

NUMÉRO 05 - DÉCEMBRE 2020

AD^{DI}CTION(S): recherches et pratiques

REVUE INTERNATIONALE



SANTÉ - JUSTICE :
AMBIGUÏTÉS ET BRICOLAGE

SOMMAIRE

ÉDITO

Grégory Lambrette P. 04

UN GUIDE POUR FAVORISER LA COOPÉRATION SANTÉ-JUSTICE AUTOUR DES SOINS OBLIGÉS EN ADDICTOLOGIE

Marine Gaubert P. 05

AU LUXEMBOURG, DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION À DESTINATION DES JEUNES LE PLUS SOUVENT ORIENTÉS SOUS CONTRAINTE

Interview de René B. Meneghetti par Natalie Castetz P. 07

ADDICTION ET VICTIMISATION : PORTRAIT D'UNE RÉALITÉ CLINIQUE

Nadine Blanchette-Martin, Francine Ferland et autres auteurs P. 10

LA RÉDUCTION DES RISQUES EN CENTRE PÉNITENTIAIRE, ENTRE DÉNI, RÉTICENCES ET BIENVEILLANCE

Natalie Castetz P. 13

ALTER EGO : UN DISPOSITIF D'AIDE SPÉCIALISÉE AUX PERSONNES DÉPENDANTES JUSTICIAIBLES - BELGIQUE

Pascale Hensgens P. 16

ÉTAT DES LIEUX DES USAGES DE DROGUES EN DÉTENTION : PRÉVALENCES D'USAGE, RISQUES SANITAIRES ET SOCIAUX, RÉPONSES PUBLIQUES

Julien Morel d'Arleux, Caroline Protais et Marie Jauffret-Roustide P. 20

PRISONS : RÉDUCTION DES RISQUES, UNE POLITIQUE EN SURSIS

Kris Meurant, Jérôme Poulin et Bruno Valkeneers P. 24

PRISES EN CHARGE JUSTICIAIBLES, ASSUÉTUDES, SANTÉ MENTALE : L'INTERVISION SANTÉ MENTALE JUSTICE ASSUÉTUDES, UNE PARTIE DE LA RÉPONSE SUR LE TERRITOIRE DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE.

Barbara Pauchet P. 28

ON DIRAIT L'URUD

Philippe Lempereur P. 33

EN SUISSE, UNE PRISE EN CHARGE PLUS MÉDICALE QUE PSYCHO-SOCIALE

Interview de David Lembrée par Natalie Castetz P. 37

DROITS HUMAINS, SANTÉ ET ADDICTIONS EN PRISON

Hans Wolff P. 39

RÉDUCTION DES RISQUES EN PRISON : AVANCÉES ET LIMITES DE L'EXPÉRIENCE CANADIENNE

Cécile Kazatchkine et Sandra Ka Hon Chu P. 42

L'INTERDISCIPLINARITÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Melody Bozinova, Nicolas Peigne et Georges Gottignies P. 45



ÉDITO

Grégory Lambrette

*Chargé de direction Psychologue - Psychothérapeute
Quai 57 de l'association Arcus (centre de consultation
en addiction au Grand-Duché de Luxembourg)*

Au-delà du débat sur l'inadéquation de la sanction pénale en réponse aux consommations de psychotropes, se pose aujourd'hui encore l'importante question de l'articulation entre « santé » et « justice ». Si les logiques punitives ou coercitives – comme pour ce qui relève, par exemple, de l'obligation de soins – inscrivent certaines formes d'addictions dans le champ des déviances et de la criminalité, ces mêmes logiques se doivent de penser en termes de « trajectoires de soins » si elles ne veulent pas prendre le risque d'aggraver le mal qu'elles sont censées « soigner ».

Si la justice a vocation à être un organe de régulation sociale en protégeant la société civile et en corrigeant tout écart trop conséquent à la norme légale, elle ne peut ignorer les principes de continuité des soins et de protection de la personne, fussent-ils inscrits dans une logique de réduction des risques et des méfaits. Comment dès lors articuler, ou mieux encore, comment intégrer « santé » et « justice » dans une politique dont la finalité se veut, du moins est-ce là sa prétention ultime, inclusive ? Plusieurs expériences laissent entrevoir une cohabitation possible, auprès des plus jeunes comme auprès des adultes, entre ces deux dispositifs qui ne s'excluent pas forcément. La justice réparatrice, ou la justice résolutive de problèmes en est le parangon. Mais d'autres exemples existent également. Il n'en reste pas moins que des zones d'ombre demeurent et entretiennent ces « bricolages » souvent bien fragiles auxquels bon nombre d'intervenants de terrain sont confrontés. C'est que ces deux univers ont leurs paradigmes, leurs traditions de pensées et leurs rhétoriques. Ils ne partagent pas per se, c'est là d'ailleurs le principal écueil, les mêmes indicateurs – quand indicateurs il y a –, qu'ils soient de protection ou même de transformation des individus, pour le dire de manière générique. Mais des modèles existent, même si d'autres demandent encore à être créés.

Restent finalement l'ambition politique et la place que nous souhaitons conférer à celles et ceux qui ont décidé de s'adonner à ces conduites addictives. Comment accepter cette diversité sociale qui nous fonde et nous caractérise sans que celle-ci ne nuise aux libertés fondamentales, aux droits comme aux devoirs humains auxquels peut prétendre tout un chacun ? Quels liens voulons-nous tisser entre ces différences avec lesquelles il nous faut composer ? Il n'est plus ici question de dedans et de dehors, de temps judiciaire et de pragmatique du soin, mais d'une écologie de la pensée en voie, espérons-le, de développement et où doivent pouvoir coexister des réalités multiples sans qu'elles ne se grèvent mutuellement. Une écologie de la pensée, et ce faisant des pratiques, où la discrimination ne doit pas se surajouter à la sanction, où un processus judiciaire et le soin doivent, conjointement, avoir pour visée une réintégration durable de l'individu.

Comment dès lors aider et garantir les droits de l'utilisateur judiciaire ? Comment repenser l'action publique au sein de l'institution judiciaire ? Quelles constructions, quels liens sont possibles (ou impossibles) entre ces continents ? Ce sont à quelques-unes de ces questions que le présent numéro entend répondre.



Marine Gaubert

Responsable du pôle « Accompagnement des pratiques professionnelles » à la Fédération Addiction

UN GUIDE POUR FAVORISER LA COOPÉRATION SANTÉ-JUSTICE AUTOUR DES SOINS OBLIGÉS EN ADDICTOLOGIE



« Santé >< justice : les soins obligés en addictologie »

Fédération Addiction, octobre 2020, 5 euros + frais de port

> téléchargeable gratuitement sur www.federationaddiction.fr

Comment améliorer l'accompagnement des personnes en soins obligés en addictologie (obligations de soins, injonctions thérapeutiques) ? En s'appuyant sur une dynamique participative, la Fédération Addiction publie un guide pour encourager une meilleure coopération entre les professionnels des champs des addictions et de la justice.

Les soins obligés en addictologie (également appelés soins pénalement ordonnés ou soins contraints) concernent un grand nombre de personnes accompagnées par les professionnels du champ des addictions et ceux du champ judiciaire. La justice peut en effet condamner une personne à une mesure judiciaire comportant une contrainte de soins en addictologie. L'exécution de la peine s'effectue en milieu ouvert et évite donc à la personne d'être incarcérée si elle respecte l'ensemble des obligations prévues. En France, les soins obligés en addictologie se déclinent en deux mesures : l'obligation de soins et l'injonction thérapeutique. La contrainte au soin induite par ces mesures s'entend comme une obligation à rencontrer des professionnels du champ de l'addictologie, sur une période donnée, avec l'objectif de susciter un changement de comportement. Il est donc plutôt entendu que les soins obligés ne riment pas avec obligation d'abstinence, même si, dans les faits, cette appréciation diffère selon les magistrats.

LES SOINS OBLIGÉS SOULÈVENT DE NOMBREUSES QUESTIONS

Les soins obligés en addictologie concernent en principe un public multirécidiviste, dont les délits laissent paraître une consommation de substances psychoactives (licites ou illicites) et pour lequel d'autres sanctions se sont avérées insuffisantes. Ces mesures ne s'appliquent donc pas aux personnes primo-délinquantes.

Les personnes en soins obligés représentent ainsi une part non négligeable de la file active rencontrée par les professionnels des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et par les médecins généralistes libéraux, et leur accompagnement suscite chez ces professionnels, comme chez les intervenants judiciaires, de nombreuses interrogations. Parmi elles :

peut-on susciter l'adhésion de la personne à un accompagnement qui lui est imposé et si oui, de quelle manière ?

Les professionnels de la justice et du soin poursuivent-ils les mêmes objectifs ? Dans le cas contraire, ces objectifs sont-ils compatibles ? Comment mieux comprendre le monde judiciaire et sa logique, et inversement ? In fine, comment garantir à la personne concernée les meilleures conditions d'accompagnement ?

UNE VOLONTÉ PARTAGÉE D'AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOINS OBLIGÉS

C'est à ces nombreuses interrogations que la Fédération Addiction a souhaité répondre en réouvrant, à la fin de l'année 2016, un espace de travail sur les soins obligés en addictologie. Un guide sur le sujet avait été publié en 2009, puis réédité en 2011, mais il était destiné principalement aux professionnels du champ des addictions. Ce nouveau projet a été impulsé grâce au soutien financier de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP), en lien avec le Plan gouvernemental 2013-2017 de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). À la fin de l'année 2014, une rencontre avec le pôle santé de la DAP avait permis de partager les difficultés rencontrées par les professionnels des deux secteurs, de connaître leurs besoins et de formuler des perspectives de travail. De cette rencontre a émergé la volonté d'œuvrer conjointement pour améliorer l'accompagnement des personnes en situation d'addiction placées sous main de justice. Les soins obligés en addictologie ont ainsi été retenus comme thématique prioritaire de travail concernant le milieu ouvert.

UNE MÉTHODOLOGIE PARTICIPATIVE ET PLURISECTORIELLE

En octobre 2016, la Fédération Addiction a donc réuni un groupe projet pluridisciplinaire, composé de professionnels des deux secteurs, avec un objectif ambitieux : rédiger un guide visant à favoriser la coopération santé-justice dans l'accompagnement des personnes majeures en soins obligés. Ce guide, qui vient d'être publié (octobre 2020), a pour particularité de s'adresser aussi bien aux professionnels du champ de la santé qu'à ceux du champ judiciaire. Son contenu a été relu et validé par les acteurs institutionnels : Mildeca, ministère des Solidarités et de la Santé, ministère de la Justice. En outre, la publication et la diffusion de ce document s'inscrivent dans les priorités déterminées par la feuille de route « Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 » élaborée par ces deux ministères.

La publication de ce guide est l'aboutissement de plus de trois années de travail ayant mobilisé environ 160 personnes : six réunions du groupe projet, une enquête qualitative sur les pratiques des

CSAPA en matière de soins obligés, un panel d'entretiens téléphoniques avec des professionnels judiciaires, deux rencontres territoriales visant à confronter les points de vue sur des questions identifiées, une vingtaine de personnes impliquées dans la relecture.

POUR UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DE CHAQUE SECTEUR ET DES PRÉCONISATIONS

La structuration de ce document découle des besoins exprimés par les professionnels. Ainsi, la première partie « Addictions, addictologie : clés de lecture » est destinée aux professionnels judiciaires et les invite à mieux comprendre le champ de l'addictologie et son fonctionnement. La seconde partie, intitulée « Réponse pénale et addictions », à l'inverse, s'adresse aux professionnels de l'addictologie. Elle entend expliquer la manière dont la justice se saisit de la question des addictions, fait le point sur les soins obligés et les autres mesures à composante sanitaire. Elle détaille également la procédure pénale destinée à une personne majeure ayant commis une infraction en lien avec une consommation de substances psychoactives, ainsi que le rôle des différents acteurs judiciaires.

Les troisième et quatrième parties s'adressent aux deux secteurs. Elles précisent les enjeux de l'accompagnement des personnes en soins obligés, formulent les préalables à un travail partenarial et proposent des pistes pour favoriser la coopération.

L'un des préalables essentiels est la nécessité d'expliquer les termes et les concepts attachés aux soins obligés afin d'éviter les malentendus ou les « faux consensus ». Présenter et préciser les différentes terminologies utilisées par l'un ou l'autre secteur est donc fondamental pour pouvoir échanger sur les objectifs de chacun, réinterroger les représentations et poser les bases d'un travail partenarial.

Par ailleurs, le guide met aussi en exergue que :

- l'obligation pénale est une possibilité de rencontre entre la personne et les soignants ;
- c'est aux professionnels des deux secteurs, acteurs de l'addictologie et professionnels judiciaires, que revient la responsabilité d'offrir une prise en charge et un suivi des soins obligés adaptés à la situation de la personne ;
- les modalités des partenariats entre les professionnels sont à adapter aux différents profils de personnes en soins obligés.

Ce guide est donc un outil pratique, dans lequel chacun, qu'il soit issu du secteur des addictions ou de la justice, viendra piocher les informations et les pistes de travail qui l'intéressent. Il s'accompagne d'une boîte à outils en ligne¹ mettant à disposition divers documents visant à faciliter la pratique au quotidien et à encourager les partenariats : modèle d'attestation de présence et de fiche de liaison CSAPA-SPIP, procédure pour accueillir en stage des auditeurs de justice, fiche présentant l'annuaire de Drogues info service, etc. Pour accompagner sa diffusion et son appropriation, trois webinaires régionaux ont été organisés en janvier 2021 et un outil numérique de formation sera mis en ligne d'ici fin 2021.



© DR

René B. Meneghetti
Chargé de direction Service Impuls
psychothérapeute

AU LUXEMBOURG, DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION À DESTINATION DES JEUNES LE PLUS SOUVENT ORIENTÉS SOUS CONTRAINTE

Interview de René B. Meneghetti par Natalie Castetz

L'équipe du service Impuls de l'association Solidarité Jeunes au Luxembourg apporte une aide psychosociale et thérapeutique aux jeunes consommateurs de substances et à leurs familles en travaillant de concert avec les institutions. Entretien avec son directeur, René Meneghetti, psychothérapeute.

ARP : VOUS AVEZ DONNÉ LE NOM D'IMPULS À VOTRE STRUCTURE. QUELLE EN EST LA SIGNIFICATION ?

René Meneghetti : Le projet de prise en charge de jeunes, consommateurs de drogues, et de leur famille a été lancé à la fin des années 90 sous l'impulsion de Médecins sans frontières et du ministère de la Justice. Il s'est d'abord appelé « Médecins sans frontières (MSF) - Solidarité Jeunes ». Il a ensuite porté le nom de « Solidarité Jeunes », enfin, en 2014, d'Impuls. Si le nom a changé, notre travail est resté identique : aider les jeunes à réfléchir à leur relation avec la drogue et à comprendre la fonction de la substance dans leur quotidien, à leur faire prendre conscience de toutes les conséquences que leurs pratiques de consommation peuvent entraîner, et à les responsabiliser.

Il s'agit de leur donner des impulsions, d'où le nom Impuls, pour activer leurs ressources et le sentiment d'efficacité personnelle. Et ce, le plus en amont possible : la prévention ciblée est la forme la plus utile et la plus efficace de soins en ce qui concerne le maintien et le développement de la santé mentale et physique. Car nous pensons que la répression contre l'usage des drogues et leurs dépendances reste souvent, à elle seule, inefficace. D'un autre côté, les seules mesures d'aide et de soutien n'atteignent guère les résultats escomptés : pour garantir une intervention plus efficiente et efficace, il est nécessaire de développer une approche intégrée qui détermine des mesures de soutien adaptées, tout en tenant compte du cadre légal. L'élaboration de concepts et de mesures de soutien doit donc envisager des interventions différenciées et complémentaires.

ARP : COMMENT LES JEUNES ARRIVENT-ILS DANS VOTRE SERVICE ?

René Meneghetti : Plus de la moitié d'entre eux sont orientés sous contrainte : ils sont envoyés, de plus en plus, par le secteur judiciaire suite à une interpellation pour consommation ou abus de substances. Cependant, 13,5 % des jeunes viennent aussi consulter de leur propre initiative, en général après une prise de conscience que leurs pratiques de consommation sont devenues problématiques. Des jeunes reviennent également pour discuter des difficultés inhérentes à l'adolescence, autres que leur consommation. Les envoyeurs sont ensuite les parents (12 %), suivis des foyers d'accueil (9,6 %), du secteur scolaire (7,6 %), enfin du secteur médico-psycho social (2,7 %).

La grande majorité de notre population, essentiellement de sexe masculin, est âgée entre 14 et 17 ans et est scolarisée. Mais on constate une augmentation importante de la venue de jeunes de plus de 18 ans : une nouvelle convention, signée en 2014 avec le ministère de la Santé, nous permet de prendre en charge des jeunes majeurs jusqu'à 21 ans.

Nous constatons également une forte demande de jeunes âgés entre 12 à 14 ans. La majorité d'entre eux sont consommateurs de cannabis et pour une bonne partie, banalisent cette consommation. De plus, nous observons une augmentation de la consommation de XTC, hallucinogènes, cocaïne et du mésusage des médicaments auprès de notre population majeure.

ARP : COMMENT TRAVAILLEZ-VOUS AVEC LE SECTEUR JUDICIAIRE ?

René Meneghetti : C'est en collaboration avec le parquet Protection de la Jeunesse Luxembourg et la Police judiciaire que nous avons développé en 2005 le programme Choice, qui s'est inspiré du projet « Fred goes net », élaboré en Allemagne. Le but est de prévenir le développement d'un usage abusif ou d'une dépendance, en offrant très rapidement et de façon précoce, une aide aux jeunes et à leur famille. Quand le jeune consommateur de drogue est interpellé par la police, celle-ci informe les parents et le parquet Protection de la Jeunesse. Le jeune et ses parents doivent dès lors prendre contact avec notre service dans un délai de moins de deux semaines et ensuite, nous informons le parquet de leur venue.

Un programme supplémentaire nommé Choice 18+, destiné aux jeunes adultes entre 18 et 21 ans, a été développé en 2014, à la demande du parquet général de l'arrondissement de Diekirch, au nord du Luxembourg. Pour tout jeune interpellé suite à un délit lié au cannabis, il y a normalement une inscription au casier judiciaire. Par contre, parti-

ciper au programme Choice 18+, dans les douze mois qui suivent, offre une alternative avant toute autre conséquence juridique. Le jeune peut garder un casier judiciaire vierge s'il choisit de suivre ce programme.

ARP : SI LE JEUNE ÉVITE AINSI LE PASSAGE AU TRIBUNAL, QUE PROPOSEZ-VOUS DANS CES PROGRAMMES ?

René Meneghetti : Nos activités psychosociales et thérapeutiques sont fondées sur l'approche systémique : nous percevons la consommation de drogues comme l'expression d'un style de vie ou d'un mal-être qui peut être sous-jacent. Dans nos interventions, nous prenons donc en considération les facteurs pouvant conduire une personne à prendre de la drogue, tels que l'environnement social et éducatif, ainsi que la personnalité du consommateur, dans toute sa complexité.

ARP : QUELLE EST VOTRE MÉTHODOLOGIE ?

René Meneghetti : Avec les programmes Choice, Choice 18+ et ProST, notre but est d'informer, sensibiliser et susciter une prise de conscience, afin de promouvoir un changement d'attitude. Nous procédons à un premier entretien, en présence des parents pour les mineurs, ou d'un seul parent si la famille est monoparentale. Une première anamnèse de la situation s'effectue en tenant compte des relations familiales, de la scolarité, des occupations du temps libre, de la consommation de drogue ainsi que des antécédents judiciaires éventuels.

Si l'analyse de la situation conclut à une prise en charge allégée, le jeune participe à l'un de nos programmes psycho-éducatifs. Un deuxième entretien individuel ou familial, après la participation aux groupes, détermine si le jeune obtient son certificat de participation. Au cas où le jeune affiche un mal-être lié à une situation familiale dysfonctionnelle, à des difficultés relationnelles intra et extra familiales, à des problèmes scolaires, des dépendances et des comorbidités, nous proposons alors de poursuivre la prise en charge et d'obtenir une aide psychothérapeutique.

Le but est de donner l'impulsion permettant de favoriser des changements significatifs qui entraîneront un bien-être individuel mais aussi familial. Cela, grâce à un travail sur mesure, avec en moyenne dix interventions thérapeutiques, au cours d'entretiens individuels et familiaux. Les interventions et les liens de confiance tissés pendant ce travail thérapeutique peuvent durer au-delà des séances prévues, suivant les besoins des jeunes bénéficiaires.

Le programme Choice 18+, pour les jeunes adultes qui veulent éviter des conséquences juridiques, propose trois séances individuelles et trois modules

de sensibilisation, de formation et d'auto-réflexion en groupe.

ARP : VOUS AVEZ ÉLARGI LES PROGRAMMES À LA THÉMATIQUE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

René Meneghetti : Nous souhaitons augmenter la sensibilisation de la population à la consommation d'alcool chez les jeunes mineurs et proposer une aide systématique aux jeunes qui se font remarquer par une consommation excessive. Pour cela, nous sollicitons des partenaires tels que les lycées, les instances judiciaires et les hôpitaux afin de mettre en place une collaboration étroite.

Notre programme ProST (Programm für Selbststverantwortliches Trinken) s'adresse ainsi aux adolescents ayant fait l'expérience d'une intoxication à l'alcool. Il consiste en quatre séances de deux heures en groupe, avec au moins une séance avant et après le groupe psycho-éducatif.

ARP : ET LE JEUNE QUI A CHOISI DE SUIVRE VOTRE PROGRAMME REND-IL COMPTE ENSUITE DE SA DÉMARCHE AUPRÈS DES INSTITUTIONS QUI L'ONT ORIENTÉ VERS VOUS ?

René Meneghetti : Le jeune qui participé au programme Choice reçoit un certificat qui lui permet de prouver aux instances judiciaires qu'il a saisi sa chance. S'il a été orienté vers un suivi individuel, la prise en charge se termine par un rapport d'évolution, envoyé au parquet Protection de la Jeunesse. La participation au programme Choice 18+ ou bien un rapport d'évolution positif d'une éventuelle prise en charge permet au jeune de bénéficier de circonstances atténuantes auprès du parquet et du tribunal.

ARP : QUEL EST VOTRE CRITÈRE DE RÉUSSITE ?

René Meneghetti : Idéalement, le critère de réussite serait l'abstinence des jeunes, mais cela est évidemment illusoire à long terme. Notre but est surtout de leur donner les outils nécessaires pour faire face à cette société de consommation. Être bien informé et sensibilisé aux dangers d'une consommation abusive, surtout à un jeune âge, s'avère être la meilleure des préventions pour acquérir des compétences protectrices.

Si nous arrivons à trouver ensemble des alternatives à une consommation problématique pour gérer des situations difficiles, stimuler des intérêts chez les jeunes et booster leur estime de soi, nous estimons que c'est une intervention réussie. Et inclure les parents dans ce processus nous semble impératif pour le bien-être du jeune. Nous voyons souvent des adolescents coincés dans les

dysfonctionnements des parents et le travail thérapeutique peut, à ce moment-là, amener un espace de changement vital pour le bon développement psychologique et psychique du jeune.

ARP : MAIS LES CULTURES DE LA POLICE ET DE LA JUSTICE NE SONT-ELLES PAS CELLES DE LA RÉPRESSION D'AVANTAGE QUE DE LA PRÉVENTION ?

René Meneghetti : C'est avec la justice et la police que nous avons élaboré et développé le programme Choice : notre collaboration date d'il y a une quinzaine d'années et va dans le bon sens. Nous rencontrons une grande ouverture d'esprit chez les magistrats ; ils nous font confiance et nous avons des échanges réguliers avec tous, en toute transparence. Une fois par an, nous présentons aux différents centres d'intervention nos activités et les statistiques de nos programmes.

Communiquer le feedback aux magistrats et aux policiers avec lesquels nous travaillons permet de montrer l'impact du travail accompli sur l'évolution positive de nos prises en charge. Et dans le contexte de la protection de la jeunesse, il est aussi important de clôturer les dossiers : le certificat validant le programme Choice est ainsi envoyé par les jeunes aux magistrats qui clôturent leur dossier. L'objectif partagé par tous est bel et bien d'apporter une aide pour favoriser le bien-être chez le jeune.

