recherche
en psychiatrie et santé mentale
Hauts-de-France



TABLE DES MATIERES

Remerciements	5
Présentation synthétique	7
Introduction	8
RDRD et cadre normatif	9
Enjeux de la RDRD en milieu pénitentiaire	11
Objectif de la recherche	12
Méthodologie	13
Echantillonnage	14
Analyse des données	16
Résultats	17
Le matériel de RDRD	18
Un partenariat sous tension : « patient » ou « personne détenue » ?	21
Aspects architecturaux et organisationnels	27
Au delà de l'opposition «soin/sécurité »	29
RDRD et trajectoires carcérales	35
Discussion	43
Limites de la démarche	47
Conclusion	49
Bibliographie	51

REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée par l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France (ARS) et portée par la F2RSM Psy (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France), à partir d'une initiative d'Emmanuel Luneau et d'Anne-Sophie Ternois. Elle a été pilotée et supervisée par Thomas Fovet et Marielle Wathelet et réalisée par Joël Charbit. Delphine Pastureau et Maxime Bubrovsky ont soutenu cette enquête à différentes étapes de son avancée.

L'élaboration de la méthodologie et le recueil des données ont fait l'objet d'un travail en commun avec Lucas Dupont du Comité de coordination régionale de lutte contre les IST et le VIH des Hauts-de-France (COREVIH). Mélanie André a contribué à la retranscription d'une partie du corpus d'entretiens.

L'enquête n'aurait pu voir le jour sans la participation des personnes détenues et des professionnel.le.s exerçant dans les trois établissements pénitentiaires sur lesquels celle-ci s'est déployée ainsi que des personnalités extérieures ayant accepté d'y participer sous la forme d'un entretien.

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE

L'enquête

- Enquête qualitative par entretiens semi-directifs
- Trois établissements pénitentiaires de la région Hauts-de-France (1 maison d'arrêt, 2 centres pénitentiaires – 2 quartiers maison d'arrêt (quartiers hommes et quartiers femmes), 1 quartier centre de détention, 1 quartier maison centrale)
- 47 entretiens menés entre le 4 mars 2021 et le 15 mars 2022 (personnes détenues, professionnels du soin, agents pénitentiaires et personnels de direction)

Les résultats

- Compte tenu des consommations repérées en détention, un besoin fort de matériel de réduction des risques et des dommages (RDRD) est exprimé par les équipes de soin, mais également, bien que de manière plus minoritaire, par les personnes détenues.
- Outre la question du matériel de RDRD, un besoin important de prévention individuelle et collective est affirmé tant par les équipes soignantes que par les personnes détenues.
- Les représentations de la RDRD, et, au-delà, de l'addiction et des destinataires de l'action restent largement conflictuelles entre mondes du soin et de la sécurité.
- En l'absence d'un cadre normatif clair et facilitant, c'est principalement par le biais de négociations informelles que la mise en place de matériel de RDRD est susceptible d'avoir lieu.
- La stigmatisation omniprésente des personnes détenues présentant des problématiques addictives constitue un risque important que la transposition de pratiques de RDRD en milieu carcéral ne peut ignorer.
- Cette stigmatisation est de nature à détourner une partie des personnes détenues du suivi et de l'inscription dans des programmes de RDRD.
- Les équipes de soin elles-mêmes sont inégalement porteuses de pratiques et de principes d'actions compatibles avec la RDRD.

Les enjeux

- La construction d'intérêts communs entre mondes du soin et de la sécurité peut-elle se produire sans « pénitentiariation » de la santé en milieu carcéral ?
- Comment intégrer à une démarche de RDRD les risques spécifiques liés à la consommation médicamenteuse en milieu carcéral ?
- Quels sont les bénéfices et les risques des pratiques informelles par rapport à des dispositifs plus formalisés ?

Les recommandations

- Un cadre normatif clair est largement indiqué comme un facteur de lisibilité des actions susceptibles d'être mises en place par les équipes soignantes et de facilitation des négociations entre équipes de soins et administration pénitentiaire.
- L'intervention d'acteurs spécialisés dans la RDRD, tels les Centres d'Accueils et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), est encore extrêmement marginale, et de nombreux acteurs du soin souhaiteraient voir celle-ci se développer.



INTRODUCTION



La prévalence de l'usage de substances en prison est un phénomène largement documenté (EMCCDA, 2021 ; Fazel, 2017). En France, 30% des personnes détenues¹ déclarent, à l'arrivée en détention, une consommation d'alcool ou de tabac (Mouquet, 2003). Dans la région Hauts-de-France, terrain de cette analyse, une étude menée en 2020 (Fovet et al., 2020) estime la prévalence de l'usage de substances à 53,5% contre 12,9% en population générale (voir Tableau n°1 pour des résultats détaillés). Concernant la poursuite des consommations au cours de la période d'incarcération, plusieurs enquêtes menées au niveau local suggèrent l'ampleur du phénomène. En effet, si, en population générale, l'usage de cannabis et de cocaïne s'établissent respectivement à 10% et 1,1% (Beck et al., 2015), ces consommations concernent entre 37 et 53% des personnes détenues pour le cannabis, entre 7% et 10% pour la cocaïne (Protais, Morel d'Arleux, Jauffret-Roustide, 2019).

	Population détenue entrante	Population générale
Au moins une substance	50,0%	14,4%
Cannabis	45,6%	13,9%
Opiacées	9,4%	0,7%
Stimulants	8,6%	1,9%

Tableau 1 : Usages de substances : population entrante vs population générale (Fovet et al., 2022)

Les risques liés à cette consommation en détention sont bien établis. Parmi ceux-ci sont recensés, l'usage de modes d'administration de fortune débouchant sur des risques somatiques, psychologiques, infectieux, le développement de nouvelles consommations en milieu pénitentiaire, ainsi que la plus forte probabilité de stigmatisation et victimisation (Protais, Morel d'Arleux, Jauffret-Roustide, 2019).

Outre les études concernant les consommations à l'entrée, la littérature donne à voir les effets ambivalents de la détention sur les pratiques et consommations intra-muros. L'étude COSMOS (Rousselet et al., 2019) montre ainsi que, dans une perspective dynamique, l'usage d'alcool et de substances illicites connaît une diminution substantielle. Ainsi, parmi les répondant.e.s âgés de 18 ans et plus, interviewés au troisième mois d'incarcération, si 49% déclarent une consommation de cannabis quelques semaines avant l'incarcération, seuls 37% déclarent poursuivre cette consommation. La différence est particulièrement visible concernant la cocaïne (16,5% contre 1,9%) et l'héroïne (8,9% contre 1,1%). En revanche, l'étude note une augmentation de la consommation d'antipsychotiques (2,8% contre 6,8%) ou encore d'anxiolytiques (12,4% contre 28%).

LA RDRD ET SON CADRE NORMATIF

La Réduction Des Risques et des Dommages (RDRD) peut être définie comme une stratégie de santé publique visant à prévenir les dommages liés aux addictions – que celles-ci concernent des substances légales ou illégales - de manière axiologiquement neutre, sans nécessairement poser l'abstinence comme but *a priori* du suivi et en mettant au centre de la démarche la personne suivie, ses pratiques et ses choix.

¹ La terminologie désignant les « personnes détenues » ou « patients » n'est pas neutre et ce point fait l'objet d'un développement spécifique infra. Néanmoins, dans le cadre de cette publication, il a été décidé de standardiser l'usage de « personne détenue », sauf situation où, justement, ces enjeux terminologiques sont centraux. Auquel cas, l'usage visé par les enquêté.e.s prévaut. Ce choix d'écriture découle d'un constat – et non d'une position normative du rédacteur – selon lequel le statut principal de « personne détenue » tend, de façon structurelle, à prendre le pas sur celui de « patient ».

L'un des principes centraux de cette démarche « consiste à renoncer à l'unique solution de l'éradication des drogues, à apprendre plutôt à vivre avec les drogues et à s'adapter aux besoins de l'utilisateur, en fonction de là où il en est de sa trajectoire » (Jauffret-Roustide, 2009, 115). En conséquence, le développement de la RDRD ne signifie pas uniquement un changement de regard sur l'addiction, mais également une transformation des rapports professionnels se nouant autour de la situation d'addiction elle-même.

La RDRD peut ainsi se décliner en plusieurs volets, parmi lesquels :

- Accompagnement et conseil, accès au droit ;
- Mise à disposition de matériel stérile et/ou permettant une consommation à moindre risque, par exemple de type « Roule Ta Paille » (carnet de feuilles détachables destinées à être roulées sous forme de pailles pour le sniff et généralement agrémentés de messages de prévention) ou sous la forme de dispositifs tels les Programmes d'Échange de Seringues (PES) ;
- Prescription médicale de traitement agoniste opioïde (TAO²) ;
- Prévention individuelle et collective.

Si la prise en compte croissante des principes et pratiques de RDRD est historiquement liée aux années 1980 et 1990 et au développement d'une stratégie de santé publique face à l'épidémie de VIH/Sida, la RDRD occupe aujourd'hui une place singulière dans un dispositif normatif qui, tout en encourageant son développement, reste néanmoins marqué par une approche fortement répressive de l'usage de substances (Jauffret-Roustide, Granier, 2017).

Ce cadre répressif de l'usage de substances considérées comme des stupéfiants est fixé par la loi « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses » du 31 décembre 1970, qui considère les usagers et usagères de drogues comme des individus simultanément déviants et délinquants. C'est aujourd'hui encore le principal texte qui aiguille la politique répressive envers l'usage de substances en France.

En ce qui concerne spécifiquement le milieu pénitentiaire, deux séries de textes infléchissent ensuite la législation en vigueur sur ces questions. La loi du 18 janvier 1994 met fin à la médecine spécialisée, subordonnée à l'administration pénitentiaire. Les personnes détenues sont désormais du ressort de l'hôpital public et des dispositifs de soin spécifiques que ceux-ci mettent en place. En 1996, plusieurs circulaires initient la mise en œuvre de politiques de prévention et de sensibilisation à destination des personnes détenues, tout en rendant possible la poursuite d'un TAO en détention, mais également l'initiation de celui-ci durant l'incarcération (circulaires n°293/DGS/DH du 3 avril 1996 et n°739/DGS/DH/AP du 5 décembre 1996). Plusieurs circulaires et instructions viennent par la suite étendre et préciser ce cadre (circulaire n° 57/DGS/DHOS du 30 janvier 2002 et instruction n° DGS/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010).

L'ancrage de la prise en charge addictologique en milieu pénitentiaire se confirme encore au début des années 2010, dans le cadre du « plan d'actions stratégiques 2010-2014 » sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Afin de formaliser les procédures spécifiques de prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire, de garantir une équivalence des soins entre intérieur et extérieur, ainsi que de fixer les modalités du partenariat entre acteurs du soin et de la sécurité, le guide méthodologique dédié à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice est augmenté, en 2012, d'un chapitre consacré à la « prévention », au « repérage », et à la « prise en charge des conduites addictives » (Ministère de la Santé, Ministère de la Justice, 2012, 168-172).

² Dans les verbatims, ceux-ci sont le plus souvent nommés Traitements de Substitution Opiacée (TSO)

Si, en 2015, 75% des établissements pénitentiaires français avaient établi des partenariats avec des Centres de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) (Branchu, Guedj, 2015), une nouvelle étape est franchie avec la mise en place de CSAPA référents, et donc de crédits et de postes spécifiquement dédiés, au sein de ces structures, à l'accompagnement des personnes détenues.

Enfin, en janvier 2016, la loi dite de « modernisation du système de santé » réaffirme l'importance de la réduction des risques et des dommages y compris en milieu pénitentiaire. Au jour de l'écriture de ce rapport, la publication des décrets d'application de cette loi n'a pas eu lieu, et plusieurs travaux font état des limites de la RDRD en prison et des frictions que celle-ci peut occasionner notamment entre professionnels de santé et personnel pénitentiaire (Michel et al., 2011 ; Michel, Jauffret-Roustide, 2019 ; Dos Santos et al., 2021).

ENJEUX DE LA RDRD EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

La littérature propose plusieurs constats concernant le développement de cette perspective en milieu carcéral, de même qu'un certain nombre de limites. Outre les recherches orientées vers l'épidémiologie (Fazel et al., 2017, EMCCDA, 2021, Fovet et al., 2020, Brisacier, 2020), plusieurs travaux qualitatifs permettent de donner une idée de la manière dont les logiques institutionnelles, les spécificités de chaque établissement pénitentiaire, la nature et la composition des groupes d'acteurs et la configuration de leurs interactions permettent de comprendre la fortune diverse des projets impliquant une perspective de RDRD en milieu carcéral.

Le développement de la RDRD en milieu carcéral s'apparente à un « objet frontière », puisqu'il « pose le problème d'un travail commun ne pouvant être réalisé que si chacun des acteurs acquiert une familiarité suffisante avec les mondes sociaux où évoluent les deux acteurs » (Joël, 2016). De fait, le partenariat entre administration pénitentiaire et services de santé – et plus particulièrement la dimension de l'accès au soin et de la confidentialité – est bien souvent au centre des questionnements (Joël, 2016 ; Paty, 2013 ; Dos Santos et al. 2021). En effet, la difficulté à garantir la confidentialité de la prise en charge, pourrait in fine déboucher sur des situations de stigmatisation ou de criminalisation des destinataires de l'action, ce qui irait à l'encontre de l'objectif d'une perspective de RDRD.

À ce titre, certains aspects du fonctionnement quotidien des établissements pénitentiaires peuvent largement peser sur la possibilité – et les conditions – de mise en place de démarches de RDRD. Le régime de détention, l'organisation des mouvements ou encore le cadre architectural peuvent ainsi avoir une influence déterminante sur la mise en œuvre d'actions et de dispositifs de RDRD (Joël, 2016). Par ailleurs, il apparaît que la RDRD peut être différemment interprétée, voire acceptée, par les acteurs du soin et de l'accompagnement eux-mêmes (Joël, 2016).

Les trajectoires carcérales des personnes détenues sont aussi marquées par l'ambiguïté du cadre carcéral. Si l'incarcération apparaît comme un facteur de risques accrus (Dos Santos et al., 2021 ; Castel, Coppel, 1991 ; Brillet, 2009), elle peut également être l'occasion d'initiations ou de reprises de parcours de soins (Lécu, 2006 ; Chantraine, 2003). La littérature souligne la difficulté des parcours carcéraux des patients présentant des problématiques addictives, lesquels sont marqués par une stigmatisation omniprésente pouvant se traduire par de multiples formes de violences qui peuvent se manifester tant du côté des autres personnes détenues que du personnel pénitentiaire (Tissot, 2016 ; Chantraine, 2003, Joël, 2016).

En se basant sur ces savoirs, ce rapport se donne pour but d'étudier les représentations croisées des acteurs sur le développement d'une stratégie de RDRD en milieu pénitentiaire en se basant sur une enquête de terrain menée sur trois sites.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La superposition de ces différents cadres, répressif et médical, constitue la toile de fond de cette contribution. Il s'agit de saisir les représentations de la RDRD en milieu carcéral que déploient les différentes catégories d'acteurs, les besoins identifiés, mais aussi la manière dont cet ensemble de pratiques s'insère dans les relations professionnelles et de pouvoir qui traversent l'univers du soin et de l'accompagnement en détention (Milly, 2001 ; White et al., 2014).

Pour ce faire, l'analyse s'attache à dégager et à comprendre les logiques d'action spécifiques à chaque groupe concernant les pratiques et dispositifs de RDRD. Il s'agit donc d'une sociologie d'inspiration wéberienne (2003) visant à comprendre le sens que les acteurs confèrent à leurs actions ou non-actions, les « bonnes raisons » qu'ils ont d'agir comme ils agissent, celles-ci devant systématiquement être rapportées aux contraintes institutionnelles et matérielles, explicites ou tacites ainsi qu'aux situations concrètes dans lesquelles ils se trouvent engagés.

Ces contraintes institutionnelles et matérielles pouvant faciliter ou rendre plus délicate l'introduction ou le maintien de pratiques et dispositifs de RDRD en milieu carcéral peuvent être de plusieurs ordres. La législation en vigueur est un élément de première importance (Sander et al. 2016). Le financement et les conditions matérielles et humaines des activités de soin et d'accompagnement en détention sont également des éléments incontournables (Komalasari et al., 2021). Concernant la détention elle-même, le type d'établissement, sa population, son organisation et sa structure (Stöver, Kastelic, 2014) ainsi que le positionnement des directions d'établissement, dont le pouvoir, quoique contesté, reste central (Vacheret, Lemire, 2007), doivent être intégrés à l'analyse.

Trois questions principales guident donc cette recherche :

- Quelles sont les logiques d'action mises en œuvre par les différents groupes d'acteurs vis-à-vis du déploiement de la RDRD en milieu pénitentiaire ?
- Quels sont les cadres d'interaction dans lesquels ces stratégies sont négociées par les différents groupes d'acteurs ?
- De quelle manière ces stratégies influencent-elles les trajectoires carcérales des personnes détenu.e.s ?

