

JOURNÉE

27 JUIN

du COLLECTIF
GALILÉE

RÉDUCTION DES RISQUES

LIÉS À L'USAGE DE DROGUES ET LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ

Inscription gratuite et obligatoire
sur www.respadd.org

ANGLET

LA RUCHE MODERNE
Rue du Lazaret – 64600 Anglet



Table des matières

| | |
|---|-----------|
| OUVERTURE..... | 3 |
| SESSION PLÉNIÈRE | 4 |
| TABLE RONDE – DROITS HUMAINS ET LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ..... | 10 |
| SESSION PLÉNIÈRE | 16 |
| TABLE RONDE – PRATIQUES DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE | 19 |
| DÉBAT – PRIVATION DE LIBERTÉS ET USAGES DE DROGUES ?..... | 23 |
| CONCLUSION | 27 |

OUVERTURE

Jean-Pierre Daulouède, président du Collectif Galilée

Jean-Pierre DAULOUEDE ouvre le colloque et souhaite la bienvenue aux participants.

Galilée était un grand philosophe espagnol et aussi un astronome éminent. Le Collectif Galilée tente de rassembler des personnalités pour discuter de la réduction des risques. La réduction des risques est née en France, par une association qui a eu un rôle majeur dans la réduction des risques.

Jean-Pierre DAULOUEDE accueille Françoise JEANSON, vice-présidente du Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine, en charge de la santé et de la Silver Économie. Il remercie également Michel LAFORCADE de sa présence. Un certain nombre d'actions gouvernementales portent son nom. Récemment, il a occupé le poste de Directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Auparavant, il était Directeur général de l'ARS Limousin. Outre ses fonctions administratives, il est aussi enseignant en santé publique et un penseur de la santé publique. Il a aussi été observateur au moment où a sévi la guerre de la méthadone.

Jean-Pierre DAULOUEDE propose de céder la parole à Françoise JEANSON pour la première intervention avant de passer aux séances thématiques.

Françoise Jeanson, vice-présidente du Conseil régional, adjointe à la santé

Françoise JEANSON explique que les sujets de la réduction des risques, de l'usage des drogues et des lieux de privation de liberté sont des sujets de fond. Elle rend hommage à Naïma Charaï, une conseillère régionale qui a mené une politique très volontariste de lutte contre les discriminations, pour la solidarité et l'égalité. D'habitude, le rôle du Conseil régional est de s'occuper de l'économie, de la formation et des transports. Or, la politique de solidarité est très volontariste avec notamment l'Observatoire des violences sexistes et sexuelles, la Banque alimentaire ou l'Association pour les droits de l'homme. Il appuie les actions contre les discriminations et le secteur associatif.

SESSION PLÉNIÈRE

Julien Morel d'Arleux, Observatoire français des drogues et des tendances addictives

Julien MOREL D'ARLEUX a passé une vingtaine d'années en établissement pénitentiaire avant de devenir Directeur de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) en 2017. Il propose de structurer son intervention en trois temps :

- expliquer comment on passe de Directeur d'un établissement pénitentiaire à Directeur de l'OFDT ;
- revenir sur les missions de l'OFDT en matière de réduction des risques en milieu pénitentiaire ;
- expliquer le lien avec l'Agence européenne des drogues (réseau de 29 pays)

Julien MOREL D'ARLEUX a commencé, en 1993, à intervenir en tant que bénévole au sein du Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées (GENEPI). Après cette expérience et un DEA d'histoire sur l'administration pénitentiaire qu'il est rentré dans l'administration pénitentiaire. En 1998, il a été formé en session inter-écoles du service public aux addictions. La question du sanitaire, des réponses publiques et de la lutte contre les trafics sont aussi abordés à l'OFDT, dans une approche transversale. Au centre pénitentiaire de Maubeuge, des traitements de substitution (Subutex) avaient été mis en place à cette époque dans les unités sanitaires.

Il a ensuite travaillé à Grenoble, à l'administration interrégionale, puis centrale. Il a aussi été Directeur de la MA Lyon-Corbas. Un travail resserré était mené avec le service médico-psychologique régional (SMPR) qui avait mis en place des programmes d'accompagnement et de préparation à la sortie des détenus usagers de drogues. À Corbas, le Programme de Mobilisation pour favoriser l'Accès aux Soins (PMAS) s'adresse aux entrants récidivistes.

Pendant 3 ans (2012-2015), il a occupé le poste de sous-directeur des personnes placées sous main de justice.

Deux éléments structurants permettent d'expliquer son arrivée à l'OFDT : la constitution, en 2012, d'un groupe de travail santé-justice pour réfléchir à la réduction des risques et des dommages (les échanges de seringues en détention), à la demande de Marisol TOURAINE et de Christiane TAUBIRA ; le plan national de mobilisation contre les addictions. L'annonce du groupe de travail a été faite sans que l'administration pénitentiaire en soit informée. Le groupe de travail constitué était tripartite : 1/3 de personnels pénitentiaires, 1/3 de personnels soignants et 1/3 d'intervenants du milieu associatif ou d'anciens détenus. Dans le domaine pénitentiaire, les professionnels de terrain se sont montrés ouverts d'esprit pour contribuer de manière positive au groupe. 3 séquences étaient prévues :

- une séquence sur la réduction des risques en termes d'usage de produits illicites ;
- une séquence sur la réduction des risques et des dommages en matière de comportements sexuels ;
- une séquence sur la réduction des risques et des dommages en matière de piercing, tatouage et coiffure.

L'administration pénitentiaire était fortement mobilisée pour la réforme pénale de Christiane TAUBIRA et pour la loi de santé qui fut adoptée en janvier 2016. Le dialogue s'est effrité avec les professionnels de terrain et les intervenants du milieu associatif. Sur ces questions, la DGS avait en tête le problème de l'échange de seringues. L'administration pénitentiaire s'interrogeait davantage sur les besoins

globaux. En 2013, un guide sur les traitements de substitution avait été édité et rappelait les bonnes pratiques. Pour rappel, certaines unités sanitaires refusaient de distribuer des TSO auprès des détenus, du fait d'une position de principe sur le sevrage. Les seringues étaient certes un enjeu, mais il n'y avait pas que cela. Il convenait d'avoir une approche globale.