Notre équipe

L'équipe qui a suivi près de 600 jeunes en 2019 compte onze professionnels : huit psychologues diplômés, un sociologue, un éducateur et une secrétaire. Notre service s'est régionalisé en 2017, avec une antenne à Ettelbrück dans le Nord, qui a accueilli 133 jeunes en 2019 contre 36 à l'ouverture.

Une nouvelle antenne dans le sud du pays vient également d'ouvrir pour répondre à une demande accrue : plus de 40 % en 2019 des jeunes bénéficiaires de notre service viennent de cette partie du pays.

> www.im-puls.lu

1 CIUSSS-CN : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

2 CISSS-CA : Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.

Francine Ferland (Ph.D.)

*Chercheuse d'établissement,
Service de recherche en dépendance
CIUSSS-CN/CISSS-CA*



Nadine Blanchette-Martin (M. Sc.)

*Agente de planification,
de programmation et de recherche,
Service de recherche en dépendance
CIUSSS-CN¹/CISSS-CA²,*



Catherine Rossi (Ph.D.)

Professeure de criminologie, Université Laval

Annie-Claude Savard (Ph.D.)

Professeure de criminologie, Université Laval

Maggie-Audrey Bernier

*Assistante de recherche, Service de recherche
en dépendance CIUSSS-CN/CISSS-CA*

Gabrielle Ehouarne

*Assistante de recherche, Service de recherche
en dépendance CIUSSS-CN/CISSS-CA*

Mélanie Blais

*Assistante de recherche, Service de recherche
en dépendance CIUSSS-CN/CISSS-CA*

Rosalie Genois

*Doctorante (M.Sc. Psychoéducation),
Université de Sherbrooke*

Chantal Plourde (Ph.D.)

*Professeure en psychoéducation,
Université du Québec à Trois-Rivières*

ADDICTION ET VICTIMISATION : PORTRAIT D'UNE RÉALITÉ CLINIQUE

Note : Les auteurs tiennent à remercier le ministère de la Justice du Québec de même que l'Institut universitaire sur les dépendances pour leur soutien financier.

Le présent projet permet de rendre compte de la réalité de l'intervention en addiction dans les centres publics de traitement spécialisé du Québec lorsque les problèmes de consommation de substances psychoactives (SPA) sont associés à une situation de victimisation. Il permet aussi de mieux comprendre la complexité de l'intervention en addiction dans cette situation.

La littérature indique clairement que la consommation de substances psychoactives (SPA) augmente les risques de victimisation (de Wall et coll., 2017; O'Hare, et coll., 2010; Stevens et coll., 2016). Cela s'explique sans doute par l'altération du jugement et de la prise de décision qu'entraîne la consommation de SPA (de Wall et coll., 2017; Marinha

Nunes & Sani, 2013) de même que par les lieux et contextes où se font habituellement l'achat et la consommation des SPA (principalement les SPA illicites) (Brochu et coll., 2016; Marinha Nunes & Sani, 2013; Seear & Fraser, 2014; Stevens et coll., 2016). À l'inverse, la victimisation peut elle aussi avoir un impact sur la consommation.

Certaines études indiquent en effet un lien étroit entre la présence d'un état de stress post-traumatique et la consommation de SPA. Dans ces circonstances, la consommation est souvent utilisée comme stratégie d'adaptation par les personnes ayant été victimes d'un acte criminel (Angelone et coll., 2018; Oshri et coll., 2017).

Toutefois, peu importe que la consommation soit impliquée dans la victimisation ou qu'elle soit consécutive à celle-ci, il demeure qu'une forte proportion des personnes qui recherchent de l'aide pour un problème de consommation a été victime d'actes criminels au moment de leur demande d'aide pour la consommation. Plus précisément, près des trois quarts des adultes consultant pour un problème de consommation de substances psychoactives dans les services de traitement spécialisés en addiction ont vécu au moins un type d'abus au cours de leur vie (Ferland et coll., 2016). Comme les impacts de la victimisation peuvent influencer tant la consommation que le cours de l'intervention, il est important que les cliniciens³ traitant les problèmes d'addiction de ces personnes soient attentifs à la présence de victimisation.

Pour mieux connaître la réalité de leur travail, nous avons rencontré 32 cliniciens (dont neuf hommes) travaillant dans deux centres publics québécois de traitement spécialisé en addiction. Ces cliniciens, âgés de 28 à 65 ans, ont participé à des rencontres individuelles d'environ une heure au cours desquelles ils ont été interrogés sur les différents défis qui entourent leur intervention auprès des victimes d'actes criminels qui consultent dans leur établissement pour un problème d'addiction aux SPA.

ENJEUX DE L'INTERVENTION EN ADDICTION AVEC LES PERSONNES AYANT ÉTÉ VICTIMES D'ACTES CRIMINELS

Les entrevues ont révélé des enjeux concernant plus directement l'intervention, la formation des cliniciens et le processus de référence vers les organismes venant en aide aux victimes d'actes criminels.

a) Enjeux liés à l'intervention

Selon les cliniciens⁴ rencontrés, il est difficile pour les personnes ayant un problème de consommation de SPA d'obtenir des services pour les victimes d'actes criminels ou encore des services psychologiques plus spécialisés, par exemple une intervention pour traiter un stress post-traumatique développé à la suite d'un acte criminel. Ils mentionnent que ces problèmes d'accès sont principalement liés aux longues listes d'attente pour recevoir ces services de même qu'au requis d'abstinence pour y accéder.

« On n'arrive pas à atteindre un arrêt de consommation suffisamment important pour que la personne soit traitée [en santé mentale]. Mais il y a aussi des fois où les délais ne concordent pas. Elle est abstinente, mais a six mois d'attente avant d'être vue en post-trauma » (Lauraine).

3 Le masculin est utilisé afin de faciliter la lecture.

4 Des noms fictifs sont utilisés pour référer aux cliniciens dont les citations sont présentées.

Les cliniciens en addiction mentionnent également que leur spécialisation et le mandat de leur établissement les conduisent d'abord à s'intéresser à la consommation des personnes plutôt qu'à toute autre problématique. De plus, certaines personnes ont tendance à considérer comme « normaux » les actes criminels dont elles ont été victimes. Une telle normalisation peut rendre l'intervention difficile puisque le clinicien n'a pas tous les éléments nécessaires pour construire son plan d'intervention ni pour établir un lien entre la victimisation et la consommation de SPA. Il semble également que la collaboration inter-établissement peut être complexe à mettre en place, même lorsqu'elle est nécessaire. Chaque établissement ayant ses propres modalités d'accès, il devient difficile pour un clinicien de connaître les trajectoires de services ou encore les mécanismes d'accès de toutes les ressources.

b) Enjeux liés au champ d'expertise

Certains cliniciens spécialisés en addiction ne se sentent pas outillés pour répondre aux besoins des personnes ayant vécu une victimisation puisqu'ils n'ont pas reçu de formation pour faire face à ces problématiques. Ce manque de formation les conduit également à se questionner sur les limites à respecter dans l'écoute et sur l'utilisation des informations rapportées par la personne.

« Ce qui est difficile là-dedans, c'est qu'on se demande toujours jusqu'où on pose les questions. [...] Parce que tu te dis quand j'aurai la réponse, il va falloir que je fasse quelque chose avec » (Isabelle).

c) Enjeux liés au processus de référence vers les organismes venant en aide aux victimes d'actes criminels

Les cliniciens rencontrés admettent méconnaître les différents organismes venant en aide aux victimes d'actes criminels vers lesquels ils pourraient demander du soutien ou les orienter. Ils indiquent également qu'en général, une bonne alliance thérapeutique est nécessaire pour que les personnes se confient sur les actes criminels dont elles ont été victimes. Une fois ce lien de confiance établi, les cliniciens en addiction trouvent difficile de référer la personne vers un autre clinicien qu'elle ne connaît pas et avec lequel elle devra reprendre son histoire du début. Il semble également que le processus permettant d'avoir accès aux indemnités dispensées par le service québécois d'indemnisation des victimes d'actes criminels est

lourd et parsemé d'embûches, difficiles à franchir pour des personnes qui ont un problème de consommation.

«C'est très, très, très compliqué. C'est plein d'étapes qui n'en finissent plus. Pour le client, il faut qu'il explique tout de façon précise... Puis, il faut qu'il repasse une entrevue au téléphone. Il faut qu'il ait un papier du médecin qui diagnostique le post-trauma... C'est compliqué» (Cathy).

DISCUSSION

Les entretiens menés auprès des cliniciens ont mis en évidence la complexité de l'intervention auprès des personnes ayant des problèmes de consommation et ayant été victimes d'actes criminels. Sur le plan de l'intervention, les cliniciens mentionnent plusieurs éléments qui ont des impacts sur la qualité de leur travail auprès des personnes ayant une addiction et ayant été victimes d'actes criminels. Certains de ces éléments relèvent davantage de la formation du clinicien, d'autres de la structure. Pensons ici au mandat de l'établissement qui a comme objectif premier de traiter l'addiction. Cela conduit donc les personnes à consulter au centre public de traitement spécialisé en addiction pour leurs problèmes de consommation de SPA, ce qui a souvent comme conséquence de mettre en sourdine, voire passer sous silence, la présence d'actes criminels dans leur vie. Comme l'alliance thérapeutique se crée lentement au fil des rencontres, il peut arriver que la personne en parle seulement après quelques semaines ou quelques mois. Bien que le travail clinique effectué jusqu'à la divulgation de l'acte criminel soit utile, l'évaluation

de la personne exclut un énorme pan de son histoire et de ses traumatismes.

Toujours sur le plan de l'intervention, la présence d'un trouble de santé mentale en lien avec la victimisation, comme l'état de stress post-traumatique, augmente les risques d'abandon prématuré du traitement et a un impact sur le pronostic (Chauvet et coll., 2015). Il est donc important que les cliniciens qui traitent l'addiction aux SPA soient en mesure d'identifier si le problème de santé mentale a été développé à la suite d'un acte criminel afin de bien aider leurs usagers (Arthur et coll., 2013). Une formation spécifique ciblant cet aspect pourrait aider les cliniciens en addiction à identifier le bon moment pour aborder la possible présence d'un acte criminel dans la vie de leurs usagers, de même que la quantité d'informations nécessaires pour favoriser leur rétablissement. Une telle connaissance est importante, car, comme le mentionnent Arthur et coll. (2013), questionner trop tôt sur les actes criminels vécus dans le processus d'intervention peut provoquer l'abandon de certaines personnes.

CONCLUSION

Ces constats cliniques sont tirés du premier volet du projet qui a été mené auprès des cliniciens spécialisés en addiction. Les résultats des deux autres volets permettront par la suite de rendre compte du point de vue des cliniciens spécialisés dans le travail auprès des victimes d'actes criminels comme du point de vue des personnes ayant une addiction aux SPA et ayant été victimes d'actes criminels. L'ensemble du projet permettra au final de mieux comprendre les interrelations entre les traumatismes et l'addiction, de même que les besoins d'intervention concernant ces deux aspects.

Bibliographie

- Angelone, D.J., Marcantonio, T., & Melillo, J. (2018). An evaluation of adolescent and young adult (Re)victimization experiences: Problematic substance use and negative consequences. *Violence Against Women*, 24(5), 586-602. Doi : 10.1177/1077801217710001.
- Arthur, E., Seymour, A., Dartnall, M., Beltgens, P., Poole, N., Smylie, D., North, N., & Schmidt, R. (2013). *Trauma-informed practice guide*. BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council, 102 p.
- Brochu, S., Brunelle, N., & Plourde, C. (2016). *Drogue et criminalité. Une relation complexe* (Troisième édition revue et augmentée). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chauvet, M., Kamgang, E., Nhui, A. N., & Fleury, M.-J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives: Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques. Les rapports de recherche de l'institut*. Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire, 206 p.
- de Waal, M.M., Johannes, J., Dekker, M., & Goudriaan, A.E. (2017). Prevalence of victimization in patients with dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis*, 13(2), 119-123. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1274067>
- Ferland, F., Blanchette-Martin, N., & Garceau, P. (2016). *Portrait des abus vécus par les adultes consultant au centre de réadaptation en dépendance de Québec pour un problème de consommation de SPA*. Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Marinha Nunes, L & Sani, I. (2012). Victimization of the drug addict. *Journal of Modern Education Review*, 3(9), 677-684.
- O'Hare, T., Shen, C., & Sherrer, M. (2010). High-risk behaviours and drinking-to-cope as mediators of lifetime abuse and PTSD symptoms in clients with severe mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 255-263.
- Oshri, A., Carlson, M.W., Kwon, J.A., Zeichner, A., & Wickrama, K.K.A.S. (2017). Developmental growth trajectories of self-esteem in adolescence: Associations with child neglect and abuse in young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 46, 151-164. DOI : 10.1007/s10964-016-0483-5.
- Seear & Fraser (2014). The addict as victim: Producing the 'problem' of addiction in Australian victims of crime compensation laws. *International Journal of Drug Policy*, 25, 826-835. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.02.016>
- Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Kersch, V., McSweeney, T., Schaaf, S., Tartari, M., Turnbull, P., Trinkl, B., Uchtenhagen, A., Waidner, G., & Werdenich, W. (2007). The victimization of dependent drug users: Findings from a European study, UK. *European Journal of Criminology*, 4(4), 385-348. doi:10.1177/1477370807080719.



Dominique Blanc
Médecin généraliste
de l'Unité de consultation
et de soins ambulatoires
(UCSA), Marseille



Marie Jauffret-Roustide
Sociologue, chargée de recherche Inserm -
Cermes3, associée à Santé publique France

1 Marie Jauffret-Roustide, Elisabeth Couturier, Yann Le Strat et Al. *Estimation de la séro-prévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France*, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 BEH n° 33, 05/09/2006 (<http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/index.htm>).

2 Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Mague O, Calderon C, Cohen J, Carrieri P. *Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises*. L'inventaire ANRS-PRIZDE, 2009. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2011; 39: 409-412.*
Chemlal K, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M, Semaille C, Barbier C, Michon C, Valantin MA, Caté L.

LA RÉDUCTION DES RISQUES EN CENTRE PÉNITENTIAIRE, ENTRE DÉNI, RÉTICENCES ET BIENVEILLANCE

Natalie Castetz, journaliste

Les mesures de prévention et de réduction des risques peinent à se mettre en place en milieu pénitentiaire. Soignants, surveillants, personnes détenues, les perceptions diffèrent comme le montrent les enquêtes Pride et l'exemple de la prison des Baumettes, à Marseille.

La première enquête séro-épidémiologique remonte à 2004. Réalisée par l'Institut de veille sanitaire (INVS) - devenu aujourd'hui Santé publique France - et coordonnée par Marie Jauffret-Roustide, sociologue à l'Inserm, l'enquête ANRS-Coquelicot concernait la prévalence du VIH et VHC auprès des usagers de drogues. Le questionnaire était adressé aux quelque 1 500 personnes fréquentant les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD) de cinq villes françaises (Bordeaux, Lille, Marseille, Paris, Strasbourg). Cette enquête portait sur l'exposition au risque infectieux en milieu libre et en détention, les caractéristiques sociodémographiques des usagers et leurs pratiques d'usage, et parmi les questions posées : avez-vous déjà pratiqué une injection en détention ?

La sociologue reconnaît avoir été « interpellée par les résultats » : six usagers de drogue sur dix inclus dans cette enquête ANRS-Coquelicot ont déclaré avoir été incarcérés au moins une fois dans leur vie, et 12 % avaient eu recours à l'injection au cours de leur incarcération, dont un tiers avait dû partager la seringue. Or, « il est démontré, dans la litté-

ature, que faute d'accès à des seringues stériles, c'est un risque très important de l'acquisition de l'hépatite C ou du VIH, explique Marie Jauffret-Roustide. Un risque quatre à cinq fois plus important qu'en milieu libre, en raison de la prévalence du VIH et de l'hépatite C plus élevés qu'en milieu libre ».

PRÉVACAR, ENQUÊTE SUR LA PRÉVALENCE DES INFECTIONS

À l'époque, « le discours d'une partie de la Direction de l'administration pénitentiaire était que le sujet ne valait pas la peine d'être traité, il n'y avait pas d'injection en prison, se souvient la sociologue. La fiabilité de l'enquête Coquelicot était remise en question car elle reposait sur des déclarations d'usagers qui étaient considérés comme peu fiables ». Six ans plus tard, en 2010, Santé publique France a confié à Caroline Semaille, de l'INVS et à Marie Jauffret-Roustide une enquête quantitative (Prévacar?) visant à estimer la prévalence de l'infection par le VIH et l'hépatite C en milieu carcéral. Cette enquête comportait un volet prévalence du VIH et

3 Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites : enquête Prévacar 2010. Épidémiologie Hebdomadaire 2012 ; 10-11, 6 mars : 131-134.

Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, Caté L, Barbier C et le Groupe Prévacar. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°35-36, 5 novembre 2013 : 445-450.

de l'hépatite C qui s'appuyait sur l'analyse des dossiers médicaux pour la partie prévalence et qui venait valider des prévalences du VIH et de l'hépatite, quatre à cinq fois plus élevées qu'en milieu libre. Une partie sur les politiques de prévention réalisée avec la Direction générale de la Santé a été menée auprès de 145 établissements pénitentiaires.

Cette fois-ci, l'enquête a été menée auprès des directeurs des Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Et à la question portant sur la présence de seringues dans les cellules, sur les douze derniers mois, 18 % des réponses ont été alors affirmatives. « Ce n'était plus possible de dire que cela n'existait pas ! ». Marie Jauffret-Roustide rappelle que « la prison est un espace où tout doit être sous contrôle et quand l'usage de drogues est interdit, laisser supposer qu'il pouvait y avoir des injections en prison signifiait qu'elle était faillible. Cela pouvait déranger, bien sûr ». Cela signifiait aussi que l'incarcération, souvent liée à l'usage de drogue, n'entraînait pas d'exemplarité, puisque les personnes s'y adonnaient toujours. Ces données scientifiques venaient conforter le manque d'accès au matériel d'injection en détention et la persistance de pratiques d'injection.

PRIDE, POUR UN INVENTAIRE DES MESURES DE RDR

Par ailleurs, à la même période, en 2010, l'étude Pride a été réalisée, centrée sur l'usage de drogues et autres pratiques à risque, sous l'impulsion de Laurent Michel, médecin psychiatre addictologue. L'objectif de ce projet financé par Sidaction et l'ANRS était d'établir l'inventaire des mesures mises en place pour la réduction des risques en milieu pénitentiaire. La méthodologie repose sur le même principe que celle de Prévacar : les professionnels de santé ont été interrogés sur la réduction des risques en détention. Aux questions portant sur des soins qui auraient été effectués sur des abcès ou sur des signes d'injection, un tiers des médecins interrogés a répondu par l'affirmative.

Cette enquête Pride France³, suivie d'une enquête Pride Europe ont mis en évidence que les mesures de réduction des risques infectieux préconisées par l'Office des Nations unies contre les drogues et le crime (UNODC) pour assurer une bonne santé des détenus n'étaient pas mises en place en France, ni dans de nombreux pays. « La surpopulation carcérale était un facteur associé à cette carence d'application de la mise en œuvre de la réduction des risques en détention. Et pourtant, dans les textes, les prisonniers doivent avoir accès à la même prévention et aux mêmes soins qu'en milieu libre », rappelle Marie Jauffret-Roustide.

ACCEPTABILITÉ SOCIALE DES MESURES DE RDR

Suite à ces trois enquêtes, « nous avons proposé avec Laurent Michel à l'ANRS, à Sidaction et à l'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'azur (Paca) d'organiser un essai d'intervention Pride », ajoute la sociologue. Il visait à mettre en place des mesures manquantes concernant l'accès aux soins, puis à analyser les effets de ces mesures au sein de l'établissement des Baumettes, à Marseille. En 2016, des entretiens qualitatifs semi-directifs ont ainsi été menés par Marie Jauffret-Roustide et Carole Chauvin auprès de soignants, de personnes détenues et de surveillants sur l'acceptabilité des mesures de réduction des risques en prison, centrée sur l'accès aux seringues. « Après avoir interrogé les personnes détenues et les professionnels du soin, il était important de disposer de l'avis des personnels pénitentiaires. »

« Nous nous attendions à des discours très négatifs de la part des surveillants sur les programmes d'échanges de seringues, commente Marie Jauffret-Roustide, le discours syndical étant très opposé à l'accès aux seringues en détention. Les résultats qui ont été présentés dans des colloques et sont en cours de publication montrent à l'inverse que les surveillants interrogés étaient plutôt sensibles à la réduction des risques en détention et peu opposés au principe de l'accès à la seringue. » Les réticences venaient non pas de considérations morales ou idéologiques, à savoir que la prison est là pour contrôler les usagers, mais plutôt d'un manque de connaissance et d'interrogations sur la mise en place concrète : les injections allaient-elles pouvoir se faire dans les cellules ou dans les unités sanitaires ?

FAVORABLES À LA RÉDUCTION DES RISQUES

Pour la sociologue, les surveillants sont en contacts réguliers avec les personnes détenues et ont accès à leur histoire, ce qui explique qu'ils peuvent éprouver de l'empathie et être pragmatiques aussi : « Certains sont conscients qu'il y a des drogues qui circulent et qu'il est préférable que leur usage se déroule dans des conditions sécurisées. »

Du côté des soignants, la majorité s'est avérée favorable à la réduction des risques et à l'échange des seringues. Mais de manière étonnante, c'est dans la sphère sanitaire qu'ont pu être entendus des discours plus défavorables, en particulier au sein du secteur psychiatrique, concernant l'accès aux seringues : « Les arguments étaient d'ordre moral : se droguer c'est interdit, et la prison est là pour contrôler les personnes. Mais ces discours restaient très minoritaires au sein des soignants. » Pourtant, malgré cette adhésion globale à l'implantation des mesures de réduction des risques de la part des professionnels, l'essai d'intervention Pride ne pourra pas se mettre en place dans sa globalité, en raison, selon Marie Jauffret-Roustide, d'un blocage de la Direction nationale de l'administration pénitentiaire sur l'accès aux seringues alors que localement, les conditions pour l'implantation étaient réunies.

À MARSEILLE, PRISON DES BAUMETTES

Dominique Blanc a travaillé à la prison des Baumettes, à Marseille, de 2013 à 2019. La médecin généraliste de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), rattachée aux hôpitaux de Marseille, avait pour mission de « renforcer l'éducation à la santé », pour notamment « améliorer les propositions de dépistage du VIH, des hépatite B et C ». Ce dépistage était alors réalisé en partie durant les consultations du Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). L'objectif, dans ce centre pénitentiaire qui comptait alors près de 2 000 personnes détenues, était de mieux organiser et systématiser le processus de dépistage, qui souffrait d'un certain nombre de dysfonctionnements et de défaillances. Le relais avec l'UCSA s'avérait notamment insuffisamment assuré et il était difficile de respecter le principe de confidentialité, les CDAG se tenant à des jours et heures bien identifiés. « En réponse aux rapports de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'obligation des UCSA de coordonner et organiser le dépistage, de nouvelles modalités ont été mises en place », commente Dominique Blanc.

« Les tests de dépistage ont désormais été systématiquement proposés lors de la visite médicale d'entrée de la personne détenue », raconte Dominique Blanc. Les équipes de l'UCSA ont été sensibilisées aux dépistages des maladies infectieuses et à la détection des problématiques d'addiction. L'équipe a mis en place un circuit court avec un protocole accéléré : les laboratoires de sérologie se sont engagés à rendre rapidement les résultats des dépistages, communiqués dans une base de données sécurisée. Une consultation de rendu des résultats de dépistage par les médecins généralistes a été systématiquement organisée, « que les résultats soient négatifs ou positifs ». Et suivaient des propositions de vaccination anti-VHB et de prise en charge, systématiquement effectuées auprès des patients dont les résultats étaient positifs.

LES PERSONNELS SURVEILLANTS EN MAJORITÉ FAVORABLES

La proposition des tests de dépistage à l'arrivée a augmenté de manière très significative le taux de dépistage, passé de 25 % à près de 50-60 %, mais elle n'a pas eu le succès escompté. « Entre 50 et 60 % seulement des arrivants l'acceptaient et effectuaient les tests », a constaté Dominique Blanc. Les raisons sont nombreuses : les tests n'étaient pas proposés aux détenus arrivant en état de choc carcéral ou étaient refusés par eux, et n'étaient pas non plus proposés à ceux qui nécessitaient un suivi psychiatrique aigu. D'autres les refusaient par manque de confiance dans la confidentialité des résultats, ou encore parce qu'ils avaient d'autres priorités. Par ailleurs, le grand brassage de la population carcérale, qui comprend des personnes en comparaison immédiate et donc de passage ou en transit, ne les favorisait pas non plus. Quelques réticences se manifestaient également du côté des infirmières, qui y voyaient « un surcroît de travail et les difficultés pour assurer le suivi ». Mais les personnels surveillants étaient en majorité

favorables à cette démarche de réduction des risques, qui « les aidait dans leur propre travail au quotidien dans la mesure notamment où elle améliorerait le climat social ». Ceux qui la désapprouvaient le faisaient « pour des raisons plus idéologiques que pragmatiques, car ces pratiques, selon eux, favorisaient des comportements avec lesquels ils étaient en désaccord ».