L'enquête met donc en regard, dans un nombre limité de sites, les discours d'acteurs, identifiés au préalable, portant sur la prise en charge en addictologie au sens large, les dispositifs de RDRD existants, mais également les besoins, obstacles et marges de manœuvre identifiés concernant le développement de nouveaux dispositifs. Elle souligne qu'en détention, comme à l'extérieur, la RDRD en prison est l'objet de multiples « malentendus » (Dos Santos et al., 2021) qui freinent le développement de pratiques et de dispositifs associés en milieu pénitentiaire, dans un cadre normatif évolutif.



MÉTHODOLOGIE

Ce rapport repose sur une enquête qualitative menée pendant 11 mois, entre mars 2021 et avril 2022 dans la région Hauts-de-France. Cette enquête s'est traduite par la réalisation d'entretiens semi-directifs avec plusieurs catégories d'acteurs (N = 47).

ECHANTILLONNAGE

Cette enquête a pris place dans trois établissements (numérotés 1, 2 et 3) de types différents. L'établissement n°1 est une maison d'arrêt vétuste de petite taille, dans un environnement urbain de ville moyenne. L'établissement n°2 est un centre pénitentiaire de grande taille, ouvert après l'an 2000 et installé en périphérie d'une des villes les plus importantes de la région. L'établissement n°3 est un centre pénitentiaire de haute sécurité construit il y a moins de 10 ans en milieu essentiellement rural. Ces établissements ont été choisis en raison de leur taille, de leur date de construction, de leur localisation, du profil démographique de la population pénale (en particulier selon l'axe Hommes/Femmes).

Quelques différences notables entre les dispositifs de soins installés dans les trois établissements doivent être indiquées pour une meilleure compréhension des résultats :

- L'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de l'Établissement 1 a à disposition des moyens financiers et humains jugés suffisants, bien que le besoin d'un médecin spécialisé en addictologie ait été évoqué à plusieurs reprises. Installée dans des locaux exigus, elle dispose néanmoins d'une équipe dédiée à l'addictologie habituée au travail en commun, à travers l'association entre le CSAPA et l'USMP. Aucun matériel de consommation à moindre risque n'est disponible dans l'établissement. Outre le suivi individuel des patients, l'USMP participe, en partenariat avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), à des ateliers Santé (quatre par an) au cours desquels la discussion des thématiques liées à l'addiction tient une place importante.

- Ce même dispositif, dans l'Établissement 2, est installé dans des locaux, de manière générale, bien plus adaptés et l'USMP a été, à plusieurs reprises, évoquée comme « privilégiée » par rapport à d'autres concernant les ressources budgétaires et le rapport entre le personnel affecté et les besoins. Un accent est mis sur la prévention et l'éducation à la santé, en partenariat avec le CSAPA. Cela se matérialise, par exemple, par des ateliers menés tous les 15 jours auprès des arrivant.e.s et l'intervention d'un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), un élément notable par sa rareté. La distribution de matériel de type « Roule Ta Paille » était, lors de notre enquête, dans une phase d'expérimentation heurtée.

- Enfin, concernant l'établissement 3, si les locaux de l'USMP sont jugés adaptés aux besoins, le poids des contraintes carcérales sur l'organisation des soins se fait largement sentir, l'établissement étant pensé comme particulièrement sécuritaire. La prévention est limitée aux consultations individuelles. Plusieurs entretiens reviennent sur un manque de moyens criant, en termes de personnel, mais également d'accès à certains produits (e.g., substituts nicotiques) liés à la politique du Centre Hospitalier de référence. Pendant la période de l'enquête, un partenariat a été progressivement mis en place avec un CSAPA.

Préalablement à l'enquête et à la suite d'entretiens exploratoires, les groupes d'acteurs pertinents – hors personnes détenues - ont été identifiés en raison de leur investissement direct ou indirect dans le suivi des personnes détenues manifestant des addictions en milieu pénitentiaire, ou de leur rôle clé dans l'organisation ou le quotidien de la détention.

Ces groupes sont les suivants :

- Directions d'établissement ;
- Personnels en uniforme (lieutenants, gradés, surveillants) ;
- Personnes détenues ;
- Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (CPIP) ;
- Unités Sanitaires (médecins, psychologues, psychiatres, éducateurs et travailleurs sociaux) ;
- Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (éducateurs, psychologues, assistants de service social) ;
- Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (éducateurs).

Au total, 47 entretiens ont été réalisés dans les trois établissements. Leur répartition est présentée dans le Tableau 2.

	DIR	PU	CSAPA	USMP	CAARUD	SPIP	Personnes Détenues	Total
Établissement n°1	1	1	2	2	N/A	1	5	12
Établissement n°2	1	2	2	5	3	2	8	23
Établissement n°3	1	0	0 ³	3	N/A	0	8	12
Total	3	3	4	10	3	3	21	47

Tableau 2 : répartition des entretiens

Deux entretiens complémentaires ont également été menés avec des personnalités extérieures aux établissements en raison de leur expérience sur la thématique des addictions en milieu pénitentiaire au niveau national. Ces personnes sont en poste, respectivement, à l'Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie (OFDT) et au Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL).

Pour chacun de ces groupes, une grille d'entretien spécifique a été créée. Si les formulations des questions ont pu varier de l'une à l'autre, les thématiques abordées sont les mêmes. Les enquêté.e.s ont été interrogé.e.s sur :

- Leur trajectoire professionnelle ou carcérale ;
- Leur perception de l'établissement et de ses spécificités (architecturales, organisationnelles, professionnelles) ;
- Les caractéristiques perçues de la population pénale en termes de consommation de substances et de besoins identifiés en prise en charge en addictologie ;
- (hors « Personnes détenues ») Les caractéristiques du service auquel l'enquêté est rattaché (en termes de locaux, de moyens matériels, financiers et humains) ;
- La prise en charge en addictologie, les dispositifs de RDRD existants ;
- La situation en détention des personnes identifiées comme consommatrices et/ou suivant un traitement de substitution ;
- Les rapports (formels et informels) entretenus avec les autres groupes d'acteurs ;
- Les enjeux liés à la préparation à la sortie.

Pour préserver la confidentialité des enquêté.e.s, les noms des établissements pénitentiaires ainsi que leur localisation ne sont pas mentionnés dans ce rapport. Les initiales attribuées ne correspondent par ailleurs pas à l'identité réelle des enquêté.e.s, les noms et prénoms de chaque personne ayant été remplacés par des pseudonymes.

³Pendant la durée de notre enquête, une intervention CSAPA était en cours de négociation.

ANALYSE DES DONNÉES

Les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement audio, systématiquement proposé dès la rencontre avec les personnes enquêtées pour les deux premiers établissements. Dans le cadre du troisième établissement, l'accès à celui-ci avec un dictaphone nous ayant été refusé pour certains entretiens, ceux-ci ont fait l'objet de notes manuscrites⁴. Après retranscription, le corpus d'entretien a fait l'objet d'une analyse thématique à partir d'une grille catégorielle, chaque entretien ayant également fait l'objet d'une analyse thématique et séquentielle.

⁴Dans certains cas, des phrases extraites de ces entretiens ont été reconstruites par l'adjonction de termes de liaison, en prenant soin de ne pas déformer l'idée initiale.



RÉSULTATS



La distribution de matériel de RDRD est identifiée comme une difficulté centrale pour l'écrasante majorité des acteurs du monde médical, social et médico-social rencontrés.

15 entretiens sur 17 (USMP/CSAPA/CAARUD) mentionnent ainsi cet enjeu comme l'une des principales difficultés liées à leur action. Les outils de type « Roule Ta Paille » (RTP) et les programmes d'échange de seringue (PES) sont cités de manière récurrente comme particulièrement nécessaires.

Plusieurs acteurs médicaux expliquent avoir entamé des démarches en ce sens. Dans ces entretiens, il apparaît que l'administration pénitentiaire oppose très régulièrement un refus à ces initiatives. Les deux motifs de refus revenant le plus régulièrement à ce sujet sont, d'une part, l'incitation possible des personnes détenues à la consommation, et, d'autre part et concernant plus spécifiquement les PES, la possible utilisation des seringues comme arme.

Ainsi, d'après responsable de l'USMP de l'établissement 1 :

On sait qu'en prison, il y a de la drogue qui circule aussi, donc on s'était posé la question de savoir si le fait d'avoir accès à des seringues, ce ne serait pas une bonne chose. Bon, du côté pénitentiaire, ils n'y sont pas très favorables, clairement, parce qu'après, il y a toujours le fantasme de l'arme, du truc qui se retourne contre les surveillants. [...] Je sais qu'une fois, j'ai eu une discussion avec un directeur qui était un peu plus ouvert, mais il n'a pas pu parce qu'il y a eu un branle-bas syndical et ça s'est arrêté assez vite. (Entretien avec C.K. – Médecin – USMP – Établissement 1)

De la même manière, dans l'établissement 2, la psychologue du CSAPA fait état de l'impossibilité, en état, de mettre en place un PES en détention :

Bon, les distributions de seringues, ce n'est même pas imaginable ici. [...] Pour faire passer ça à la pénitentiaire, là, je peux vous assurer que... C'est non, quoi. Ce n'est pas entendable, ce n'est pas compréhensible, ils n'en sont pas là. Déjà, comprendre ce que c'est qu'une personne addict... C'est du... « Il suffit d'arrêter ». (Entretien avec S. D., Psychologue – CSAPA – Établissement 2)

Cette situation en apparence figée peut néanmoins connaître des évolutions. Ce fut notamment le cas dans l'établissement 2, dans lequel un programme de distribution de RTP est en cours de mise en place. Ayant fait l'objet d'un accord initial de la direction, ce programme rencontre néanmoins des difficultés :

Il nous a semblé que les systèmes de RTP puisque le sniff est quelque chose de très utilisé, a priori, au regard de ce que l'on peut voir à travers nos patients, et en plus, c'est quelque chose qui propage l'hépatite C assez facilement [...]. Et en plus, ce support-là, il avait une valeur d'outil et une valeur d'information parce qu'il transmettait aussi des informations qui étaient notées sur le papier. Donc c'était un vecteur qui était intéressant. Donc on a vraiment privilégié ça. Et... ça pose problème. Ça pose problème parce que c'est considéré comme un moyen d'aider ou de pousser à la consommation, et ça, on n'arrive pas à avancer là-dessus. (Entretien avec P.B. – Médecin – USMP – Établissement 2)

De fait, tout au long de l'enquête de terrain, le statut de la distribution de RTP a fait l'objet de doutes et de remise en cause :

La direction ne fermait pas la porte pour les pailles parce qu'a priori, elle ne voyait pas trop comment ils pourraient détourner, mais il fallait faire attention au graphisme, comment présenter ça, au contexte dans lequel c'était donné. [...] Je sais qu'à ce moment-là, il a été décidé de refaire appel à un graphiste pour avoir quelque chose d'adapté, des messages adaptés qui ne choquaient pas trop la pénitentiaire. (Entretien avec S.S. – Psychologue – Établissement 2)

Si les difficultés et les incompréhensions liées à ce programme de RTP sont attribuées à ce que la directrice adjointe de l'établissement 2 nomme la « *difficulté de créer une dynamique commune entre soins et détention en raison de cultures différentes* », il reste que la question de l'évolution normative est également prégnante. Comme le note un surveillant de l'établissement 2 :

Nous... du fait que c'est... c'est interdit. Le détenu prend de la peine en plus ou du QD pour des drogues, car c'est interdit... J'ai envie de dire que cela, je n'ai pas l'impression qu'un jour, dans les prisons, en France, ils vont faire... comme un stand pour dire « si vous voulez vous piquer, on vous met un stand » ... même le truc pour sniffer [...]. Par contre, dès qu'on fera la légalisation dehors, on pourra la faire à l'intérieur. (Entretien avec B.D. – Surveillant – AP – Établissement 2)

De fait, plusieurs entretiens mentionnent une impasse qui ne peut être débloquée qu'à travers la voie normative. On note ainsi une attente de la publication des décrets d'application de la loi de 2016, ceux-ci étant parfois estimés en mesure de lever une partie des contradictions liées à la réduction des risques en prison.

Ainsi, lorsque le médecin responsable de l'USMP de l'établissement 1 évoque ce sujet, il mobilise une expérience passée : la tentative de mise à disposition de matériel de réduction des risques (en l'occurrence, sous la forme d'un Programme d'Échange de Seringues) dans un établissement qu'il a connu par le passé. Bien qu'il juge le partenariat entre l'USMP et l'administration pénitentiaire positif dans cet établissement, il note toutefois

J'ai eu une discussion avec un directeur qui était un peu plus ouvert, mais il n'a pas pu parce qu'il y a eu un branle-bas syndical et ça s'est arrêté assez vite. [...] Voilà, tant qu'il y a pas un texte écrit, signé à leur montrer, ils ne vont pas appliquer. (Entretien avec C.K. – Médecin – USMP – Établissement 1)

Sur la même question, on retrouve un écho similaire dans l'établissement 2 :

Moi je sais que j'avais relancé l'ARS... Parce qu'on avait fait tout un foin pour le Roule Ta Paille, donc j'avais envoyé un truc un peu... un peu colère quoi, en disant « on nous empêche l'accès à la RDR, du coup on va effectivement avoir une montée des infections, style hépatites et tout ça... ». J'avais eu un retour de l'ARS qui [...] m'avait dit « Je vous tiens au courant, je vais voir ça au niveau national ». Tant qu'il y n'a pas des décrets... (Entretien avec A.H. – Médecin USMP – Établissement 2)

Parmi les personnes détenues, les priorités identifiées en termes de RDRD en milieu carcéral sont variables. De manière générale, le développement d'actions ou de dispositifs allant en ce sens est vivement souhaité. Interrogées sur les formes de RDRD qu'elles jugent les plus importantes à développer, les réponses des personnes détenues interrogées sont présentées dans la Figure 1⁵ :

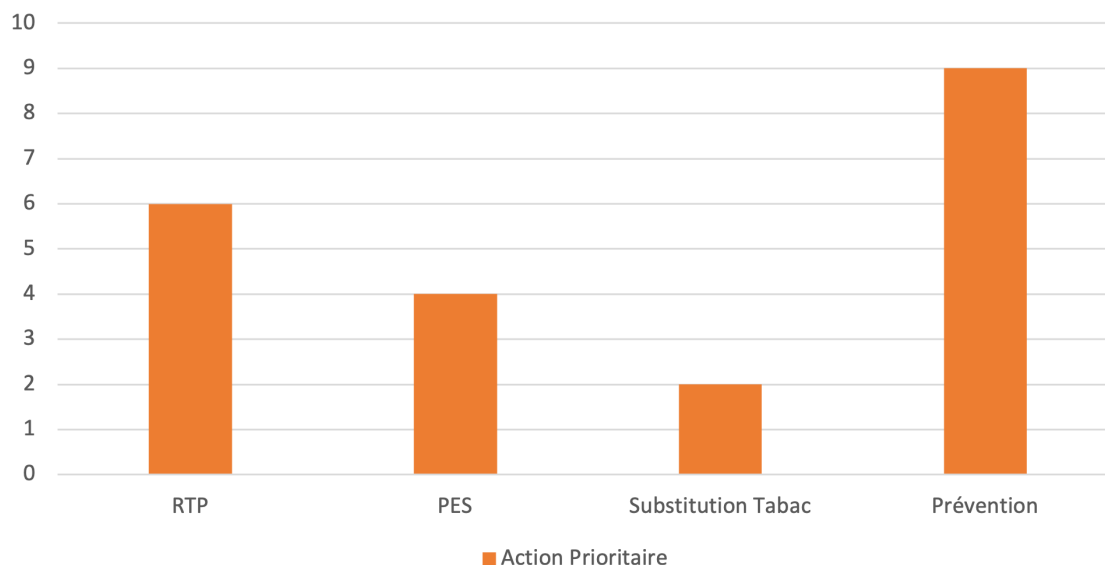


Figure 1 : Dispositifs de RDRD prioritaires pour les personnes détenues, parmi ceux jugés inexistantes ou peu développés

Il faut également noter qu'une minorité (n = 5) des personnes détenues rencontrées affiche une hésitation, voire une hostilité, par rapport à la question spécifique du matériel de RDRD.