Il existait une note OFDT sur les réductions des risques et des dommages et sur les problèmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire, au niveau international. Cette note n'a pas été communiquée au ministère de la Justice au moment de la mise en place du groupe de travail. Or, cette note aurait pu éclairer l'administration pénitentiaire sur les pratiques dans les autres pays. Cette note est accessible sur le site de l'OFDT mais Julien MOREL D'ARLEUX ne l'a découverte qu'après sa prise de fonctions en 2017.

Le plan gouvernemental de lutte contre les addictions 2013-2017 a permis de réaliser un certain nombre d'études. L'analyse des eaux usées menée avec l'Université Paris-Saclay (2015-2018) était un projet intéressant qui a confirmé les données sur la prépondérance de l'usage du cannabis. L'étude Circé menée avec l'INSERM (2016-2018) a permis d'avoir un éclairage sur la circulation et les échanges de substances psychoactives en milieu carcéral. Une expérience de prise en charge inspirée des communautés thérapeutiques de l'Unité de réhabilitation des usagers de drogues (URUD), financée et portée par le plan 2013-2017 et par l'ARS Nouvelle-Aquitaine a été mise en œuvre au centre de détention de Neuvic (2017-2018). L'entrée en détention, la détention et la sortie de détention sont les temps à risque de rupture de soins et de parcours. La sortie est un des plus dangereux en termes de rechute et de surdose. Le programme européen « 48 premières heures dehors » étudie comment éviter les risques de surdose. L'OFDT, à la demande de l'administration pénitentiaire, a réalisé une première évaluation de la mise en œuvre du programme initial. Le COPIL avait conclu qu'il fallait une évaluation médico-économique. Cette évaluation est toujours en cours car il n'y a que 15 ou 20 personnes par session, ce qui prend du temps pour obtenir des données probantes sur l'efficacité du programme. Le dernier COPIL a permis de faire une focale sur l'évolution des consommations et sur la récurrence. L'étude montre qu'il y a peu de différence entre les modules de respect et l'URUD. Il s'agit toutefois d'un très bon résultat. Cela montre qu'en donnant du temps, de l'activité et des responsabilités aux personnes détenues, il y a des changements de comportement.

Au niveau européen, la situation de la France peut être considérée comme bonne en matière de RDRD. Dans les recommandations en matière de réduction des risques et des dommages, l'accès aux TSO arrive en premier. La France les a mis en place de manière importante dès la fin des années 90. Dans certains pays comme l'Allemagne, cette pratique est très peu développée. Sont également recommandés les traitements de substitution, les dépistages, la distribution de préservatifs. L'accès à la naloxone est également un élément important. Enfin, 3 pays de l'Union européenne ont mis en place des programmes d'échanges de seringues en détention et seuls deux l'ont généralisé à l'ensemble des établissements (Espagne et Luxembourg).

C'est après avoir été engagé sur ces différents projets au sein de l'administration pénitentiaire que Julien MOREL D'ARLEUX a postulé à l'OFDT.

L'OFDT est un groupement d'intérêt public qui réunit 11 départements ministériels, la MILDECA et la Fédération nationale des opérateurs régionaux de santé. L'objectif est de documenter les connaissances sur le champ des drogues. L'OFDT fait partie d'un réseau européen et travaille avec un collège scientifique pluridisciplinaire. L'OFDT est un organisme indépendant. Le rôle d'un observatoire

est de collecter les données de la manière la plus objective possible, d'une manière régulière. C'est sur le long terme que les évolutions se voient. Toutes les données sont rendues accessibles.

Depuis sa création (25 ans), l'OFDT a réalisé de nombreuses enquêtes thématiques en milieu pénitentiaire, notamment sur la mortalité des sortants, les prises en charge des usagers de drogues en prison, le développement TSO. L'important est d'avoir des outils réguliers : rapport d'activité des CSAPA/CAARUD ; RECAP ; Ena-CAARUD ; bilan annuel TSO. L'enquête RECAP montre que 27 % des personnes suivies en CSAPA ont déjà été incarcérées. Cela montre la prépondérance de la prison dans les parcours des usagers de drogues. En 2010, le taux était de 51 %. L'enquête Ena-CAARUD réalisée en 2019, 15 % des usagers déclarent avoir été incarcérés. Environ 7 % des personnes détenues ont une substitution aux opiacés ou aux opioïdes. Ce chiffre est relativement stable depuis 10 ans. Il y a par contre peu d'études récentes sur les usages en milieu pénitentiaire. Depuis 10 ans, les études réalisées sont locales ou régionales. Toutefois, la première certitude est qu'environ 70 % des personnes détenues fument du tabac, soit le triple de la consommation de la population générale adulte. La seconde certitude est que 4 personnes sur 10 sont des usagers de drogue réguliers. Au moins 30 % d'entre eux consomment du cannabis en détention. Le manque d'enquêtes régulières pose néanmoins problème. Sur les drogues illicites, les données sont très disparates. Ce point aveugle ne permet pas de conduire des politiques publiques de manière éclairée.

Cette année marque la fin de la feuille de route santé-justice 2019/2022 et du plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Actuellement, le dialogue a repris entre les administrations pour une nouvelle feuille de route et l'OFDT est associé à celui-ci. La Direction de l'administration pénitentiaire et la DGOS ont adressé, à l'ensemble des antennes locales, un questionnaire pour évaluer le niveau de connaissances des personnels et les actions mises en place dans la lutte pour la réduction des risques et des dommages. Les éléments d'objectivation viendront du terrain. L'OFDT proposera aux deux ministères de travailler avec eux sur l'analyse de ces données. En effet, le décret d'application de la loi du 26 janvier 2016 reste un point de tension entre les acteurs. La loi prévoit que les détenus doivent avoir le même accès que les personnes libres à l'ensemble des outils de réduction des risques. Le décret n'est toujours pas publié. C'est un point d'achoppement important.