ATELIERS D'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Une nouvelle initiative a consisté à inviter les primo-arrivants à des ateliers d'éducation à la santé : il s'agissait de leur faire connaître ces dispositifs médicaux et sanitaires mis en place au sein du système carcéral, de les sensibiliser aux risques infectieux et à la possibilité de faire des tests de dépistage, ou encore de faire la promotion des vaccins dont celui contre l'hépatite B, avec un protocole rapide permettant la vaccination en trois semaines, et donc sa complétion. Des flyers d'information en différentes langues et des outils de prévention divers étaient proposés lors de ces ateliers.

« Si les infirmières ont parfois manqué d'enthousiasme, l'accueil a été très favorable de la part de la direction de la pénitencière qui a mis à notre disposition salle et matériel, notamment les flyers édités dans différentes langues », commente Dominique Blanc. Le CSAPA a participé aux ateliers et les infirmières ont été formées aux Tests rapides d'orientation diagnostique (trods). Assez rapidement, les personnes détenues « qui souffrent de pathologies plus nombreuses et précoces que la population générale et sont souvent très éloignées des systèmes de soins se rendent compte qu'il y a une opportunité de bénéficier d'un système de soins, gratuits, et, contrairement à l'extérieur, sans nécessité d'avoir des droits ouverts ».

Les campagnes nationales de santé publique lancées à l'extérieur ont aussi été relayées à l'intérieur du centre de détention, comme les semaines du dépistage, de la vaccination, le mois sans tabac... « Chaque campagne était l'opportunité d'installer des stands, de lancer des ateliers d'information et de proposer des tests et des prises en charge, note Dominique Blanc. Toutes ces initiatives ont permis d'augmenter le taux de dépistage chez les personnes détenues, et on pourrait encore améliorer le dispositif en proposant des « retestings » réguliers à ceux qui fréquentent l'Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). »

Par ailleurs, des distributions de kits Roule-Ta-paille ont pu avoir lieu. Mais les échanges de seringues stériles n'ont pas pu se mettre en place. Selon Dominique Blanc, « ils nécessitent encore un travail d'acceptabilité des pouvoirs publics pour déployer pleinement la panoplie des outils de RDR et répondre aux impératifs de la loi de 1994 et de celle de 2004 ».

ANRS : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales.
USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire.
IGAS : Inspection générale des affaires sociales.



Dorothée Melnik
*Criminologue, coordinatrice
du service Alter Ego
Trempline*



Fabrice Lejeune
*Éducateur, intervenant
au service « Premier contact »
Trempline*



Ludovic Louissaint
*Psychologue,
intervenant au service Alter Ego
Trempline*

ALTER EGO : UN DISPOSITIF D'AIDE SPÉCIALISÉE AUX PERSONNES DÉPENDANTES JUSTICIABLES

Pascale Hensgens, *coordinatrice de projets à la Fédito wallonne*

Pour mieux comprendre l'évolution des relations entre les acteurs du champ des assuétudes et ceux du monde judiciaire, il nous a semblé pertinent de nous plonger au cœur d'un service d'aide spécialisée aux personnes dépendantes justiciables. Alter Ego existe depuis 1996 et, en presque 25 années de fonctionnement, ses travailleurs ont vu un certain nombre d'évolutions dans les rapports entre le monde de la santé et celui de la justice. La manière dont le service fonctionne aujourd'hui est d'ailleurs significative de ces évolutions qui sont à relier à des décisions politiques, à des changements de mentalité et de pratiques ou encore à la création de relations de confiance au sein des réseaux.

Alter Ego est implanté dans la ville de Châtelet¹, sur le site principal de l'association Trempline², centre de prévention et de traitement pour personnes dépendantes et leur entourage. Le service Alter Ego se compose de trois travailleurs pour deux ETP (équivalent temps plein). Il est intégré au service ambulatoire « Premier contact » de Trempline. En 2019, l'équipe a accompagné 452 personnes, soit 271 détenus et 224 justiciables.

Alter Ego est une initiative relevant d'un partenariat entre la Ville de Châtelet et l'association Trempline, en collaboration avec la maison de justice de Charleroi. Ce service d'aide spécialisée aux personnes toxicomanes incarcérées ou en alternative à la détention est financé aujourd'hui par l'administration générale des Maisons de justice. L'équipe accueille des personnes sous mandat de la Maison de justice pour les accompagner dans différentes mesures judiciaires : l'alternative à la détention préventive, la probation, la libération conditionnelle, etc. Par ailleurs, le service se rend dans les différentes prisons de Wallonie et de Bruxelles et, à la demande du détenu, l'accompagne dans un projet de soins et de rétablissement. Enfin, tout récemment, Alter Ego a été sollicité pour collaborer à la réflexion sur la mise en place de la première chambre de traitement de la toxicomanie de Wallonie. Il s'agit de proposer un accompagnement et une solution de traitement et de réinsertion à certains toxicomanes, comme alternative à l'incarcération.

Pour réaliser cet entretien, se sont réunis autour de la table de discussion : Dorothée Melnik, criminologue et coordinatrice du service Alter Ego ; Ludovic Louissaint, psychologue d'Alter Ego ; Fabrice Lejeune, éducateur au service « Premier contact » qui travaille également au service recherche et développement.

CONTEXTE : ENTRE LA FIN DES ANNÉES 80 ET LES ANNÉES 2000, PASSER DU CONTRÔLE À L'AIDE À « DÉSISTANCE »

« Avant que le service Alter Ego n'existe, se souvient Fabrice Lejeune, c'est Trempline qui s'est tourné vers la population carcérale pour apporter son offre de traitement résidentiel et son approche commu-

nautaire. Les liens entre la santé et la justice trouvent à cette époque, entre autres, un socle économique. »

« Par ailleurs, souligne Dorothée Melnik, la représentation du toxicomane par les acteurs de justice était particulièrement éloignée de celle que certains professionnels spécialisés tentaient de soutenir. La justice était très frileuse à l'égard de la toxicomanie. Il ne faut pas oublier que l'on venait d'une période où l'on internait les consommateurs sous l'étiquette de - délinquant d'habitude - ! ».

Le travail en prison était extrêmement compliqué car, parfois, méconnu dans sa spécificité par les acteurs de la justice et du monde judiciaire. De même, les mesures judiciaires alternatives ont été, dans une certaine mesure, mal perçues. Pourtant, elles résultaient bien d'une loi qui marquait, pour l'époque, un changement des mentalités. On notera qu'aujourd'hui, les mesures judiciaires alternatives n'arrivent toujours pas encore à être considérées comme une véritable alternative à la détention, malgré une avancée notable dans la compréhension de ces dernières. Cependant, force est de constater qu'elles semblent parfois plutôt utilisées comme un outil de diversification de la peine.

Dans la foulée de la 6^{ème} réforme de l'État belge, en 2015, une partie du paysage institutionnel lié à la justice change. Une nouvelle Administration générale réunit, au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, les Maisons de justice mais aussi de nombreux partenaires-clés : les secteurs des mesures alternatives, de l'aide sociale aux détenus et de l'aide sociale aux justiciables (y compris l'aide aux victimes), les espaces-rencontres et l'aide juridique de première ligne, auparavant dispersés entre l'État fédéral, les Régions et la Fédération Wallonie-Bruxelles. En termes d'opportunités, la communautarisation des Maisons de justice et le rassemblement de ses missions au sein d'une même administration représentent une réelle évolution vers davantage de cohérence et d'efficacité. L'Administration générale des Maisons de justice organise également la mise en œuvre de la peine de travail, du travail d'intérêt général, des mesures de formation sous contrainte (par exemple en gestion de l'agressivité), des mesures de thérapie sous contrainte (pour le traitement d'assuétudes, par exemple) et de la médiation réparatrice, grâce au subventionnement de nombreux services agréés.

¹ Périphérie de Charleroi, dans la province du Hainaut.

² <https://www.trempline.be/>

« Ce transfert a considérablement modifié le rôle des assistants de justice, insiste Dorothée Melnik. Et pour ce qui concerne notre territoire, il a favorisé l'aide à la « désistance » plutôt que le contrôle. »

TRAVAIL SOUS CONTRAINTE SORTIR DU CERCLE CRIMINEL, LA « DÉSISTANCE »

Le scénario est bien rôdé et le fil conducteur bien arrimé : Alter Ego travaille avec tout justiciable dont la problématique principale est l'usage de drogues, quels que soient les faits. Après analyse de la demande, anamnèse et criminogénèse, Alter Ego propose un projet avec des objectifs personnels et sous-tendu par le concept de « désistance », à savoir sortir du cercle de la délinquance.

« Dans le travail thérapeutique effectué autour de la problématique de la consommation de drogues, la contrainte a toujours existé, qu'elle soit familiale, de santé, économique... explique Ludovic Louis-saint. À notre sens, la contrainte judiciaire est une contrainte comme les autres. »

L'équipe constate qu'il existe encore une certaine frilosité de quelques acteurs de la santé à travailler avec la contrainte judiciaire, ce qui peut se comprendre : « Dans un trajet de soins, c'est évidemment compliqué et exigeant. Il y a une limite à trouver et un cadre à respecter. Qu'est-ce qui est le plus important pour la personne ? Si le projet est d'avoir un toit, de manger avec un minimum de conditions d'une vie digne, c'est une demande que l'on doit entendre même si le travail s'effectue sous contrainte. Il est à notre avis tout à fait possible de travailler le psycho-thérapeutique et la contrainte judiciaire pour autant que l'on puisse faire sens. »

Parfois, la contrainte n'est pas là où l'on croit. Dans le suivi ambulatoire, elle peut être le milieu de vie. En prison, certaines personnes fonctionnent particulièrement bien mais le retour dans le monde extérieur est beaucoup plus complexe. Le simple fait de n'avoir plus la possibilité de maintenir une adresse de référence en prison ne facilite pas le processus de réinsertion ni le parcours de soins. « En 2019, 12 % de notre public n'avait plus d'adresse (ni domicile réel, ni domicile de référence)

alors que toutes ces personnes étaient légalement en ordre de séjour. C'est une situation alarmante... »

Le travail sous contrainte exige également des professionnels de la santé de pouvoir s'appuyer en toute confiance réciproque sur un réseau de partenaires tant dans le monde judiciaire que dans le monde de la santé et du social.

LE RÉSEAU JUSTICE - SANTÉ - SOCIAL, SOUTIEN AU PROJET DU JUSTICIABLE

Le travail en réseau chez Alter Ego est l'une des composantes essentielles de la mise en œuvre du projet des personnes accompagnées. Elles peuvent être de différents niveaux (interpersonnel, institutionnel, clinique,...) mais toutes participent à faciliter l'adéquation entre le projet du justiciable et les réalités environnementales.

L'un des premiers partenaires du monde de la justice, sur lequel s'est appuyé Alter Ego, est la Maison de justice. « Nous avons une permanence au sein même de la Maison de justice de Charleroi, explique Dorothée Melnik. Cette proximité avec les assistants de justice facilite la création de liens interpersonnels et de bonnes relations de travail. Par ailleurs, ces assistants connaissent notre travail et savent que nous ne sommes pas ce qu'on appelle dans notre jargon des - dispensateurs de papier -. Il y a donc une confiance réciproque qui s'est construite au fil du temps. Cela nous a permis de mettre en œuvre un suivi « tripartite » que nous proposons en commun au justiciable. »

Dans la logique de cette collaboration constructive, le centre Trempline via son service Alter Ego a accepté de participer à l'expérimentation de la première chambre de traitement pour toxicomanes en Wallonie. Alternative à l'incarcération, cette initiative du parquet de Charleroi vise certains types de justiciables : les faits n'ont pas entraîné de victime, ne relèvent pas de la récidive, ne sont pas déterminés par le but de lucre et la personne est un consommateur actif. Lors d'une audience spéciale et en présence d'assistants de justice, le juge propose une alternative via un accompagnement par l'équipe d'Alter Ego. « Si la personne accepte,

elle est reçue dès le demain par un membre de notre équipe, précise Ludovic Louissaint. On peut aussitôt commencer un travail autour de la motivation et du projet personnel. » Pour le moment, seul Alter Ego prend en charge les situations traitées par cette chambre spéciale, mais l'équipe aimerait que d'autres services spécialisés « assuétudes » puissent aussi s'impliquer pour offrir ainsi une diversité de l'offre de soins.

Il est un autre réseau important à cultiver afin de faciliter la mise en œuvre du projet d'un justiciable ou d'un ex-détenu, et celui-là ne repose pas sur des acteurs de la justice mais bien sur des acteurs sociaux. Il s'agit, notamment, de créer des liens avec les différents CPAS³. « Nous passons énormément de temps dans notre travail d'accompagnement à la régularisation sociale de chaque personne. Car il s'agit d'aller vite, et donc d'avoir le plus rapidement possible accès à la bonne personne pour résoudre par exemple des difficultés liées à la mise en ordre administrative, à l'accès au revenu, à la mutuelle santé... »

SEUIL D'ACCÈS PLUS ÉLEVÉ POUR LES JUSTICIABLES CONSOMMATEURS PROBLÉMATIQUES

Depuis plusieurs années, les services actifs en prison, qui travaillent entre autres à la continuité des soins, constatent une réticence de certains opérateurs spécialisés en assuétudes à travailler avec les personnes incarcérées. Par exemple, certains centres résidentiels n'acceptent plus de pré-admission tant que la personne est incarcérée, d'autres indiquent clairement ne plus vouloir accueillir d'ex-détenus. Un constat que partagent Dorothee Melnik et son équipe : « Aujourd'hui, on a le sentiment que l'accès au soin ou à la continuité des soins semble questionné par les acteurs de la santé eux-mêmes... Comme si les seuils d'exigence avaient augmenté. »

Les explications sont sans doute multiples, et peut-être moins à trouver dans le fait de travailler ou non avec la contrainte judiciaire que dans des questions de gestion et de moyens financiers. La Fédération des institutions pour toxicomanes⁴ relève depuis

plusieurs années un sous-financement des opérateurs spécialisés, ambulatoires et résidentiels. La réforme de la santé mentale⁵ n'a pas apporté de moyens supplémentaires à ces opérateurs pour favoriser l'accueil et l'accompagnement de certains usagers de drogues exclus des dispositifs de soins. Dans une étude de 2016 sur les coûts sociaux de la consommation de drogues⁶, les auteurs confirment que « les délits liés aux drogues et spécifiquement les nuisances pourraient être évités en multipliant les traitements et les initiatives de réduction des risques. »

Un contexte financier de plus en plus étriqué, qui par ailleurs s'inscrit dans une vision politique répressive, a forcément des répercussions sur le terrain des soins et de leur accessibilité. « Il est vrai, déclare Dorothee Melnik, que notre institution est régulièrement amenée à prendre des risques financiers en acceptant d'accompagner tel ou tel profil de personne qui ne répond pas aux critères de subventionnement. »

La crise sanitaire liée à la Covid 19 révèle ce qu'un grand nombre de professionnels de la santé et de la justice tentent de pallier depuis de nombreuses années dans leur champ d'action commun : l'absence d'une politique relative aux drogues avec des stratégies à moyen et long terme valorisant des pratiques concertées en matière de prévention, de réduction des risques et d'accès aux soins⁷.

3 Un CPAS est un Centre public d'action sociale. Il assure la prestation d'un certain nombre de services sociaux. Chaque commune ou ville a son propre CPAS offrant un large éventail de services : aide financière ; logement ; aide médicale ; aide et soins à domicile ; mise au travail ; médiation de dettes ; aide psychosociale ; assistance judiciaire ; admissions dans des institutions...

4 La Fédito wallonne fédère 52 opérateurs actifs dans le domaine de la prévention, de la réduction des risques, des suivis et des soins, de l'insertion. <https://www.feditowallonne.be/>

5 L'accord gouvernemental du 9 octobre 2014 rappelle que « la nouvelle organisation du secteur est basée sur les besoins du patient et promeut la coopération entre les hôpitaux universitaires, spécialisés et de base dans un réseau clinique, ainsi que la coopération entre les hôpitaux et les prestataires de soins ambulatoires ».

6 Étude Coût social des drogues licites et illicites en Belgique (SOCOST) - 2016 - Belspo-UGent et VUB.

7 EVADRUG - une étude d'évaluation de la politique belge en matière de drogues est en cours sur la base des objectifs et des actions énoncés dans les derniers travaux en la matière des autorités belges, à savoir la Note fédérale sur les drogues (2001) et la Déclaration commune (2010).

1 Cet article est une synthèse de la publication de Protais C, Morel d'Arleux J, Jauffret-Roustide M. *Usages de drogues en prison. Pratiques, conséquences et réponses*. Théma OFDT, décembre 2019, 40 pages.

ÉTAT DES LIEUX DES USAGES DE DROGUES EN DÉTENTION : PRÉVALENCES D'USAGE, RISQUES SANITAIRES ET SOCIAUX, RÉPONSES PUBLIQUES¹

Julien Morel d'Arleux

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Caroline Protais

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Marie Jauffret-Roustide

Cermes3 (Inserm U988/CNRS UMR8211/EHESS/Université de Paris)

PRÉVALENCES D'USAGES EN DÉTENTION

Le questionnement et le recueil de données sur les consommations de produits psychoactifs en milieu carcéral sont par nature complexes : difficulté d'accès aux personnes incarcérées, obstacles à la confidentialité des échanges, éventuels biais déclaratifs. Ils sont aussi disparates en raison de méthodologies et de couvertures territoriales diverses, selon les études. Les enquêtes disponibles montrent que les détenus présentent avant leur incarcération

un niveau d'expérimentation et de consommation de produits psychoactifs supérieur à celui de la population générale (tableau 1). Les travaux disponibles s'accordent sur une part importante d'usage du cannabis avant l'incarcération, bien supérieure à celle mesurée en population générale (prévalences estimées de 30 à plus de 50 %). En revanche, les résultats divergent sur les prévalences de consommation d'autres produits illicites (opiacés, cocaïne/ crack) ou de médicaments, même si ces niveaux restent plus élevés que ceux observés en population générale avant l'incarcération.

Tableau 1. Les enquêtes déclaratives significatives sur les consommations de drogues avant l'entrée en prison

Enquête	Champ	Taille de l'échantillon	Types de consultants	Méthode de passation des questionnaires	Unité de mesure	Consommation de drogues avant incarcération					
						Au moins une drogue (hors tabac)	Cannabis	Alcool	Cocaïne/ crack	Opiacés	Médicaments détournés
DREES (2003)	nationale	6 087	1/13 entrants en MA	Traitement statistique des fiches élaborées par les US pour chaque entrant	12 mois précédant l'incarcération	29,80 %	31,00 %	7,70 %	6,50 %	5,40 %	11 %
US Liencourt (2011)	locale à l'échelle d'un établissement	381	Tous les détenus du CP	Questionnaire auto-administré en cellule	Non précisé : par défaut, vie entière	60 %	53 %	22 % (cocaïne seule)	18,9 % (héroïne seule)	12,60 %	24,40 %
ORS Picardie (2015)	locale à l'échelle de la région Picardie	1 938	Tous les entrants	Traitement statistique des fiches élaborées par les US pour chaque entrant	12 mois précédant l'incarcération	85,50 %	37,90 %	6,10 %	9,30 %	2,70 %	27,20 %
US Lyon-Corbas (2013)	locale à l'échelle d'un établissement	457	Tous les détenus de la MA	Questionnaire auto-administré en cellule				nd			
COSMOS (2019)	locale à l'échelle de la région Pays de la Loire	800	Tous les entrants et détenus	Administration par un enquêteur dans un lieu confidentiel	12 mois précédant l'incarcération		49 %	73 %	16,50 %	8,9 % (héroïne seule)	3,50 %

Source : compilation produite par l'OFDT sur la base de la revue de la littérature.
nd : données non disponibles

Le même décalage se retrouve à propos des usages qui se prolongent en détention. Ainsi, les travaux étudiés s'accordent sur l'importance de la consommation de cannabis en détention, qui concernerait plus de 35 % des détenus (Rousselet *et al.*, 2019 ; Sannier, 2012, Sahadjian, 2017). Cependant, des dissemblances apparaissent au sujet de plusieurs substances illicites et de l'alcool, dont la consommation est interdite en détention. On note

par ailleurs le niveau élevé de l'usage de médicaments psychotropes et, dans certains cas, un transfert de consommations vers cette catégorie de substances au cours de l'incarcération (Bouhnik *et al.*, 1999 ; Stankoff *et al.*, 2000). Il semble également que la surconsommation féminine de médicaments couramment observée en population générale se retrouve dans le cadre de la prison.

Tableau 2. Les enquêtes déclaratives significatives sur les consommations de drogues durant l'incarcération

Enquête	Champ	Taille de l'échantillon	Types de consultants	Méthode de passation des questionnaires	Unité de mesure	Consommation de drogues durant l'incarcération						
						Au moins une drogue (hors tabac)	Cannabis	Alcool	Cocaïne/crack	Opiacés	Médicaments détournés	Au moins deux produits
DREES (2003)	nationale	6 087	1/13 entrants en MA	Traitement statistique des fiches élaborées par les US pour chaque entrant				nd				
US Liancourt (2011)	locale à l'échelle d'un établissement	381	Tous les détenus du CP	Questionnaire auto-administré en cellule	Pourcentage calculé sur l'ensemble des répondants	43,60 %	38,20 %		7,10 %	8,1 % (héroïne seule)	15,50 %	8,20 %
ORS Picardie (2015)	locale à l'échelle de la région Picardie	1 938	Tous les entrants	Traitement statistique des fiches élaborées par les US pour chaque entrant				nd				
US Lyon-Corbas (2013)	locale à l'échelle d'un établissement	457	Tous les détenus de la MA	Questionnaire auto-administré en cellule	Pourcentage calculé sur l'ensemble des consommateurs	83,60 %	36,80 %	30,40 %	10,30 %	7,70 %	12,30 %	57 %
COSMOS (2019)	locale à l'échelle de la région Pays de la Loire	800	Tous les entrants et détenus	Administration par un enquêteur dans un lieu confidentiel	Pourcentage calculé sur l'ensemble des répondants		37 %	2,10 %	1,90 %	1,1 % (héroïne seule)	10,40 %	

Source : compilation produite par l'OFDT sur la base de la revue de la littérature
nd : données non disponibles

MOTIVATIONS ET TRAJECTOIRES DE CONSOMMATION EN PRISON

L'étude des motivations d'usage en prison fait apparaître des finalités diverses. La dimension auto thérapeutique et la recherche de produits permettant de faire face à la promiscuité, au stress ou à un contexte anxiogène sont les plus fréquemment citées (Chantraine, 2004 ; Guerlais *et al.*, 2015 ; Tissot, 2016). Les consommations permettent aussi de gérer le « temps long » de l'expérience carcérale et peuvent favoriser une mise à distance des émotions. Les travaux qualitatifs existants té-

moignent également de la dimension sociale des usages de produits psychoactifs en prison, dans des moments décrits comme « ludiques » ou « festifs » par les personnes détenues (Chantraine, 2004). Enfin, les études disponibles montrent que la circulation des drogues fait l'objet d'échanges et de trocs qui sont susceptibles d'engendrer ou de contribuer à des situations de tensions (Protais, Jauffret-Roustide, 2019).

À cette diversité des motivations fait écho une variété de trajectoires de consommateurs (Fernandez, 2008). Compte tenu d'une disponibilité moindre des produits, l'incarcération peut être une période de pause, permettant à certains usagers un accès au soin qui est parfois difficile en milieu libre du fait de leur situation précaire (Bouhnik *et al.*, 1996 ;

Chantraine, 2004 ; Hagège, 2017). Enfin, alors que certains usages sont initiés en prison, d'autres perdurent en fonction de la capacité des personnes incarcérées à faire entrer des produits illicites via leurs réseaux de connaissances à l'extérieur, mais aussi à l'intérieur de la prison (Protais, Jauffret-Roustide, 2019).