Ainsi, plusieurs personnes détenues, tout en étant favorables à ces dispositifs, évoquent les risques de répression portant sur les consommateurs en détention. Par exemple, une personne détenue dans l'établissement 1 fait remarquer que :

Après... s'il n'y en a pas ici, c'est que forcément, à la base, on n'a pas le droit d'avoir le produit... alors ça passe quand même, mais... Oui, mettre des Roule Ta Paille, ça pourrait être bien... des Steribox aussi, mais faut que ce soit anonyme, il faut vraiment que ce soit anonyme... Si quelqu'un se balade avec sa Steribox en détention... Et aussi que les infirmiers respectent le secret médical, et aillent pas raconter au directeur que... c'est comme dans toute chose, il y a toujours des balances. Ici, c'est cool et on voit qu'ils sont respectueux, mais... (Entretien avec E.A. – Personne Détenue – Établissement 1)

Dans certains cas, cette hostilité ou ces doutes peuvent provenir de la spécificité des conditions d'incarcération ou du type de pratiques constatées. Ainsi, l'absence de surpopulation au Quartier Femmes de l'établissement 2 et le relevé des consommations les plus courantes semblent aiguiller la réponse d'une personne détenue dans ce quartier :

Je ne pense pas que [les RTP] soient utiles... parce que si la personne elle en a de quoi consommer, elle est seule en cellule donc ils ne doivent pas se partager les trucs. Donc non, elle va prendre un bout de papier et elle va le jeter, elle ne va pas le laisser trainer dans la cellule. Ce n'est pas comme dehors où on s'échange, on partage, ici c'est chacun pour soi, hein. Je ne pense

⁵Note : Les personnes rencontrées ont parfois listé plusieurs priorités, apparaissent donc ici les mentions des divers items, y compris au sein d'un seul entretien.

pas que c'est utile. La plupart, ce n'est pas sniffer, c'est fumer qu'ils font. (Entretien avec R.D. – Personne Détenue – Établissement 2)

Malgré ces réticences minoritaires, l'affirmation d'un besoin massif de matériel de RDRD par les acteurs issus du monde du soin et les difficultés et conflits avec les acteurs pénitentiaires sur ce point se traduit, d'après plusieurs enquêtés.e.s, par des formes clandestines de mise à disposition de matériel de consommation à moindres risques. Sur les 17 entretiens menés avec des acteurs des CSAPA, des USMP et des CAARUD, 6 entretiens mentionnent de telles pratiques, laissées à la discrétion des professionnels.e.s, en fonction de leurs positionnements et de leurs convictions individuelles.

La question du matériel de RDRD reflète donc les oppositions qui se cristallisent dans le partenariat entre cultures professionnelles conflictuelles et représentations divergentes des destinataires de cette action, mais aussi de la configuration – y compris la plus matérielle – du milieu carcéral. Ces éléments seront explorés dans les sections suivantes.

UN PARTENARIAT SOUS TENSION : « PATIENT » OU « PERSONNE DÉTENU » ?

Les professionnels des CSAPA, des USMP et de l'administration conviennent très largement qu'un des obstacles principaux au développement de pratiques et de dispositifs de RDRD, et plus largement à leur partenariat, se trouve dans les représentations de leurs missions comme opposées.

De manière générale, le partenariat entre les professionnels de la « Santé » et de la « Sécurité » est jugé distant et difficile par plus de la moitié des acteurs (voir Tableau 3). Il y a, à ce titre, une nette coupure entre l'établissement 1 et les établissements 2 et 3. Dans le premier, la taille réduite de l'établissement et les multiples contacts entre personnels du soin et de la sécurité du fait de la localisation de l'USMP au cœur de la détention sont pensés, d'un côté comme de l'autre, comme des facteurs de facilitation du travail en commun. Cela ne signifie pas qu'il n'existe pas d'obstacles au soin ou de difficultés dans la conduite des missions de l'USMP ou du CSAPA, mais celles-ci ne sont pas en majorité attribuées à un dysfonctionnement du partenariat entre USMP et administrations pénitentiaires. Dans les deux autres établissements, les oppositions sont bien plus manifestes.

	DIR	PU	CSAPA	USMP	CAARUD	SPIP	Total
Établissement 1	Positif (1/1)	Neutre (1/1)	Neutre (2/2)	Positif (2/2)	N/A	Positif (1/1)	7
Établissement 2	Difficile (1/1)	Neutre (2/2)	Variable 1 Neutre 1 Difficile	Difficile 3 Neutre 2	Neutre (3/3)	Variable Positif (1/2) Difficile (1/2)	15
Établissement 3	Difficile (1/1)	N/A	N/A	Difficile (3/3)	N/A	N/A	4
Total	3	3	4	10	3	3	26

Tableau 3 : Représentation de la qualité du partenariat Santé/Sécurité par les professionnels (n/total)

Exemple de lecture : Parmi les enquêtés.e.s exerçant dans le cadre de l'USMP de l'établissement 2, une majorité d'entretiens (soit 3 sur 5) se représentent le partenariat entre santé et sécurité comme « Difficile »

Note : La désignation du partenariat comme « positif » fait référence à des situations dans lesquelles les échanges entre mondes du soin et de la sécurité sont jugés globalement fructueux et les différences de perspective et les incompréhensions pensées

L'étiquette « neutre » correspond à des situations dans lesquelles les répondant.e.s, tout en pouvant relever des difficultés importantes et parfois une mise en échec des démarches de soins et de suivi, rapportent celles-ci, totalement ou majoritairement, à des enjeux de personnes, par exemple tel ou tel chef.fe d'établissement et/ou estiment que les différences de perspective ne conduisent pas à une relation conflictuelle.

La qualification du partenariat comme « difficile » correspond à des situations dans lesquelles des difficultés structurelles et profondes, indépendantes des personnes, sont jugées comme ayant un impact négatif sur les activités de soin et/ou donnent lieu à des situations d'interactions conflictuelles répétées.

Lorsque la répartition des représentations ne permet pas de dégager une tendance claire, l'étiquette « variable » a été appliquée.

Les causes de ces difficultés identifiées par les acteurs peuvent être déclinées selon deux axes. Le premier concerne le statut et la représentation des personnes comme « patient.e.s » ou « personnes détenu.e.s », le second une série de conflits se cristallisant autour de la question du secret médical ou professionnel.

Patient.e.s ou personnes détenu.e.s ?

Concernant ce premier axe, l'enquête permet de souligner que la manière dont les deux groupes d'acteurs, celui du soin et de la sécurité, se représentent le public avec lequel ils sont en contact a des conséquences tangibles sur la manière dont ceux-ci pensent le suivi en addictologie, et donc la place de la RDRD dans celui-ci, en particulier concernant le regard porté sur la consommation en détention et l'opportunité de proposer des outils de RDRD. Ces écarts dans les représentations, loin d'être des phénomènes limités à la subjectivité de chacun.e, a des conséquences matérielles particulièrement fortes puisqu'ils influencent grandement la position de chaque groupe sur les consommations addictives en détention et, par voie de conséquence, sur l'opportunité de garantir l'accès à du matériel de consommation à moindre risque ou des outils de RDRD au sens large.

Une psychologue du CSAPA de l'établissement 2 résume clairement une impression largement documentée dans l'échantillon : celle de deux mondes opposés sur les représentations du public détenu :

On travaille quand même dans un milieu qui n'est pas le nôtre : eux, ils disent des « détenus », nous, on dit des « patients » ; eux, c'est la sécurité, nous, c'est le soin. Moi, je dis que je passe 30% de mon temps et de mon énergie à régler des problèmes pénitentiaires... mais ce n'est pas inutile, sinon on ne peut pas travailler. [...] C'est l'institution dans laquelle on est donc il faut qu'on le fasse. (Entretien avec S. D. – Psychologue – CSAPA – Établissement 2)

Ce constat est énoncé dans des termes similaires par une des directrices adjointes du même établissement. Si la directrice reconnaît la diligence des équipes de soins et note que certaines actions en commun (par exemple concernant l'épidémie de Covid-19) ont tout à fait pu se dérouler sans heurts, il reste que, de manière générale :

Il y a une vraie méconnaissance des procédures au sens large. [L'USMP] fonctionne en qualité de soignant, mais non en qualité de soignants en prison. Ils ont du mal à comprendre les règles des mouvements, par exemple. Donc oui, il y a des crispations et surtout des crispations professionnelles étant donné les différentes missions de chacun. Ces crispations se retrouvent aussi dans le langage. Est-ce qu'on parle de « patients-détenus » ou de « détenus-patients » ? (Entretien avec G. S. – Direction – AP – Établissement 2)

⁶ L'emploi de cette terminologie a pour objectif de désigner, d'une part, les professionnels rattachés dans le cadre de l'US, indistinctement de leur rattachement institutionnel, et d'autre part, les différents groupes d'acteurs pénitentiaires, indistinctement de leur grade.

Au-delà de cette opposition dans les représentations, la contradiction entre le statut de « patient » et celui de « personne détenue », ou plus largement de « justiciable » se donne à voir dans deux aspects majeurs : les risques disciplinaires liés à une consommation en détention et, de manière plus large, l'existence d'une obligation de soins tacite, jugée incompatible avec un réel suivi sur la durée.

Les risques disciplinaires liés à une consommation en détention sont particulièrement mis en avant dans l'établissement 2, celui-ci ayant expérimenté la mise à disposition de « Roule ta paille » à destination des personnes détenues. La validation de l'administration pénitentiaire était une nécessité à la mise en place de ce dispositif. Cette nécessité est d'autant plus forte que le Roule ta Paille peut constituer, s'il n'est pas légitimé par l'administration pénitentiaire, un marqueur de stigmatisation :

Ce qu'on voudrait c'est que ce soit validé, que ce soit possible d'arroser... que ce soit... si par exemple un moment il y a une fouille de cellules, on ne se dise pas... par rapport à des outils pour consommer, c'est que c'est un consommateur, c'est un tox, avec toutes les connotations de ce mot. (Entretien avec A.H. – Médecin – USMP – Établissement 2)

Outre le risque de stigmatisation, cette contradiction de statuts devient particulièrement saillante lorsque sont évoqués les risques auxquels s'expose un.e personne détenue disposant de cet outil par rapport aux règlements intérieurs des établissements pénitentiaires. En effet, en l'absence de soutien pénitentiaire à cette démarche de distribution de « Roule ta Paille », la possession d'un tel outil est susceptible de conduire à des poursuites et des sanctions disciplinaires :

En plus... il peut être stigmatisant... puisque c'est interdit de consommer en détention. Ça peut être quelque chose qui étiquette la personne comme consommatrice. [Il y a des moments où... ?] On a, ici, une personne qui a eu des soucis parce qu'on a trouvé des Roule Ta Paille dans sa cellule... [Alors que la direction était au courant de la distribution des outils ?] Alors que la direction... oui, bien sûr. (Entretien avec F.V. – Médecin – USMP – Établissement 2)

À ce premier conflit de statut, entre « personne détenue » et « patient », plusieurs entretiens notent également le poids du fonctionnement de la justice, au-delà de l'administration pénitentiaire, dans le rapport pouvant s'établir entre personnes détenues et professionnels. Un peu plus de la moitié (9/17) des entretiens menés au sein des USMP, CSAPA et CAARUD mentionnent ainsi un tel obstacle.

Ainsi, pour une psychologue intervenant dans le cadre de l'USMP rattachée à l'établissement 3, il est évident que la relation de soins est faussée par la présence du « tiers judiciaire », aiguillant largement l'initiation ou le suivi d'une démarche de soin. De ce fait, le caractère volontaire du suivi, norme éthique et professionnelle, s'en trouve considérablement remis en cause :

On sent très fort le tiers judiciaire qui vient toujours s'immiscer dans la relation médicale, avec des obligations de soin à peine déguisées, qui sont des incitations, disons, très musclées » (Entretien avec J. S. – USMP – Établissement 3)

L'adhésion à une démarche de réduction des risques peut ainsi se retrouver faussée par la présence du « tiers judiciaire », dont le poids réduit considérablement la portée des efforts de promotion de la RDRD en prison :

En maison d'arrêt, tant qu'ils sont incarcérés, l'obligation de soins n'est pas réellement une obligation de soins. L'obligation de soins prend effet à la sortie, en fait, mais en détention, s'ils vont faire des soins, donc aller voir les éduc, les psychologues, les infirmières psy, c'est bon pour avoir des remises de peine supplémentaires. Donc ce n'est pas une obligation de soins à proprement parler [...] La personne devrait commencer ses soins parce qu'elle en a envie, pas parce qu'elle est obligée, on ne devrait pas dire : « Tu fais tes soins, tu vas avoir des RPS », sinon c'est facile, on va toquer à toutes les portes. (Entretien avec J.R., M.P et V.Z. – Éducatrices – CSAPA – Établissement 1)

En conséquence, les enquêté.e.s exerçant au sein des USMP ou en partenariat avec celles-ci suggèrent des pistes d'amélioration. La première fait écho aux tensions entourant la mise à disposition de matériel de RDRD (cf. supra) puisqu'elle consiste en une clarification du cadre normatif. En effet, la disponibilité de ce matériel est intimement liée au statut des personnes prises en charge. Cependant, en parallèle de leur statut officiel, c'est à un travail sur les représentations qu'appellent les professionnel.le.s rencontrés.

Plus de la moitié des enquêté.e.s (10/17) de ces trois structures (USMP/CSAPA/CAARUD) mettent l'accent sur la nécessité de développer des formes de sensibilisation du personnel pénitentiaire aux enjeux de la réduction des risques et, de manière plus générale, de la thématique des addictions. Cependant, nombre d'entre eux expriment des nuances sur la portée de ces formes d'intervention. Les limites les plus citées concernant ce type d'intervention sont l'incompatibilité structurelle des cultures de la « santé » et de la « sécurité » et la difficulté pour les surveillants, dans certains établissements, de disposer de temps pour de tels ateliers de sensibilisation.

La confidentialité

Ces écarts de représentations de l'addiction elle-même et des personnes détenues sont renforcés par la difficulté, en détention, de maintenir une confidentialité jugée acceptable afin d'éviter la criminalisation ou la stigmatisation des personnes dans le cadre d'une démarche de RDRD. Si ce point concerne plus généralement la confidentialité des soins et du suivi, il reste, chez les personnes interviewées, un cadre de pensée nécessaire pour comprendre la difficulté de mise en place d'une stratégie de RDRD en milieu carcéral et plus largement les conflits que cristallise le partenariat santé/justice. En d'autres termes, si la question de la confidentialité des soins et des suivis se pose bien au-delà de la seule question de la RDRD, elle est un prisme omniprésent de lecture des relations entre « santé » et « sécurité ». Dès lors, penser la RDRD en prison pose immédiatement, pour les acteurs du monde du soin, la question de la confidentialité de la prise en charge et du suivi.

Il faut en premier lieu noter que, sur les 21 personnes détenues rencontrées, y compris pour celles dénonçant une forme de connivence délétère entre « santé » et « sécurité », le non-respect du secret médical ne semble pas faire partie des difficultés rencontrées.

Du côté de l'administration pénitentiaire, si la nécessité de garantir le secret médical ne fait pas débat, il reste très largement un objet de frustrations et de critique. Celui-ci est particulièrement illustré par l'enjeu de la participation des équipes médicales aux Commissions pluridisciplinaires uniques (CPU). Ces instances sont en effet destinées à l'échange entre les différentes catégories de professionnels exerçant en détention dans le but d'individualiser et de formaliser la prise en charge et le parcours en détention de chaque personne incarcérée. « Lieu central d'échange institutionnel et de partage d'informations » (Circulaire JUSK1140048C, 2012), la CPU revêt une importance particulière dans la mesure où, en théorie du moins, ces instances seraient le lieu d'élaboration d'une signification commune à donner, par exemple, à une consommation de substance poursuivie ou initiée en détention par une personne détenue. En d'autres termes, la CPU est pensée comme le lieu dans lequel des professionnels venus de différents horizons sont supposés aboutir à une représentation partagée de la situation d'une personne détenue.

Ainsi, la directrice adjointe de l'établissement 2 évoque des soignants « en scission avec la détention » ainsi que des « échanges difficiles » liés à la question de la participation des équipes de soin à la CPU. Dans cet établissement comme dans l'établissement 3, c'est la non-participation des USMP aux CPU – en raison du danger que, pour les enquêté.e.s, cette participation ferait peser sur le secret médical – qui fait l'objet d'une incompréhension de la part des directions d'établissement. Les entretiens menés avec les personnels en uniforme sont, sur ce point, cohérents avec cette position. L'un de surveillants affectés dans un quartier spécifique explique ainsi, à propos des CPU :

Le médical ne veut pas venir. [Et pour vous, c'est un problème ?] Ben... Je pense qu'ils ne veulent pas qu'on aborde des problèmes psychologiques ou psychiatriques, les maladies. [Est-ce que vous pensez qu'il serait important que...] Ah ouais... franchement. Parce que la plupart du temps, pour le changer renvoyer en bâtiment, on va parler de son aspect psychologique et psychique, donc si on ne voit pas avec les gens du métier, c'est une décision qu'on prend entre nous. (Entretien avec L. V., Surveillant – AP – Établissement 2)

Les positionnements des équipes soignantes concernant la participation aux CPU sont, à ce titre, différents d'un établissement à l'autre, mais également au sein de chaque équipe.