Face à ce manque de données sur l'usage de drogues en détention, l'OFDT a obtenu un financement pour mettre en place une enquête régulière auprès d'un échantillon représentatif de personnes détenues sur les usages, particulièrement en détention. L'enquête posera également des questions sur les conditions de vie en détention qui ont sans doute un impact direct sur les usages. Une deuxième enquête est mise en œuvre depuis 2019 sur la réduction du tabagisme en détention en lien avec l'Inserm. Julien MOREL D'ARLEUX rappelle que le tabac est la première cause de mortalité évitable en France, vu les niveaux de prévalence en détention, il paraît nécessaire d'avoir aussi une action de réduction des risques en la matière auprès des personnes détenues.

Discutant : Miguel Velazquez, ASUD

Miguel VELAZQUEZ remercie Monsieur MOREL D'ARLEUX pour cette intervention qui pose le cadre de cette journée. La réduction des risques est constamment abordée. À Montpellier, la première expérience de salle de consommation a été stoppée au bout de 6 mois. La thématique des salles de consommation a été à nouveau lancée en 2009. Il a fallu attendre 2016 pour avoir deux salles à titre expérimentales (Strasbourg et Paris). ASUD a réalisé un film intitulé « Le mur de la honte ». Il retrace le problème du crack à Paris. La réaction des pouvoirs publics et des médias illustre une

méconnaissance totale. En 2021-2022, cela devient inquiétant. Cette politique fonctionne. Les infections au VIH ont été réduites de 65 % à moins de 3 % chez les injecteurs. Ce sont souvent des personnes qui se sont infectées dans leur pays d'origine et qui ont été diagnostiquées en France. L'État n'a jamais communiqué sur ce succès sanitaire. La seule solution n'est pas l'abstinence. ASUD estime que cela peut être une solution pour un certain nombre de personnes. Encore faut-il qu'il y ait un cadre pour cela et l'abstinence soit accompagnée d'autres mesures. Mettre les crackers de Paris à 200 kilomètres de la capitale dans des communautés thérapeutiques, sans accès au produit, est une vue de l'esprit. La première chose qu'ils feront sera de revenir à Paris et d'y rester. Selon l'OFDT, il y a environ 13 000 usagers de cocaïne basée. S'occuper de 300 personnes ne serait pas la mer à boire. Il faudrait ouvrir 3 lieux de consommation et d'hébergement ouverts 24 heures sur 24. Cela fait 30 ans que ce groupe est déplacé d'un quartier à l'autre, de la Colline à la Porte de la Chapelle en passant par Stalingrad chaque fois que la pression populaire est trop importante.

La prison est le reflet de la société. Les détenus consomment des drogues. Toutefois, ils n'ont pas les mêmes droits. Il a fallu attendre 2004 pour ajouter la RdR au Code de santé publique (article 3411-8). Par ailleurs, il n'y a pas eu décret d'application. ASUD et de nombreuses autres associations au sein d'un collectif demandent ce décret. Néanmoins, cela n'a pas empêché la mise en place d'expériences de RdR. La RdR en prison fonctionne. Encore faut-il avoir le courage politique de le faire. En parlant avec les représentants syndicaux des surveillants, le Collectif a pris conscience d'une méconnaissance et d'une peur injustifiée. Le blocage vient des surveillants. Il faut instaurer le dialogue.

Julien MOREL D'ARLEUX estime que l'on fait porter beaucoup de responsabilités aux surveillants. Un article, issu de l'enquête PRI2DE, qui fait le point sur les avancées de la réduction des risques en détention et les représentations a été publié l'année dernière. Cet article montre que s'il y a une méconnaissance chez certains personnels pénitentiaires, celle-ci peut aussi exister chez les personnels de santé. Il est certain néanmoins que le rôle des syndicats des surveillants est important. S'agissant du problème d'échange de seringues, l'administration pénitentiaire a évoqué les risques de blocages avec les syndicats pour s'opposer au projet de décret de 2016. Toutefois, si on prend le temps d'expliquer et d'informer, cela permettrait de lever beaucoup de blocages.

Miguel VELAZQUEZ explique que le manque d'information dans la société sur la réduction des risques est un problème. Il faudrait mettre en place des campagnes d'information sur la RdR. Il y a une sorte de schizophrénie qui montre aussi les limites de la RdR. Accompagner la consommation de drogues illégales est schizophrénique. C'est la raison pour laquelle les pouvoirs publics et l'addictologie dans son ensemble ont du mal à communiquer dessus. L'illégalité de la consommation des drogues devrait être remise en question. Ce sujet a très peu été abordé pendant les élections. Les partis politiques n'ont pas su se saisir de ce problème pour montrer leurs différences.

Miguel VELAZQUEZ demande si l'OFDT a des retours sur l'utilisation de leurs données et s'il est écouté dans les hautes sphères.

Julien MOREL D'ARLEUX répond qu'à son arrivée à l'OFDT, il y avait assez peu de discussions directes avec les départements ministériels membres du GIP. Depuis 5 ans, il travaille à instaurer un dialogue régulier directement avec les départements ministériels. Pour que l'information puisse passer, il faut enlever le plus de filtres possibles. La DGS ou le ministère de l'éducation nationale relaient régulièrement les publications de l'OFDT. Des échanges réguliers ont lieu avec le ministère de la Justice et le ministère de l'Intérieur. Cela infuse. Toutefois, le temps politique, le temps de la recherche et le temps de l'action publique sont très différents.

Miguel VELAZQUEZ rappelle que la réduction des risques, ce n'est pas simplement les PES. Les brochures avaient du mal à rentrer en prison. Les personnes de l'Unité Médicale Pénitentiaire ne sont pas prévenues de l'arrivée des colis. Un certain nombre de personnes, qui souhaite rentrer dans un programme de TSO, rencontrent des difficultés. Il y a aussi tout ce qui concerne le tatouage et le sexe, l'usage d'anabolisants.

Un participant souligne qu'il existe un décret d'application de 2005 sur la réduction des risques. L'article 6 précise que des activités peuvent être menées dans les locaux dédiés, dans les bus ou dans les lieux publics fréquentés par les usagers (rues, espaces verts, gares, etc.). La prison est un lieu public.

Miguel VELAZQUEZ note une frilosité des ministères et de l'administration pénitentiaire. Rentrer dans cette démarche reviendrait à accepter le fait que la drogue circule en prison. Le sexe est aussi une réalité en prison, d'où l'importance de distribuer des préservatifs.