LES CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE L'USAGE EN DÉTENTION

D'abord d'ordres somatique et psychologique, les effets de la consommation de drogues en prison se traduisent également en termes de conséquences sociales négatives.

Certaines consommations étant initiées durant l'incarcération, les premiers dangers tiennent aux risques liés aux usages réalisés dans des conditions d'hygiène non satisfaisantes ou de surdose. Ces situations sont accentuées par l'absence d'équivalence dans l'accès aux outils de prévention entre la prison et le monde libre, mise en évidence par l'enquête Pride (Michel *et al.* 2011). Les risques infectieux sont en effet nombreux en raison du défaut de matériel d'injection stérile, des caractéristiques de la population incarcérée et de la promiscuité (notamment en maison d'arrêt). Les détenus sont en effet plus souvent infectés par le VIH et/ou le VHC (respectivement de trois à quatre fois plus et de quatre à cinq fois plus qu'en population générale), selon l'enquête Prevacar, ce qui accroît les risques de contamination en cas de partage de matériel (Semaille *et al.* 2013).

Qu'elles soient poursuivies ou amorcées en prison, les consommations de stupéfiants pèsent donc fortement sur l'état de santé des intéressés : accidents en cas d'associations de médicaments et/ou de produits, état de manque aigu, apparition ou renforcement de pathologies somatiques, psychologiques ou psychiatriques, risques infectieux, abcès...

À ces problèmes sanitaires s'ajoutent des phénomènes de violence en lien avec les éventuels trafics de substances et de médicaments. On observe également une stigmatisation des personnes perçues comme dépendantes et toxicomanes qui, de surcroît, peuvent être instrumentalisées par les réseaux gérant le commerce sous-terrain de stupéfiants et placées dans des situations de dépendance par d'autres détenus.

QUELLES SONT LES RÉPONSES PROPOSÉES

PAR LES POUVOIRS PUBLICS ?

La présence de substances psychoactives illicites mais aussi de l'alcool de même que celle de médicaments hors cadre de prescription, théoriquement interdite en prison, est proscrite par le droit disciplinaire pénitentiaire. Les réponses qui sont apportées à ce phénomène oscillent entre la logique pénitentiaire, inscrite dans l'objectif de contrôle des comportements, et la logique soignante.

Les réponses apportées par l'administration pénitentiaire sont très variables. En effet, elles peuvent reposer sur des sanctions mais aussi sur des mesures préventives sécuritaires ou sur une adaptation des pratiques professionnelles. Les réponses disciplinaires sont privilégiées lorsque des produits stupéfiants sont découverts, alors que des réponses renforcées sont développées en parallèle. Les principaux vecteurs utilisés pour introduire des produits interdits sont les parloirs ou les « projections » dans la cour de promenade. De ce fait, différentes mesures sont mises en place comme des filets « anti-projection », un renforcement des fouilles à l'issue des parloirs ou encore le recours à des opérations de contrôle via des brigades cynophiles et des patrouilles des forces de l'ordre ou des personnels pénitentiaires.

Néanmoins, dans une situation où les réponses d'ordre disciplinaire connaissent de fortes limites, plusieurs travaux sociologiques soulignent une forme de négociation entre détenus et surveillants pouvant entraîner un certain « laisser-faire ». L'enquête Circé montre que la tolérance du milieu pénitentiaire à l'égard des drogues atteint un point de paroxysme lorsque ce système de transaction se réalise avec certains détenus détenteurs du marché de stupéfiants à l'intérieur de l'établissement (Protais *et al.* 2019). La lutte contre les réseaux de trafic au niveau de la direction est alors susceptible d'entrer en tension avec la « négociation de l'ordre » que mènent certains personnels au sein des bâtiments. Cette étude confirme par ailleurs que certains agents (minoritaires, selon les personnes interrogées) participent aux activités illégales liées aux drogues, leurs motivations étant, la plupart du temps, financières.

Du point de vue de la réponse sanitaire, des étapes majeures se sont succédé : la création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en 1986 puis des antennes toxicomanie en 1987 a été suivie, en 1994, par le transfert de la prise en charge de la santé des personnes détenues au ministère de la Santé, par l'intermédiaire d'unités de consultations et de soins ambulatoires rattachées à l'hôpital public. Les années 2000 ont vu l'ouverture d'unités hospitalières dédiées au sein des hôpitaux, pour

les soins somatiques (unités hospitalières sécurisées interrégionales, UHSI) et les soins psychiatriques (unités hospitalières spécialement aménagées, UHSA). Elles ont permis l'hospitalisation des personnes incarcérées. Des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) « référents » auprès de chaque établissement pénitentiaire ont été institués dans le cadre du plan santé-justice 2010-2014. Ils ont pour mission d'améliorer l'accompagnement des personnes détenues présentant des conduites addictives, tout en préparant leur sortie en facilitant la continuité des prises en charge. L'action des CSAPA touche désormais la quasi-totalité des établissements pénitentiaires (Palle et Rattanatray, 2018), mais celle des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) ne concerne encore qu'un tiers d'entre eux.

Globalement, l'amélioration des prises en charge sanitaires est très nette mais des difficultés liées notamment à la surcharge de travail des personnels persistent, alors même que l'état de santé physique et psychique des personnes incarcérées est plus dégradé qu'en population générale.

Les tensions entre la logique sanitaire et la logique pénitentiaire rendent complexe l'application

des recommandations internationales préconisant un principe d'équivalence de soins entre le monde pénitentiaire et le milieu libre. En témoignent, par exemple, les questions liées à certaines mesures de réduction des risques et des dommages en prison.

Ainsi, alors que la distribution des traitements de substitution aux opiacés a pu se développer depuis 1996, les discussions entre acteurs pénitentiaires et sanitaires butent sur la mise en œuvre des programmes d'échange de seringues et l'interprétation des principes définis par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

CONCLUSION

Les données disponibles permettent d'objectiver l'importance de la consommation de substances psychoactives en détention. L'usage de drogues en milieu carcéral pose des enjeux majeurs de santé publique en matière de continuité de soins (avant, pendant et après l'incarcération), de réduction des risques et des dommages (l'accès au matériel n'étant pas le même qu'en milieu libre), enfin d'équité en termes d'accès aux soins et de réduction des risques.

Bibliographie

- Bouhnik P., Touzé S., RESSCOM (1996). *Héroïne, sida, prison : trajectoires, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés*. Marseille / Seine Saint-Denis. Paris, ANRS, 566 p.
- Chantraine G. (2004). *Par-delà les murs : expériences et trajectoires en maison d'arrêt*. Paris, PUF, 274 p.
- Fernandez F. (2008). *Au risque de rester dedans : le travail de double ajustement des usagers de drogues incarcérés*. In: Normes, déviations, insertions, Mauger G., Moreno Pestana J.-L., Roca M. (Dir.). Genève, Séismo, p. 168-189.
- Hagège M. (2017). *L'hépatite C et la prison : une opportunité de soins ?* Santé publique, Vol. 29, n° 4, p. 563-567.
- Guerlais M., Perrouin F., Bronnec M., Legeay B., Mauillon D., Serre P., Chameau P.-Y., Bleher Y., Mousande S., Pinot M.L., Jolliet P., Victorri-Vigneau C. (2015). Levons le tabou sur l'évolution des consommations en milieu carcéral. *La Lettre du Pharmacologue*, Vol. 29, n° 4, p. 121-124.
- Michel L., Jauffret-Roustide M., Blanche J., Maguet O., Calderon C., Cohen J., Taieb C., Carrieri P., Groupe de travail ANRS PRI.DE (2011). *Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises*. L'inventaire ANRS-PRI.DE, 2009. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 39, p. 409-412.
- Palle C., Rattanatray M. (2018). Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA. Saint-Denis, OFDT, 109 p.
- Protais C., Jauffret-Roustide M. (2019). *Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral*. Résultats de l'enquête Circé sur la question du marché des drogues en prison. Rapport final à destination de la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la justice. Paris, OFDT-Cermes3.
- Protais C, Morel d'Arleux J, Jauffret-Roustide M. (2019). *Usages de drogues en prison : pratiques, conséquences et réponses*, Paris, OFDT.
- Rousselet M., Guerlais M., Caillet P., Le Geay B., Mauillon D., Serre P., Chameau P.-Y., Bleher Y., Mousande S., Jolliet P., Victorri-Vigneau C. (2019). *Consumption of psychoactive substances in prison: Between initiation and improvement, what trajectories occur after incarceration?* COSMOS study data. PLoS ONE, Vol. 14, n° 12, e0225189.
- Sahajian F., Berger-Vergiat A., Pot E. (2017). *Use of psychoactive substances in prison: Results of a study in the Lyon-Corbas prison*, France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, Vol. 65, n°5, p. 361-367.
- Sannier O., Verfaillie F., Lavielle D. (2012). *Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace*. *La Presse Médicale*, Vol. 41, n° 7-8, p. e375-e385.
- Stankoff S., Dherot J., DAP, DGS (2000). *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*. Paris, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, 329 p.
- Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, Caté L, Barbier C, Jauffret-Roustide M. (2013). *HIV and HCV prevalence among French prison inmates in 2010: A challenge for public health policy*. *Eurosurveillance*, jul 11: 18-28.
- Tissot N. (2016). *Prise et déprise : faire usage de drogue en prison*. *Rhizome*, n° 62, p. 13-15.

1 *Histoire du droit de la réduction des risques en matière de drogues en Région bruxelloise (1978-2018) : du droit du souverain à la plurnormativité*, Baudhuin Serdane, mémoire de fin d'études, Université catholique de Louvain, Master en droit, 2017-2018.

Les pratiques de substitution des médecins généralistes belges face aux politiques publiques, Dr. C. Jeanmart, *Drogues, santé et société*, Vol. 8, n°2, décembre 2009.

2 http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2004031960&table_name=loi

3 Arrêté royal du 5 juin 2000 (portant exécution de l'art.4, §2, 6° de l'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967) relatif à l'exercice des professions de soins de santé autorise et encadre la distribution de matériel stérile d'injection par des professionnels du champ psycho-socio-sanitaire.



Kris Meurant

Directeur pôle Psychosocial et Hébergement au sein de l'association Transit



Jérôme Poulin

Formateur externe et chargé de projets au sein de l'association Transit



Bruno Valkeneers

Chargé de communication au sein de l'association Transit (Bruxelles)

PRISONS : RÉDUCTION DES RISQUES, UNE POLITIQUE EN SURSIS

La réduction des risques (RDR) est une stratégie de santé publique visant notamment à réduire la propagation des maladies infectieuses et à prévenir les dommages que l'usage de substances psychoactives peut occasionner. Elle favorise le lien entre les professionnels des addictions et le public concerné. Cette approche prend en compte l'ensemble des déterminants de la santé dans la prise en charge des comportements à risque, permettant aux consommateurs de drogues de devenir acteurs de leur santé, de les responsabiliser également par rapport aux enjeux de leur dépendance. La RDR est aujourd'hui reconnue pour son efficacité et largement soutenue par les pouvoirs publics, après avoir été, à ses débuts, développée par des initiatives citoyennes menées par des intervenants de la santé et par des consommateurs de drogues visant à contrer les risques liés au Sida. Elle se positionnait à l'avant-garde, bousculant tantôt les pratiques, tantôt les prescrits légaux et se faisait moteur de changements et d'innovation.

La réduction des risques a précédé de nombreuses modifications législatives. Il convient à cet égard de rappeler que ces modes d'intervention se sont d'abord déroulés dans l'illégalité, à tout le moins dans une zone grise du droit. Ce faisant, elle a longtemps eu cours en Belgique dans un contexte d'insécurité juridique et son déploiement a valu des poursuites à l'égard de membres

du corps médical, voire des condamnations et des exclusions de l'ordre des médecins. Dans les années 80, un procès particulièrement retentissant avait abouti à la condamnation (1984) du Dr Baudouin pour « prescription abusive de méthadone » et pour « entretien de la toxicomanie ». ¹ Ce procès découragera de nombreux médecins à proposer des traitements de substitution et donc, par analogie, à suivre des consommateurs dépendants dans une démarche thérapeutique.

En Belgique, l'arrêté royal réglementant les traitements de substitution est entré en vigueur en 2004², permettant enfin aux médecins et aux usagers de sortir de plus de vingt années de clandestinité. L'ouverture des premiers comptoirs d'échanges de seringues dans les années 90 s'est faite dans la plus totale illégalité, en attendant la mise en place, dix ans plus tard, d'une législation encadrant cette pratique³.

Aujourd'hui, l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) et l'échange de seringues et de matériel stérile de consommation se sont généralisés dans le cadre d'une stratégie combinée. Il convient de le saluer. Mais au-delà de ces progrès, force est de constater la subsistance, sur l'ensemble du territoire national, de nombreux freins au déploiement de nouvelles initiatives de santé dans les domaines de la RDR. Nous n'avons toujours

pas, entre autres, accès à la naloxone⁴ en spray et le testing des drogues reste embryonnaire (exclusivement autorisé en Région de Bruxelles-Capitale).

L'ouverture prochaine de la première salle de consommation à moindre risque (SCMR) bruxelloise, la seconde au niveau national après « Saf-Ti » à Liège, illustre parfaitement un contexte belge parsemé d'embûches liées à la spécificité institutionnelle du pays et à une loi pénale édictée en 1921. Une loi d'un autre siècle, dont l'article 3 § 2, prévu pour lutter contre les fumeries d'opium, complique la mise en œuvre de ce type de dispositif pourtant largement éprouvé par ailleurs. Seuls un consensus et une volonté politique locale (ville, police, procureur, associatif) permettront l'ouverture d'un tel dispositif socio-sanitaire à Bruxelles-Ville. Un processus long et contraignant fait perdurer ce contexte d'insécurité juridique précédemment évoqué, pesante pour les travailleurs et pour les bénéficiaires du futur dispositif. D'autres initiatives innovantes ont connu cet écueil. Le projet pilote de délivrance médicalisée de Diacétylmorphine n'a pu être prolongé au-delà de la période de deux ans initialement déterminée dans le protocole, malgré une évaluation très positive et l'évidence de son efficacité⁵. Cette situation n'a pas été sans conséquence sur la santé même, puisque des patients stabilisés par le dispositif se sont retrouvés subitement en rupture de ce traitement spécifique.

Le poids de la loi et de la criminalisation des consommateurs de drogues peut avoir des conséquences désastreuses sur l'intégrité physique et mentale des usagers les plus marginalisés. La dépendance aux drogues illicites, pourtant considérée comme une maladie chronique, demeure la seule altération dont les symptômes relèvent d'une loi pénale.

RDR ET PRISON NE FONT PAS BON MÉNAGE

À l'aube du centenaire de la loi de 1921 « drogues », le constat est éloquent : le nombre de détenus condamnés pour faits liés aux stupéfiants est passé de 42,2 % du total de la population carcérale en 2005 à 50,8 % en 2018⁶. Derrière les murs, quelle est donc la situation des prisonniers ? Quelle place occupe la réduction des risques au sein des établissements pénitentiaires ?

Pour faire simple, RDR et prison ne font pas bon ménage. Les acteurs de la promotion de la santé et de la réduction des risques dénoncent encore et encore son insuffisance et continuent à proposer des alternatives.

Malgré les constats et les interpellations, nos dirigeants font la sourde oreille, nos ministres ignorent nos propositions et investissent toujours plus pour de nouvelles prisons⁷, toujours plus grandes, avec des murs de plus en plus hauts, dans un contexte ultra-sécuritaire et délétère pour les populations usagères de drogues avec qui nous travaillons au quotidien ! La réduction des risques s'arrête là où la privation de la liberté commence.

En 2020, il ne nous est toujours pas possible d'implémenter des Programmes d'échange de serin-

gues (PES) en prison, malgré les recommandations internationales (les Mandela Rules, le conseil de l'Europe ou l'OMS). L'accès aux traitements de substitution est inégal et variable selon les établissements, les dépistages de l'hépatite C non systématiquement proposés. Une fois libérés, les détenus n'ont pas la garantie de voir le traitement prescrit intra-muros se poursuivre. Cela concerne à la fois les diabétiques, mais également les personnes sous TSO, neuroleptiques, antiépileptiques, etc. L'organisation de la politique des soins en milieu carcéral est défaillante et son analyse permet de comprendre la difficulté que nous éprouvons à faire entrer la prévention et la promotion de la santé à l'intérieur des prisons.

En Belgique, l'incarcération doit normalement se limiter à la privation de la liberté. Ce principe fondamental est consacré par une loi⁸ de 2005 réaffirmant le caractère inaliénable des autres droits des détenus, tels ceux dont jouit la population libre. Le droit à la santé en fait partie, celui de l'équivalence des soins entre l'intra et l'extra-muros aussi. Malheureusement, il est nié à de nombreux égards. À tout le moins, il est considéré sous un angle très restrictif, sans équivalence avec celui dont peuvent jouir les citoyens hors de l'enceinte carcérale.

Ce sujet ô combien complexe revêt deux principales caractéristiques : la première tient à l'essence même du concept de privation de liberté et de la fracture symbolique et physique entre deux mondes, l'un régi par l'ordre et la sécurité, l'autre par le bien-être et le soin. La seconde caractéristique est particulière et constitue une exception alarmante dans le paysage de la santé en milieu carcéral européen. Il s'agit de l'organisation même de la santé pénitentiaire belge. Depuis sa création en 1995, le Service des soins de santé en prison (SSSP) dépend historiquement de la Direction générale des établissements pénitentiaires (DG-EPI), l'organe du Service public fédéral (SPF) Justice (ministère de la Justice belge) chargé de l'exécution des peines et des mesures privatives de liberté. Et ce, en l'absence quasi totale de collaboration opérationnelle et financière avec le SPF Santé publique, sans intervention de la sécurité sociale. Les médecins et infirmiers pénitentiaires sont rémunérés par la Justice. L'intégralité du cadre de leur travail est régie par le Service des soins de santé en prison, et les dépenses liées aux soins des plus de 11 000 détenus sont prises en charge par le SPF Justice.

Les répercussions sont nombreuses et insidieuses et ont toutes pour dénominateur commun le principe de rationalisation des coûts, si cher au SPF Justice dont le déficit budgétaire ne cesse de se creuser : les soins en prison sont gérés sous le prisme de l'économie, avec en filigrane un aspect sécuritaire assumé. En résumé, les soins doivent coûter le moins cher possible, tout en préservant

⁴ La naloxone, antidote aux opioïdes, est classée comme « médicament essentiel » par l'OMS : <https://feditobxl.be/fr/2019/09/connaissez-vous-la-naloxone-puissant-antidote-aux-overdoses-dopioïdes/>

⁵ https://www.uliege.be/cms/c_3626258/fr/projet-tadam-conclusions-scientifiques-et-recommandations

⁶ Selon une réponse du ministre de la Justice Koen Geens à une question parlementaire du sénateur Julien Uyttendaele.

⁷ Master Plan : <https://www.regiedebatiments.be/fr/projects/detention-et-internement-dans-des-conditions-humaines>

⁸ Loi de principes concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, Moniteur belge : http://www.ejustice.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2004031960&tab_le_name=loi

9 Poulain J. *Le conflit de loyauté chez les médecins généralistes, ces couteaux suisses de la médecine pénitentiaire*. Université de Liège : Faculté de droit et de criminologie, 2016.

10 FAPEP, Fédération des associations pour la formation et l'éducation permanente en prison, 2001.

11 JURGENS R et al. « HIV and incarceration: prisons and detention », *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 14:26.

12 FAZEL S., BAILLARGEON J., *The health of prisoners*, *Lancet* 2011; 377 :956-65.

13 Ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Justice et des Libertés, Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, plan d'actions stratégiques 2010-2014, France, p.7.

14 Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) : <https://www.coe.int/fr/web/cpt/-/belgium-anti-torture-committee-calls-for-improved-prison-conditions-better-care-for-psychiatric-internees-and-stronger-action-against-police-brutality>

15 <https://www.atasp.be/appel/>

16 Merrall E, Kariminia A, Binswanger I, et al. *Meta analysis of drug related deaths soon after release from prison*. *Addiction* 2010; 105: 1545-54.

17 Kris Meurant, Focus - Projet Transit de continuité des soins de 72 heures pour les ex-détenus : <http://modusvivendi-be.org/spip.php?article228>

18 RA DGEPI 2015, P15, https://justice.belgium.be/sites/default/files/2016-06_epi_rapport_annuel_2015_fr.pdf

un maximum le contrôle social au sein des établissements (ex : restrictions au niveau du choix et dosages des TSO, limitation des mouvements de détenus vers les services médicaux internes et externes, présence d'agents pénitentiaires durant les consultations médicales etc.). Selon cette logique, et de source officielle, les détenus consommeraient trop de soins (ce qui est compréhensible, vu les conditions dans lesquelles ils subissent leur peine), il faut donc rationaliser les dépenses au maximum. Le recours au personnel infirmier intérimaire est massif, il n'y a pas de formations initiale et continue ni de protocole relatif au secret médical dans un contexte sécuritaire. Les conflits de double loyauté sont légion⁹ (oppositions entre le devoir de loyauté envers le patient et le devoir de loyauté envers l'employeur, la Justice). Il n'y a pas de cadre visant à stimuler l'interdisciplinarité au sein des équipes. Cela signifie laisser peu, voire pas de place à la prévention ni à la réduction des risques en milieu carcéral. La recherche scientifique est balbutiante. En Belgique, l'état de santé des détenus est peu connu, par manque de données épidémiologiques quantitatives et qualitatives. Nombreux sont les membres du personnel pénitentiaire à tenter de pallier, par des pratiques hors des sentiers battus, le manque flagrant de moyens dont disposent leurs services.

des usagers, un cadre favorable à l'abstinence. Ces chiffres montrent la présence des drogues en prison et l'importance de leur usage. Le milieu carcéral maximalise les risques liés à la santé. À titre d'exemple, les taux de prévalence du VIH et du VHC sont significativement supérieurs en milieu carcéral par rapport au milieu libre¹². Tous les pays qui ont développé une politique de dépistage en prison le constatent. Il en est de même en ce qui concerne l'incidence de la tuberculose, le taux de mortalité par suicide et les troubles de santé mentale¹³.

En parallèle, les condamnations pour traitements inhumains et dégradants continuent de pleuvoir sur les conditions de détention. Le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) condamne régulièrement notre pays¹⁴ pour l'insalubrité de ses institutions pénitentiaires, le mauvais traitement de certains détenus, l'absence d'un service minimum en cas de grève, le manque d'organisme indépendant de contrôle des lieux de privation de liberté, etc.

En 2014, plusieurs associations dont la Fédération bruxelloise des institutions pour toxicomanes (FEDITO) lançaient un appel au transfert de la compétence des soins de santé en prison vers la Santé publique. Six ans après, malgré quelques tractations, ce transfert n'est toujours pas à l'ordre du jour¹⁵.

SORTIR DES SENTIERS BATTUS

Heureusement, des projets de coopération ont pu voir le jour au niveau local, pour pallier les lacunes du système actuel. Ils traduisent la possibilité de créer des ponts entre le secteur associatif, l'administration pénitentiaire, certaines directions, le service médical et les agents.

Ainsi en 2011, l'association Transit (centre de crise et d'hébergement) a pu mettre un projet de continuité de soins de 72 heures avec les prisons bruxelloises. Il permet à tout détenu usager de drogues de pouvoir bénéficier, dès sa sortie, du traitement auquel il avait droit durant sa détention. Il ne s'agit pas ici de prescription, mais bien de donner les comprimés du traitement en question à l'ex-détenu afin qu'il dispose de sa médication pour les premières 72 heures de sa libération, y compris la méthadone sous forme de sirop. L'objectif est de tenter d'éviter les sevrages forcés, les rechutes et les risques d'overdose auxquels les ex-détenus usagers de drogues sont fortement exposés¹⁶ une fois libérés¹⁷.