Concernant l'établissement 1, le personnel de soin et/ou les éducatrices du CSAPA participent aux CPU dites « arrivants », « sortants » et « suicide ». La taille réduite de la structure, le partenariat avec l'administration pénitentiaire et les limites fixées à la transmission d'information rendent, selon les enquêtés, leur participation compatible avec le respect du secret médical ou professionnel :

C'est quelque chose qui est là depuis longtemps, après, il faut être vigilant à ce qu'on appelle participation à la CPU, parce qu'effectivement, on participe à une partie de la CPU qui concerne les arrivants, donc il est hors de question de commencer à dire qui consomme, qui ne consomme pas, etc. (Entretien avec D.C et C. P. – IDE – USMP – Établissement 1)

Mais y compris lorsque la participation aux CPU est refusée par les équipes médicales, comme dans l'établissement 2, les équipes soignantes peuvent exprimer des positions différentes. Ainsi, l'un des médecins exerçant dans cette unité fait valoir, concernant les CPU :

On nous a souvent bassinés là-dessus en me disant qu'il fallait qu'on y aille, enfin bon, c'est un peu conflictuel là-dessus. Et on est toujours resté assez strict. On essaye de voir, dans l'intérêt du patient [...]. Mais il y a des soignants qui ont du mal à comprendre. Qui disent ben non ça il ne faut pas le dire. Si, si tu ne dis pas à un surveillant que le gars risque de faire un infarctus en pleine nuit... il ne va peut-être pas le surveiller aussi bien que s'il le sait. Donc c'est cette idée-là qui fait qu'on a du partage d'infos, mais uniquement dans l'intérêt du patient. (Entretien avec A.H., Médecin – USMP – Établissement 2)

Sans que les deux positions ne soient contraires, un autre médecin du même établissement met en avant, dans son évocation de la CPU, le fait qu'il s'agit d'un lieu avant tout pénitentiaire, dans lequel les équipes de soins prennent le risque d'un enrôlement qui peut, à terme, déboucher sur une pénitentiarisation de leurs logiques d'action. À l'intérêt du patient vient s'ajouter une deuxième dimension qui relève, avant tout, d'un rapport de forces :

L'administration a fait ça très vite, pense pour elle-même et agit avec la création des CPU. Mais elle le fait de son côté. Et du coup elle est pensée pour la pénit, ce qui crée, après, des difficultés pour les soignants et soit des attitudes de compromission, soit des attitudes de rejet frontal pour les soignants. Vous allez avoir des gens qui vont aux CPU dans un bon sentiment et qui vont se retrouver avec des pratiques, avec le temps, qu'ils ne vont même pas forcément percevoir au fil du temps... et à un moment, ils vont vous affirmer des choses et on va dire : « Mais là, sur le plan professionnel, sur le plan du secret professionnel, sur le plan de l'éthique... vous vous situez où ? » (Entretien avec P.B. – Médecin – USMP – Établissement 2)

Enfin, si l'échange d'informations à caractère médical avec l'administration pénitentiaire est un sujet de discussion et de conflit récurrent, ceux-ci peuvent également s'exprimer dans le sens opposé, comme c'est particulièrement le cas dans l'établissement 3. L'équipe de l'USMP ne participe à aucune CPU. Il s'agit d'un choix assumé du service, regretté par la direction d'établissement :

L'USMP refuse de participer à ces CPU depuis... je pense, l'ouverture de l'établissement, donc ça, c'est une vraie difficulté parce que l'USMP a toute sa place au sein de ces CPU, même si je comprends que, sous réserve du secret médical, ils ne souhaitent pas y participer, mais leur participation leur permettrait... Enfin, moi, je ne réclame pas des informations de leur part, mais ça leur permettrait au moins de prendre les informations que nous, on a à leur donner d'un point de vue sécuritaire, pénitentiaire, toutes les informations qu'on a pu recueillir sur les personnes détenues affectées au sein de l'établissement. (Entretien avec L. G. – Direction – AP – Établissement 3)

La cheffe de service de l'USMP exprime, quant à elle, une opposition frontale à cette logique de transmission formalisée d'information qui serait dans l'intérêt des USMP, dans la mesure où :

Peut-être que s'il y avait un autre chef de service, ce serait autrement, mais on ne participe pas aux commissions pluridisciplinaires uniques, parce qu'on considère qu'on n'a rien à y dire et je n'ai pas forcément grand-chose à y entendre non plus. Pour moi, le secret médical va dans les deux sens, je dois être dépositaire de l'information que mon patient veut bien me donner, donc voilà. (Entretien avec F.X. et R.R. – Médecin et Cadre de Santé – USMP – Établissement 3)

ASPECTS ARCHITECTURAUX ET ORGANISATIONNELS

L'un des principaux blocages au développement des pratiques et des dispositifs de RDRD en prison réside dans l'architecture carcérale elle-même et l'organisation de la détention qui en découle. Cet obstacle concerne plus spécialement les activités de sensibilisation et de prévention individuelles et surtout collectives qui sont centrales dans le développement d'une stratégie de RDRD.

Dans les trois établissements, le développement de formes de prévention collective sur la thématique des addictions est pensé comme un besoin important au sein de la population pénale. Les professionnels éprouvent néanmoins des difficultés à agir face à ce besoin pour des raisons liées à l'architecture ou à l'organisation du régime de détention.

Dans l'établissement 1, par exemple, l'USMP, composée principalement d'une salle de soins d'environ 20m², d'un cabinet dentaire et d'une salle de consultation, est jugée particulièrement peu compatible avec l'accueil de plusieurs personnes détenues dans le cadre de l'organisation d'ateliers ou de groupes de paroles sur les addictions. De tels ateliers sont néanmoins organisés dans d'autres salles mises à disposition par l'administration pénitentiaire.

Dans l'établissement 2, malgré des locaux généralement jugés satisfaisants pour l'accueil des personnes détenues, l'organisation des mouvements constitue, pour la majorité des professionnels, un problème majeur que ce soit pour les activités de prévention ou les actions de soin de manière générale :

Une des particularités du Nord, [...] c'est qu'on fait facilement des consultations en bâtiment d'hébergement [d'accord] pour aller vers les patients, pour éviter les mouvements... Parce que plus il y a de mouvements, plus il y a de pertes, parce qu'on dépend des mouvements, des gens qui ne sont pas là à la bonne heure, de s'il manque de personnel pour les mouvements, si... si... c'est un peu le problème qu'il y a à [dans l'établissement 2], c'est que les mouvements posent beaucoup de problèmes. (Entretien avec A.H. – Médecin – USMP – Établissement 2)

La récente refonte des plannings de promenade et de mouvement renforce encore cet enjeu :

Par exemple, mon patient, il est en cellule B022, donc le 2, c'est pair, donc à la B paire : si je le convoque sur un créneau B impair ou B pair, mais qu'il change de cellule, je vais le convoquer, il ne va pas venir et le surveillant va me dire : « Bah non, il a changé de cellule. » Donc en fait, ça, une fois, deux fois, sur six rendez-vous dans la journée, on va en avoir deux... C'est des petits trucs qui, parfois, mis bout à bout, nous poussent à bout, en fait. (Entretien avec A. P. et M. X. – Educatrices – CSAPA / USMP – Établissement 2)

L'établissement 3 fait face à des difficultés différentes, étant donné que c'est sa vocation sécuritaire qui, d'emblée, contrecarre la possibilité d'organiser des activités collectives. En effet, le régime appliqué est le suivant :

Le régime de détention sécuritaire qui est appliqué sur les quartiers maison centrale répond à un principe de sectorisation strict entre chaque unité d'hébergement, c'est-à-dire que les personnes détenues affectées sur une unité d'hébergement ne peuvent pas croiser les autres personnes détenues affectées à une autre unité d'hébergement, sous réserve de quelques exceptions. Ce principe de sectorisation s'applique également pour tout ce qui est rendez-vous à l'USMP centrale, et donc a un vrai impact sur l'organisation de l'USMP centrale, en fait, puisqu'un détenu affecté à tel étage ne pourra pas rencontrer un détenu affecté à un autre étage, à un autre quartier... (Entretien avec L. G. – Direction – AP – Établissement 3)

Ce type de régime de détention, pour la totalité de l'équipe soignante de l'établissement 3, constitue un réel obstacle à l'organisation de forme de prise en charge collective, notamment au niveau de l'addictologie.

La mission de prévention et de réduction des risques, c'est plus compliqué [...] pas forcément au niveau matériel, mais avec les contraintes qui sont imposées par l'administration pénitentiaire en termes de sécurité qui nous empêchent de mener à bien certaines actions. [...] Ce sont des contraintes dues à la pénitentiaire, qui nous dit : « Voilà, il y a tel endroit où on ne peut pas mélanger les patients, il faut aller dans tel quartier » [...]. En fait, ça empêche toute possibilité de faire un travail collectif. (Entretien avec F.X. et R.R. – Médecin et Cadre de Santé – USMP – Établissement 3)

Outre qu'ils limitent la possibilité de mettre en place des activités de RDRD sous la forme d'ateliers collectifs, ces éléments architecturaux et organisationnels constituent une limite supplémentaire à la possibilité de garantir de la confidentialité des soins et de l'accompagnement, qui sont des fondements importants pour toute perspective de RDRD. En ce sens, l'architecture et l'organisation carcérale viennent renforcer les conflits de représentation évoqués supra.

Ainsi, pour le médecin responsable de l'USMP de l'établissement 1 :

Quelque part, le secret médical est là, mais, pour autant, les surveillants savent que le matin, quand on envoie certains détenus, ils viennent chercher leur traitement de substitution donc ils sont identifiés. (Entretien avec C.K. – Médecin – USMP – Établissement 1)

Les deux IDE exerçant dans cette USMP abondent dans le même sens, lorsqu'ils évoquent la distribution des traitements :

Là où sont les limites... Nous, on fait la distribution avec la surveillance, forcément, on ne va pas en détention tout seuls, et par la force des choses, quand on distribue un médicament, certains surveillants connaissent un peu et voient bien ce qu'on donne aux gens. (Entretien avec D.C et C. P. – IDE – USMP – Établissement 1).

Cette difficulté se retrouve, dans des termes similaires, dans l'établissement 2. Plusieurs enquêtés évoquent des mesures de fortune destinées à renforcer la confidentialité des accompagnements et des prises en charge face à cette question des temps de mouvement. Ainsi, une psychologue fait état du retrait de la plaque « CSAPA » devant sa porte, afin d'éviter l'étiquetage des personnes détenues qu'elle reçoit en rendez-vous :

Nous, on essaye vraiment de protéger, mais... Ici, moi, on ne sait pas que je suis CSAPA, je le dis à mes patients, mais des fois, de toute façon, ils ne savent pas trop... C'est plus pour nous, mais les surveillants ne savent pas, moi, je suis Mme. [S.D.], psychologue, point, pour éviter qu'ils sachent que tous mes patients... [C'est vrai qu'il n'y a pas écrit « CSAPA » sur votre porte] Non, on met psychologue, point. [...] Après, ce n'est pas le secret des dieux, le groupe qui descend le matin et qui va chercher son traitement, on sait qu'ils sont tous sous méthadone et ils ne le sont pas pour rien, donc là, c'est du faux secret, parce qu'on ne peut pas faire autrement, c'est impossible. Ils savent que tous ceux qui viennent chercher leur méthadone, ils sont susceptibles de consommer. (Entretien avec S. D. – Psychologue – CSAPA – Établissement 2)

De la même manière, les ateliers organisés par le CAARUD se font dans une salle dépourvue de signalétique, dans l'idée de permettre une certaine confidentialité aux personnes.

La structure physique de la détention ainsi que son mode d'organisation, qui varie d'un établissement à l'autre, constituent donc des facteurs pouvant influencer la capacité des acteurs du soin et de l'accompagnement à mettre en place un suivi suffisant, de manière générale, et à organiser des activités de sensibilisation et de prévention collective en particulier. Or, celles-ci revêtent une importance particulièrement importante dans une stratégie de RDRD.

AU DELA DE L'OPPOSITION « SOIN/SECURITÉ »

Si les incompréhensions et conflits naissant de la différence de cultures professionnelles du soin et de la sécurité sont des facteurs majeurs de limitation des outils et dispositifs de RDRD en détention, elles ne résument pas entièrement la diversité des situations rencontrées au fil de l'enquête.

Cette section insiste sur deux éléments particuliers pouvant aider à compléter l'image d'ensemble :

- D'une part, elle explore la pluralité des regards portés sur la RDRD dans le monde médical et médico-social, mais également d'après le discours des personnes détenues.
- D'autre part, elle revient sur la manière dont, au-delà des cultures professionnelles, les acteurs tentent de trouver un intérêt commun dans la mise en place de la RDRD en prison.

Des positionnements variés face à la RDRD

Les professionnels intervenant dans le cadre des USMP sont susceptibles d'avoir des positionnements variés face à la RDRD. Ainsi, dans les trois établissements, parmi les 17 professionnels liés aux USMP rencontrés, 6 font état de désaccords profonds avec leurs collègues sur les enjeux liés à la RDRD.

Plusieurs enquêtés font ainsi état d'un clivage entre le registre du travail social et de l'accompagnement, d'une part, le registre purement médical, de l'autre :

Mais au niveau du sanitaire aussi, parce que, pour certains, c'est encore compliqué. La réduction des risques est principalement menée par des structures médico-sociales, même si elles sont hospitalières par moments : c'est des éducateurs, c'est des infirmiers qui travaillent ensemble, et, pour beaucoup, dans le milieu médical, faire confiance à des travailleurs sociaux, c'est compliqué. Alors, elle est de moins en moins présente, mais cette réalité est encore là. (Entretien avec J.R. – CSAPA Référent – CSAPA – Établissement 1)

Des éléments similaires sont rapportés dans l'établissement 2, comme le soulignent divers acteurs. Si la situation s'est améliorée « au fil du temps », le directeur du CAARUD intervenant entre les murs souligne que, dans les premiers moments de son intervention :

Je m'en suis pris plein la gueule [...] par les soignants parce que je disais que tous les détenus sans exception que je suivais à la prison me disaient : « je sniffes le Subutex ». [...] On me disait si quelqu'un détourne l'usage, je lui arrête son traitement. Je répondais : « alors, arrêtez-le pour tout le monde ! » J'étais hargneux à l'époque. Ils disaient : « non, nous, on n'est pas complices de ça. Si on leur prescrit des trucs pour qu'ils détournent leur usage, on arrête ». Voilà, leurs propos. C'étaient les infirmiers, les psys. C'est allé loin parce qu'il y avait même des psys qui interdisaient à certains patients de venir nous rencontrer. (Entretien avec M.O. – Directeur – CAARUD – Établissement 2)

Les entretiens menés avec les acteurs et actrices du CAARUD permettent de donner une idée des diverses interprétations de cette opposition entre différents mondes au sein des acteurs du soin. Le directeur du CAARUD résume, au cours de l'entretien, l'opposition (qu'il juge partiellement résolue dans l'établissement 2) entre certaines conceptions du soin en détention et la RDRD, d'une part, et en évoquant des phénomènes de concurrence professionnelle, d'autre part :

Il y a toujours ce distinguo entre soins et réduction des risques, comme si la réduction des risques ce n'était pas du soin. Ce sont des portes d'entrée différentes mais ça reste aussi du soin. [...] On se défend quand on se sent dépossédés de quelque chose, aussi. Ils viennent prendre une place, je me sens dépossédé, alors je mets des freins pour pas me sentir dépossédé. Mais nous, on veut déposséder personne. (Entretien avec M.O. – Directeur – CAARUD – Établissement 2)

Deux éducatrices du CAARUD exerçant en détention résumant, quant à elles, une partie de cette opposition en mobilisant l'alternative, ou la complémentarité, entre « cure » et « care » :

Nous, on travaille aussi là-dessus, sur le fait qu'on n'est pas dans la cure, on est dans le care, prendre soin de soi, c'est vraiment de la RDRD, réduction des risques et des dommages : des dommages sociaux, des dommages collatéraux qu'il peut y avoir au niveau des consommations. Ça commence à bouger.... (Entretien avec Z.I et A. R. – Éducatrices – CAARUD – Établissement 2)

De la même manière, un médecin intervenant dans le cadre de l'USMP de l'établissement 2 met en lumière une forme de conflit existant entre les postures professionnelles liées à la RDRD et le positionnement de certains soignants, non-formés ou ouvertement hostiles à la RDRD. Évoquant l'arrivée d'un.e nouvel.le professionnel.le du soin dans l'équipe de l'USMP de l'établissement 2, l'un des médecins déclare ainsi :

Il ne faut pas rester sur les pratiques d'avant... il faut effectivement partir des pratiques et des problématiques des patients. Alors nous [...], on essaye de l'accompagner parce qu'elle a une vision encore très dogmatique des choses. Nous, on a une vision quand même beaucoup

plus ancienne, on est plus sur un échange de pratiques dans les ateliers santé, échanges de pratiques... on apporte des infos, mais on attend des infos. Alors que cette personne allait encore dans « j'apporte une info ». (Entretien avec A.H., Médecin – USMP – Établissement 2)

Pour une partie des enquêtés.e.s, à ce sujet, ces positionnements conflictuels par rapport à la RDRD sont liés à la formation de chaque corps de métier, mais également à l'effet d'attraction des pratiques et de la culture pénitentiaire lorsque les personnes exercent longtemps, ou ne parviennent pas à imposer leur autorité professionnelle spécifique en détention.