Julien MOREL D'ARLEUX redit que le groupe de travail santé-justice de 2012 comportait 3 volets, dont les dommages liés à la consommation de substances psychoactives. L'aspect moral de la consommation de drogues illicites bloque l'application de la loi alors que la sexualité en prison est rarement évoquée. Cela reste tabou. Il y a très peu d'études sur ces sujets. De même, le fait qu'un détenu qui s'injecte des stéroïdes pour faire de la musculation semble moins problématique. Il faut décentrer le regard. Il ne doit y avoir ni totem ni tabou sur la réduction des risques. Du terrain viendra le changement. Il faut informer et former.

Un participant a l'impression que ce qui a donné de la visibilité à la réduction des risques, c'est le fait que les usagers se sont saisis du sujet. Les usagers incarcérés ou qui ont été incarcérés auraient donc un pouvoir de lobbying.

Miguel VELAZQUEZ rappelle qu'ASUD fait partie d'une association d'autosupport avec des usagers et des ex-usagers. ASUD intervient dans ce collectif. La loi de 70 a fait que l'usage des drogues est pénalisé. Il y a un énorme écart entre le nombre de détenus aux Pays-Bas et le nombre de détenus en France : 58,5 pour 100 000 habitants contre 105,3 pour 100 000. La société civile est plus importante en Hollande. La petite délinquance est mieux canalisée. Les peines pour détention de petites quantités de drogue aux Pays-Bas n'est pas de la même manière qu'en France. 85 000 personnes sont détenues en France, soit un record absolu depuis la Seconde Guerre mondiale. Le taux d'occupation de 150 % dans 50 établissements et de plus de 200 % dans 5 autres établissements. Les PES ont été trop mis en avant. Tout le reste de la RdR a été oublié. Les usagers de drogue ont de forte chance de passer par la case prison. 80 % sont emprisonnés pour du cannabis, dont une grande partie pour des questions d'usage. Avec la Corée du Nord, l'Iran, la Chine et la Russie, la France est le pays qui continue à pratiquer cette politique de répression en niant le droit aux personnes à consommer des drogues. Il faut communiquer sur la RdR. 80 % des usagers de drogue sont bien insérés. Il reste 20 % d'usagers problématiques.

Julien MOREL D'ARLEUX affirme que les usagers incarcérés ou qui ont été incarcérés doivent effectivement pouvoir être entendus. Depuis 10 ans, la mise en place du CSAPA référent en établissement pénitentiaire a été un changement majeur. Ce sont des lieux d'intervention mais aussi de formation. Il faudrait aussi des CAARUD dans les établissements pénitentiaires. Il y a seulement une dizaine de CAARUD sur 187 établissements pénitentiaires. Les textes permettent toutefois d'organiser des ateliers avec les personnes les plus usagères. Des projets pourraient se mettre en place, en co-construction avec l'ensemble des intervenants.

Un participant demande s'il serait possible de retirer le mot « eau de javel » au niveau des lois françaises et de le remplacer par « seringue ».

Julien MOREL D'ARLEUX explique que lorsqu'il est revenu en établissement en 2010, en matière de désinfection de l'eau de javel est distribuée aux détenus mais qu'ils s'en servaient principalement pour nettoyer leur cellule.

Pascale BEAUPÈRE a commencé à travailler dans les prisons de Lyon en 1989. De l'eau de javel avait été introduite en raison de la surpopulation, de l'émergence du SIDA et parce que les détenus n'avaient rien pour désinfecter leur coupe-ongles. Cela a été généralisé dans toutes les prisons. Le produit distribué était dilué afin qu'il soit sans danger pour les surveillants et pour les détenus en cas d'ingestion.

Miguel VELAZQUEZ insiste sur le fait qu'il y a un consensus par les différentes associations, notamment Amnesty International, le Syndicat de la magistrature, Médecins du monde ou AIDE, pour mettre en place le nouveau décret d'application du Code de santé publique. Le précédent avait été refusé, car il encadrait beaucoup trop la RdR. L'avocat du Collectif a adressé un courrier au ministre de la Justice en ce sens. Connaissant la frilosité des administrations, en l'absence d'un décret, la pratique ne sera pas généralisée.

TABLE RONDE – DROITS HUMAINS ET LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ

Jean-Pierre DAULOUEDE indique que les spécialistes des contrôles des lieux de privation de liberté n'ont pas pu venir, en raison d'un calendrier très contraint. Le contrôle des lieux de privation de liberté a été créé en 2008. Il s'agit d'un organe de contrôle indépendant. L'équipe est composée de plus d'une quarantaine de collaborateurs. Des rapports publics sont rédigés et envoyés aux diverses assemblées. Il y a au total 40 000 lieux de privation de liberté. Le souci premier est de s'assurer que les droits fondamentaux sont respectés dans ces lieux. Il faut se réjouir de l'existence de ce contrôle. De fait, pendant très longtemps, l'administration pénitentiaire était le maître des lieux. La création de ce contrôle a heureusement été consacrée.

Jean-Pierre DAULOUEDE souligne qu'il y a un engagement extrêmement fort des personnes et qu'elles sont trop peu nombreuses en France. En tant qu'ancien usager de l'administration pénitentiaire, il remercie les intervenants pour leur action. Les prisonniers dont il est question sont des sacrifiés de la société. Les professionnels qui les accompagnent sont les rares personnes qui s'intéressent à leur sort et portent un regard humain sur eux. Ils sont là pour rappeler qu'il existe de bonnes pratiques et des façons d'opérer en milieu carcéral qui ont des résultats positifs. Force est de constater que la France a du mal à généraliser les bonnes pratiques.

Muriel Grégoire, CSAPA Floréal, Aix-en-Provence

Muriel GREGOIRE remercie Monsieur DAULOUEDE pour son invitation. Elle se présente en tant que psychiatre-addictologue, responsable du CSAPA Floréal d'Aix-en-Provence depuis 5 ans. Elle a découvert la pratique professionnelle en détention. Cette expérience a changé un certain nombre de choses sur ses représentations personnelles sur la prison et sur ce qui s'y passe.