En 2015, une initiative d'information et de RDR a été implémentée au sein de la prison de Forest, qui à l'époque était la maison d'arrêt pour hommes de Bruxelles. Ce projet participatif, intitulé 8^{ème} Gauche¹⁸, a réuni jusqu'à six partenaires : Modus Vivendi, CAP-ITI, l'Ambulatoire-Forest, le réseau Hépatite C, I.Care et Transit. Il a permis de faire du porte à porte cellulaire, de rencontrer les détenus dans leur milieu de vie et d'aborder en toute confidentialité les questions de consommation. Les équipes ont distribué brochures et conseils avisés. Ce projet a été soutenu par la direction de l'établissement et reconduit plusieurs années,

La population carcérale est vulnérable de manière chronique ou temporaire. Les personnes issues des catégories sociales les plus basses, au niveau d'éducation le moins élevé, y sont surreprésentées¹⁰ : 70 % des détenus n'ont pas dépassé le niveau d'études primaires contre 28 % dans la population générale. Le choc carcéral et l'épreuve de l'enfermement agissent comme un déterminant négatif de la santé. Il est d'ailleurs reconnu que l'incarcération, en raison de la promiscuité, des conditions de vie difficiles, de l'isolement affectif, du stress ou de l'inactivité, peut provoquer l'aggravation de certaines affections liées aux facteurs de risque de transmission ou d'exposition (maladies transmissibles, troubles mentaux, consommation de drogues). Par ailleurs, la population carcérale est considérée à haut risque de consommation de substances psychotropes. 56 à 90 % des usagers de drogues par voie intraveineuse ont été, à un moment donné, incarcérés. En 2008¹¹, 65,5 % des détenus déclaraient avoir fait usage de drogues au cours de leur vie, 36,1 % au cours de leur détention et 14 % ont déjà consommé par injection au cours de leur vie. La détention n'est pas, pour la plupart

adapté aux changements d'affectations des prisons. Certes, il a été mis à mal lors des grandes périodes de grèves, mais il a tenu et reste actif.

Des projets participatifs animés par les pairs, comme le projet « Boule de neige¹⁹ », se déroulent aussi en prison. Des consommateurs de drogues délivrent à d'autres consommateurs des messages de prévention du sida, des hépatites et autres risques associés à la consommation de drogues. Il s'agit d'opérations de proximité, visant un public marginalisé d'usagers qui n'ont, en général, que peu ou pas de contacts avec les structures de soins, également peu touchés par les campagnes de prévention destinées au grand public. L'opération permet également de recueillir des informations sur les comportements et les pratiques de consommation.

Malheureusement, le contexte actuel de crise sanitaire et de restrictions liées à la Covid-19 freine encore d'avantage ces initiatives pourtant essentielles.

SOIGNER OU PUNIR

De nombreuses études mettent en évidence les bénéfices d'une logique de déploiement global et intégré de la santé, comprenant avant tout un service indépendant en prison²⁰. Des mesures concrètes telles que l'implémentation des programmes d'échange de seringues (PES 21), une distribution massive de kits de Naloxone® visant à prévenir les overdoses²², ainsi que la mise en place d'une réelle politique de dépistage et de traitement de l'hépatite C²³ doivent être soutenues. Fadi Meroueh (médecin responsable de l'UCSA de la prison de Montpellier et président de Health Without Barriers - HWB) a dit un jour dans un congrès à Marseille, organisé en 2016 par l'APSEP²⁴, que pour éradiquer le virus de l'hépatite C il faudra commencer par la case prison. Il l'a fait chez lui.

Le Service public fédéral (SPF) Santé publique, suite à un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé belge (KCE) a souhaité, dans un contexte schizophrénique, mettre un pied dans la porte de l'univers carcéral en implémentant un projet pilote fédéral, pour une durée de deux ans. Trois associations ont été mandatées par le SPF Santé publique, dans trois régions belges : I.Care pour la prison bruxelloise, la FEDITO Wallonne pour la Wallonie dans la prison Lantin, et le CAD Limburg pour la Région flamande, dans la prison de Hasselt²⁵.

À Bruxelles, ce projet se développe actuellement sous l'appellation Drugs Lab²⁶ mais évolue dans un contexte particulièrement compliqué : absentéisme récurrent du personnel de surveillance, sous-effectif au sein de l'équipe médicale, manque d'une culture de concertation, vétusté de bâtiments non adaptés, absence de médiateurs interculturels et de traducteurs dans un univers dans lequel plus de 50 % de la population n'a pas un titre de séjour valide, etc. Une partie des missions confiées à l'association sont dès lors impossibles à mener.

Concrètement, l'équipe du projet Drugs Lab va à la rencontre de nouveaux entrants dans l'établissement pénitentiaire. Cette entrevue se déroule à

leur demande ou à la demande du service médical. Il s'agit de proposer un accompagnement concernant leur consommation de drogues ainsi qu'une orientation vers un service adapté, dans une logique de continuité des soins à la sortie.

À travers ces brèves prises en charge, les trois associations renforcent leur connaissance de l'organisation des soins de santé et des besoins des hommes et femmes en détention. Cette connaissance permet d'alimenter la question du modèle de prise en charge des usagers et usagères de drogues en détention, modèle qui a rapidement été conjugué au pluriel, tant le contexte carcéral peut être différent d'un établissement à l'autre, au sein d'un même pays. L'équipe de chercheurs a remis un rapport en septembre 2020 et une demande de prolongement du projet a été formulée.

L'initiative est intéressante, mais son statut de projet pilote n'offre aucune garantie de continuité dans le temps. En Belgique, il n'est en effet pas rare d'observer l'arrêt soudain de ce type d'initiatives, malgré des résultats concluants²⁷. Des préoccupations budgétaires ou des stratégies politiciennes ont le plus souvent raison de la pérennisation de ces projets, d'autant plus lorsqu'ils concernent la santé des usagers de drogues et de surcroît lorsque ces derniers sont en prison.

On en est là aujourd'hui : la santé n'est ni un droit en prison, ni une condition d'humanité indispensable, entre autres pour recouvrer sa liberté. En référence à l'essai de Michel Foucault intitulé *Surveiller et Punir*, nous sommes tentés d'affirmer l'opposition entre deux modes de pensées et d'organisation : celui de l'institution carcérale qui se refuse à accepter que « *la prison est dangereuse, quand elle n'est pas inutile* »²⁸ ; celui des acteurs de la santé, dont l'expérience en matière d'addictions a fini par les convaincre qu'il est plus utile de soigner que de punir.

N.B. : La question du transfert des compétences remise à l'ordre du jour par le nouveau gouvernement fédéral belge.

Dans la foulée, presque simultanément à la rédaction de cet article, notre nouveau gouvernement fédéral s'est engagé dans son accord, à « prévoir les moyens nécessaires pour réformer les soins de santé dans les prisons pour que les détenus puissent bénéficier de soins équivalents, compte tenu des besoins de soins souvent plus élevés ».

En espérant qu'ils joindront, cette fois-ci, la parole aux actes.

¹⁹ Site Modus Vivendi, <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?article234>, consultation le 7/9/20.

²⁰ <https://kce.fgov.be/fr/soins-de-sant%C3%A9-en-prison-un-r%C3%B4le-central-pour-les-mg>

²¹ Obradovic, I. (2013). Programmes d'échanges de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences. *Psychotropes*, vol. 19(3), 173-195. <https://doi.org/10.3917/psyt.193.0173>

²² Effectiveness of Scotland's National Naloxone Programme for reducing opioid-related deaths: a before (2006-10) versus after (2011-13) comparison - Bird - 2016 (Wiley Online Library).

²³ Hagège, M. (2017). *L'hépatite C et la prison : une opportunité de soins ?* Santé publique, vol. 29(4), 563-567. <https://doi.org/10.3917/spub.174.0563>

²⁴ Participation au congrès de l'Association des professionnels de santé intervenant en prison (APSEP), <http://www.sante-prison.fr/fr/>

²⁵ Site asbl I.Care, <https://www.i-careasbl.be/projet-pilote-usagers-de-drogues>

²⁶ Site asbl I.Care, <https://www.i-careasbl.be/drugs-lab>

²⁷ <https://feditobxl.be/fr/2016/03/point-de-contact-step-by-step-menace-de-fermeture/>

²⁸ Michel Foucault, *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, p. 18.

PRISES EN CHARGE JUSTICIALES, ASSUÉTUDES, SANTÉ MENTALE : L'INTERVISION SANTÉ MENTALE JUSTICE ASSUÉTUDES, UNE PARTIE DE LA RÉPONSE SUR LE TERRITOIRE DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE.

Barbara Pauchet

*Coordinatrice Assuétudes à la Plate-forme de concertation
pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale*

MISE EN CONTEXTE DE L'INTÉRÊT DE TELS LIEUX D'ÉCHANGES

• SITUATION EUROPÉENNE

*« Les prisons sont une partie de la santé
publique, parce que les prisons sont
une partie de la société »¹*

Selon le rapport de l'OMS/Europe (2014), quelque 6 millions d'hommes et de femmes sont incarcérés dans la Région européenne chaque année. La plupart de ces personnes connaissent des situations de précarité, de pauvreté et sont issues de communautés dites vulnérables, alors même que cette politique européenne inclut la réduction des inégalités de santé, la considération pour les droits humains et l'équité comme des principes fondateurs d'une politique de santé.

Les prisons ne sont pas des lieux de soins mais au contraire des lieux où les maladies transmissibles circulent en proportion comparativement plus importante que pour la population générale. En effet, les taux des transmissions du VIH, du VHC, de l'hépatite B ou encore de la tuberculose sont plus importants que pour la population générale. Il y a également un plus fort taux de prévalence des maladies mentales, incluant la consommation et l'abus de substances.

Or, on sait que d'une part les transmissions des maladies telles que le VIH ou le VHC sont liées notamment aux modes de consommation de cer-

taines drogues (échanges de seringues, de pailles, etc.) et que, d'autre part, il n'y a pas de dépistage systématique réalisé, ni pour les troubles mentaux, ni pour les maladies transmissibles (VIH/VHC, tuberculose, etc.). Nombre de maladies ne sont donc pas traitées et peuvent facilement s'aggraver.

Par conséquent, beaucoup de détenus sont déjà malades à leur incarcération ou le deviennent pendant leur séjour, et ressortent malades. Environ 30 % des détenus quittent chaque année les prisons : penser que les détenus n'ont pas de contacts avec le reste de la société est une erreur.

De plus, les détenus présentant des troubles mentaux peuvent régulièrement être mis à l'écart des autres, soit parce qu'ils sont régulièrement victimes de violences commises par les autres prisonniers (25 % de violence, 4-5 % de violences sexuelles et 1-2 % de viols), soit parce qu'ils ne comprennent pas complètement les règles de la prison.

Les soins de santé pénitentiaires ne sont donc pas seulement une responsabilité des prisons, mais de l'ensemble de la société. Pourtant, bien que de nombreuses recommandations internationales aient été publiées en matière de santé dans les prisons, la Belgique, comme d'autres pays européens, ne les respecte pas.

• LA SITUATION BELGE :

> Un fédéralisme problématique

En Belgique, du fait du fédéralisme, une forte interpénétration des compétences de l'État fédéral et des Régions et Communautés constitue notre

réalité complexe, ce qui a des conséquences très concrètes sur les justiciables et sur les différents services impliqués.

Ainsi, à la suite de la sixième réforme de l'État (2012), diverses compétences en matière de soins de santé ont été transférées des autorités fédérales aux Régions et aux Communautés. D'où des effets sur l'organisation des soins pénitentiaires. De fait, chaque problématique est co-gérée par différents niveaux de pouvoirs distincts, ce qui a notamment des effets sur la continuité des prises en charge. Par exemple, la politique criminelle continue à s'inscrire dans le giron des compétences de l'État fédéral pendant que la politique carcérale, pénitentiaire et de réinsertion a été transférée aux entités fédérées. Les aspects « personnalisables » de la prise en charge des détenus, dont le suivi médico-psycho-social et la réinsertion socioprofessionnelle, sont pris en charge par les Communautés et Régions. En revanche, les soins médicaux dans les prisons relèvent de la compétence de l'autorité fédérale, et plus précisément, du ministère de la Justice.

À cet effet, la Direction générale des établissements pénitentiaires (DG-EPI) a créé le Service central des soins de santé en prison (SSSP). Le SSSP ne dispense pas lui-même des soins, mais il est chargé de les organiser, de les coordonner et de les surveiller. Centre de connaissances des soins de santé dans les prisons, il en assure leur gestion et leur surveillance conformément aux réglementations en vigueur. Dans ce cas, l'État fédéral fixe le cadre et délègue les prestations à d'autres services compétents en matière de suivi psycho-médico-social.

Ainsi, les soins médicaux en prison comportent les soins curatifs, dispensés par les prestataires de soins en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé physique et psychique du patient. Ils comprennent aussi la contribution des prestataires de soins à la prévention et à la protection sanitaires du personnel et des détenus ainsi qu'à la réinsertion sociale des détenus.

Parallèlement, une série de prestations fournies aux détenus, comme les soins de santé préventifs, la promotion de la santé, la réinsertion socio-professionnelle, l'enseignement, la culture et les sports, relèvent de la compétence des Communautés. Concrètement, la Communauté flamande assume ces compétences pour les prisons de Flandre et pour les activités en néerlandais dans la Région de Bruxelles-Capitale. La Fédération Wallonie-Bruxelles a confié l'exercice de ces compétences à la Région wallonne et à la Commission communautaire française à Bruxelles (Cocof) pour les activités en français. La Commission communautaire commune (Cocom) est co-responsable de la coordination des activités proposées par les différents organismes à Bruxelles. Des activités pour les allophones sont également prévues dans le cadre des missions communautaires. Différents organismes proposent une aide psychosociale aux détenus, depuis leur arrivée jusqu'à leur libération, mais il existe par ailleurs des services se

concentrant sur un domaine spécifique, comme la santé mentale, les addictions, les mères détenues, etc.

Cette fragmentation des compétences entraîne ainsi une multiplication des intervenants dans le domaine des soins pénitentiaires et de fait, la communication et la collaboration entre les différents acteurs compétents à tous les niveaux de pouvoir, de services et tout au long de ligne d'intervention sont loin d'être facilitées.

De plus, la stabilité des financements n'est pas toujours assurée et la vision politique ne peut avoir de sens que si les collaborations se tissent structurellement entre les différentes lignes d'intervention : l'aide et le soin, la prévention, la réduction des risques et la promotion de la santé.

> La surpopulation carcérale

Selon les chiffres actuellement² disponibles, en moyenne 10 471 personnes ont été incarcérées entre janvier et décembre 2017 au sein des 35 prisons belges, alors que la capacité moyenne est de 9 231. La surpopulation carcérale est une réalité chronique avec laquelle toutes les parties prenantes concernées doivent encore actuellement composer. Outre les dégâts sur la santé primaire, elle peut induire un retard de l'encadrement des détenus dans la préparation de leur plan de réinsertion. En Région bruxelloise, le taux moyen de surpopulation est particulièrement préoccupant dans la prison de Saint-Gilles (+46 %).

> Quelques autres chiffres

- 35 prisons belges, dont deux en Région bruxelloise (Saint-Gilles et Forest/Berkendael)
- 3 766 personnes prévenues
- 5 837 personnes condamnées
- 695 personnes internées (personnes atteintes de troubles mentaux et/ou psychiques, jugées comme « irresponsables de leurs actes » par une juridiction)
- 173 autres
- 4,2 % de femmes (10 031 hommes vs 440 femmes)
- 95,7 % d'hommes dont plus de la moitié ont moins de 40 ans
- Certaines prisons abritent essentiellement des détenus condamnés. D'autres accueillent également des détenus en détention provisoire, en attente de leur procès. Dans 19 prisons séjournent également des internés, c'est-à-dire des prisonniers souffrant de pathologies mentales, tenus pour irresponsables de leurs actes. Douze prisons disposent d'une section psychiatrique spéciale pour ces résidents.
- Les prisons de Saint-Gilles, Bruges et Lantin disposent chacune d'un centre médico-chirurgical (CMC) où travaillent des médecins spécialistes, mais aussi des médecins externes et à temps partiel. Les autres prisons peuvent y envoyer leurs détenus pour diagnostic et/ou traitement. Les CMC de Saint-Gilles et Bruges disposent d'un département hospitalier.

² Rapport de la Direction générale des établissements pénitentiaires (DG-EPI), 2017.

3 Voir le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) « Soins de santé en prison », qui agrège et compile une revue de la littérature complète et détaillée : « Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur », KCE, 2017.

4 Sciensano (anciennement Institut de santé publique), 2008, citée par Vyncke *et al.* 2015 ; Van der Heyden *et al.*, 2010.

5 Mémoire de la CAAP, Concertation des associations actives en prison, pour les élections du 25 mai 2014.

6 D'ANGELO A., case prison, un jeu d'échecs, Academia-L'Harmattan, 2016.

- 80 % des patients de défense sociale reviennent en annexe psychiatrique pour non-respect des conditions de libération à l'essai, et non pour récidive. Cela pose donc directement la question du réseau social, familial et des ressources de subsistance.

- Les détenus bénéficient de soins de santé intégralement payés par le Service public fédéral Justice et non pas par l'assurance maladie obligatoire de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). La loi prévoit en effet que la couverture des soins

de santé par l'assurance maladie est refusée tant que l'assuré est détenu en prison (art. 5 du Règlement du 18/7/2003 portant exécution de l'art. 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée de 14 juillet 1994).

> La santé des détenus

La Belgique ne fait pas exception à la règle : les maladies infectieuses et les addictions sont alarmantes pour les responsables de la politique de santé publique et les détenus sont généralement en moins bonne santé que le reste de la population. Par exemple, le taux de prévalence de la tuberculose est dix fois plus élevé que pour la population générale.

Différentes études belges³ montrent que bon nombre de détenus dans notre pays sont en mauvaise santé et que certaines affections, comme les maladies infectieuses, les troubles psychiques et la toxicomanie, sont particulièrement présentes. Bien que les taux de prévalence varient d'une étude à l'autre, toutes parviennent à la conclusion que les problèmes de santé des détenus sont plus fréquents que pour une population équivalente en dehors de la prison.

Selon l'enquête nationale de santé réalisée par entretiens⁴, les problèmes de santé auto-diagnostiqués chez les détenus sont comparativement et systématiquement plus importants que dans la population générale. Seule la moitié des détenus s'estime en bonne santé (51,2 %) contre les trois quarts de la population générale (74,1 %). Pour les troubles du sommeil, c'est 55,3 % vs 22,5 %. Concernant les antécédents de pensées suicidaires au cours de l'année écoulée, le pourcentage s'élève à 20,3 % vs 3,8 %, et pour les tentatives de suicide au cours de l'année écoulée à 6 % vs 0,4 %.

L'impact de la détention sur les déterminants de la santé mériterait d'être pris au sérieux une fois pour toutes, comme le souligne la Concertation des associations actives en prison (CAAP) dans son mémoire⁵, sachant que la détention n'étant que transitoire, débouche forcément sur un retour dans la société. Il est donc dans « l'intérêt de tous (détenus, victimes et société) que les temps de détention soient mis à profit pour que les détenus puissent développer leurs ressources personnelles et établir un projet par lequel ils retrouveront dès leur sortie, une place de citoyens au sein de la communauté ».

Or, la prison engendre une série de coûts indirects tant en termes de santé, de poids sur le système social que de perte économique puisque le niveau faible de formation des détenus réduit d'autant plus leurs chances de réinsertion post-carcérale.

FOCUS SUR LES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES AUX SOINS DE SANTÉ MENTALE

En dépit des besoins élevés dans ce secteur, la disponibilité des professionnels de la santé mentale est insuffisante et fragmentée, et aucune structure n'est mise en place pour assurer la continuité de ces soins. Les « urgences psychiatriques » n'y sont pas prises en charge de manière adéquate, car il n'y a ni psychiatre, ni médecin généraliste de garde pour accueillir les éventuels cas d'urgence, mais uniquement les agents pénitentiaires. Cela fait peser sur eux une charge psychologique supplémentaire, alors qu'ils n'ont pas la formation adéquate.

Autres problèmes : les médecins généralistes n'ont pas toujours accès aux dossiers psychiatriques des détenus, si bien qu'il leur est difficile de proposer des soins adaptés ; la consommation de drogues est importante et les problèmes relatifs à l'utilisation des médicaments sont récurrents ; la distribution des médicaments manque de rigueur – avec par exemple, le non-respect de la posologie (horaires et dosage) –, ce qui peut engendrer des problèmes médicaux ; il n'existe pas non plus de liste standardisée des produits pharmaceutiques pouvant être délivrés sans prescription et les magasins des prisons (cantines) ne disposent pas toujours des mêmes produits.

Il n'existe pas non plus de guides de pratique clinique concernant les approches, pharmacologiques ou non, des problèmes et l'automédication chez les détenus n'est pas contrôlée.

FOCUS SUR LES CONSOMMATIONS DE PRODUITS LICITES OU ILLICITES

Environ 33 % des détenus consomment déjà à leur entrée en prison et cette consommation augmente ensuite. 50 % y deviennent polytoxicomanes⁶. En outre, la probabilité qu'une personne soit reconnue infectée par le VIH ou le VHC est plus grande, principalement en raison de la consommation de drogues illicites par voie intraveineuse dans des contextes non sécurisés et peu encadrés.

Selon le rapport du KCE⁷ sur la santé dans les prisons, la consommation de médicaments est y élevée. La base de données Épicure révèle que, sur une période de douze mois (d'avril 2015 à avril 2016), 203 903 prescriptions ont été délivrées dans les prisons belges, soit un total de 10 473 550 jours de traitement ou 1 019 jours de traitement cumulés par prisonnier-année. Dans la population générale, en 2014, ce chiffre atteignait 459 jours de traitement cumulés par habitant et par an. Près de 80 % des détenus ont reçu une prescription pour un médicament. Sur les 4 386 détenus présents pendant la période complète, 94 % ont reçu au moins une prescription.

La base de données Épicure contient également les dossiers médicaux électroniques des détenus, avec les notes des prestataires de soins (médecins, infirmiers, dentistes, etc.) prises à chaque consultation en prison. Ils doivent systématiquement y mentionner le motif du contact et son suivi. Les problèmes d'encodage étant fréquents, la nature et l'épidémiologie des problèmes de santé sont en conséquence plus difficiles à saisir. Les prescriptions sont les seules informations faciles d'accès à avoir été encodées dans le système de récolte d'informations.

Une large majorité des prescriptions (43 %) concernaient des médicaments actifs sur le système nerveux, tels que les antidépresseurs ou les anxiolytiques). Viennent ensuite, par ordre décroissant, des médicaments pour les voies respiratoires, le système locomoteur, le système digestif, puis aussi les médicaments destinés à lutter contre les infections.

Ainsi, 58,8 % des détenus ont reçu au moins une prescription pour un médicament agissant sur le système nerveux : angoisses et troubles du sommeil (30,6 %), dépression (25,4 %), psychose (21,2 %), dépendance aux opioïdes (7,3 %).

Par ailleurs, les détenus présentant des problèmes liés à l'usage de substances seraient plus susceptibles de récidiver et retomberaient plus souvent dans l'abus de consommation de substances (Belenko, 2006 ; Cartier, Farabee & Prendergast, 2006). Cela s'explique notamment par les nombreux obstacles auxquels ils doivent faire face en sortant de prison (Kazemian, 2013).

CONTEXTE EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE : LE COVID-19, UN CATALYSEUR D'INÉGALITÉS

La réalité sociale bruxelloise depuis des décennies est invariablement marquée par l'augmentation de la précarité, de la pauvreté, voire de la misère sociale. Dans le même temps, la Région produit de nombreuses richesses, si bien qu'elle est devenue un lieu de profondes inégalités entre ses habitants. Accentuées par le contexte sanitaire actuel, les difficultés sociales s'accumulent toujours plus pour bon nombre de Bruxellois : diminution de reve-

nus (chômage, mendicité, difficulté d'obtention du revenu d'intégration sociale, etc...), pénurie de logements accessibles, etc.

Les réseaux sont régulièrement saturés et les capacités d'accueil insuffisantes. L'articulation entre les différents champs de la prévention et promotion de la santé, sans oublier la réduction des risques jusqu'au soin est également insuffisante pour assurer un accueil post-carcéral de qualité et garantir une continuité des soins ainsi qu'un accès efficace.

Mais le terrain bruxellois bénéficie d'une diversité des services qui constitue l'une des richesses du tissu associatif.

SITUATION DU POINT DE VUE DES DROITS HUMAINS

En matière de violation des droits fondamentaux en Belgique, les instances, qu'elles soient nationales ou internationales officielles ou non-gouvernementales, sont promptes à pointer la déplorable situation carcérale du pays. En effet, recommandations du Comité des droits de l'Homme des Nations Unies, recommandations du Comité européen de prévention de la torture et des traitements et peines inhumains ou dégradants, condamnations de la Cour européenne des droits de l'Homme ou des juridictions nationales, exhortations des ONG internationales et des instances belges, la liste est longue et le constat est toujours le même : la situation carcérale est inhumaine, la politique pénitentiaire est inefficace et les deux portent (dans certains cas gravement) atteinte aux droits fondamentaux des individus.