Ainsi, une psychologue de l'établissement 3 évoque son insistance sur la RDRD auprès d'autres praticiens « qui ne sont pas toujours prêt.e.s à l'entendre », dans un milieu où les soignant.e.s oscillent entre « résistance et collusion ». De la même manière, évoquant les divergences d'opinions au sein des équipes infirmières dans l'établissement 2, un praticien affirme ainsi que :

Il y a quand même parfois des infirmières qui sont là depuis longtemps et qui ont une vision très pénitentiaire des choses. Elles vont dire « mais il n'a pas le droit de consommer ». Et ben, la réduction des risques... elles sont dans le soin et pas dans la réduction des risques. Du coup, dans le flicage. (Entretien avec A.H. – Médecin – USMP – Établissement 2)

Enfin, on peut identifier une dernière dimension permettant de faire ressortir la diversité des difficultés que rencontre le développement de la RDRD en détention. Spécifique à l'établissement 3, elle concerne les difficultés liées aux relations entre l'USMP et les autorités de santé avec lesquelles elle travaille.

Ainsi, l'absence de CSAPA référent depuis l'ouverture de l'établissement est pensée comme une difficulté majeure pour la prise en charge des personnes détenues suivies en addictologie :

Il y a eu intervention, quand même, d'un médecin addicto, qui est venu une ou deux fois à notre demande, sur des problématiques qu'on n'arrivait pas à gérer en tant que médecins généralistes, mais il n'y a pas eu de volonté de la part de l'ARS de nommer un CSAPA référent. Non, parce que pour les longues peines... Encore une fois, ce sont des idées reçues : les longues peines ne sont pas forcément concernées par les problématiques addictives. (Entretien avec F.X. et R.R. – Médecin et Cadre de Santé – USMP – Établissement 3)

De la même manière, le même entretien fait le constat de la capacité limitée de délivrance de substituts nicotiques dans cet établissement. Cette limitation provient de la difficulté de se procurer certains produits auprès de leur centre hospitalier de rattachement :

Et puis on aurait besoin de quelques substituts, parce qu'on n'a pas tout sous notre pharmacie centrale. En termes de substitution nicotinique, par exemple, on n'a pas les formes les plus adaptées à notre population. Par exemple, en termes de pastilles à la nicotine, celles de l'hôpital de [Ville] ne sont pas assez dosées. Ensuite, les inhalateurs, ça fonctionnerait bien mieux que les patchs. (Entretien avec F.X. et R.R. – Médecin et Cadre de Santé – USMP – Établissement 3)

Ce constat se retrouve exprimé de manière plus forte encore au sein de l'équipe des IDE :

Ici, nous sommes limités par la pharmacie pour ce qui est de la tabacologie. Il y a de nombreuses ruptures de stock, du manque de matériel comme des inhalateurs ou des sprays buccaux, parce que ça coûte trop cher. C'est une spécificité du CH de [Ville] d'avoir cette pénurie pharmacologique. Mais c'est vrai que l'addicto est le parent pauvre du milieu hospitalier, et qu'en plus, l'addicto en prison est mal vue. (Entretien avec Z.R., A. H. et O.P – IDE – USMP – Établissement 3)

Sans que cela ne minimise la place prépondérante du partenariat entre acteurs du soin et de la sécurité dans les incompréhensions et les conflits entravant le développement de la RDRD en détention, il reste néanmoins que les éléments abordés ici constituent des difficultés notables pour le développement de la RDRD au sein des établissements enquêtés.

La RDRD en prison : la fabrique d'intérêts communs

En dépit des oppositions que cristallise le partenariat santé/justice, il importe de considérer le déploiement de pratiques et de dispositifs de RDRD dans leur aspect dynamique et donc de saisir la manière dont les acteurs sont en mesure, au-delà de ces oppositions, d'agir en commun. L'analyse du corpus d'entretiens fait ressortir de manière particulièrement forte la thématique de la formation d'un intérêt commun entre acteurs du soin et de la justice.

Chaque établissement met en place des réunions périodiques entre acteurs de la santé et administration pénitentiaire à différents niveaux, au cours desquelles peuvent être évoqués les éventuels projets de RDRD menés dans l'établissement. Ainsi, la confection et la distribution de « Roule Ta Paille » dans l'établissement 2 a été évoquée dans le cadre des rencontres institutionnelles AP/USMP avant de faire l'objet de réunions ad hoc permettant de cadrer plus en détail ce projet.

De la même manière, les éducatrices intervenant dans le cadre de l'USMP relatent l'organisation d'une formation dédiée à l'intervention du CAARUD auprès du SPIP de l'établissement :

Là, on en a fait une la semaine dernière, toujours en lien avec [le CAARUD], aux CPIP, parce que pour distribuer les flyers, ils ne voulaient pas... Au début, ça m'a saoulée, mais après, je me suis dit que... La directrice du SPIP me disait : « Moi, je ne peux pas distribuer les flyers si on ne sait pas de quoi on parle ». [...] Du coup, [l'un des médecins] a fait une formation - j'y étais - aux CPIP sur tout ce qui est addictions. Enfin, on est parti des choses primaires et on a débouché sur tout ce qui est addictions en détention, les consommations, les traitements de substitution, les opiacés... Enfin, tout... (Entretien avec A.P. et M.X. – Éducatrices – USMP – Établissement 2)

Mais ces échanges peuvent également être plus informels, et reposer sur la nature et la fréquence des contacts entre groupes d'acteurs. Ainsi, les mêmes éducatrices soulignent en entretien une séquence d'interaction hors des cadres formels avec des personnels en uniforme :

Il y en a qui sont très agréables et avec qui on a lié des liens parce qu'ils nous ont repérées, nous, les éducatrices. [...] Quand on a fait notre campagne d'information pour, justement, ces permanences CAARUD, [...] il y a un surveillant qui m'a dit : « Je ne peux pas distribuer tes flyers aux détenus parce que ça voudrait dire que je sais qu'ils consomment, que je cautionne le fait qu'ils consomment et que je veux qu'ils aillent se faire soigner, donc ça veut dire qu'il a certainement quelque chose en cellule et que j'engage de fouilles. ». Moi, je leur ai clairement répondu [...] : « Mais, de toute façon, si le gars a envie de consommer, il va consommer, peu importe que ce soit avec une vraie seringue ou un stylo bille, que ce soit proprement ou pas, donc si vous pouvez éviter que le gars transmette l'information, qu'il dise qu'il a réussi à consommer avec ce matériel, qu'ils se transmettent le matériel, et que, du coup, ça fasse effet boule de neige au niveau des risques... » (Entretien avec A.P. et M.X. – Éducatrices – USMP – Établissement 2)

Les échanges informels ne sont pas limités à la question de la RDRD et prennent place dans une économie plus générale des relations entre groupes d'acteurs en détention. Ainsi, plusieurs entretiens reviennent sur une division du travail relationnel au sein des USMP.

Les médecins et chefs de service sont ainsi, étant donné la nature de leurs activités, plus régulièrement en lien avec les directions d'établissement et/ou les chefs de détention, tandis que les IDE (et dans une moindre mesure les éducatrices et éducateurs) participent à « arrondir les angles », selon un terme employé en entretien, avec les personnels en uniforme. Interrogée sur les principes qu'elle pense utiles à mettre en œuvre dans la relation entre USMP et administration pénitentiaire, une enquêtée répond ainsi :

Ce qui marche, effectivement, c'est se montrer relativement cordial ; la présence en bâtiment des infirmiers au quotidien, ça aide beaucoup, quand même, parce qu'ils ont un rapport plus souple avec eux [les surveillants], et c'est vrai que parfois, ça nous aide aussi, parce qu'ils ont un dialogue qui peut être parfois plus direct, mais, du coup, ça simplifie les choses. Moi qui vais ponctuellement en bâtiment, forcément, on se connaît moins donc c'est moins fluide. Donc ça, et pour le reste... Parfois, essayer de faire un peu de pédagogie. C'est toujours difficile de faire de la pédagogie, quand on a vu quelqu'un, sans trahir le secret médical, c'est toujours un exercice un peu délicat parce que si on voulait vraiment parler des choses, il faudrait traduire des choses qu'on n'a pas forcément le droit de dire. (Entretien avec S.S. – Psychologue – Établissement 2)

Cette division du travail relationnel, qui semble être une réalité dans les trois établissements, est perçue, bien que formulée différemment, par la direction de l'établissement 2, laquelle affirme que les soignants sont, de manière générale, en « scission avec la détention » :

C'est plus modéré avec les infirmières qui communiquent plus avec la détention que les médecins. C'est aussi une question de statut social. Les IDE sont plus ouverts à l'échange que les médecins, et ces derniers ne communiquent que peu avec le reste du personnel, sauf bien sûr avec la direction. (Entretien avec G. S. – Direction – AP – Établissement 2)

Cette économie informelle des relations, bien que dépassant de beaucoup le strict cadre de la RDRD, peut ainsi participer à la formation des opinions et, possiblement, d'intérêts communs à ce sujet.

Cette formation d'un intérêt commun entre soin et sécurité s'exprime principalement selon deux directions : celle de l'évitement des événements tragiques et celle du maintien de l'ordre en détention.

Sur la totalité du corpus regroupant les entretiens avec les directions d'établissement, les personnels en uniforme, les CSAPA, CAARUD et personnels de santé directement rattachés aux USMP (n = 23), 10 mettent explicitement en avant l'importance de l'identification de ces intérêts communs dans la mise en place de projets promouvant la RDRD en prison.

Ainsi, plusieurs entretiens mettent en avant l'intérêt supposé commun aux mondes du soin et de la sécurité d'éviter les contaminations en détention ainsi que les overdoses. Par exemple, le CSAPA référent de l'établissement 1 évoque, à propos de l'intervention d'un CAARUD, la nécessité d'une coordination en amont afin d'éviter que l'intérêt commun ne surgisse à la lumière d'un événement tragique :

C'est vrai qu'il y a des besoins : oui, ça serait une fois par semaine parce qu'il n'y a pas besoin de plus, mais c'est le jour où il y aura réellement besoin qu'on n'aura pas et, du coup, une personne fera une OD [overdose] dans une cellule, et puis là, on va se dire... J'ai pas envie qu'on arrive à un décès ou à quelqu'un qui développe une maladie parce qu'il n'y a pas eu ce matériel et cet accompagnement-là pour dire : « Ah, il faudrait peut-être quelque chose. » (Entretien avec J.R. – CSAPA Référent – CSAPA – Établissement 1)

De la même manière, sur la question de l'ordre en détention et à l'occasion d'un échange évoquant les enjeux liés aux addictions en détention, le directeur de l'établissement 1 fait un parallèle avec une question générale de santé :

Oui, on sait qu'un mec qui a pas mal aux dents, c'est un mec qui ne fait pas chier. Tout le monde a eu un jour ou l'autre une rage de dents, on peut comprendre qu'un détenu qui n'a pas forcément la même éducation que nous, qui n'a pas la même patience, la même retenue, s'il a mal aux dents... (Entretien avec F. C. – Direction – AP – Établissement 1)

On retrouve un argumentaire proche dans le discours d'une éducatrice du CAARUD intervenant dans l'établissement 2 :

On discute avec eux... On essaye de renverser la vapeur en disant que le temps qu'elles prennent soin d'elles, elles prennent soin aussi des gens qui les entourent et notamment des agents pénitentiaires qui sont là pour les garder. (Entretien avec V.P. et K.L – Educatrices – CAARUD – Établissement 2)

Cette dynamique de formation d'un intérêt commun est résumée, dans sa dimension de rapport de force et de négociations, par l'un des médecins intervenant dans le cadre de l'USMP de l'établissement 2 lorsqu'il évoque le partenariat entre mondes de la santé et de la sécurité :

Chacun a ses missions, et des missions qui sont a priori différentes. Tout notre souci, c'est de trouver une zone qui sera partagée qui correspondra aux missions de l'un et de l'autre. Penser que la santé en soi est un intérêt suffisant... non. Les gens ne viennent pas pour la santé, ce qui pose un problème fond. [...] Donc avant de penser santé, il faut penser... intérêts des uns et des autres. L'intérêt de la RDRD, c'est... le dépistage très tôt, donc il y a moins de contaminations à l'intérieur. On a des outils de RDRD, donc il y a moins de circulation de seringues, etc. Donc ça, ce sont des intérêts qui sont perceptibles. Le calme en détention, aussi, beaucoup. Les médicaments... il y a un réel intérêt à avoir une distribution des médicaments qui se passe bien, parce que si elle se passe mal, la détention est en feu et ça pose des problèmes. Il faut en être conscient, parce que ça peut être moteur. (Entretien avec P.B. – Médecin – USMP – Établissement 2)

Cette dynamique de formation, formelle et informelle, d'un intérêt commun est présentée, dans les entretiens, comme un processus important au sein du partenariat entre « santé » et « sécurité », particulièrement en ce qui concerne le développement de la RDRD en détention. Néanmoins, comme indiqué supra, une partie des enquêtés.e.s remarque que ce processus ne se suffit pas à lui-même et ne saurait arriver à son terme sans une évolution normative, y compris de la loi du 31 décembre 1970. Cette dernière est en effet parfois pensée comme étant le socle légal de la dichotomie entre conception médicale de l'addiction et conception pénale de la délinquance toxicomane. D'autres enquêtés regrettent également que la dimension largement informelle de ce processus ne permet pas d'ancrer dans le temps des convergences d'intérêt souvent fragiles et précaires. Ainsi, le même enquêté fait valoir que :

Le problème, c'est que les gens bougent vite et le travail qu'on peut entamer peut être mis à mal, et donc on redémarre. C'est pour ça qu'on essaye d'écrire des choses, pour qu'elles restent. Même si... même quand c'est écrit, c'est difficile. C'est toute la difficulté. L'administration fonctionne beaucoup sur les écrits, et c'est ce qu'on lui demande, mais effectivement, énormément de choses se font de manière informelle. Et c'est terrible, parce que l'informel est utilisé pour gérer les soucis et les tensions entre les gens, mais c'est informel donc ça n'engage pas [...]. Il y a beaucoup à partager et c'est très utile... mais à côté

de ça, de ce fait là, il n'y a pas de cadre. (Entretien avec P.B. – Médecin – USMP – Établissement 2)

Cette formation d'un intérêt commun est principalement abordée dans les entretiens avec les professionnels. Il reste que, dans deux entretiens avec des personnes détenues, le rapprochement d'intérêt entre « santé » et « sécurité » apparaît en négatif comme dénonciation d'une forme de collusion principalement axée sur le maintien de l'ordre en détention.

Ainsi, une personne détenue dans l'établissement 2 dénonce une alliance tacite entre professionnels de santé et administration pénitentiaire :

Les surveillants préfèrent une personne qui prend des cachets qu'une personne qui n'en prend pas. Parce que leur objectif, à la pénitentiaire, c'est de détruire, d'anéantir. Je ne suis pas fou, je sais de quoi je parle... et avec l'aide médicale, ils arrivent à atteindre les sujets psychologiquement et physiquement. Ça se voit en parlant avec quelques surveillants... Il y a une connivence entre l'UCSA⁸ et la pénitentiaire. (Entretien avec A. X.-. P. – Personne Détenue – Établissement 2)

Dans un registre similaire, une personne détenue de l'établissement 3 évoque en premier lieu la disparition de la « solidarité collective entre les détenus ». Cette dernière laisse chacun seul face à l'administration sans possibilité de résistance, laissant chacun dans une apathie secondée par la prescription médicamenteuse. Son propos s'achève ainsi sur :

Il faut vraiment faire un travail sur les médicaments... parce que ça les arrange. Ils s'y retrouvent, les médecins et les surveillants. Moi, j'appelle ça la « dealeuse médicale », vous comprenez ? Pour garder les détenus calmes. (Entretien avec B.O. – Personne Détenue – Établissement 3)

RDRD ET TRAJECTOIRES CARCÉRALES

Cette dernière section est centrée sur les effets de la détention sur les trajectoires des personnes détenues prises en charge en addictologie et la manière dont celles-ci font apparaître à la fois des obstacles pour tout effort de déploiement de projets de RDRD mais également des risques singuliers qui nécessiteraient d'être pris en compte dans cette perspective. Les paragraphes suivants développent particulièrement les témoignages et opinions des personnes détenues, qu'elles soient directement suivies par l'USMP sur cet aspect ou proposent une vision générale d'après leurs observations des dynamiques liées à la consommation de substances psychoactives en détention. Des extraits d'entretiens avec les professionnels viennent également illustrer le propos.

Cette partie développe en premier lieu les multiples formes de stigmatisation auxquelles les personnes suivies, notamment dans le cadre de TAO sont l'objet en détention. Elle propose enfin un focus sur les consommations en détention, en particulier les consommations médicamenteuses, omniprésentes dans le corpus d'entretiens.

⁸ Bien que théoriquement obsolète, le terme UCSA désignant l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (faisant aujourd'hui partie des Unités Sanitaires) reste en usage pour de nombreux acteurs.