Son travail porte sur tout type d'addictions. La question de la détention fait penser à la liberté de choix en termes de consommation et d'aide. Le psychiatre a pour but de soigner l'âme et les maladies mentales. Il y a des soins obligatoires en psychiatrie. Les hôpitaux psychiatriques sont des lieux de privation de liberté. Le milieu hospitalier est également un lieu de privation de liberté, avec un objectif différent et avec un accompagnement plus libre. En addictologie, les soins sont libres. En psychiatrie, ce n'est pas toujours le cas. Toutefois, il y a quelques exceptions, notamment les obligations de soin. Il est préférable de passer par une obligation de soin plutôt que de se retrouver en prison pour usage de drogues. Certaines personnes refusent de se plier à l'injonction thérapeutique, car il faut rendre compte à l'administration judiciaire.

La notion du choix dans le soin est primordiale. Les familles ne le comprennent pas toujours. Les urgences psychiatriques sont là pour répondre aux urgences. Pour hospitaliser une personne sous contrainte, il faut un trouble psychiatrique avéré avec un danger imminent pour elle ou pour autrui. Le fait d'obliger une personne à se soigner peut avoir une vraie incidence en psychiatrie. En revanche, en addictologie, cette condition ne peut pas être requise. Le choix est plus subtil. Les personnes qui se font hospitaliser pour des questions psychiatriques associées à des consommations de produits, régulièrement, elles peuvent être mises à la porte rapidement en tant qu'usagères. Ils peuvent mettre en danger d'autres patients.

Le CSAPA Floréal est un CSAPA hospitalier dépendant d'un hôpital psychiatrique. Tous les médecins qui y travaillent sont donc psychiatres. Les infirmiers en poste ont souvent travaillé en psychiatrie avant. Le CSAPA reste une structure médico-sociale. Un certain nombre de patients ont la double

casquette, psychiatrie et addictologie. En tant que médecin-psychiatre, Muriel GREGOIRE est obligée de faire des gardes aux urgences psychiatriques d'Aix. Elle fait également des astreintes à l'hôpital psychiatrique de Montperrin. Dans ces lieux de privation de liberté, certaines situations sont parfois choquantes. Le manque de moyens humains ne permet pas d'accompagner correctement les patients.

La question des hospitalisations sous contrainte est subjective. Cela dépend du psychiatre. Il y a un intérêt à se rendre dans d'autres structures pour voir d'autres réalités. En psychiatrie, la loi essaie de contrôler la notion de privation de liberté. Les juges des libertés s'y intéressent, mais en réalité, le décalage entre les exigences et les moyens est flagrant.

En intra hospitalier, Muriel GREGOIRE a assisté à la création d'une unité de soins intensifs (USI) dédiée à l'isolement dans chaque service. Si une personne avait besoin d'être contenue, l'idée n'est pas simplement de la mettre en prison. C'est aussi une contorsion psychique et physique. Aujourd'hui, l'USI compte une quarantaine de lits. Les moyens d'un service classique ont été transférés dans un service beaucoup plus restrictif au niveau des libertés. Il y a davantage d'infirmiers et de psychiatres par patient. Toutefois, les personnes sont tout de même enfermées. La réponse a été la restriction plutôt que l'ouverture. À l'époque, l'idée était d'ouvrir les portes. Il n'y avait pas plus de fugues.

Muriel GREGOIRE revient sur la notion de détention. Le confinement a été une période de restriction des libertés pour tous. Il a encore plus appuyé les inégalités qui existent avec les lieux de restriction de liberté que sont l'hôpital et la détention. Le représentant des lieux de privation de liberté a été saisi. Les restrictions étaient largement supérieures et sont arrivées avant le confinement dans les prisons, les QSM et les hôpitaux. Elles se sont poursuivies après la fin du confinement. Les patients intra hospitaliers n'étaient pas autorisés à sortir. Plus aucune activité n'était organisée. Les droits fondamentaux ont été bafoués pendant cette période. La manifestation de troubles psychiatriques est la seule raison pour laquelle on peut enfermer des personnes. On ne peut pas les enfermer pour des raisons infectieuses. Il s'agit donc d'un vrai glissement sur la question des libertés. Pendant le confinement, les troubles psychiatriques et les tentatives de suicide ont fortement augmenté. Les urgences psychiatriques accueillaient un adolescent sur 8 ou 9 adultes. L'usage des drogues a fortement augmenté chez les usagers, en particulier ceux qui étaient très isolés.

Pour revenir sur la détention, l'accès aux soins, la communication et le travail ont été enlevés. Cela existe déjà hors confinement. Les CSAPA référents n'ont que du temps de travailleur social (0,5 ETP) et pas de temps médical, psychologique ou infirmier. Le service psychiatrie demande à ce que les CSAPA fassent plus d'addictologie. Il faut s'entendre avec les autres structures pour pouvoir répondre à certaines demandes. L'antenne de Salon, il y a beaucoup de fumeurs de cannabis. Ils ont tendance à stopper leur consommation en détention. Les arrivages de cocaïne sont variables. De l'alcool passe parfois par des gardiens. Les médicaments sont prescrits par les unités sanitaires. Ils sont souvent détournés au sein de la prison. Il y a beaucoup de stigmatisation, car les traitements sont amenés dans les cellules. Certains détenus veulent changer de produit de substitution pour cette raison. Cela pose la question de la sécurité et de la dignité des détenus.

Muriel GREGOIRE donne quelques exemples positifs de prise en charge en détention. L'arrivée d'une éducatrice a beaucoup changé la prise en charge. Elle a une approche sociale de soutien psychologique. Au niveau local, le Directeur adjoint est plutôt ouvert que la question de santé. Il accueille favorablement les propositions. Des actions sont réalisées en partenariat avec des associations de la région. Une journée a été organisée avec le coach sportif de la prison. Des journées d'action seront

menées sur les violences et les violences faites aux femmes. Les actions sont menées au niveau pour que cela ne s'ébruite pas.

Muriel GREGOIRE trouve difficile de travailler en prison. Cette expérience lui a permis de casser ses représentations sur la détention. Il y a un décalage entre ce qui est demandé aux professionnels, ce qui est demandé aux détenus et ce qu'il est possible de faire. Les injustices se poursuivent au sein même de l'établissement, ce qui ne facilite pas l'intégration de la loi symbolique à la sortie. Si les règles ne sont pas respectées à l'intérieur, il est difficile pour les détenus de s'en emparer.