L'INTERVISION SANTÉ MENTALE-JUSTICE-ASSUÉTUDES, UNE PARTIE DE LA RÉPONSE POUR LE TERRITOIRE DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

La Plate-forme de concertation pour la santé mentale bruxelloise s'est vue confier la mission de faciliter la collaboration et la concertation entre les secteurs de la santé mentale et des addictions⁸, parmi les autres missions spécifiquement liées aux assuétudes et ce, depuis 2011⁹.

Depuis 2018, à l'initiative du groupe de travail Santé mentale et assuétudes, une quarantaine d'acteurs sont invités chaque mois, représentant les secteurs de la justice, des assuétudes et de la santé mentale. Ces rencontres permettent de manière très

⁷ KCE Report 293Bs « Soins de santé dans les prisons belges ».

⁸ Mission fixée par arrêté royal en date du 26/07/2013, modifiant les arrêtés royaux du 10 juillet 1990 et du 8 juillet 2003 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.

⁹ À ce sujet, nous vous renvoyons vers le site de la Plate-forme bruxelloise de santé mentale : <https://www.pfscm-opgg.be/> section coordination Assuétudes.

concrète de comprendre les logiques d'actions, les possibilités et les limites de chaque service, de chaque institution. Par exemple, les lieux d'internement post-carcéraux sont, en Belgique francophone, dépendants soit de la justice soit de la santé. Ces établissements n'ont donc pas, du fait de leur cadre institutionnel, la même logique de soin : dans les institutions dépendantes de la justice, les missions d'expertise et de soin sont séparées. Il y a différemment dans le domaine de la santé. Cela impacte directement les prises en charge des justiciables et les relations thérapeutiques.

Les interventions Santé mentale, Justice, Assuétudes, permettent de produire les conditions sine qua non de partenariats respectueux et constructifs au service des justiciables. Elles tissent petit à petit un espace de confiance entre les participants et permettent de tenir compte des réalités de chacun, et des complexités de chaque domaine.

Ces interventions participent également de la construction d'une vision globale de la situation d'un justiciable, là où la fragmentation et la diversité de l'offre ne le permettent pas.

De nombreux enjeux du soin y sont partagés, tels l'accord entre les temporalités de chacun (justiciables, famille, tribunal d'application des peines, Office des étrangers, hôpital psychiatrique), les seuils d'accès et les philosophies du soin, les conceptions du traitement de la consommation, etc.

Grâce à ce cadre de confiance, les représentations inconscientes des divers intervenants peuvent se modifier, comme les notions de « contrainte », de « normalité » et de « crise ». Cette dernière, par exemple, n'est ni perçue ni cadrée de la même manière par les soignants d'un hôpital psychiatrique,

les agents en prison, les avocats, les assistants de justice, etc. Les codes sont différents et la manière de traiter la situation varie fortement. Les critères de dangerosité, de risque de passage à l'acte peuvent également être affinés par les échanges entre professionnels de champs différents. Dans ce cas-là, aller dans la direction du judiciaire n'est pas nécessairement adéquat. Chaque cas implique de revoir ses réflexions et ses postures.

Ce lieu d'intervention permet aussi de partager ce qui a fonctionné dans certains cas, comme ces entretiens de pré-admission en prison, qui permettent au détenu d'avoir accès au moment de sa sortie à une place en hôpital psychiatrique ou de parvenir ensemble à des solutions.

Les intervenants du groupe sont unanimes pour dire que les situations de séjour sont directement liées à l'éventail des possibilités d'aide et de soins, ce qui complique parfois, jusqu'à la limite du tenable, des situations de vie déjà fragilisées. La question des droits des patients est aussi au centre des préoccupations de ce groupe d'intervention.

En conclusion, d'une part, il est nécessaire et cohérent de poursuivre l'intégration des soins de santé pénitentiaires dans les soins de santé réguliers, sous la houlette du Service public fédéral Santé publique, ce qui est une belle occasion de réorganiser et d'améliorer la qualité des soins de santé. D'autre part, ces espaces tiers, tels que ceux proposés dans les interventions, simplifient les bricolages de solutions trouvées pour réinsérer les justiciables. Ils permettent de favoriser des projets de réinsertion des détenus présentant des problématiques de santé mentale et de consommation de substances.

Bibliographie

- Rapport d'activités de la Plateforme de santé mentale pour le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, 2019.
- **Memorandum de la CAAP (2014)**. Concertation des associations actives en prison.
- **B.Minne, E.Maes (2018)**. La récidive des détenus avec des problèmes d'alcool et/ou de drogues après leur sortie des prisons belges.
- Travaux du groupe d'intervention Santé mentale, Justice, Assuétudes de la Plateforme de santé mentale pour le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale
- **OMS/Europe (2014)**. Rapport Prisons et santé.
- **OMS, OMS/Europe (2019)**. Rapport de situation sur la santé en prison dans la Région européenne.
- **Fazel S et al. (2011)**. *Prison suicides in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007*. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 2011, 46:191-195
- **Hayes LM. (2004)**. *Juvenile suicide in confinement: a national survey*. Washington, DC, US Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 2004. (<http://www.ncjrs.gov/pdffiles/ojdp/grants/206354.pdf>, accessed 13 January 2013).
- **Direction générale des établissements pénitentiaires, service public fédéral de justice, (2017)**. Rapport annuel.
- **KCE, (2017)**. Soins de santé dans les prisons belges : situation actuelle et scénarios pour le futur.
- **E. Wetz, J. Moriau, A. Willaert, (2020)**. Rapport intersectoriel, Conseil bruxellois de coordination socio-politique.
- **Vyncke V, Hanssens L, Steenberghs E, Willems S. (2015)**. *Onderzoeksrapport 'Gezondheidsprofiel Gedetineerden'*. Gent: U-Gent; 2015.
- **Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Driessens S, Hesse E, Tafforeau J. (2010)**. *Gezondheidsenquête België, 2008*. Rapport 1 - Gezondheidstoestand. Brussel: WIV/ISP; 2010.
- **Yves Cartuyvels, Brice Champetier, Anne Wyvekens (2010)**. *La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité, une approche empirique*, Médecine et Hygiène, 2010 /4 vol. 34, pp 615-645



1 Propos de la ministre de la Justice le 31/07/2019. <https://www.youtube.com/watch?v=KCRu9C4iINU>

ON DIRAIT L'URUD

Philippe Lempereur

Directeur du Comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions (CEID) de Dordogne (24)

Le temps dure longtemps... en prison.

Parfois, une visite fige un moment et donne du sens au temps qui court, court... et rend sérieuse une expérience des plus improbables.

Mercredi 31 juillet 2019. À l'issue de sa visite du centre de détention (CD) de Neuvic-sur-l'Isle, en Dordogne, Madame Nicole Belloubet, ministre de la Justice, déclare : « *Nous avons un objectif, c'est celui d'adapter les modes de détention, à la fois aux profils des personnes qui sont détenues et à leur parcours de peine.* »¹

Deux heures plus tôt, la garde des sceaux avait rencontré les résidents de l'unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD) pendant plus de trois quarts d'heure. Impliqués dans une dynamique communautaire qui vise responsabilisation et autonomie, les usagers lui ont présenté cette unité atypique et unique en France.

UN ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE DE SIX MOIS

L'URUD propose un accompagnement thérapeutique sur une durée de six mois. Elle accueille un public en difficulté avec les addictions, volontaire pour s'engager dans une démarche de soins sur la base d'une dynamique communautaire.

L'unité offre à quinze personnes détenues la possibilité d'accéder à une aile isolée du reste de la détention ordinaire, de façon à favoriser l'immersion dans un programme découpé en phases et en étapes. Les objectifs sont axés sur la prise en

charge de l'addiction, la réinsertion et la prévention de la récidive. Le groupe est au service de l'utilisateur qui est acteur et sujet de la dynamique de groupe.

La spécificité de l'approche « communauté thérapeutique » (CT) est d'utiliser le groupe comme méthode. L'avancement du résident dans le programme lui permet de gagner en responsabilité comme en autonomie.

La finalité de l'unité est qu'à la sortie du programme, les usagers de drogue améliorent leur qualité de vie, en réduisant ou en arrêtant leurs conduites addictives et qu'ils entrent dans un parcours de désistance.

L'URUD vise donc à mettre à distance l'utilisateur de son ou ses produits, avec les objectifs spécifiques suivants : réduire l'appétence aux produits psychotropes ; soutenir l'abandon progressif des traitements de substitution, quand c'est le choix de l'utilisateur ; augmenter l'estime de soi ; apprendre à gérer ses émotions ; développer les habiletés sociales.

Afin d'y parvenir, l'organisation retenue s'appuie sur : une dynamique communautaire ; un programme découpé en phases et en étapes ; des espaces collectifs de médiation (ECM). Le tout est animé par une équipe pluridisciplinaire. Le phasage, les propositions de contenu et les outils utilisés s'inspirent largement de ceux mis en œuvre dans les communautés thérapeutiques (CT) classiques.

Le projet de chaque résident est individualisé et les durées des étapes sont suffisamment souples pour permettre à chacun d'avancer à son rythme. Une feuille de route balise l'itinéraire de soins en organisant les rencontres individuelles avec les professionnels, durant toute la durée du séjour.

Du lundi au vendredi, de 8h45 à 17h30, les journées sont rythmées par des instances collectives. Les ECM sont des

groupes de travail qui rassemblent les résidents à différents moments de la journée. Ils sont animés par les professionnels de l'URUD (professionnels médico-sociaux détachés du CSAPA), ou des intervenants extérieurs pour des animations spécifiques.

QUAND LE MÉDICO-SOCIAL DÉBARQUE

À l'ouverture de l'unité, le 6 juin 2017, les ressources humaines allouées spécifiquement à l'encadrement et à l'animation du dispositif périgourdin étaient composées de deux équivalents temps plein. Rejointe ultérieurement par du personnel sanitaire, l'équipe « médico-sociale » de l'unité, emmenée par le directeur du CEID de Dordogne, est composée d'une coordinatrice, d'un éducateur spécialisé, d'une infirmière, d'une psychologue, d'un médecin addictologue.

La détention met à disposition neuf surveillants dédiés qui ont pour principale mission la sécurité. Les surveillants sont invités à se joindre aux activités de groupe déployées dans les ECM. Le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) détache deux conseillères référentes à temps partiel qui ont pour mission d'accompagner les détenus tout au long de leur peine.

L'URUD se situe au fond de la prison, au troisième étage du bâtiment B, le plus éloigné. Pour s'y rendre, les intervenants doivent franchir treize portes dont l'ouverture demande une validation par badge et/ou d'un surveillant. À la création du service, nous mettions plus de trente minutes à arriver sur l'aile. Les surveillants qui ne semblent pas adhérer au projet nous laissent « patienter » derrière chacune d'entre elles...

DES REPRÉSENTATIONS INÉVITABLES...

La prison, plus qu'ailleurs, véhicule son lot de représentations. Nous sommes frappés, dans les premières rencontres avec le personnel de détention, des qualificatifs employés pour désigner les personnes détenues. Au mieux, ce sont des « voyous », mais il suffit d'un rapport rugueux entre surveillant et détenu pour que ce dernier devienne une « crevure ». Le premier n'est pas épargné : « maton » ou « porte-clefs » sont un vocabulaire courant dans la bouche d'un détenu.

Si la consommation de cannabis est « admise » en détention comme facteur de paix sociale pour les surveillants et comme condition d'appartenance au groupe pour les autres détenus, l'individu prisonnier de sa cellule et d'addictions plus sévères devient un « défoncé », un « cachetonné », ou encore un « schlag » enfoncé dans la crasse, la flemme et la nullité. Ces termes sont autant repris par les professionnels de détention que par les personnes écrouées.

En tant que principaux acteurs professionnels de l'unité, nous n'échappons pas non plus aux quolibets. L'équipe des « tox » dirigée par « le chef des toxicos » (le directeur) est largement moquée pour son engagement incompris. Le « Salut les licornes ! » quotidien en dit long sur le crédit accordé à l'équipe de l'unité et à sa mission.

La dimension communautaire du nouveau dispositif interroge également. Le programme de l'URUD est largement inspiré des CT extérieures. Communauté thérapeutique sont « deux termes qui résonnent encore aujourd'hui comme un « gros mot » tant ils sont chargés de maux, de représentations, d'histoire. À les écrire, j'imagine aisément les images provoquées par leur lecture : Patriarce ? Secte ? Dérive ? Gare aux gourous ! ».²

Si le terme de communauté perd rapidement sa connotation « communautariste » voire « sectaire » dans l'esprit des uns et des autres, au vu de l'ouverture et de la transparence affichées par l'équipe de l'unité, la bataille « thérapeutique » avec les acteurs sanitaires s'engage dès la conception du projet.

... AUX COOPÉRATIONS NÉCESSAIRES

Le programme URUD est conçu par un comité de pilotage composé de différents acteurs : ce « Copil » réunit les représentants de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP), de la Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP), de la MILDECA, de la Direction générale de la santé (DGS), de l'Agence régionale de santé (ARS), de la direction du CD (Détention et SPIP), de l'US (Unité sanitaire), du CEID. Il pilote le projet dans ses phases d'élaboration, de développement et d'évaluation.

Force est de constater que le médecin coordonnateur de l'US boude ces réunions. Plombées en amont, les relations avec l'US se tendent à l'ouverture de l'unité et se traduisent par du rejet. Nos invitations à participer aux différentes réunions, formations restent lettre morte.

De son côté, le partenariat avec le SPIP est positif. Les résidents verbalisent une grande différence

dans la fréquentation et le lien avec leurs conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), régulièrement présents sur l'unité. La collaboration avec les surveillants attirés à l'unité est notable. Sur neuf surveillants, six s'impliquent et nous sommes témoins des changements de positionnement des surveillants comme des résidents. Certains pourront dire, en notre présence lors d'une visite d'institutionnels (DGS, MILDECA) dans un groupe comprenant des détenus, que « cette expérience les avait fait évoluer, y compris dans leur vie personnelle ».

Certes, les rencontres relèvent du choc de cultures tant sur le plan institutionnel que sur le plan du management. L'ouverture et la participation de tous, souhaitées par la direction du CEID, se confrontent à la bureaucratie « wébérienne » de l'univers carcéral. Néanmoins, la souplesse et l'adaptabilité de la première permettent un consensus rapide et la construction des bases d'un premier travail partenarial.

Par ailleurs, les études des expériences similaires réalisées à l'étranger montrent une amélioration de l'exécution de la peine pour les personnes détenues, ainsi que les apports thérapeutiques bénéfiques et constituent le terreau fertile de cette nouvelle expérience.

DES COBAYES ET DES COWBOYS

Le statut expérimental du dispositif a des conséquences. La première, plutôt inattendue, est que la majorité des personnes détenues qui nous questionnent sur le contenu du programme pense que nous réalisons des « expériences » : nouveaux traitements en tests, produits chimiques dissimulés dans les repas pour réduire la libido. Les résidents sont des cobayes et les intervenants des apprentis sorciers.

La seconde tient au caractère limité dans le temps du dispositif, qui dure deux ans. Les surveillants les plus anciens prédisent la fermeture rapide de « cette nouvelle lubie du ministère ». Ils manifestent également une forte crainte concernant une possible entraide de notre part envers les personnes détenues. L'introduction de téléphones, voire de drogues, est fortement suspectée. Les représentations sur les travailleurs sociaux, sans uniforme en détention, vont bon train. Le bleu est celui des uniformes, mais absolument pas celui de l'unité. Nous sommes vus comme les « cowboys » d'un nouveau « Far West ».

Comme tout changement, l'URUD provoque donc réticences et résistances. L'implantation de l'unité au cœur de la détention est source de conflits

de territoires. Le programme résolument thérapeutique suscite aussi des conflits de compétences et de pouvoir, notamment avec l'unité sanitaire et son médecin coordonnateur. Ce dernier interpelle les hautes instances pour dénoncer les agissements d'une communauté au mieux « éducative », mais nullement « thérapeutique ». Le soin appartient aux soignants (entendez « médecin »), la surveillance aux surveillants. Le code de déontologie est brandi à maintes reprises pour dénoncer la « trahison du secret médical » quand les surveillants volontaires participent aux groupes de parole de l'unité.

Les surveillants de l'URUD sont incriminés de ne plus être présents par leurs collègues qui, eux, sont « au front ». Ils leur reprochent aussi d'être complices d'un « copinage » avec les personnes détenues et de favoriser l'inclusion de ce genre de dispositif.

La dynamique communautaire insufflée par l'association pose le principe de la collaboration pleine et entière des acteurs. Quelques-uns collaborent. Mais ils en paient le prix fort.

Il devient dès lors nécessaire d'objectiver les ressentis. Après quelques mois d'ouverture, la DAP a demandé à l'Office français des drogues et des toxicomanies (OFDT) un bilan de fonctionnement du dispositif. Le rapport a été finalisé en septembre 2018.

J'AI DE LA CHANCE D'ÊTRE EN PRISON !

L'évaluation de l'OFDT est claire :

« L'URUD est une proposition récente et inédite en France, qui, au terme de ce rapport, paraît avoir sa place dans l'offre de prise en charge proposée aux personnes présentant des conduites addictives en prison (...) En l'état, le dispositif est apprécié positivement par ses principaux acteurs. L'esprit d'équipe et de collaboration qui s'y met en place entre les intervenants socio-sanitaires et pénitentiaires constitue un des points forts. Il engage également une évolution positive de la majorité des détenus/résidents de l'unité, repérable par tous. »³

Ce regard scientifique extérieur a établi un premier bilan plutôt positif. Néanmoins, les pistes d'améliorations sont nombreuses : difficultés organisationnelles ; moyens humains ; relations difficiles avec l'US ; égalité de l'accès aux soins de certains profils ; confidentialité et secret médical. Les préconisations vont vers un renforcement et une duplication du programme, l'optimisation des effets recherchés,

³ Protais C. Septembre 2018. L'unité de réhabilitation pour usagers de drogue du centre de détention de Neuvic. OFDT. P. 73.

4 Journal *Dordogne Libre*. Article : « Le centre de détention à la pointe de l'innovation. » Paru le 10/04/2018. P. 9.

5 Protais C. Idem. P. 42.

la préservation et le renforcement des acquis.

Ce rapport comme les différentes études scientifiques réalisées à l'étranger démontrent les bienfaits de ce type d'unité en milieu carcéral. Un détenu dira lors de sa rencontre avec des députés de la Dordogne, au cours d'une visite sur l'unité suivie par la presse : « *J'ai de la chance d'être en prison, c'est un luxe de finir ma peine ici.* »⁴ Ce qui pourrait être un lapsus indique bien que les personnes détenues cherchent à mettre du sens à leur temps de détention et que ce type d'unité permet à certains de réaliser des projets qu'ils n'engageraient pas à l'extérieur.

Nous constatons chez les résidents de l'unité une prise de conscience, une volonté de vouloir s'éloigner de leurs addictions et de certains comportements. « *Le matin, vous venez avec plaisir à l'URUD ? - Oui, bien sûr, je suis content. (...) Puis, même, on sait que ça va être encore du travail à faire, mais on sait que c'est un jour de travail, donc on est contents. - Vous le prenez comme du travail, c'est marrant, ça. - Bien sûr. (...) Parce que c'est un travail sur moi-même.* »⁵

Une meilleure relation entre les personnes détenues et les surveillants est verbalisée. Des surveillants reconnaissent se sentir mieux dans leurs fonctions et donner du sens dans leur travail. Il arrive que des résidents leur demandent un soutien, un partage, et les invitent à un café en l'absence des professionnels de l'équipe de l'unité.

Pourtant, la présentation de ces conclusions en comité de pilotage n'a pas satisfait les autorités sanitaires. L'URUD doit ainsi faire l'objet d'une évaluation médico-économique commandée par l'Agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine dans le but de vérifier la stabilité du dispositif et l'effectivité des améliorations énoncées.

La méthodologie propose de comparer les trajectoires de soin de trois groupes composés de personnes détenues « addicts » : le premier dans une prise en charge classique par l'US, le deuxième dans le cadre d'un module « Respect », le troisième rassemblant les résidents inscrits dans le programme URUD. Les conclusions du rapport sont attendues en 2022.

CONFINEMENT COMMUNAUTAIRE

Le 25 mai 2020, l'équipe de l'URUD a repris ses quartiers en détention. La pandémie de Covid-19 et les mesures de confinement consécutives ont suspendu l'activité pendant dix semaines à défaut d'autorisation d'accès pour les intervenants extérieurs.

Mais trois années d'exercice nous font franchir les étapes comme un résident franchit celles du programme. Notre itinéraire est balisé par les rituels de passage : défiance, méfiance, distance, connaissance et reconnaissance. Petit à petit, l'URUD fait son nid et le programme impacte l'univers carcéral à tous niveaux. Nous le constatons au quotidien et encore davantage pendant la crise sanitaire que nous traversons.

La confiance gagnée nous permet d'imaginer et d'innover. À défaut de présence physique des professionnels, les résidents peuvent garder le contact. La direction du CD accepte le principe d'une permanence téléphonique URUD.

Ce dernier exemple d'articulation pluridisciplinaire met en exergue la nécessité d'une collaboration intelligente et intelligible. Nous sommes amenés à travailler aujourd'hui en équipes de plus en plus éclectiques, dans des conditions atypiques, en circonstances imprévisibles. Nos manières de fonctionner, de réfléchir, d'organiser se pensent différemment, mais collectivement.

Malgré l'absence des professionnels, les résidents font perdurer la dynamique. Le « morning meeting » quotidien est assuré par les « phases 2 ». L'unité fait entendre son « cri du guerrier » hebdomadaire pendant la séance rituelle du « Lâchons-prise », chaque vendredi. Les surveillants gardent contact malgré la distanciation nécessaire et continuent d'être présents sur l'unité, attentifs et en lien avec les résidents. L'équipe de l'US reste aussi présente et à leur écoute.

À ce jour, depuis le deuxième confinement, le plan de continuité d'activité, élaboré conjointement avec l'ensemble des partenaires de la pénitentiaire et du sanitaire, nous permet de continuer à faire vivre cette dynamique communautaire... en présentiel. Introduire du soin en détention, aller-vers !

Bibliographie

- Delile, J.-M. *Les communautés thérapeutiques arrivent en France : pourquoi (seulement) maintenant ?* Psychotropes, 2011. 17(3-4): p. 25-53.
- De Leon, G. 4): *Therapeutic communities*, in *Textbook of substance abuse treatment*, M. Galanter and H.D. Kleber, Editors. 2008, American Psychiatric Publishing, Inc.: Washington, DC.
- Laub, J.H. and R.J. Sampson, *Understanding Desistance from Crime*. Crime and Justice, 2001. 28: p. 1-69.



© DR



David Lembrée

Directeur de l'Établissement de détention

« La Promenade »

1 45 agents de détention pour une capacité d'accueil de 112 personnes détenues.

EN SUISSE, UNE PRISE EN CHARGE PLUS MÉDICALE QUE PSYCHO-SOCIALE

Interview de David Lembrée par Natalie Castetz

Parti de Belgique pour s'installer en Suisse, David Lembrée, directeur d'établissement de détention, constate de nombreuses différences dans les systèmes de prise en charge des personnes détenues. Entretien.

ARP : APRÈS AVOIR ÉTÉ, EN BELGIQUE, DIRECTEUR-ADJOINT D'UN CENTRE FERMÉ POUR JEUNES, VOUS DIRIGEZ, DEPUIS 2013, L'ÉTABLISSEMENT DE DÉTENTION LA PROMENADE À LA CHAUX-DE-FONDS, DANS LE CANTON DE NEUCHÂTEL. QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LE SYSTÈME SUISSE, COMPARÉ AU SYSTÈME BELGE ?

David Lembrée : Ce qui différencie d'abord ces deux pays est la taille de leurs établissements pénitentiaires : ici, ils sont de petite dimension et à taille humaine. Avec des populations assez similaires en nombre, la Suisse compte plus d'une centaine de centres de détention, avec une moyenne de 70 places, contre une trentaine en Belgique, beaucoup plus importants. Autre différence, il n'y a pas ici, en Suisse, de gestion globale du milieu pénitentiaire : chaque canton est autonome et applique ses propres politiques pénitentiaires et règles, qui peuvent être très différentes d'un canton à l'autre.