Une stigmatisation récurrente des personnes détenues ayant des consommations

L'analyse du corpus d'entretiens montre que la stigmatisation des personnes ayant, en détention, des consommations liées à une addiction est une réalité inévitable (voir Tableau 4). Cette stigmatisation constitue une donnée centrale et inévitable pour toute stratégie de RDRD en détention et ce pour au moins trois

	DIR	PU	CSAPA/USMP/ CAARUD	SPIP	Personnes Détenues	Total
Stigmatisation liée aux addictions entre personnes détenues (total)	2(3)	2(3)	13(17)	2(3)	16(21)	35(47)
Stigmatisation liée aux addictions de la part du personnel pénitentiaire (total)	1(3)	1(3)	10(17)	1(3)	7(21)	19(47)

TABLEAU 4 : Évaluation de la stigmatisation des personnes détenues en raison de problématiques addictives par groupe d'acteurs (total)

Exemple de lecture : Parmi les personnes détenues rencontrées dans le cadre de l'enquête, 7 sur 21 estiment qu'existe une stigmatisation des personnes détenues par le personnel pénitentiaire en raison des problématiques addictives que celles-ci rencontrent.

Trois remarques doivent être formulées afin d'interpréter ce tableau.

1) D'une part, il faut souligner que deux entretiens au sein du sous-ensemble CSAPA/USMP/CAARUD ont mentionné des comportements largement stigmatisants de la part de professionnels de santé. Le corpus n'ayant pas été systématiquement sondé sur cette question, elle ne figure pas dans le tableau ci-dessus. Néanmoins, elle ne doit pas pour autant être négligée. Un médecin intervenant dans le cadre de l'USMP de l'établissement 2 fait ainsi remarquer les éléments suivants :

Dans ce qu'on peut entendre entre nous, dans des moments partagés... les personnels soignants rentrent aussi là-dedans. On a un énorme problème de stigmatisations de nos patients... et ça ne dérange personne. On ne se réinterroge pas là-dessus... Les positionnements des soignants sont parfois très curieux, oui. Sur tout cet aspect, je n'ai pas vraiment l'impression qu'on avance. (Entretien avec P.B. – Médecin – USMP – Établissement)

Ainsi, il faut souligner que l'absence de données d'ensemble relatives aux formes de stigmatisation des personnes détenues par les professionnels du soin relève bien plus d'une exclusion de ce paramètre de l'enquête que d'un quelconque constat. L'extrait d'entretien semble bien plutôt souligner, du moins dans un des établissements, la prégnance de cette question. L'hostilité rapportée de certains acteurs des USMP aux principes de la RDRD vient renforcer le poids potentiel de cette forme de stigmatisation.

2) L'absence de référence directe à une stigmatisation liée aux addictions ne signifie pas, pour autant, que les enquêté.e.s jugent que les personnes en question ne font pas l'objet d'un traitement spécifique. Certaines personnes détenues, par exemple, vont noter que si l'addiction, en soi, ne fait pas l'objet d'une

stigmatisation directe, certains comportements induits par celle-ci (par exemple le « trafic » ou des réactions liées à une situation de sevrage) vont, de fait, amener les personnes soit à des sanctions formelles, soit à être perçues négativement par les personnels pénitentiaires ou d'autres personnes détenues. Le tableau ci-dessus ne fait donc état que des entretiens établissant un lien direct entre poursuite ou initiation d'une consommation en détention (qu'il s'agisse d'une consommation légale ou illégale) et stigmatisation.

3) Il est remarqué par une écrasante majorité et à travers tous les groupes d'acteurs que le tabac et le cannabis ne sont pas, dans les représentations, perçus comme des addictions problématiques. Ainsi, aucun entretien ne fait mention de ces consommations comme pouvant potentiellement conduire à un tel processus.

Les entretiens menés avec les personnes détenues sont particulièrement diserts sur la question de la stigmatisation des consommateurs et consommatrices.

Ainsi, une personne détenue dans l'établissement 3 note que, pour la détention :

Le « tox », c'est le malade, ici, celui qui consomme autre chose que du cannabis ou du tabac, celui à qui on ne peut pas faire confiance, dont la vie ne tourne qu'autour de la came, qui sont décevants. J'avais un ami, par exemple, qui a perdu son poste, qui a commencé à prendre des cachets, puis est entré dans une logique de « tox », ne voulait plus s'en sortir, après 10 ans de Subutex. Le « tox », c'est celui qui ne sait plus gérer sa conso, qui est dans sa bulle et a perdu toute notion d'honneur et de valeurs. (Entretien avec B.N. – Personne détenue – Établissement 3)

Cette stigmatisation ne se limite pas aux produits interdits en détention, mais elle s'étend aux TAO et, de manière générale, à certaines consommations médicamenteuses comme par exemple celles de Seresta® ou de Valium® :

On est considérées comme des « shlag ». Et pourtant, il y en a qui disent ça et qui en prennent aussi, mais qui se cachent parce que sinon ils sont rejetés. Mais, par contre, le shit, c'est pas grave, c'est normal. Alors que les médicaments, pourtant, ils sont donnés par les médecins. Mais c'est vrai que certains abusent, c'est juste pour se défoncer la tête [...]. Il y a des remarques tout le temps, des détenues et des surveillantes. Et pourtant je suis sûre et certaine qu'elles aussi en prennent le soir pour dormir. (Entretien avec V.A. – Personne détenue – Établissement 2)

Elle s'exprime, en revanche, de manière particulièrement forte au cours de certains moments clés, par exemple lors des mouvements pour distribution des TAO, à certains moments fixes de la journée, ou lors de l'entrée en détention :

Ouais, c'est régulier, j'entends tout le temps... « Fais attention espèce de tox », ou « tu vas à l'UCSA tous les jours chercher ta métha », etc. Surtout des détenus, en fait. Des réflexions comme ça d'un surveillant, je pense que ça ne passerait pas. De toute manière, la plupart du temps, c'est entre détenus qu'on se bouffe la gueule. [...] Après, c'est vrai que quand je suis arrivé, ça s'est mal passé avec les surveillants. Les mecs avaient l'impression que je les prenais de haut, alors que non, je faisais la gueule parce que je venais d'arriver et puisqu'on m'enfermait. Automatiquement, vous tirez la gueule. [...] Le mec il fouille mon sac, il voit tout le matériel de shoot. Ça me met mal à l'aise quand il me demande ça à quoi ça sert. C'est un truc de shoot : tu crois que je suis fier de faire ça à cinquante piges ? J'ai dit « Oui, c'est pour cuisiner, c'est une casserole ». Mais j'avais des seringues aussi, et il a commencé à m'insulter : « C'est quoi le truc des seringues, là, espèce de tox de merde ? » (Entretien avec H.G. – Personne détenue – Établissement 1)

Dans les entretiens menés, les équipes de soin intervenant dans le cadre des USMP reviennent proportionnellement plus que les autres groupes d'acteurs sur les formes pénitentiaires de la stigmatisation des personnes sous TAO. Sans doute faut-il y voir, entre autres, un effet de leur position spatiale dans l'établissement et des dynamiques qu'ils sont susceptibles d'observer le plus fréquemment (par exemple lors de la distribution des traitements) et d'autres qui, au contraire, sont plus lointaines. Ainsi, évoquant la stigmatisation des personnes détenues suivies dans le cadre d'un TAO, une psychologue de l'établissement 2 explique :

Par rapport aux soignants, je ne pense pas, mais par rapport aux surveillants, oui, quelquefois, puisqu'on a encore... Ils se méfient parce qu'ils savent qu'on ne va pas laisser passer, mais, le matin, forcément, ils vont chercher tous ceux qui viennent chercher leur traitement, et ça arrive de tomber sur un surveillant qui dit : « Allez les tox ! ». Ça peut arriver, donc là, notre équipe va bondir. Mais oui, ils sont stigmatisés et ils sont aussi stigmatisés par une autre partie de la population des codétenus qui ne consomme pas et qui dit : « Ça, c'est les tox... » Oui, il y a de la discrimination. (Entretien avec S. D. – Psychologue – CSAPA – Établissement 2)

Cette stigmatisation omniprésente va, dans certains cas, bien au-delà des échanges verbaux et a des conséquences majeures sur la prise en charge des personnes. Sur ce point, le responsable de l'USMP de l'établissement 1 insiste largement sur les possibles interruptions de suivi :

Dans certaines cellules, il peut y avoir des petits problèmes parce qu'effectivement, de temps en temps, on a le retour de certains détenus qui sont sous substitution, qui viennent nous voir en disant : « Je voudrais arrêter ma substitution », je dis : « C'est quoi le problème, pourquoi vous voulez faire ça ? », et en fin de compte, il s'avère qu'ils ont des rapports difficiles avec d'autres codétenus qui sont pas toxicomanes, qui ont pas de traitement et qui voudraient leur imposer d'être clean et d'arrêter leur traitement. Donc entre eux, effectivement, la stigmatisation doit surement exister... (Entretien avec C.K. – Médecin – USMP – Établissement 1)

Phénomène multiforme et omniprésent, la stigmatisation des personnes détenues en raison de leurs consommations ou des traitements qu'elles suivent semble principalement faire l'objet de réponses au cas par cas. Certain.e.s enquêté.e.s font ainsi valoir que, dans certains cas, il leur est arrivé de faire remonter des « difficultés en cellule » à l'administration pénitentiaire, suggérant un changement d'affectation. Certains propos jugés déplacés de surveillant.e.s ont également pu faire l'objet d'une remontée via les responsables des USMP, et, inversement, des échanges entre IDE ou éducateurs/éducatrices et personnels de surveillance ont pu permettre d'identifier de telles difficultés.

L'évolution des consommations en détention et la question médicamenteuse

Les processus de stigmatisation évoqués précédemment sont inséparables d'un enjeu plus large, qui est celui des consommations médicamenteuses, en particulier celles de TAO, d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques, mais également d'autres substances, souvent regroupées sous la catégorie de « cachetons ». Consacrer un développement portant spécifiquement sur cette question relève de l'évidence, tant ce phénomène a été abondamment décrit, à la fois dans son étendue que dans les dynamiques qu'il permet de mettre en lumière et dans ses conséquences.

Si l'ampleur quantitative du phénomène reste inaccessible à cette enquête, il reste que la consommation

médicamenteuse est évoquée de manière récurrente par les professionnels comme par les personnes détenues lorsque ces acteurs sont interrogés sur les principales consommations repérées dans l'établissement (voir Tableau 5).

	DIR	PU	CSAPA	USMP	CAARUD	SPIP	Personnes Détenues	Total
Établissement 1	1(1)	0(1)	1(2)	1(2)	N/A	1(1)	4(5)	8(12)
Établissement 2	1(1)	1(2)	1(2)	3(5)	2(3)	1(2)	6(8)	15(23)
Établissement 3	1(1)	N/A	N/A	2(3)	N/A	N/A	5(8)	8(12)
Total	3(3)	1(3)	2(4)	4(10)	2(3)	2(3)	14(21)	31(47)

TABLEAU 5 : Mentions des consommations médicamenteuses parmi les « principales » formes d'addictions dans l'établissement (total)

Peu de variations sont donc enregistrées d'un établissement à l'autre. Pour environ 2/3 des enquêté.e.s, les consommations médicamenteuses font partie des « principales » consommations dans l'établissement. Il faut immédiatement distinguer les consommations liées à une prescription et les formes d'usage récréatif ou de mésusage du médicament, bien qu'à certains niveaux, cette distinction n'est pas opératoire (notamment concernant les processus de stigmatisation).

La seconde forme de consommation, qu'elle concerne l'usage détourné (par exemple la consommation de paracétamol (Doliprane®) par voie nasale) ou la circulation de buprénorphine ou de benzodiazépines, assimilée à une forme de trafic, est jugée particulièrement forte par une partie significative de l'échantillon (30/47). De nombreux entretiens constatent ainsi un phénomène de substitution des consommations après l'incarcération, mais aussi d'initiations de telles consommations en détention. Ainsi, selon le directeur de l'établissement 1 :

La plus grosse problématique, c'est qu'il y a beaucoup de gens qui ne sont pas forcément addicts à l'extérieur, mais ils rentrent en prison et, pour passer le temps, ils se défoncent. Il y a des mecs qui n'étaient pas forcément héroïnomanes, mais qui se déclarent comme ça pour avoir accès à la méthadone. (Entretien avec F. C. – Direction – AP – Établissement 1)

Les entretiens avec les personnes détenues sont également régulièrement émaillés de récits d'initiation à la consommation médicamenteuse récréative en détention. Ainsi, pour une personne détenue au quartier femmes de l'établissement 2 :

Oui, je connais une fille qui a commencé à prendre du Sub en prison, elle ne prenait rien dehors. En fait, elle a commencé à fumer dans une cigarette et puis après, c'est devenu plus quotidien. Et l'autre fille a changé de côté et elle s'est aperçue qu'elle était en manque. Donc ils ont dû la mettre sous Subutex. (Entretien avec V. A. – Personne Détenue – Établissement 2)

Les réponses apportées à ce phénomène sont variables d'un établissement et, semble-t-il, d'un professionnel à l'autre.

Les IDE de l'établissement 1 insistent par exemple, en entretien, sur l'importance du suivi et de la prévention concernant l'usage des médicaments auprès des personnes détenues.

On voit souvent des gens qui arrivent et qui prennent dix Seresta, vingt Seresta par jour, et auxquels il faut dire : « Non, ce n'est pas comme ça qu'il faut faire ». Je trouve qu'au niveau psychologique, c'est presque plus dur encore de se dire : « Oui, mais de toute façon, c'est un médicament, du coup, ça ne peut pas être mauvais ». La drogue, on sait que c'est mauvais parce que « c'est de la drogue... ». Je pense que les cures, le sevrage, le SMPR, ce sont des béquilles, ce sont des outils qui peuvent être utilisés. Le SMPR⁹ [...] fait des sessions d'éducation à la santé, justement, par rapport à ça, et je trouve que ça peut être intéressant. Mais c'est plus facile à dire qu'à faire. Je me mets à leur place aussi : quand on a l'habitude... (Entretien avec D.C et C. P. – IDE – USMP – Établissement 1).

L'identification des cas de mésusage ou de trafic, notamment de traitements prescrits, peut être le fait d'une forme de repérage informel des conduites jugées déviantes par le personnel médical lui-même. Ainsi, comme l'explique une psychiatre de l'USMP de l'établissement 2 :

Honnêtement, c'est surtout les patients qui sont sous buprénorphine et qui vont partir du bureau infirmier et, deux secondes après, on les retrouve dans un groupe en train de discuter et ça n'a pas l'air très net. Les infirmiers vont tenter de poser quelques questions et on sent qu'ils essaient de cacher un truc, et, du coup, c'est très compliqué. Parfois, on a des dénonciations entre personnes, mais c'est difficile d'en faire grand-chose. De temps en temps, ce sont des patients, en entretien... Qui regrettent après, d'ailleurs, mais qui nous disent qu'ils prennent autrement, que ça leur arrive de le sniffer, de le fumer ou de faire Dieu sait quoi avec. (Entretien avec S.S. – Psychologue – Établissement 2)

Auquel cas, dans cet établissement, l'USMP procède à une réponse pensée comme « graduelle ». Celle-ci peut aussi bien consister en une forme de « contrat moral » établi dès l'initiation du traitement, avec, en cas de mésusage ou de trafic présumé, une forme de suivi renforcé ou encore en une substitution de traitement :

La première fois, on recadre un peu, on laisse une chance, on essaye de faire plus attention à la prise, de garder plus longtemps la personne et on essaye de voir comme ça, on peut aussi faire un toxique urinaire si vraiment on a un gros doute sur la prise... [...] Sinon, ça va être basculer sous une autre forme de traitement. On aime bien l'Orobupré parce que ça fond vraiment plus vite, parce que, finalement, c'est assez rare qu'ils se l'injectent. En général, ils ne le vivent pas très bien. Bref, c'est hyper dur... (Entretien avec S.S. – Psychologue – Établissement 2)

Dans certains cas jugés spécifiques, et notamment dans des cas de trafic prolongé, l'arrêt progressif ou total du traitement est également envisagé :

Ça peut arriver en dernier recours, si vraiment on a l'impression qu'il se paye notre tête, qu'on a un peu tout essayé, qu'il met à mal tout, qu'on est vraiment avec quelqu'un qui est pas du tout dans le soin, et pour qui on a un gros doute sur le fait qu'il revende à peu près tout et qu'il s'en serve comme monnaie d'échange. C'est vrai qu'on peut arriver à ça, alors on va arrêter très progressivement et on va voir si, à un moment, ça s'améliore, s'il a baissé d'un tout petit peu et que ça le fait changer ou pas du tout. (Entretien avec S.S. – Psychologue – Établissement 2)

⁹ Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)

La remontée d'informations concernant des suspicions de mésusage peut, dans certains cas, être le fait de l'administration pénitentiaire. Plusieurs entretiens mentionnent ainsi des signalements effectués par des agents concernant des pratiques de stockage de médicaments. Du côté pénitentiaire, l'absence de retour sur ces signalements est très souvent mentionnée comme une cause de frustration :

Je me souviens qu'à une époque il y en a qui demandaient beaucoup de dolipranes aux infirmières, c'était une monnaie d'échange. Il y en a qui se le mettaient dans le nez. Ou des stockages. C'est ce que j'ai toujours reproché. On fait des signalements, mais il ne se passe rien. On donne tellement de médicaments dans les sachets sans vérifier qu'ils sont bien pris. À part pour certains traitements, quand on leur donne la petite fiole qui remplace le Subu, là ils ne peuvent pas le stocker. Mais tous les autres médicaments, ceux pour dormir, les costauds, il les a chez lui. Il cumule, il cumule, et il en prend 10 d'un coup. Et dans ce cas-là, on les envoie à l'hôpital pour un lavage d'estomac. Ça arrive souvent, ça. (Entretien avec L. V., Surveillant – AP – Établissement 2)

Les personnes détenues rencontrées sont généralement très préoccupées par la circulation des traitements. S'il faut rappeler qu'une part seulement provient des prescriptions réalisées dans le cadre d'un suivi par l'USMP (une autre partie dont le poids est impossible à identifier dans cette étude, provenant de projections extérieures ou d'entrées par les parloirs), nombreuses sont les personnes détenues pour qui une action à ce niveau s'avère prioritaire.