Les soins obligés en psychiatrie ne se font que pour des raisons psychiatriques. En addictologie, ce n'est jamais le cas. Il y a simplement la notion d'obligation de soin. Il conviendrait d'avoir plus de moyens pour proposer davantage d'entretiens et réduire le délai d'attente. Il est important de reconnaître le travail des professionnels en détention et en intra hospitalier. Il peut parfois y avoir un peu de maltraitance du fait du manque de moyens et de l'enfermement dans des pratiques. Il faut partager les bonnes pratiques. Les infirmiers font des entretiens en intra hospitalier de patients addicts et psychotiques pour évaluer leur état ou pour éviter qu'ils ne soient mis dehors trop rapidement. Ces accompagnements permettent à chacun de retrouver sa liberté.

Jean-Pierre DAULOUEDE invite Monsieur BOLO à témoigner de son action en milieu carcéral.

Paul Bolo, Médecins du monde

Paul BOLO a commencé à travailler à Médecins du monde en 1987. Il est aujourd'hui à la retraite. Il a animé le Pôle Population Éducation et Solidarité (PPES) de Nantes. Lorsqu'il a été basculé dans le droit commun, il a monté un programme de promotion de la santé auprès des TDS. S'en est suivi la création de la structure PALOMA, puis la création, avec d'autres intervenants de Médecin du monde, d'un programme expérimental sur les démarches communautaires en milieu carcéral.

Médecins du monde n'est pas, au contraire d'autres associations comme AIDES, une association « communautaire ». Au fur et à mesure du temps passé auprès des usagers et des TDS, la démarche communautaire s'est imposée. Seule cette démarche peut être efficace et produire de l'action et résultats, tant sur le plan des professionnels impliqués que sur le plan des publics qui peuvent ainsi modifier leur parcours. Médecins du monde va où les autres ne vont pas. Il n'est pas commun d'agir en milieu carcéral. L'association vise le changement social, y compris en milieu carcéral.

Dans la démarche communautaire en santé, ce qui est important, c'est la démarche et non la santé. C'est la participation à cette démarche et au processus qui est plus importante que l'objectif. Au fil des rencontres et des représentations qui s'effondrent petit à petit, le lien entre les différentes communautés et les personnes qui participent aux rencontres, va permettre de modifier, de revenir en arrière et de faire baisser, par exemple, des préjugés sur les seringues ou la santé sexuelle. Ce n'est pas une démarche verticale. Ce ne peut être qu'une démarche horizontale.

À Nantes, il y a déjà de nombreux services de santé. Les membres de l'association ont rencontré tous les professionnels de santé. Comme dans le droit commun, en détention, il y a des personnes pour qui le soin n'est pas une priorité. Leur priorité est la sauvegarde. Par ailleurs, il y a des allophones. La situation est schizophrénique. Tout est encadré, mais rien ne fonctionne. Par conséquent, la recette de Médecins du monde a été appliquée : « l'aller vers », c'est-à-dire aller librement vers les personnes en promenade, à l'invitation des détenus. De fait, la promenade est le seul lieu où les détenus sont seuls, sans surveillants.

La détention avec des populations captives n'est pas si simple. La population est plurielle : certains sont enfermés 24 h/24 dans des maisons d'arrêt et d'autres sont incarcérés pour de plus longues peines. La détention influe aussi sur les professionnels. Les personnels de surveillance et les personnels de santé sont aussi impactés par cette captivité. Au bout d'un an, le programme a été revisité en parlant de la détention globale. Toutes les corporations et tous les groupes populationnels que sont les détenus, les surveillants, les administratifs et les personnels de santé participent à la détention et d'une façon ou d'une autre, présentent des problématiques assez similaires. Le but de « l'aller vers » est de susciter des rencontres, de nouer des liens de confiance et de proximité dans une posture de non-jugement. Le motif d'incarcération n'a pas d'intérêt. Le plus important est l'accès aux soins et le soin dans sa version la plus holistique. Susciter l'envie signifie susciter l'envie de travailler avec les membres de l'association. L'envie ne se décrète pas. Elle participe à la reprise de confiance en soi, à une parole libérée dans un lieu protégé. Cela permet de redonner de la dignité à des personnes affaiblies et dévalorisées. Cela permet de changer le regard porté les uns sur les autres.

En détention, il y a des réductions de peine. En participant aux ateliers de Médecins du monde, les détenus n'obtiennent pas de réduction de peine. L'important est de participer. Cela a marché jusqu'à la survenue du Covid. Le programme de démarche communautaire s'est effondré pendant près de deux ans. Les mesures anti-Covid n'ont pas été déclinées de la même manière que dans le droit commun. Les associations ne peuvent plus aller dans les cellules. Les surveillants qui étaient au départ très méfiants avaient baissé un peu la garde. Le Covid a détruit ce lien et il faut reprendre à zéro, susciter de nouveau l'envie du collectif, dans le but de passer d'une expérience individuelle à une problématique commune partagée. Cela se fait au travers d'ateliers hebdomadaires ou plus régulièrement. Les ateliers représentent plusieurs groupes aussi bien à la maison d'arrêt que dans la détention générale. Il s'agit déjà d'un progrès. En maison d'arrêt, cela nécessite des autorisations de l'administration pénitentiaire. Il faut s'adapter à des avancées et des reculs. Ce qui prend un mois hors les murs prendra au moins 6 mois en milieu carcéral. Il ne faut rien lâcher, car toutes ces actions amènent de la paix sociale. De ce fait, l'administration est plutôt satisfaite de l'intervention des associations. Cela fait un poids de moins à gérer. Le lien se crée par un espace accueillant et convivial. Une séance dure environ 1 h 30. Les détenus sont libres de parler ou de ne pas parler. Ils sont libres de quitter la séance. Chacun doit trouver sa place et pouvoir s'exprimer librement. C'est du pragmatisme et du réalisme.