J'ai également été étonné, à mon arrivée dans cet établissement¹, par le caractère « familial » de la prise en charge des personnes détenues, par la grande proximité dans les relations avec les agents de détention qui montraient un état d'esprit de « bons pères de famille », avec certaines pratiques contestables comme, par exemple, le tutoiement réciproque. Le caractère sécuritaire m'a semblé moins prononcé qu'en Belgique.

ARP : ET QU'AVEZ-VOUS CONSTATÉ EN TERMES DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES ?

David Lembrée : À mon arrivée, j'ai été étonné de voir que l'établissement comptait du personnel médical mais pas d'éducateur. Même si l'on sait que la population en détention est souvent davantage sujette à des problématiques somatiques ou psychiatriques qu'en milieu ouvert, la place du milieu médical dans la prise en charge pénitentiaire m'a paru beaucoup plus importante en Suisse. La problématique de l'addiction est abordée sous l'angle de la santé, avec la conviction que c'est avant tout le soin médical en prison qui empêcherait la récidive.

Il m'a paru étonnant que l'on mette autant de moyens dans les soins médicaux et peu dans l'éducation, alors que les origines de l'acte délinquant et de la détention sont bien souvent liées à des problèmes d'éducation. Au centre des mineurs détenus où j'ai travaillé, en Belgique, il y avait des éducateurs, des psychologues, des assistants sociaux et des enseignants. Mais il est évident que le public à encadrer était différent.

Par ailleurs, à ce jour, il y a une séparation nette entre la prise en charge médicale et la prise en charge pénitentiaire. Tout le monde travaille dans le même bâtiment, avec les mêmes personnes détenues mais tous les personnels n'en réfèrent pas aux mêmes hiérarchies. Je n'ai par exemple aucun lien

hiérarchique avec l'infirmière du service médical de mon établissement, ni conseil ni consigne à lui donner. Le service médical dépendait il y a encore cinq ans du service pénitentiaire, et était peu structuré : je me souviens d'agents de détention distribuant comme ils le pouvaient de la méthadone avec le sirop qui coulait. C'était du bricolage. Aujourd'hui, le service de médecine pénitentiaire s'est professionnalisé, prend en charge l'intégralité des problématiques de santé des personnes détenues et dépend d'une structure sanitaire externe à la prison.

Mais nous ne nous regardons pas en chiens de faïence ! Nous venons de traverser comme tout le monde la crise sanitaire liée au Covid, et si deux logiques co-existent, nous partageons bien un but commun : ne pas faire entrer le virus dans l'établissement.

ARP : LA MISSION DES AGENTS DE DÉTENTION SE RÉSUME-T-ELLE ALORS AU SEUL MAINTIEN DE L'ORDRE ?

David Lembrée : Quand je suis arrivé ici, en 2012, les procureurs envoyaient pour signature des notifications qui désignaient mes collaborateurs comme des « geôliers » ! Or, le langage valorise ou non la fonction, selon les termes utilisés. Aux termes de « gardien », de « surveillant », je préfère celui d'« agent de détention » dont la mission est de surveiller et de garantir la sécurité mais ne se réduit pas à ouvrir des portes pour conduire un détenu d'un endroit A à un endroit B. Il est aussi celui qui est au contact de la personne détenue, dialogue avec elle, la tire vers le haut au moment où elle est au plus bas.

À son arrivée, la personne détenue a un entretien avec le référent de son secteur qui lui explique le fonctionnement de la prison et crée un lien qui va perdurer. Ces collaborateurs sont désignés comme responsables, pour un ou plusieurs jours, d'un groupe de personnes détenues qui peuvent ainsi s'adresser, pour un besoin particulier, au responsable de leur secteur, bien identifié, ce qui permet d'assurer un meilleur suivi.

Je préfère la notion de « sécurité dynamique », qui passe par la connaissance des individus que l'on a autour de nous, par la capacité à observer, écouter, échanger, et partager les informations pour toujours améliorer la prévention.

ARP : VOUS DITES QUE L'ON CONSACRE PARFOIS PLUS DE TEMPS À « SOIGNER », LÀ OÙ IL FAUDRAIT PLUTÔT ÉDUIQUER.

David Lembrée : La prise en charge sanitaire est essentielle, bien sûr, mais les personnes détenues doivent aussi bénéficier de projets les aidant à assurer une meilleure transition vers la sortie et la réinsertion. Avec, par exemple, des mesures de justice restaurative, des ateliers de sensibilisation au point de vue des victimes, de réflexion sur la consommation, de gestion des émotions ou encore d'aide à la présentation et à la rédaction d'un CV. Dans la prison de Marche-en-Famenne, en Belgique, une auto-école vient de l'extérieur former les personnes détenues en vue d'un permis de conduire, par exemple.

Dans l'établissement que je dirige, après avoir beaucoup travaillé sur la rénovation des murs, nous allons passer à la rénovation de la prise en charge. Nous avons ainsi, dans le canton de Neuchâtel, reporté à 2021 à cause de la crise sanitaire, un projet visant à intégrer une approche socio-éducative dans l'éta-

blissement et à développer ce type d'ateliers. Les choses commencent à bouger.

ARP : CONCERNANT LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES, QUELLES RÉPONSES APPORTEZ-VOUS, ENTRE LA LOGIQUE MÉDICALE ET LA LOGIQUE PÉNALE ?

David Lembrée : Sur le plan médical, il y a deux catégories de personnes dans notre établissement : les personnes désignées comme autonomes et les personnes non autonomes. Les premières gèrent elles-mêmes leur médication, sur une période de trois ou quatre jours. Les autres bénéficient d'une distribution quotidienne par le service médical pour les jours ouvrables, et par le personnel pénitentiaire pour les distributions de week-end.

Concernant la consommation de stupéfiants elle-même, il y a une tolérance zéro dans cet établissement : la présence de substances stupéfiantes est interdite, comme la consommation de médicaments en dehors d'une prescription médicale. Nous ne sommes pas naïfs, mais nous ne voulons pas banaliser cette pratique, et tenons à être vigilants. En prenant en charge les personnes détenues, il est aussi de la responsabilité de l'établissement de veiller à ce que le contexte pénitentiaire ne favorise pas des comportements sanitaires à risque. Pour cela, nous effectuons régulièrement des tests d'urine et des fouilles de cellules. La personne découverte positive, le plus souvent au THC, en possession de stupéfiants ou tentant d'en importer dans l'établissement, quelle que soit la quantité trouvée, sera systématiquement sanctionnée.

ARP : EN CE QUI CONCERNE LA RÉDUCTION DES RISQUES, QUELLES MESURES PRENEZ-VOUS ?

David Lembrée : Nous commençons depuis peu, suivant les recommandations du Conseil fédéral, à réfléchir avec le service médical de notre établissement sur un programme d'échange de seringues, comme cela a déjà été mis en place à Genève notamment. Cette réflexion soulève de nombreux questionnements, tant sur le plan sécuritaire que sur le plan sanitaire, d'autant que plusieurs facteurs rendent la situation complexe : la crainte pour la sécurité, du côté des agents de détention qu'il s'agira d'informer et de former, et la volonté de confidentialité qui entoure toute prise en charge.

Le milieu sanitaire est soucieux que les personnes détenues puissent se confier aux soignants sans crainte. Mais ce secret médical est parfois une difficulté pour nous, au quotidien : en Belgique, c'était selon moi plus simple de s'en écarter si cela permettait de faire avancer la cause de la personne. Ici, je n'ai pas d'information sur l'état de santé de la personne, sur une problématique éventuelle de toxicomanie, alors que je vais en subir les conséquences. Et au final, nous connaissons peu ces personnes.

C'est difficile de faire changer cet état d'esprit, alors que l'objectif de la détention est bien de profiter de cette période pour assurer au mieux la transition vers la vie libre, et que les aspects médicaux sont un enjeu de réinsertion aussi. Mais par ailleurs, pour pallier le manque de personnel du service médical, notamment le week-end, les agents de détention distribuent souvent eux-mêmes des produits de substitution, comme la méthadone. Il y a donc bien ici une rupture avec l'objectif du secret médical, qui est pourtant au centre de beaucoup de débats sur le partenariat et la prise en charge quotidienne.



© Wolf

Hans Wolff

*Médecin-chef du service de médecine pénitentiaire
aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et membre
du Comité européen pour la prévention de la torture (CPT)*

DROITS HUMAINS, SANTÉ ET ADDICTIONS EN PRISON

La population carcérale cumule des facteurs de risque pour la santé, dont un faible statut socio-économique qui va de pair avec une fréquence accrue de maladies. De plus, le système judiciaire place en prison des personnes ayant des problèmes d'addiction ou de santé mentale, souvent faute de place dans des structures thérapeutiques adaptées. Par conséquent, on y observe une forte concentration de maladies avec des effets néfastes non seulement pour les personnes détenues, mais également pour leur entourage, les personnes co-détenues ou les professionnels qui y travaillent.

Le risque de dégradation de la santé en prison est grand et s'explique par l'organisation de la prison elle-même : isolement, rupture des liens sociaux, surpopulation, manque d'occupation et de formation, promiscuité, punitions. On observe une mortalité accrue chez les personnes en isolement disciplinaire ou les personnes dépendantes aux substances toxiques. Les études démontrent que cet effet perdure même après la libération. De plus, de nombreuses personnes en prison n'ont pas de statut de séjour ou de couverture d'assurance maladie, ce qui complique la continuité des soins après la libération.

Ce constat de morbidité accrue contraste avec un manque évident de surveillance épidémiologique dans les prisons. Dans la majorité des pays européens, aucun bilan sanguin n'est systématiquement proposé aux personnes détenues, alors qu'il s'agit d'une population clé pour la lutte contre certaines maladies infectieuses telles que l'hépatite C. Or, la prison est identifiée comme un endroit clé pour identifier, traiter et guérir les patients porteurs de l'hépatite C.

RÉGIME PÉNITENTIAIRE ET SURPOPULATION

Quels sont les facteurs les plus importants pour la santé en milieu pénitentiaire ? La réponse à cette question est vaste et englobe plusieurs éléments qui dépassent le cadre médical. Chaque élément du parcours carcéral influence la santé. Ainsi l'accès à un avocat, la qualité et la rapidité de l'instruction judiciaire, la durée des peines, la qualité de l'organisation pénitentiaire, le taux d'occupation, l'offre d'activités et de formation, ou encore les possibilités de garder des liens avec leurs proches déterminent la santé des personnes en détention et leurs possibilités de réhabilitation, de resocialisation et de désistance. Généralement, on constate que plus les personnes détenues sont occupées et investies dans des activités qu'elles perçoivent comme utiles, meilleur sera leur état de santé subjective et moindres seront leurs demandes en soins. Pour améliorer le bien-être de la personne détenue, même la meilleure offre de soins médicaux ne pourra rivaliser avec les déterminants cités ci-dessus !

La surpopulation pèse sur l'ensemble des déterminants en prison. L'actuelle crise liée à la covid-19 démontre bien ce lien toxique. Ainsi, la densité de la population carcérale n'influence pas seulement le risque de propagation du virus mais également les possibilités de gérer des poches d'infection par l'isolement et des mises en quarantaine. En outre, la surpopulation limite l'accès aux soins, l'offre des activités ou encore l'accès au monde externe. Pour exemple, de violentes émeutes causant la mort de douze personnes détenues ont éclaté en Italie quand les visites ont été interdites au début de la pandémie, en mars 2020.

BILAN DE SANTÉ INITIAL

Un élément primordial, lors de l'admission en détention, est la détection systématique de maladies chez la personne détenue. La privation de liberté est un moment à haut risque, non seulement pour les personnes détenues (sevrage non-traité d'alcool ou d'autres substances, risque suicidaire...), mais également pour l'établissement pénitentiaire (maladies infectieuses). Les standards nationaux et internationaux (Règles Nelson Mandela, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines -CPT-) précisent que l'évaluation de la santé de la personne détenue doit se faire à l'admission, en règle générale dans les premières 24 heures. Cette évaluation doit inclure :

- Les addictions et utilisations de substances (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, héroïne, substances psychoactives nouvelles)
- Les pathologies de santé mentale et en particulier l'évaluation de la suicidalité
- Les maladies contagieuses (tuberculose, hépatites B et C, syphilis, etc.)
- Les besoins en santé (maladies aiguës et chroniques, médication, investigations médicales en cours)
- La notification systématique et la transmission aux autorités compétentes (par exemple le procureur) d'allégations ou d'éventuels coups et blessures objectivés. L'utilisation d'un formulaire de constat de lésions traumatiques, spécialement prévu à cet effet, comportant des « schémas corporels » et des photographies y est également ajoutée.

COLLABORATION SANTÉ - PRISON

La bonne coopération entre les professionnels de santé et le personnel pénitentiaire est primordiale. Un échange régulier doit se faire dans le respect de leurs rôles et obligations professionnelles respectifs et nécessite une véritable structure professionnelle des services ainsi que la mise en place de plages de rencontre.

PRINCIPES, VALEURS ET ÉTHIQUE MÉDICALE

Le personnel médical en milieu pénitentiaire est confronté à des situations cliniques ou éthiques complexes, accrues par la violence du contexte et la détresse de certaines personnes détenues. Les situations limites sont fréquentes : jeûne de protestation, refus de soin, risque suicidaire, demande de traitement sous contrainte. Les balises éthiques, déontologiques et légales sont indispensables et les textes de référence sont nombreux. Citons les règles minima pour le traitement des personnes

détenues définies par l'ONU (Règles Nelson Mandela), les recommandations du Conseil de l'Europe sur les aspects éthiques et organisationnels des soins en milieu pénitentiaire de même que le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT).

Sept principes fondamentaux, assurés par l'État, guident les soins de santé en prison. En effet, l'État a un devoir d'assistance envers les personnes détenues et doit leur garantir une prise en charge médicale suffisante et équivalente à celle disponible pour la population générale :

1. Accès aux soins : toutes les personnes détenues doivent bénéficier en tout temps et sans frais des soins médicaux nécessaires.

2. Équivalence des soins : les services de soins en prison doivent fournir une prise en charge médicale dans des conditions et selon des normes comparables à celles que connaissent les patients non incarcérés. Cette prise en charge médicale doit être fournie de manière équitable et doit tenir compte des besoins médicaux accrus des personnes détenues.

3. Consentement du patient et confidentialité : le consentement éclairé et le respect de la confidentialité sont des droits fondamentaux. Ils sont essentiels à l'instauration d'un climat de confiance qui fait partie intégrante de la relation médecin/patient.

4. Prévention des maladies et de la violence : les services de santé des prisons ne doivent pas se limiter au traitement des patients malades. Ils doivent également être en charge de la prévention (maladies infectieuses, addictions, santé mentale et autres). À noter l'importance des mesures de prévention et de réduction des risques pour les personnes usagères de substances. Concrètement, il est recommandé de disposer de programmes de distribution de préservatifs et d'échange de seringues dans des lieux de privation de liberté.

5. Intervention humanitaire : les services de santé pénitentiaires doivent accorder une attention particulière aux catégories vulnérables de personnes détenues qui nécessitent des besoins spéciaux : les femmes, les personnes LGBTQ+, les personnes âgées, les personnes souffrant d'un handicap mental ou physique.

6. Indépendance professionnelle : le personnel de santé travaillant dans les prisons doit agir indépendamment des autorités policières ou judiciaires. Il doit être aussi proche que possible et idéalement affilié aux autorités sanitaires. Une tendance forte peut être observée en Europe d'affilier le personnel de santé travaillant en prison aux autorités sanitaires.

7. Compétence professionnelle : être médecin, psychologue ou infirmier en milieu pénitentiaire nécessite des connaissances spécialisées permettant de traiter des formes particulières de pathologies

fréquentes en milieu carcéral. Ils doivent adapter au mieux leurs méthodes de traitement pour répondre aux normes attendues en dehors de la prison, malgré les contraintes imposées par la détention. Ils doivent avoir accès à la formation professionnelle continue et bénéficier d'un temps rémunéré pour y participer.

SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Les principes mentionnés ci-dessus doivent faire l'objet d'une surveillance assurée par les organes d'inspection, tels que les mécanismes de prévention nationaux (Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) en France ou la Commission nationale de la prévention de la torture (CNPT) en Suisse) ou sur le plan européen (CPT).

Les organes de santé publique nationaux et régionaux devraient s'impliquer d'avantage pour assurer un rôle de surveillance, veiller au respect des principes fondamentaux dans les structures de privation de liberté et établir des instances d'inspection indépendantes. Force est de constater que cette surveillance est défaillante dans la majorité des 47 pays du Conseil de l'Europe. Sur le plan de la santé publique, il est irresponsable de laisser les prisons, connues pour leurs fortes prévalences de maladies, sans surveillance épidémiologique.

Le non-respect des droits humains est régulièrement mis en avant par la Cour européenne des droits de l'homme, basée à Strasbourg. En 2016, la Cour s'est penchée pour la première fois sur la question de savoir si les patients dépendants à l'héroïne ont un droit à poursuivre leur traitement à base de méthadone lorsqu'ils sont privés de leur liberté. S'appuyant sur l'art. 3 de la Convention, lequel interdit la torture comme les autres traitements inhumains et dégradants, la Cour a estimé que l'Allemagne a violé cet article en refusant à M. Wenner, une personne incarcérée dans une prison en Bavière, un traitement d'agonistes d'opioïdes

(TAO - ici la méthadone). La Cour a jugé que l'État doit assurer la disponibilité d'un TAO aux patients dépendants, car il s'agit de la meilleure solution identifiée et testée par la science à ce jour. Le TAO permet aux patients de stabiliser, puis d'améliorer leur santé physique et mentale. Il amoindrit le risque de surdose, tout en supprimant les effets hédoniques stimulant les prises additionnelles d'héroïne.

Cette condamnation a eu un effet retentissant sur la mise à disposition d'un TAO dans les prisons allemandes, même si le chemin est encore long pour une mise à disposition satisfaisante. Trop nombreux sont les obstacles, à commencer par les attitudes du personnel soignant jusqu'au non-respect de la confidentialité de la distribution du TAO. Un facteur de barrière supplémentaire est l'affiliation des services de santé allemandes à la justice, ce qui empêche l'établissement d'une véritable relation de confiance des personnes détenues envers les médecins et le personnel soignant. Or, cette confiance est primordiale pour une qualité de soins optimale.

POUR CONCLURE

D'importantes personnalités ont identifié la prison comme un lieu qui permet d'évaluer le respect des droits humains. Fédor Dostoïevski et Nelson Mandela décrivent la prison comme le lieu où le degré de civilisation se dévoile à l'aune du respect de ses détenus. Or, les droits fondamentaux des personnes détenues y sont souvent remis en question.

En s'assurant que les problèmes de santé des personnes détenues sont pris en charge de façon adéquate à leur libération, les services de santé en prison jouent un rôle important : pour le bien-être des personnes détenues, pour l'ensemble des collaborateurs qui y travaillent de même que pour la communauté libre. Ils apportent ainsi une contribution importante à la réhabilitation des personnes détenues et se mettent au service à la société en général.

Bibliographie

- Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011 ; 377(9769):956-65.
- Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, *et al.* Release from prison - a high risk of death for former inmates. *NEnglJMed*. 2007;356(2):157-65.
- Akiyama MJ. Hepatitis C in the criminal justice system: opportunities for global action in the era of viral hepatitis elimination. *BMC Med*. 2020;18(1):208.
- Wolff H, Niveau G. Santé en prison. Genève : RMS éditions - Médecine et Hygiène. <https://boutique.revmed.ch/sante-en-prison>
- Lazarus JV, Saffreed-Harmon K, Hetherington KL, Bromberg DJ, Ocampo D, Graf N, *et al.* Health Outcomes for Clients of Needle and Syringe Programs in Prisons. *Epidemiol Rev*. 2018;40(1):96-104.
- RJunod V, Wolff H, Scholten W, Novet B, Greifinger R, Dickson C, *et al.* Methadone versus torture: the perspective of the European Court of Human Rights. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2018;20(1):31-6.

1 Zakaria, D., Thompson, J., Jarvis, A., & Borgatta, F. (2010). *Summary of Emerging Findings from the 2007 National Inmate Infectious Diseases and Risk-Behaviours Survey*.

2 Réseau juridique VIH (2010). *Sous la peau*, p. 31.

3 Ibid, p. 25.



Cécile Kazatchkine
Analyste principale des politiques,
Réseau juridique VIH



Sandra Ka Hon Chu
Directrice de la recherche et du
plaidoyer, Réseau juridique VIH

RÉDUCTION DES RISQUES EN PRISON : AVANCÉES ET LIMITES DE L'EXPÉRIENCE CANADIENNE

Au Canada, les programmes de distribution de seringues et d'aiguilles stériles en prison ont été mis en place par un gouvernement réticent, sous la pression des associations et des activistes. Une avancée qui reste précaire et limitée et qui doit beaucoup à l'action judiciaire du Réseau juridique VIH et de ses alliés.

Lieu régulé, surveillé et réglementé par excellence, lieu de punition et de souffrances, la prison est aussi le lieu des règles contournées, des solidarités de traverse et des solutions de fortune. Malgré de considérables ressources consacrées à son éradication, la consommation de drogues fait partie de l'univers carcéral, au Canada autant qu'ailleurs. Selon une étude menée en 2007 par le gouvernement dans les prisons fédérales (réservées aux peines de deux ans et plus), 17 % des hommes et 14 % des femmes ont déclaré s'être injecté de la drogue dans les six mois précédant l'enquête, la moitié ayant indiqué avoir partagé leur matériel d'injection.¹

L'indisponibilité de matériel d'injection stérile en prison pousse les prisonnier.e.s à confectionner leurs propres seringues et à partager leur matériel. Leurs témoignages recueillis par le Réseau juridique

VIH sont, à ce titre, éloquentes : « *Après avoir été libéré de Joyceville, j'ai été incarcéré dans des prisons fédérales jusqu'en 2006 environ. Pendant ce temps, l'héroïne, la cocaïne et le crack ont envahi les prisons fédérales (...). Je sais que 30 ou 40 personnes pouvaient partager une même seringue. Parfois, il y avait une seule seringue dans toute la prison et tu devais payer pour l'utiliser. J'ai déjà vu six gars partager une seringue sans la nettoyer.* »²

Ou encore : « *Un stylo Bic ne durait pas bien longtemps, mais on le partageait à trois ou quatre, jusqu'à ce qu'il se brise. Si on était capable de voler une seringue de l'unité des soins de santé, elle durait plus longtemps. Je connais des personnes qui, en prison, ont utilisé la même seringue pendant toute leur détention ; elle circulait parmi 25 personnes et était utilisée au moins 100 fois.* »³

À l'échelle mondiale, la prévalence du VIH et de l'hépatite C est de deux à dix fois plus élevée au sein de la population carcérale que dans la population générale.⁴ Au Canada, une étude de 2016 révèle que près de 30 % des personnes incarcérées dans les prisons fédérales ont l'hépatite C. et qu'1 à 2 % des hommes et 1 à 9 % des femmes vivent avec le VIH.⁵ Les taux de prévalence sont encore plus élevés chez les populations autochtones. Le partage de matériel d'injection est l'une des causes principales des nouveaux cas de VIH et d'hépatite C en prison. Cette réalité est d'ailleurs reconnue par les autorités pénitentiaires elles-mêmes qui ont mis à disposition des prisonniers de l'eau de Javel pour désinfecter les seringues. Une telle mesure est loin d'être à la hauteur des enjeux : la Javel est inefficace dans ce contexte, notamment parce que nettoyer des seringues est chronophage et risque d'attirer l'attention des gardiens. Comme en témoigne un prisonnier : « Si quelqu'un te voyait avec de la Javel, il pouvait te balancer. Après, tu pouvais être envoyé en quartier de haute sécurité ou ne pas être libéré... »⁶

LE COMBAT POUR LA MISE EN PLACE DE PROGRAMMES DE SERINGUES DANS LES PRISONS CANADIENNES

La plupart des prisonniers finissent tôt ou tard par être libérés, il est donc illusoire d'appréhender la santé des personnes incarcérées différemment de celle de la population générale. La santé en prison est une question de santé publique. Sur un plan plus fondamental, si l'incarcération retire certains droits, ce n'est pas le cas du droit à la santé. Les personnes incarcérées ont le droit à des soins de santé équivalents aux soins de santé disponibles hors-prison.