Ainsi, parmi les personnes détenues, certaines regrettent une prescription, ou une prise, des médicaments qui ne serait pas suffisamment encadrée :

On doit voir le psy, lui dire et c'est lui qui va donner. Y'a pas de languette urinaire, y'a rien. On peut avoir un traitement en faisant croire qu'on a consommé dehors, alors que limite on n'a pas consommé. Oui il y a une prise de sang et d'urine, mais c'est facile de consommer juste avant et de ne pas avoir consommé pendant des années. D'un côté, ce n'est pas assez sécurisé et d'un autre côté, on n'est pas assez encadré. [...] Et du coup, ça alimente le trafic. Y'en a qui vont uniquement chercher les traitements pour vendre en promenade. (Entretien avec F. G. – Personne Détenue – Établissement 2)

Une autre personne, détenue dans l'établissement 3, suggère que si ces médicaments sont souvent nécessaires pour supporter la détention, une forme de gradation des prescriptions pourrait être envisagée :

J'ai été initié aux médicaments en prison. Ça m'a permis de me détendre, de rendre la détention plus supportable, moins désagréable. Mais à long terme, ça peut entraîner des troubles psy, des réactions qui peuvent être dangereuses. Peut-être que... je ne sais pas... pour les gens qui ont du mal à dormir comme moi au début, il pourrait y avoir des traitements moins forts, pas traitements de cheval. Par exemple des produits plus naturels, à base de plante, pour commencer. (Entretien avec S.X. – Personne Détenue – Établissement 3)

Les personnes détenues expriment fréquemment, parfois en parallèle de ces argumentations, le besoin de prévention (individuelle ou collective) sur les traitements médicamenteux, leurs usages et les risques associés :

J'ai essayé le Subutex, mais je n'ai jamais réussi à décrocher avec ça. Je trouve que la méthadone est plus encadrée et que les gens devraient prendre ce type de traitement. Je trouve que c'est plus facile à arrêter, mais c'est mon avis. Alors que le Subutex, les trois quarts de ceux qui le prennent ici le prennent pas normalement. Ils le sniffent. Donc le traitement n'est pas pris

normalement. En plus, ils n'ont pas l'effet total du médicament parce que quand on sniffe, on en perd la moitié. Il faudrait que ce soit plus encadré, et plus de prévention sur ça, que ce soit possible d'en parler. (Entretien avec F.Z. – Personne Détenue – Établissement 2)

De manière générale, la circulation et le mésusage des médicaments est donc un élément d'inquiétude, de crispation ou de risque très fortement mentionné dans les entretiens, les réponses à celles-ci semblent relativement peu unifiées et varient d'un.e praticien.ne à l'autre. Si les entretiens font état d'une possibilité d'évoquer ces sujets, notamment dans le cadre de rendez-vous médicaux en cas de soupçon de mésusage, il est tout à fait notable que la préoccupation relative au rôle et aux usages du médicament en détention est extrêmement forte chez les personnes détenues rencontrées.



DISCUSSION



Les résultats exposés témoignent de représentations conflictuelles de la RDRD en milieu pénitentiaire à la fois entre les différents groupes d'acteurs concernés, mais également au sein de ces groupes. Ils mettent par ailleurs en avant différentes stratégies à travers lesquelles ces représentations de la RDRD, oscillant entre l'adhésion et l'hostilité, sont mobilisées dans le cadre de stratégies, de rapports de concurrence ou de conflit entre - et à l'intérieur de - ces différents groupes.

Les déterminations structurelles liées au milieu pénitentiaire sont primordiales afin de comprendre les raisons des tensions que cristallise la RDRD dans le partenariat entre mondes de la « santé » et de la « sécurité ». Pour une large part des professionnels rencontrés, les missions de ces deux mondes, les codes et valeurs professionnels qu'ils expriment et qui fondent leurs autorités spécifiques sont en conflit direct. La superposition des figures du « patient » et du « détenu » ou du « justiciable » en constitue une illustration omniprésente. Au-delà de la simple terminologie, ces oppositions se traduisent dans de multiples interactions et décisions. Le statut de « justiciable » et celui de « détenu » viennent ainsi régulièrement, d'une part, aiguiller la compréhension d'une consommation comme révélatrice d'une addiction (qui doit faire l'objet d'un suivi, y compris dans une démarche de RDRD) ou d'une délinquance (l'objectif étant alors la cessation complète du comportement), et, d'autre part, faire obstacle à la représentation médicale de la relation entre patient et personnel de soin, qu'il s'agisse du respect du secret médical (à propos de la participation à la CPU) ou de la libre adhésion au soin. Ces deux aspects se traduisent ainsi par une crainte, pour certaines personnes détenues, des usages (en termes de repérage, de contrôle ou de stigmatisation) pouvant émerger de la mise en place de nouveaux dispositifs de RDRD. De la même manière, le rôle surplombant de l'appareil judiciaire pose la question des obligations de soins implicites, et de l'interprétation, par les magistrat.e.s, de l'inscription d'une personne détenue dans une démarche de RDRD (Piccinelli, 2014 ; Lancelevée, 2017). Ces facteurs ne sauraient être sous-estimés tant la trajectoire de soins ne peut être comprise indépendamment de la trajectoire pénitentiaire et judiciaire des personnes.

L'autorité et l'autonomie médicales ne semblent pas, comme cela a pu être le cas par le passé (Milly, 2001), exposées à une remise en cause frontale de la part des personnels pénitentiaires. Si elle n'est pas directement attaquée, il reste néanmoins que la perception d'un univers du soin « autonomiste », oublieux des contraintes de ce milieu et de sa localisation dans un univers avant tout pénitentiaire, est un sujet majeur de crispation pour les personnels pénitentiaires. La gestion, la détention et la circulation de l'information sont l'une des principales surfaces d'émergence de cette crispation. Le suivi des prescriptions médicamenteuses est, au cours de l'enquête, l'exemple privilégié de ce phénomène. Néanmoins, comme le rappelle Combessie (2000, 24), « la logique carcérale surdétermine toutes les activités au sein de la prison ». Cette surdétermination permet de comprendre une partie des raisons pour lesquelles l'importation en milieu carcéral d'outils de RDRD disponibles à l'extérieur ne peut faire l'économie d'un passage sous les fourches caudines de la sécurité pénitentiaire (en particulier concernant le potentiel danger représenté par les kits d'injection).

Ces oppositions ne signifient pas pour autant qu'aucune forme de travail en commun ne peut exister entre mondes de la « santé » et de la « sécurité ». Ces deux mondes sont ainsi en mesure, tant formellement qu'informellement, d'identifier des intérêts communs. Cependant, on peut comprendre cette notion au moins de deux manières différentes. La première acception de cet intérêt commun, si elle constitue un horizon de référence partagé par les deux groupes, se rapproche de ce que Strauss et Baszanger (1992, 95) nomme le « mandat généralisé ». Par cette expression il désigne un horizon initial partagé que les acteurs, évoluant de

concert dans une organisation unique, peuvent mobiliser dans leurs représentations d'eux-mêmes et dans les rapports qu'ils entretiennent avec d'autres acteurs. Ce mandat, vague et ambigu par définition, constitue un « *ciment symbolique grâce auquel, en termes métaphoriques, l'organisation se maintient : le symbole auquel le personnel peut, confortablement et fréquemment, se référer – avec l'assurance que sur ce point, au moins, tout le monde est d'accord* ». Cet accord de façade, ici, la lutte contre les effets néfastes des pratiques addictives telles qu'elles existent en prison sur la santé des personnes, n'est cependant « *d'aucun secours pour ce qui est de prendre en main les cas particuliers – et un processus compliqué de négociations, de marchandage et de 'donnant-donnant' se met en place* ».

L'acceptabilité d'un outil de RDRD dépend donc – et d'autant plus en l'absence d'un cadre normatif clair et stabilisé sur lequel les acteurs pourraient s'appuyer - d'une série de négociations et de formation progressive d'intérêts communs spécifiques et de garanties pour chaque groupe d'acteurs, comme le montre le cas du RTP dans l'établissement 2. Parmi ces intérêts communs plus spécifiques, le maintien de l'ordre carcéral apparaît comme un élément majeur, de nature à permettre l'avancée relative des projets de RDRD tout en faisant apparaître les bénéfices pouvant en résulter pour les différentes catégories de personnels pénitentiaires.

L'enquête ne peut se prononcer sur ce point, mais il y aurait un bénéfice, dans des recherches ultérieures, à questionner les effets directs et indirects de cette forme de négociation, et à interroger à ce propos le risque d'une éventuelle « prisonniérisation de la santé » en milieu carcéral. Le phénomène reste mineur dans l'échantillon de cette enquête, mais est reporté dans la littérature (Joël, 2016 ; Tissot, 2016, Bessin, Lechien, 2002 ; Milly, 2001) et s'inscrit particulièrement bien dans le trait distinctif de la vie carcérale que relève Chauvenet, la « recherche des intentions cachées en prison » :

La prison rend paranoïaque, observent plusieurs de nos interlocuteurs.

La « paranoïa » apparaît comme l'effet en retour de l'importance accordée au secret, à la recherche des intentions cachées et à la défiance qui caractérise le rapport social aux détenus, lesquels vont étendre en miroir ces traits à leurs propres relations. (Chauvenet, 2006, 370-371)

Outre ces négociations spécifiques à la RDRD, les résultats d'analyse suggèrent que la capacité des univers du « soin » et de la « sécurité » à travailler en commun, pas spécifiquement mais y compris sur les questions de RDRD, est surdéterminée par la logique des relations générales entre groupes d'acteurs en milieu pénitentiaire. En effet, comme l'indiquent Lhuillier et Aymard (1997) à propos des relations entre personnes détenues et personnel pénitentiaire, celles-ci sont inséparables de formes de « troc relationnel », qui peuvent prendre la forme de dons et de contre-dons, et qui constituent l'un des outils centraux par lesquels des relations d'une asymétrie extrême peuvent intégrer des formes de négociation et de personnalisation. Cet entretien d'un ordre interactionnel propice à la formation d'intérêts communs fait l'objet d'une division du travail formelle et informelle et est pensée par une partie des acteurs comme un moyen de favoriser l'acceptabilité des dispositifs de RDRD.

La pluralité des « segments » professionnels, toujours selon la terminologie de Strauss (1992) au sein même du monde de la santé est un facteur majeur de frein du déploiement de la RDRD en milieu pénitentiaire. Sans prétendre à l'exhaustivité sur ce point, deux séries de facteurs ressortent des entretiens (sans qu'il soit possible de quantifier leur part et de vérifier la fiabilité de ces assertions compte tenu de la méthodologie de la présente enquête) : d'une part, l'influence dans le temps de l'exercice en milieu pénitentiaire, impliquant une forme de porosité des attitudes, voire des valeurs, et, d'autre part, le recrutement et la formation du personnel de santé exerçant en milieu pénitentiaire. Le clivage entre promoteurs et opposants à la RDRD, non

réduite à la question du matériel mais incluant également des éléments-clés de posture professionnelle, ne recoupe d'ailleurs pas strictement les barrières professionnelles bien qu'il semble exister – au moins dans les représentations – une opposition entre personnel de soin et professionnel.le.s de l'accompagnement social et médico-social en la matière.

En prenant garde de rester dans le périmètre des interprétations permises par les résultats, on peut faire remarquer que les acteurs du CAARUD exerçant dans l'établissement 2, interrogés sur les difficultés rencontrées dans les premiers moments de leur intervention, mettent fortement en avant l'incompatibilité entre le référentiel de la RDRD et les conceptions du soin et de la santé portées par une partie des professionnels des unités sanitaires, comme par exemple le maintien du sevrage et de l'abstinence comme objectifs importants, voire immédiat, de suivi, lesquels restent « encore prégnant[s] chez une partie du personnel soignant » (Joël, 2016, 131). L'intervention d'acteurs tels que les CAARUD, si elle rencontre des obstacles évidents du côté de l'administration pénitentiaire, serait ainsi également freinée par ce que l'un des enquêtés nomme la rupture entre « care » et « cure » notamment sur la question de l'abstinence.

Les trajectoires de santé des personnes détenues sont largement affectées par le faible déploiement de pratiques et de dispositifs de RDRD en milieu pénitentiaire. Sans que l'analyse menée ne permette de fournir de représentation quantitative de ce phénomène, il reste que les risques et les besoins sont identifiés comme particulièrement forts, par les personnes détenues comme par les personnels de santé. Sur les six facteurs repérés par Protais et Jauffret-Roustide (2019, 81), quatre se retrouvent dans l'échantillon : la surexposition aux produits (licites et illicites) à travers le trafic et la promiscuité, la victimisation, le traitement inégalitaire de la part du personnel pénitentiaire ainsi que les risques physiques liés à la consommation elle-même ou à la violence qui peut en découler. On note néanmoins un intérêt plus minoritaire des personnes détenues, comparé à celui affirmé par les professionnel.le.s du soin, concernant l'accès à du matériel de RDRD, ce qui fait écho aux résultats d'autres enquêtes (Sannier et al., 2012). L'interprétation de ce résultat ne saurait néanmoins être trop hâtive dans la mesure où l'information sur l'existence de ce matériel, sa raison d'être et la démarche de suivi dans lequel il s'inscrit reste minimale pour une partie de la population détenue.

Outre la consommation de substances illicites, les résultats montrent une préoccupation particulièrement importante pour les consommations médicamenteuses et le détournement des traitements, TAO compris (Bouhnik et al., 1999 ; Michel, Maguet, 2003). Concernant les TAO, l'initiation à leur consommation peut se faire dans le cadre d'une prescription ou en dehors de celle-ci par différents biais dont l'échange clandestin. Si les initiations hors prescription sont particulièrement nombreuses (70%) parmi les personnes détenues, elles se font généralement à l'extérieur (Michel, Maguet, 2003) de l'établissement, avant l'incarcération et peuvent éventuellement se poursuivre lors de celle-ci. Les cas d'initiation clandestine en établissement sont donc minoritaires. Néanmoins, que ce soit dans ou hors prescription, le poids d'ensemble de la consommation médicamenteuse et l'offre (licite ou illicite) abondante en font, du moins dans les représentations, un phénomène à la fois générateur de risques, de tensions, de suspicions.

Il faut à ce sujet noter que les personnes ont été interrogées non sur leurs consommations propres ou sur le poids quantitatif de ces consommations, mais bien sur leur perception des consommations de l'ensemble de la population pénale. La visibilité propre du médicament (distribué par les professionnel.le.s de l'unité sanitaire) et l'amalgame entre mésusage et conséquences jugées dangereuses ou néfastes de l'usage prescrit explique sans doute la surreprésentation des mentions de cette consommation par rapport à la littérature (Lerat et al., 2011 ; Protais, Morel d'Arleux, Jauffret-Roustide, 2019). Ceci est encore renforcé par le fait que les consommations médicamenteuses, prescrites ou non-prescrites, sont extrêmement marquées en début de

parcours carcéral. L'enquête COSMOS fait ainsi valoir qu'entre l'entrée et le troisième mois de détention, si 4% des personnes détenues entament une consommation de ces substances hors-prescription, de manière générale et tous usages confondus, « la prévalence de consommation des médicaments anxiolytiques et hypnotiques augmente, de plus de 100% et de 400% respectivement » (Rousselet et al., 2019).

Les réponses apportées par les professionnels à ce sujet ne semblent pas s'inscrire dans un cadre partagé, et font l'objet, en cas par exemple de basculement vers une autre forme de traitement (par exemple sous la forme de « sirop », jugé plus difficilement dissimulable), d'une incompréhension chez les personnes détenues et d'une frustration des acteurs pénitentiaires. La littérature confirme ce caractère informel des types de réponses apportées, allant de la substitution de traitement, leur dilution, l'adaptation du mode de distribution (via une présence renforcée du personnel lors de la prise), la suspension du traitement voire de la prise en charge dans son ensemble (Protais, Morel d'Arleux, Jauffret-Roustide, 2019 ; Protais, 2015 ; Obradovic, 2004).