La coordinatrice et la facilitatrice communautaire travaillent en binôme avec un groupe de bénévoles. L'action se fait toujours à deux pour animer correctement les ateliers et avoir un regard croisé. Le but est de faciliter la communauté et la création d'une communauté. La démarche communautaire s'appuie sur les compétences de chacun des participants et participantes. Chaque personne a un savoir expérientiel. Les groupes de Médecins du monde ne sont pas là pour se substituer aux partenaires, mais pour les inclure dès le début de l'action. Les partenaires sont conviés chaque fois que leur expérience est utile au sujet. L'association est partie de demandes de détenus et de personnels de surveillance. Le niveau de la formation de l'École nationale d'administration pénitentiaire (ENAP) est du niveau du BEPC. Il faut pouvoir proposer des formations adaptées aux professionnels. Favoriser le dialogue entre les communautés et les partenaires est essentiel. Une fois la problématique posée, les détenus sont invités à proposer des noms de participants et des objectifs. Aux groupes d'inviter à la table les différentes communautés.

Des textes régissent les permissions de sortie pour raison de santé. Dans les 6 derniers mois de la peine, ces permissions peuvent être accordées. La personne peut aller librement à des rendez-vous

médicaux. À Nantes, il n’y avait que deux demandes par an. Les centres de détention étant en périphérie des villes, les détenus sont perdus lorsqu’ils doivent se rendre en centre-ville. Médecins du monde s’est emparé du sujet en accompagnant les personnes. Il y a désormais 300 ou 400 demandes de permission par an.

Les mots « détention » et « groupe » sont antinomiques. La détention est le monde de l’individuel. Tout groupe en détention est susceptible de subversion. Ce risque est permanent en formant des groupes. À la Maison d’arrêt des femmes, les femmes, grâce à la présence de Médecins du monde, ont réussi à se constituer en groupes élus autorisés par l’administration représentantes des femmes détenues.

Le Code de santé publique s’applique en détention. La loi s’applique « selon des modalités adaptées au milieu carcéral ». En ce sens, des professionnels de santé s’arrogent un pouvoir de refuser une substitution à l’arrivée des personnes en détention et d’autres choses. Il faut sensibiliser les professionnels et modifier leurs représentations sur le champ de la réduction des risques. Médecins du monde veut travailler sur les champs des consommateurs, de la santé sexuelle, des modifications corporelles/tatouages, du tabac, de l’alcool, etc. Tous ces champs d’addiction sont des portes d’entrée. L’entrée se fait toujours par les mêmes biais, c’est-à-dire la démarche communautaire en santé, avec les professionnels et les détenus. Au cours des échanges, des liens sont tissés.

Discutant : Gabi Mouesca, la Ferme d’Emmaüs, Tarnos

Gabi MOUESCA estime que le temps fera son effet sur ces sujets. Le temps qui passe équivaut à beaucoup de souffrances pour les détenus, leurs familles et le personnel administratif. La prison est un lieu de désocialisation. Bien trop souvent, la prison est pathogène. Les personnels soignants qui interviennent en prison sont dans un pays où le principal statut n’est pas leur statut professionnel, mais leur statut de citoyen et citoyenne. La réalité carcérale est aujourd’hui catastrophique et chacun porte une co-responsabilité. En France, chaque décision de justice rendue quotidiennement est rendue entre citoyens et citoyennes. Par ailleurs, l’administration pénitentiaire fonctionne avec les impôts. Il est inimaginable de parler d’insertion ou de réinsertion sans parler de soins en prison et après la prison. Il y a en prison de plus en plus de malades psychiatriques, des personnes souffrant d’addictions multiples. Ces problèmes sont méconnus en détention et ne sont pas traités. Les personnels soignants entendent en prison de propos inacceptables. Le fait de ne pas dénoncer ce qui est attentatoire à l’esprit démocratique et républicain, c’est accepter, voire collaborer. Le contrôleur des lieux de privation de liberté est un service citoyen. S’il y a nécessité de témoigner, les citoyens et citoyennes qui interviennent en milieu carcéral ont ce devoir. C’est du terrain que viendra le changement. Chaque changement positif touche une minorité de personnes en milieu carcéral. Or, la responsabilité des citoyens est de porter un regard sur la majorité. La prison régurgite chaque jour, une cohorte d’individus qui sont incapables de vivre normalement dans la société, en respectant la loi et les relations humaines. Si les détenus étaient en capacité réelle d’ester en justice pour porter plainte, chaque directeur de prison serait condamné chaque jour par les tribunaux. La prison est un réel problème. Il y a eu des évolutions considérables ces dernières décennies, mais la prison, ce lieu au centre des cités vit encore au Moyen Âge.

Gabi MOUESCA encourage les professionnels soignants et les citoyens qu’ils sont à se rendre dans les prisons

Un participant prend la parole en tant que médecin-addictologue au CHU de Nantes.

Concernant les précédentes interventions, il se dit en désaccord avec beaucoup, sur un certain nombre de points. Certains intervenants affirment que l'accès aux soins des personnes privées de liberté serait moindre que pour la population générale. Ils estiment également que les soignants sont impactés, imprégnés et contaminés par l'ambiance régnant dans les prisons. Le mot « collaborateur » a été lâché. Cela fait beaucoup. Le discours est à sens unique depuis ce matin. Il est dommage de ne pas avoir invité des contracteurs, comme des surveillants et des personnes de la Direction générale de l'Offre de soins (DGOS), de la Direction de l'Administration pénitentiaire (DAP) ou du ministère de la Justice. De fait, la contradiction permet d'apprendre plus.

Certains adultes de 30 ans ne savent rien faire, car ils sont trop assistés.

Paul BOLO explique qu'un travail a dû être mené pour amener les personnels soignants et les groupes de surveillants à collaborer. C'est cela l'impact de la détention sur les professionnels. Certains détenus estiment que les professionnels de santé qui acceptent de venir travailler avec des « sous-hommes » comme eux ne sont pas de vrais médecins. Lorsqu'une personne a une pensée, cela transparait forcément dans son attitude. Le métier en détention est particulièrement difficile.

Par ailleurs, le fait d'accompagner les détenus à leurs rendez-vous médicaux ne consiste pas à les prendre par la main. L'accompagnement se fait au départ pour les mettre en confiance. Il n'y a jamais d'infantilisation. L'infantilisation est plutôt du côté du non-droit et de l'absence de paroles.