LES PROGRAMMES DE SERINGUES : UNE MESURE DE PRÉVENTION FONDÉE SUR LES PREUVES

Mettre en place des programmes de distribution de seringues et d'aiguilles stériles fondés sur les données probantes est une mesure efficace contre la transmission du VIH et de l'hépatite C en prison.⁷ De tels programmes existent dans plus de soixante prisons à travers le monde, notamment en Suisse, en Espagne, en Allemagne, au Luxembourg, au Tadjikistan, en Arménie, en Macédoine, en Moldavie et au Kirghizstan.⁸ De nombreuses évaluations ont démontré qu'ils réduisent le risque de transmission du VIH et de l'hépatite C, qu'ils sont rentables

et qu'ils facilitent l'accès aux traitements et aux services de soutien.⁹ Les services de distribution de seringues stériles sont largement acceptés hors milieu carcéral au Canada. Il n'y a aucune raison qu'ils ne le soient pas non plus en prison.

L'opposition à ces programmes est souvent fondée sur des idées reçues, parfois véhiculées par les gardiens eux-mêmes. Ceux-ci craignent par exemple que les seringues ne soient utilisées contre le personnel pénitentiaire. Pourtant, en 25 ans d'expérience, aucun incident de ce type n'a jamais été rapporté.¹⁰ Selon une autre idée reçue, fournir du matériel d'injection stérile aux prisonniers encouragerait la consommation de drogues. Aucune donnée scientifique ne vient corroborer cette assertion. Par ailleurs, la mise en place de programme de seringues en prison permet de réduire les risques de surdose. En l'absence d'équipement stérile disponible, les usagers sont contraints de « louer » ou d'emprunter du matériel potentiellement contaminé.

Certains, sous la pression, vont s'injecter la totalité de leurs drogues, le plus rapidement possible, augmentant ainsi les risques de surdose. Cela est particulièrement préoccupant compte tenu de la crise des surdoses qui sévit aujourd'hui au Canada (16 364 décès associés à la consommation d'opioïdes sont survenus entre janvier 2016 et mars 2020, selon Santé Canada).¹¹ Lorsque des programmes de seringues sont mis en place, la pression diminue et les prisonniers peuvent davantage se soucier de leur santé.

POURSUITES JUDICIAIRES CONTRE LE GOUVERNEMENT CANADIEN

En 2012, après deux décennies de plaidoyers et des dizaines de recommandations de comités d'experts, y compris de l'agence de santé publique du Canada, toutes restées lettre morte : le Réseau juridique VIH a pris acte de l'absence de volonté politique de mettre en place des programmes de seringues en prison. Déterminé à agir, le Réseau juridique VIH, accompagné de trois autres organisations de lutte contre le VIH et de l'activiste et ancien

⁴ Stöver, H. et Hariga F. (2016). Prison-based needle and syringe programmes (PNSP) – Still highly controversial after all these years. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, (23:2), pp. 103-112, DOI: [10.3109/09687637.2016.1148117](https://doi.org/10.3109/09687637.2016.1148117)

⁵ Kouyoumdjian F. et al. (2016). Health status of prisoners in Canada. *Canadian Family Physician*, (62), pp. 215-222.

⁶ Réseau juridique VIH (2010), *supra*, p. 29.

⁷ UNODC, ILO, UNDP, WHO, UNAIDS. (2013). *Policy brief: HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions*. Vienna: UNODC.

⁸ Harm Reduction International (2019). *Global State of Harm Reduction: 2019 updates*.

⁹ Agence de la santé publique du Canada (2006). *Prison Needle Exchange: Review of the Evidence*; et Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (2015). *Needle Exchange Programs in a Correctional Setting: A Review of the Clinical and Cost-Effectiveness*.

¹⁰ Réseau juridique VIH, Le programme d'échange de seringues du service correctionnel du Canada, document de politique, 2019.

¹¹ Gouvernement du Canada (2020), *Méfais associés aux opioïdes au Canada*, septembre 2020.

12 Correctional Service Canada. Correctional Service Canada announces a Prison Needle Exchange Program, 14 mai 2018 (page consultée le 30 octobre 2020). <https://www.newswire.ca/news-releases/correctional-service-canada-announces-a-prison-needle-exchange-program-682556901.html> et Bureau de l'enquêteur correctionnel (2019). *Rapport annuel 2018-2019*.

13 L'ex-détenu Steve Simons écrit pourquoi un programme d'échange de seringues en prison est nécessaire, 17 août 2020 (page consultée le 30 octobre 2020). <http://www.hivlegalnetwork.ca/site/former-prisoner-steve-simons-writes-why-a-prison-needle-exchange-program-is-needed/?lang=fr>

prisonnier Steven Simons, a décidé de poursuivre le gouvernement fédéral au motif que l'interdiction de mettre en place des programmes de seringues en prison constitue une violation des droits constitutionnels des prisonniers. Steven Simons, libéré en 2010 après avoir passé plus de dix ans en prison, a été dépisté positif à l'hépatite C après qu'un autre détenu avait utilisé son matériel d'injection sans l'en informer.

Cette action a porté ses fruits, puisque face à la pression judiciaire, le gouvernement fédéral a finalement annon-

cé la mise en place de programmes de seringues dans deux prisons fédérales en juin 2018, et leur généralisation aux autres prisons fédérales à partir de janvier 2019.¹²

Cette réponse n'est malheureusement pas satisfaisante. Tout d'abord, deux ans après l'annonce du gouvernement, seulement 11 des 43 prisons fédérales sont dotées d'un tel programme. En outre, l'accès à ces services est limité car la participation des détenus est conditionnée à l'approbation du personnel de sécurité par le biais d'une évaluation « menaces/risques ». Cette approche reprend le modèle utilisé pour l'accès à l'EpiPens (auto-injecteur d'adrénaline intra-musculaire) et à l'insuline en cas de diabète, mais elle n'est pas transposable à l'addiction qui est stigmatisée ni à l'usage de drogues qui reste prohibé. Outre qu'elle pose la question de la confidentialité, cette approche n'offre aucune garantie d'accès aux programmes puisque la participation des prisonniers est décidée sur la base de critères sécuritaires (et donc potentiellement arbitraires) et non sur la base de critères de santé. Pour peu que leur demande soit rejetée, les prisonniers n'ont pas d'autre choix que de continuer à prendre des risques en s'injectant avec du matériel de fortune. Si leur demande d'accès aux programmes est approuvée, les prisonniers font l'objet d'« inspections visuelles », deux fois par jour, pour vérifier que le matériel distribué est bien utilisé pour s'injecter, ce qui est perçu par les prisonniers comme étant intrusif et pose de nouveau un sérieux problème de confidentialité (y compris vis-à-vis des autres prisonniers). Une telle approche est d'ailleurs contraire aux standards appliqués dans d'autres pays où, en l'absence de toute preuve de risques pour la sécurité, les prisonniers enrôlés dans ces programmes sont soumis aux mêmes mesures de surveillance que les autres prisonniers. Par exemple en Moldavie, des « pairs » (c'est-à-dire les autres prisonniers) sont formés à la réduction des risques et jouent un rôle clé dans la distribution de matériel sécurisé. Les services de sécurité

des prisons n'ont pas leur mot à dire quant à la participation des détenus aux programmes. Ils n'interviennent pas non plus pour contrôler les prisonniers. La confidentialité est préservée, les taux de participation sont élevés sans pour autant qu'une augmentation de la consommation de drogues ou de violences soit constatée.

Compte tenu des sérieuses limites des programmes actuellement mis en œuvre au Canada, des obstacles qui empêchent la participation de la grande majorité de prisonniers concernés et enfin de la précarité de ces programmes soumis aux aléas de la vie politique (et dont le déploiement a d'ailleurs été immédiatement interrompu avec la crise de la COVID 19), le Réseau juridique VIH a choisi de ne pas relâcher la pression et de maintenir la procédure judiciaire intentée contre le gouvernement en 2012.

Le 1^{er} mai 2020, huit ans après le lancement de la procédure judiciaire, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a rendu sa décision. Malheureusement, elle a refusé de conclure que les programmes aujourd'hui en place au Canada ne respectent pas les droits constitutionnels des prisonniers. Une telle conclusion, selon la Cour, serait prématurée car le déploiement de ces programmes n'est pas terminé et il serait trop tôt pour tirer des conclusions sur leur efficacité et leur adéquation. La Cour s'est aussi gardée d'affirmer l'existence d'un droit constitutionnel des prisonniers à l'accès à des programmes de seringues en prison, bien qu'elle ait reconnu que lorsque l'affaire a été lancée il y a huit ans - et alors que de tels programmes n'existaient pas - il y avait des « arguments constitutionnels convaincants » en ce sens. Cette décision est décevante car elle ne permet pas de protéger les programmes de seringues contre le risque d'être suspendus. Elle n'offre pas non plus de protection contre davantage de retards dans leur déploiement à travers le pays et n'oblige pas le gouvernement à améliorer l'accès des prisonniers aux programmes existants. Néanmoins, cette décision n'est pas entièrement négative, puisque la Cour reconnaît que l'affaire « a soulevé d'importantes questions de santé publique et de santé en prison et a probablement incité le gouvernement à mettre en œuvre les programmes de seringues ».

En réalité, sans l'action du Réseau juridique VIH et de ses alliés, il n'y aurait très probablement pas de programmes de seringues en prison au Canada. Pour autant, le combat est loin d'être gagné. Les militants restent vigilants et continuent de faire pression sur le gouvernement pour que les programmes de seringues soient non seulement disponibles, mais aussi accessibles aux prisonniers et de qualité. Comme le répète Steve Simons, « *la santé en prison, c'est la santé publique. La plupart des prisonniers au Canada rentreront chez eux emportant avec eux les maladies contractées en prison. Un programme de distribution de seringues en prison protège tous les Canadiens* ».¹³



Melody Bozinova
Criminologue-juriste et conseillère sociale auprès de la Fondation Les Oliviers (Lausanne)



Nicolas Peigné
Infirmier responsable d'équipe de soins, service de médecine pénitentiaire, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)



Georges Gottignies
Directeur adjoint et responsable socio-éducatif de la Fondation du Levant (Lausanne)

L'INTERDISCIPLINARITÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

De nombreuses études sur les milieux carcéraux s'accordent sur la surreprésentation de conduites addictives parmi la population pénitentiaire. Ce constat se fait également dans les prisons suisses. Selon une étude sur la population carcérale de Champ-Dollon, la plus grande prison de Suisse romande, 71,2 % des personnes déclarent avoir une consommation problématique de substances, tabac et alcool y compris (Wolff, Sebo, *et al.* 2011). Dans le canton de Vaud, 41 % des détenus sur le territoire cantonal déclarent avoir une conduite addictive, qui inclut l'abus de médicaments (Moschetti, Stadelmann, *et al.*, 2015).

Malgré le cadre répressif et restrictif du milieu, la consommation problématique de substances illicites est également présente au sein des murs carcéraux. Les personnes détenues remplacent sou-

vent l'utilisation de produits illicites par l'usage de médicaments hors cadre de la prescription, ou encore, expérimentent de nouvelles substances, facilement dissimulables (Sannier, Verfaillie *et al.*, 2012).

Le principe de l'équivalence des soins stipule que les personnes incarcérées doivent pouvoir bénéficier des mêmes soins qu'en milieu externe. C'est ainsi que certaines mesures se développent, telles que confier les soins des personnes détenues aux instances de la santé publique et encourager les services visant la prévention des maladies infectieuses (art. 30 Ordonnance sur les épidémies (OEPP)). La prise en charge en addictologie qui se veut la plus proche des prestations disponibles à l'extérieur, implique toutefois l'intervention simultanée de plusieurs acteurs issus des domaines somatique, psychiatrique, social et pénal.

La plateforme Prisons du Groupement romand d'études des addictions (GREA) réunit des professionnels de la Suisse romande concernés par la problématique des addictions en milieu carcéral. Afin d'initier une réflexion commune sur le thème des addictions en prison, les membres de la plateforme ont organisé le 30 janvier 2020 une journée de rencontres et d'échanges entre les acteurs clés du milieu carcéral et de l'addictologie en Suisse romande. Cet article restitue les principaux constats des dynamiques de coopération interdisciplinaire qui ont été soulevés lors de cette journée de réflexion.

LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS À L'INTÉRIEUR DE LA PRISON

Toutes les prisons en Suisse romande disposent d'un service de soins pouvant apporter des soins de base, tels que le traitement de substitution aux opiacés. L'initiation d'une démarche thérapeutique en addictologie n'est pas incompatible avec l'incarcération. Celle-ci ne serait toutefois pas proposée systématiquement, ni dans tous les établissements, à moins qu'il n'existe une indication judiciaire ou des signes visibles d'une dépendance physique (Ruiz, Ritter *et al.*, 2018).

Par souci d'organisation et en raison de ressources financières limitées, les services de soins pénitentiaires déploient l'intégralité des soins en milieu carcéral, qui sont eux-mêmes limités par diverses contraintes structurelles : transferts inter-établissement fréquents, primauté des mesures sécuritaires, surpopulation carcérale. L'intervention des professionnels spécialisés en addictologie faisant partie du dispositif socio-sanitaire public durant le séjour carcéral est encore lacunaire. On observe ainsi une tendance à la médicalisation de la problématique addictive, ce qui n'est pas nécessairement le cas en milieu ouvert.

L'accompagnement vers la resocialisation telle que comprise par le domaine judiciaire pénal place l'acte délictuel au centre et favorise une approche individualisée centrée sur la personne. Si le délit n'est pas en lien direct avec l'addiction, celle-ci n'est pas abordée dans les plans d'exécution des sanctions. En effet, seule une prison en Suisse romande (Champ-Dollon à Genève) procède au repérage systématique des conduites addictives dès l'entrée

en détention. Il se peut ainsi que certains comportements addictifs non-visibles, comme le jeu d'argent excessif restent inaperçus en cas d'absence d'un lien direct avec le délit (Ruiz, Ritter *et al.*, 2018). Des expériences pratiques montrent cependant qu'une prise en charge en addictologie adaptée peut avoir des impacts positifs sur la réduction du risque de récidive (Coste, Kummer *et al.* 2008).

CONTINUITÉ DU SUIVI ENTRE L'INTÉRIEUR ET L'EXTÉRIEUR

Les milieux carcéraux hébergent une population précarisée, éloignée à priori des réseaux de soins. L'incarcération apporte ainsi l'opportunité d'identifier la problématique addictive, d'aborder les ressources personnelles pour y faire face et de se familiariser avec les prestations en addictologie disponibles à l'extérieur. L'abstinence forcée subie par de nombreux usagers durant l'incarcération, n'est pas, à elle seule, suffisante pour résoudre la problématique addictive individuelle. Il s'agit toutefois d'une opportunité de mise à distance du produit qui permet d'initier une progression positive dans les démarches thérapeutiques (Gravier et Benmebarek, 2008). La période de transition entre le milieu ouvert et le milieu fermé est également associée à certains risques pour la santé, comme le sevrage compliqué à l'entrée en prison et le risque élevé d'overdose à la sortie.

Dans ce contexte, l'établissement d'une chaîne thérapeutique entre l'intérieur et l'extérieur trouve toute son importance. Elle est toutefois régulièrement rompue, faute de collaboration entre les acteurs du milieu carcéral et du milieu ouvert. Les limites d'une communication entre ces différents acteurs sont souvent liées aux aspects organisationnels : la prison fait face à des ressources humaines et financières limitées (Bidisha, 2015), ce qui se répercute sur la disponibilité indispensable pour mieux coordonner le passage en prison avec les acteurs du milieu externe.

En parallèle, le dispositif public en addictologie s'est considérablement développé. Les prestations des services socio-sanitaires sont aujourd'hui nombreux et variés. Des efforts d'uniformisation de l'offre de soins en addictologie se concrétisent dans plusieurs cantons. Toutefois, les outils de collaboration n'impliquent pas nécessairement des partenariats avec les acteurs du milieu carcéral (Ruiz, Ritter *et al.*, 2018).

DIFFÉRENCES ENTRE LES LOGIQUES PÉNALES ET SOCIO-SANITAIRES

Les réponses aux conduites addictives en prison est un sujet qui provoque de nombreux débats car elles se confrontent à des logiques professionnelles différentes. Dans les années 80, la Suisse inscrit dans sa politique nationale la réduction des risques liés à la consommation de drogues. Depuis, la gamme de traitements proposée aux personnes souffrant d'une addiction s'est élargie et s'est adaptée à la réalité du terrain. L'exigence de l'abstinence en tant que réponse primaire aux conduites addictives est ainsi abandonnée, au profit d'une approche de promotion de la santé et de réduction des risques. Cette ligne de conduite s'inscrit dans l'éthique professionnelle des corps de métiers socio-sanitaires.

Pour les autorités pénales, la réponse aux consommations de substances illicites s'aligne avec la loi sur les stupéfiants : leur consommation et leur possession sont pénalement poursuivies. Les consommations avérées en milieu carcéral sont sanctionnées par des suspensions de sorties, des retards de la libération conditionnelle ou des retenues sur salaire. Dès lors, l'objectif thérapeutique à privilégier pour les personnes détenues est l'abstinence, étant donné qu'une re-consommation ou rechute peut constituer une récidive au sens juridique du terme.

Les professionnels du milieu socio-sanitaire et ceux de l'administration pénitentiaire n'apportent pas les mêmes réponses aux conduites addictives. L'absence de communication et de collaboration entre les professionnels de ces deux milieux peut entraîner la prépondérance d'une logique professionnelle sur l'autre (Ritter, 2008).

LE PARADOXE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DOMMAGES LIÉS À LA CONSOMMATION EN PRISON

Dans les années 90, la prison de Champ-Dollon devient la première prison en Suisse romande à mettre en place la distribution de matériel d'injection stérile. L'ordonnance sur les épidémies préconise que toutes les prisons fassent de même,

s'il y a une demande dans ce sens. Or, admettre la présence de produits illicites au sein de la prison peut être interprété comme une faille de l'administration pénitentiaire. L'introduction de mesures de réduction des risques en prison, telles que les programmes de mise en place de matériel d'injection stérile, est une problématique paradoxale : l'administration pénitentiaire doit trouver des solutions à une situation qui n'est pas censée exister. À l'opposé, les professionnels des soins argumentent en faveur des mesures à visée de réduction des risques dans le but de préserver la santé des détenus. L'implémentation de ces mesures crée ainsi un conflit entre le rôle du personnel pénitentiaire, chargé de sanctionner la présence de produits illicites et le rôle du soignant, préoccupé par la santé de la personne détenue. En Suisse romande, à l'image de la prison de Champ-Dollon, seuls quelques établissements dans les cantons de Genève et de Vaud proposent la distribution de matériel d'injection stérile.

LE SECRET PROFESSIONNEL : SOLUTION OU OBSTACLE ?

L'une des solutions permettant d'aborder les conduites addictives sans l'influence du cadre contraignant de la prison est de rendre les services médicaux carcéraux indépendants de l'administration pénitentiaire. Ce mode d'organisation, actuel en Suisse romande, favorise une pratique conforme à l'éthique médicale. Les personnes détenues peuvent se confier en toute confidentialité aux professionnels du domaine des soins, sans risquer des sanctions disciplinaires en cas de consommation à l'intérieur des murs.

Les efforts visant à préserver la confidentialité entre les professionnels de la santé et les personnes détenues peuvent entraîner toutefois une dynamique conflictuelle entre le personnel pénitentiaire et les intervenants du domaine socio-sanitaire. Une barrière assez importante se crée entre les « blouses blanches » et les « uniformes bleus » : ces derniers revendiquent le droit d'être mieux informés sur l'état des personnes détenues (Constanty, 2020) alors que le personnel sanitaire ne considère, chez leurs collègues agents de détention que leur seule mission sécuritaire. Pourtant, le métier des agents comporte des aspects bien plus larges, le relationnel et l'accompagnement des personnes détenues faisant partie intégrante de leur quotidien (Klaue, 2019).

CONCLUSION

La journée de réflexion sur la prise en charge des addictions en prison a mis en évidence le défi d'une collaboration interprofessionnelle harmonieuse, particulièrement évident lorsque l'on aborde la place de la réduction des risques en milieu carcéral. Un manque de coordination entre les différents corps de métier travaillant dans et avec la prison peut limiter l'accès des usagers aux prestations addictologiques.

En se basant sur cette rencontre, la plateforme Prisons du GREA a élaboré des recommandations pour privilégier à l'avenir l'échange et le travail interdisciplinaire entre les deux milieux. Ainsi, il est question de mieux définir les attentes et les rôles

des différents corps de métier impliqués en initiant un travail de recherche portant sur les expériences de tous les acteurs.

En outre, il s'agit de mettre en place des échanges encadrés entre les professionnels des différents milieux, aujourd'hui trop peu courants, afin de trouver un meilleur équilibre entre les prérogatives sécuritaires et thérapeutiques et d'adapter les stratégies de soins à la réalité du terrain.

Le milieu pénitentiaire peut bénéficier de l'implication des professionnels du milieu de l'addictologie dans le parcours carcéral. Dès lors, des formations interdisciplinaires sont à privilégier, pouvant contribuer à la clarification des objectifs de chacun ainsi qu'à la diversification des dispositifs en addictologie.

Bibliographie

- Bidisha, C. (2015). Les services médicaux sont une île en milieu carcéral. Dans Klaue, K. (éd.), *Infoprison*, 15.
- Constanty, L. (2020). Réduction des risques en prison : perceptions médicales et sécuritaires. *Infoprison*, 28.
- Coste, J.M., Kummer, J.A. et al. (2008). Quelle évolution pour un patient substitué à la méthadone au long cours ? *Revue médicale suisse*, 4, pp. 2225-2228.
- Gravier, B. et Benmebarek, M. (2008). Enfermement et addictions : quelle place pour les soins ? *Dépendances*, 35, pp. 10-15.
- Klaue, K. (2019). Pour une fois qu'on s'intéresse à nous ! La vie en prison vue par les agents de détention. *Infoprison*, 27.
- Moschetti, K., Stadelmann, P., Wangmo, T. et al. (2015). Disease profiles of detainees in the Canton of Vaud in Switzerland: gender and age differences in substance abuse, mental health and chronic health conditions. *BMC Public Health* 15, 872.
- Ritter, C. (2008). L'équivalence des soins aux usagers de substances incarcérés : un champ d'application pour la politique de drogues. *Dépendances*, 35, pp. 7-9.
- Ruiz, O., Ritter, C. et al. (2018). *État des lieux et recommandations concernant la problématique des addictions pour les personnes sous main de justice en Suisse Latine*. Lausanne.
- Sannier, O., Verfaillie, F., et al. (2012). Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficiente et inefficace, *La Presse Médicale*, 41(7-8), pp. 375-385.
- Wolff, H., Sebo, P. et al. (2011). Health problems among detainees in Switzerland : a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health* 11, p. 245.

**Cette revue est publiée avec le soutien
de la DGS (Direction Générale de la Santé) en France**

Éditeur

La Fédération Addiction, Association Loi 1901, est propriétaire et assure
l'édition de la revue «Addiction(s) : recherches et pratiques. Revue internationale.»

Fédération Addiction
104 rue Oberkampf
75011 - Paris
Tel : 01 43 43 72 38
Fax : 01 43 66 28 38
infos@federationaddiction.fr
SIRET : 529 049 421 00017 – NAF : 9499Z

Directeur de publication : Jean-Michel Delile, Président
Responsable de la rédaction : Nathalie Latour, Déléguée Générale
Coordinateur : Olivier Hurel, Chargé de projet
Journaliste : Natalie Castetz
Conception et réalisation graphique : Nelly Gibert - Mediis Studio
Crédit photo de couverture : AdobeStock - Sweeann

Partenaires de la revue :

AIDQ (Association des intervenants en dépendance du Québec), au Québec
Fedito Bxl asbl (Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes), en Belgique
Fedito Wallonne (Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes), en Belgique
GREa (Groupement romand d'études des addictions), en Suisse
RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec), au Québec
Suchtverband Lztzebuerg asbl, au Luxembourg

Nombre d'exemplaires : 2950

Pubadresse routage

45, rue Condorcet
95154 Taverny

Date de parution : décembre 2020

Dépôt légal : mars 2021

Prix : 6€ l'exemplaire

ISSN : 2553-8330

Directeur de la publication

Jean-Michel Delile

Coordinateur du numéro

Olivier Hurel

Comité éditorial

Sébastien Alexandre
Pascale Hensgens
Marie Jauffret-Roustide
Grégory Lambrette
Nathalie Latour
Emelie Laverdière
Stéphane Leclercq
Jean-Félix Savary
Sandhia Vadlamudy

Journaliste

Natalie Castetz

Conception graphique

Nelly Gibert - Mediis Studio

Impression

2950 ex.
Imprimerie Pubadresse Routage