Ces consommations, licites ou illicites, ainsi que leurs conséquences réelles ou supposées, alimentent deux processus parallèles : un sentiment généralisé d'adhésion et, simultanément, de méfiance envers la prescription médicamenteuse ainsi qu'une stigmatisation constante et multiforme des personnes détenues. Sur le premier point, les résultats obtenus sont cohérents avec la littérature. On retrouve en effet, associés à la nécessité de telles prescriptions, des doutes, voire des critiques, émises quant à la dépendance de la nature, de la posologie et du suivi du traitement d'un médecin à l'autre et d'une USMP à l'autre. L'omniprésence du médicament et ses effets à court et long terme sur les personnes détenues est dès lors mis en question par une large majorité des personnes détenues, ce dernier pouvant être associé à un « produit-drogue » (Michel, Maguet, 2003, 35).

Concernant les formes de stigmatisation liées à la consommation médicamenteuse, il faut noter que si la stigmatisation par les pairs est appréciée de manière relativement identique par les différents groupes d'acteurs représentés à la fois dans son étendue et dans ses conséquences (morales, physiques, psychologiques et sanitaires), celles provenant des personnels pénitentiaires et du personnel soignant font l'objet d'observations contradictoires (Jauffret-Roustide, 2019). Si l'on peut, dans certains cas, interpréter ces résultats comme des processus collectifs de déni d'une réalité visant à protéger l'image d'une profession, ils peuvent aussi s'expliquer par l'effet des espaces occupés par les différents groupes d'observateurs. Selon que les acteurs se situent le plus souvent dans le lieu physique de l'USMP, la détention dans son ensemble ou à l'intérieur d'une cellule spécifique, les formes de stigmatisations qu'elles se représenteront comme les plus répandues seront susceptibles de varier. Néanmoins, sur ce point, des investigations ultérieures s'avèrent nécessaires.

LIMITES DE LA DÉMARCHE

Plusieurs remarques doivent être formulées sur le corpus d'entretiens résultant de cette enquête.

La première porte sur la nature des entretiens. Leur comptage a été effectué indépendamment de leur nature individuelle ou collective. Si les entretiens individuels ont été privilégiés, l'organisation des services (hors entretiens « Personnes Détenues », ceux-ci étant strictement individuels pour des raisons de confidentialité) a parfois rendu nécessaire de regrouper deux ou trois personnes du même service pour des entretiens collectifs. C'est le cas pour 5 d'entre eux.

La seconde concerne le faible poids des personnels en uniforme dans le corpus. Il s'est avéré particulièrement difficile, au cours de notre enquête, d'établir des liens avec ceux-ci, et ce en dépit de plusieurs tentatives. Plusieurs appels à participation, oraux ou écrits (à l'initiative des directions d'établissements ou sous la forme de flyers) sont restés sans retour. Diverses prises de contact informelles avec des personnels de surveillance se sont soldées par des refus de s'exprimer sur la thématique des addictions et de la RDRD, que ceux-ci soient enregistrés à l'aide d'un dictaphone ou non. Il est délicat de tirer une interprétation de ce fait, mais plusieurs hypothèses sont envisageables. Parmi celles-ci, certains échanges informels ont suggéré la difficulté de participer à un entretien pendant le temps de travail, le désintérêt pour la thématique, mais également une réticence liée aux représentations dominantes dans la profession, et les éventuelles retombées d'une expression publique pour la personne (en dépit du caractère anonyme de l'enquête).

La troisième remarque porte sur les entretiens menés avec les professionnels des CAARUD. Cette situation n'est valide que dans le cas de l'Établissement n°2 car seul cet établissement accueille (de manière hebdomadaire) une équipe issue de ce type de structure.

La dernière remarque concerne les entretiens avec les personnes détenues et la manière dont la prise de contact a été effectuée. En effet, celles-ci ont été contactées parmi les personnes ayant entamé un suivi par les professionnels des Unités Sanitaire ou des CSAPA. Dans la plupart des cas, ces professionnels ont assuré la mise en contact. Dans le cas de l'établissement 3, un flyer présentant l'enquête et sa démarche ainsi qu'un bon de réponse que les personnes volontaires devaient remplir et remettre à l'USMP a été distribué. Les réponses ont été centralisées et transférées par l'USMP. Dans ce cadre, l'échantillon ne saurait être jugé représentatif de la population pénale dans son ensemble ni du sous-ensemble de cette population ayant des pratiques de consommation de substances en détention.



CONCLUSION

Cette étude participe à une meilleure connaissance des pratiques, des représentations profanes comme savantes, et des attentes des acteurs directs ou indirects de la RDRD en prison.

Elle insiste sur les conflits nés des différentes cultures professionnelles en interaction et la manière dont ces conflits limitent la mise en place de projets de RDRD, notamment en l'absence d'un cadre normatif aidant. Cette attente normative est d'autant plus forte que la loi du 26 janvier 2016, dont plusieurs dispositions tracent les contours d'une politique de RDRD en prison, est en attente de décrets d'application. Ces conflits ne se limitent pas à une opposition entre « santé » et « sécurité », bien que celle-ci constitue un élément omniprésent dans les entretiens. En effet, ils se doublent également, d'une part, de positionnements multiples des professionnels du « cure » et du « care » par rapport à la RDRD, voire en opposition à ses principes et pratiques. Elle se triple enfin d'une opposition entre la place d'acteur que doit occuper le patient dans une démarche de RDRD et le poids de la logique judiciaire et des injonctions implicites que celle-ci peut entraîner.

Au-delà de cet aspect, la RDRD est encadrée dans l'économie informelle des relations et des négociations entre corps en milieu carcéral. À ce titre, l'enquête invite à penser que la mise en place d'un cadre normatif plus favorable à la RDRD ne saurait définitivement régler les conflits d'interprétation, de sens et de représentation de la RDRD en milieu carcéral. Les entretiens montrent que la mise en œuvre dans le temps de tels projets ne peut fondamentalement échapper à la logique de l'informel et du « *troc relationnel* » (Lhuillier, 1997), auquel les différents professionnels de l'administration pénitentiaire et des services de santé participent à différents titres.

Elle relève que si les personnes détenues rencontrées souhaitent le développement de projets et de pratiques de RDRD en milieu carcéral, la stigmatisation généralisée, partiellement induite par le cadre carcéral dans son ensemble, est un obstacle majeur à la recherche d'une équivalence entre soins intra- et extra-muros. Enfin, en dépit d'interprétations différentes de ce phénomène, le médicament en détention est un objet de cristallisation des multiples interprétations du soin en prison. Tout comme les autres catégories d'acteurs, les personnes détenues s'interrogent et des effets et des risques liés à leur forte circulation.

Par l'accent mis sur les relations intra- et inter-catégories d'acteurs, elle souligne les paradoxes, les conflits, mais aussi les formes de négociation, de pratiques informelles ou clandestines, qui constituent tant un frein qu'un moteur au développement de la RDRD en milieu carcéral. L'accent mis sur les représentations et la mise au premier plan du discours des acteurs ne lui permet par une approche quantitative fine des phénomènes qu'elle étudie, mais elle complète la littérature existant sur ce sujet en insistant sur les interprétations des conduites et des attitudes des acteurs par ses pairs et les membres des autres groupes.



BIBLIOGRAPHIE

- F. Beck, J.-B. Richard, R. Guignard, O. L. Nézet, et S. Spilka, « Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014 », OFDT, Paris, 2015.
- M. Bessin et M.-H. Lechien, « Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison », *Ethnologie française*, vol. 32, no 1, Art. no 1, 2002, [doi: 10.3917/ethn.021.0069](https://doi.org/10.3917/ethn.021.0069).
- P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé, et RESSCOM, *L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison - Poly-consommations - Substitution. Les « années cachets »*. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DGS, Ministère de la Justice, DAP, 1999.
- E. Brillet, « La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique », *Archives de politique criminelle*, vol. 31, no 1, Art. no 1, 2009, [doi: 10.3917/apc.031.0107](https://doi.org/10.3917/apc.031.0107).
- A.-C. Brisacier, « Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » - Mise à jour septembre 2020 », OFDT, Paris, 2020.
- R. Castel et A. Coppel, « Les contrôles de la toxicomanie », in *Individus sous influence : drogues, alcools, médicaments psychotropes*, A. Ehrenberg, Éd. Esprit, 1991, p. 237-256.
- G. Chantraine, « Prison, désaffiliation, stigmates. L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain », *Déviance et Société*, vol. 27, no 4, Art. no 4, 2003, [doi: 10.3917/ds.274.0363](https://doi.org/10.3917/ds.274.0363).
- A. Chauvenet, « Privation de liberté et violence : le despotisme ordinaire en prison », *Déviance et Société*, vol. 30, no 3, Art. no 3, 2006, [doi: 10.3917/ds.303.0373](https://doi.org/10.3917/ds.303.0373).
- B. Crewe, « Prisoner society in the era of hard drugs », *Punishment & Society*, vol. 7, no 4, Art. no 4, 2005, [doi: 10.1177/1462474505057122](https://doi.org/10.1177/1462474505057122).
- M. Dos Santos, L. Michel, et M. Jauffret-Roustide, « Les malentendus liés à la réduction des risques en prison », *Anthropologie & Santé*, no 22, Art. no 22, 2021, Consulté le: 3 juin 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://journals-openedition-org.ezproxy.univ-catholille.fr/anthropologiesante/6272>
- EMCCDA, *Rapport européen sur les drogues 2021 : tendances et évolutions*. LU: Publications Office, 2021. Consulté le: 22 novembre 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/477705>
- S. Fazel, I. A. Yoon, et A. J. Hayes, « Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women: Substance use disorder in prisoners », *Addiction*, vol. 112, no 10, Art. no 10, 2017, [doi: 10.1111/add.13877](https://doi.org/10.1111/add.13877).
- F. Fernandez, *Emprises*. Bruxelles: Larcier, 2010. Consulté le: 24 août 2022. [En ligne]. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/2667>
- T. Fovet et al., « Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France », *European Psychiatry*, vol. 63, no 1, Art. no 1, 2020, [doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.38](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38).
- T. Fovet et al., « Substance Use, Substance Use Disorders, and Co-Occurring Psychiatric Disorders in Recently Incarcerated Men: A Comparison with the General Population », *Eur Addict Res*, vol. 28, no 5, p. 368-376, 2022, [doi: 10.1159/000526079](https://doi.org/10.1159/000526079).
- M. Jauffret-Roustide, « Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux », *La revue lacanienne*, vol. 5, no 3, p. 109-118, 2009, [doi: 10.3917/lrl.093.0109](https://doi.org/10.3917/lrl.093.0109).
- M. Jauffret-Roustide et J.-M. Granier, « Repenser la politique des drogues. Introduction », *Esprit*, vol. Février, no 2, p. 39-54, 2017, [doi: 10.3917/espri.1702.0039](https://doi.org/10.3917/espri.1702.0039).
- M. Joël, « Prévention et réduction des risques et des dommages en prison et à la sortie », *Fédération Addiction*, Paris, 2016.
- R. Komalasari, S. Wilson, et S. Haw, « A systematic review of qualitative evidence on barriers to and facilitators of the implementation of opioid agonist treatment (OAT) programmes in prisons », *International Journal of*

Drug Policy, vol. 87, p. 102978, 2021, [doi: 10.1016/j.drugpo.2020.102978](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102978).

C. Lancelevée, « Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S », Regards, vol. 51, no 1, Art. no 1, 2017, [doi: 10.3917/regar.051.0245](https://doi.org/10.3917/regar.051.0245).

A. Lécu, « Médicaments et prison », Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale, no vol. 8, n° 2, Art. no 8, n° 2, 2006, Consulté le: 15 juin 2022. [En ligne]. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/1840>

G. Lemire et M. Vacheret, Anatomie de la prison contemporaine. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2007. Consulté le: 22 novembre 2022. [En ligne]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/10032>

M.-C. Lerat, D. Cabelguenne, J. Lassia, F. Meunier, et L. Zimmer, « Impact of pharmacist and clinician dual intervention on prescribed benzodiazepines in prisoner patients: a retrospective study », Fundam Clin Pharmacol, vol. 25, no 6, Art. no 6, 2011, [doi: 10.1111/j.1472-8206.2010.00902.x](https://doi.org/10.1111/j.1472-8206.2010.00902.x).

D. Lhuillier et N. Aymard, L'univers pénitentiaire: du côté des surveillants de prison. Paris: Desclée de Brouwer, 1997.

L. Michel et O. Maguet, « L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral : rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique », présenté à L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral : rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution., 2003. Consulté le: 30 août 2022. [En ligne]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=299491>

L. Michel et M. Jauffret-Roustide, « Prisons françaises et risque infectieux : l'urgence de la mise en œuvre du principe d'équivalence pour les mesures de prévention et de réduction des risques », La Presse Médicale, vol. 48, no 7, Part 1, Art. no 7, Part 1, 2019, [doi: 10.1016/j.lpm.2019.05.025](https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.05.025).

L. Michel, C. Taïeb, et P. Carrieri, « Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE 2009 », Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, no 39, p. 409 412, 2011.

B. Milly, Soigner en prison. Paris: Presses Universitaires de France, 2001. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/soigner-en-prison--9782130511632.htm>

Ministère de la Santé et Ministère de la Justice, « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice », Paris, 2012. Consulté le: 29 septembre 2022. [En ligne]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf

M. Mouquet, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », DREES, Paris, 2003.

I. Obradovic, « Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive », OFDT, Paris, 2004. Consulté le: 24 août 2022. [En ligne]. Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&tid=56716

I. Obradovic, « Réduction des risques en milieu pénitentiaire. Revue des expériences étrangères », OFDT, Paris, 2012.


I. Obradovic, « Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences », Psychotropes, vol. 19, no 3 4, Art. no 3 4, 2013, [doi: 10.3917/psyt.193.0173](https://doi.org/10.3917/psyt.193.0173).

M. C. Paty, « Enquête sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », Santé en action (La), no n°424, p. 5 7, 2013.

S. Piccinelli, « Les soins en milieu carcéral et la place de la justice dans le soin », Le Journal des psychologues, vol. 317, no 4, Art. no 4, 2014.

- C. Protais, « La gestion des drogues et des conduites addictives en UHSA », OFDT, Paris, 2015.
- C. Protais et M. Jauffret-Roustide, « Usages de drogues en prison - Pratiques, conséquences et réponses », OFDT, Paris, 2019. Consulté le: 22 novembre 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/thema/usages-de-drogues-en-prison-pratiques-consequences-et-reponses-thema/>
- C. Protais, J. Morel d'Arleux, et M. Jauffret-Roustide, « Usages de drogues en prison. Pratiques, conséquences et réponses », OFDT, Paris, 2019. Consulté le: 3 juin 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpzc.pdf>
- M. Rousselet et al., « Consumption of psychoactive substances in prison: Between initiation and improvement, what trajectories occur after incarceration? COSMOS study data », PLoS ONE, vol. 14, no 12, Art. no 12, 2019, [doi: 10.1371/journal.pone.0225189](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225189).
- G. Sander et al., « Overview of harm reduction in prisons in seven European countries », Harm Reduction Journal, vol. 13, no 1, Art. no 1, 2016, [doi: 10.1186/s12954-016-0118-x](https://doi.org/10.1186/s12954-016-0118-x).
- O. Sannier, F. Verfaillie, et D. Lavielle, « Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace », La Presse Médicale, vol. 41, no 7 8, Art. no 7 8, 2012, [doi: 10.1016/j.lpm.2011.12.015](https://doi.org/10.1016/j.lpm.2011.12.015).
- H. Stöver et A. Kastelic, « 14. Drug treatment and harm reduction in prisons », in Prisons and Health, World Health Organization., S. Enggist, L. Møller, G. Galea, et C. Udesen, Éd. 2014, p. 21.
- A. L. Strauss et I. Baszanger, La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme. Paris: Ed. L'Harmattan, 1992.
- N. Tissot, « Prise et déprise : faire usage de drogue en prison », Rhizome, vol. 62, no 4, Art. no 4, 2016, [doi: 10.3917/rhiz.062.0013](https://doi.org/10.3917/rhiz.062.0013).
- J.-M. Tremblay, « Philippe Combessie, Ouverture des prisons... Jusqu'à quel point ? », texte, 2005. http://classiques.uqac.ca/contemporains/combessie_philippe/ouverture_des_prisons/ouverture_des_prisons.html (consulté le 22 novembre 2022).
- T. M. Watson, « The politics of harm reduction in federal prisons », International Journal of Drug Policy, vol. 25, no 5, Art. no 5, 2014, [doi: 10.1016/j.drugpo.2014.06.007](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.06.007).
- M. Weber, Economie et Société, T1 : Les catégories de la sociologie (première parution : 1922). Paris: Pocket, 2003.
- K. L. A. White, C. F. C. Jordens, et I. Kerridge, « Contextualising Professional Ethics: The Impact of the Prison Context on the Practices and Norms of Health Care Practitioners », Bioethical Inquiry, vol. 11, no 3, Art. no 3, 2014, [doi: 10.1007/s11673-014-9558-8](https://doi.org/10.1007/s11673-014-9558-8).

 211 rue du Général Leclerc,
59350 Saint-André-lez-Lille

 + 33(0)3 20 44 10 34

 contact@f2rsmpsy.fr

    F2RSM PSY

 www.f2rsmpsy.fr