Gabi MOUESCA ajoute que si la personne n'était pas accompagnée pour aller à la rencontre d'un médecin, souvent, le juge d'application des peines n'accorderait pas l'autorisation. L'accompagnement est une nécessité rassurante.

Paul BOLO rappelle que Julien MOREL D'ARLEUX expliquait ce matin qu'il ne faisait pas reposer toute la responsabilité sur les surveillants, au contraire. Le rapport avait mis en exergue des réticences. Des échanges ont eu lieu avec les représentants syndicaux. En matière de législation, ce décret est indispensable pour préciser les conditions de l'application de l'article du Code de santé publique. Il n'y a pas de méchants ou de gentils. Il y a une frilosité du gouvernant. Le cadre juridique est réclamé par toutes les associations qui font partie du collectif ainsi que des personnes extérieures.

Un participant est directeur d'un établissement médico-social. Il s'agit du CSAPA référent du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan. Il formule un vœu non pieux. L'intervention de M. BOLO donne encore plus envie d'améliorer la liaison et la compréhension des expériences respectives en détention. Sans cette liaison, le dialogue est impossible.

SESSION PLÉNIÈRE

Vinciane Saliez, I.Care, Bruxelles, Belgique

Vinciane SALIEZ avait un quart-temps pour travailler en prison avec l'objectif de faire rentrer la réduction des risques en prison. En 2005, les directeurs d'établissement affirmaient qu'il n'y avait pas de drogue au sein de leur établissement. Ces 10 années de travail se sont traduites par de nombreux échecs.

En 2015, l'association I.Care a été créée pour travailler sur les questions de promotions de la santé et d'accès aux soins en milieu carcéral. I.Care est un laboratoire d'innovation en santé en milieu fermé. Les stratégies d'intervention passent de la stratégie de l'autruche à la stratégie du renard. La stratégie du renard suppose d'utiliser la ruse pour tenter d'améliorer le système.

Une déclaration de l'OMS sur l'essentiel de la santé en milieu carcéral (2007) insiste sur le fait que la santé n'est pas que l'affaire des soignants. L'environnement doit également faire santé. Il est primordial de regarder la santé dans son sens large et de voir comment l'environnement joue un rôle sur le bien-être des personnes et leur réinsertion.

La Belgique est un pays fédéral avec une répartition des compétences très complexe. Il y a 9 ministres de la santé. Les soins de santé en prison sont toujours sous la tutelle de la justice. Un transfert de compétences est prévu pour janvier 2023. Il y a très peu de données qualitatives et quantitatives. Les problèmes non répertoriés n'existent donc pas. Le contrôle des lieux de privation de liberté existe en France depuis 2005. La Belgique a également signé le protocole en 2005. Une loi est sortie en 2018, mais le protocole n'a jamais été officiellement ratifié. Il n'existe donc pas de mécanisme national de prévention de la torture et des traitements inhumains. Un conseil central de surveillance et des commissaires locaux ont été mis en place. Leur force de frappe est quasiment nulle. De nombreuses missions sont confiées aux associations, mais les financements sont précaires. L'association I.Care dispose de 16 ETP pour mener ses missions. Elle s'occupe de l'ensemble de l'accompagnement psychologique, social et en promotion de la santé. La prison de Saint-Gilles à Bruxelles compte 930 détenus pour 500 ou 600 places. Il manque de personnels de surveillance pénitentiaire et de professionnels de la santé dans les établissements. Les grèves sont nombreuses.

Les missions d'I.Care sont les suivantes :

- Une vision globale et environnementale de la santé ;
- Une attention spécifique portée aux minorités, notamment les femmes, les personnes transgenres et les personnes en situation irrégulière ;
- Les actions sont tournées vers la participation et le renforcement du pouvoir d'agir ;
- Une volonté de travailler en complémentarité avec le département soins de l'administration pénitentiaire et les services médicaux ;
- Une volonté de visibiliser et de décloisonner la prison (rassembler les acteurs du milieu carcéral et du milieu libre pour diminuer la fracture de part et d'autre) ;

La logique de travail de l'association est influencée par le travail mené sur la réduction des risques, notamment l'aller vers. Beaucoup de détenus n'ont pas accès aux soins pour des raisons diverses. Ces personnes ont des besoins et pas forcément de demandes. Il faut aller les chercher.

Les stratégies d'intervention sont multiples :

- Entrer avec un mandat clair ;
- Conserver sa liberté (choix des financements) ;
- Choisir ses lieux d'interventions selon les objectifs ;
- Aller au plus proche des réalités ;
- Approcher les minorités ;
- Travailler autant que possible avec l'administration pénitentiaire ;
- Développer des partenariats avec le monde du dehors ;
- Réfléchir « comme à l'extérieur » ;
- Observer ;
- Consulter ;
- Favoriser la participation ;
- Évaluer ;
- Concilier action sur le terrain et plaidoyer politique.

La promotion de la santé est une approche qui contribue à améliorer la qualité de vie des populations, au travers d'actions et de projets qui agissent sur les facteurs déterminant la santé. Il faut travailler à changer le système. Cela aide l'équipe à travailler contre son impuissance. Pour exemple, le travail mené contre la précarité menstruelle en milieu carcéral. Pendant deux ans, l'association a distribué des protections périodiques aux femmes. Il faut toujours travailler en parallèle le plaidoyer et l'action de terrain pour avancer.

Dans le travail de proximité fait avec les personnes détenues, les professionnels s'adaptent au milieu carcéral. Toutefois, il ne faut pas pousser l'assistance trop loin, au risque d'avoir des influences néfastes sur la réinsertion. Pour leur survie, les détenus opposent une certaine résistance via des pratiques souterraines. Les pratiques souterraines peuvent avoir un rôle intéressant en termes de libertés. La réduction des risques est une nécessité dans les unités sanitaires. Or, la situation est encore pire qu'auparavant en la matière. La souffrance au travail des surveillants et l'absentéisme au travail sont à des niveaux tels qu'il est impossible de rassembler une quinzaine de personnes autour de la table. Les actions se limitent à des brochures d'information. L'accès au dépistage VIH/VHC est très limité, car cela coûte cher en prison. Aucune mesure d'arrêt du tabac n'est mise en place. Les patchs ne sont pas bon marché.

I.Care propose une approche globale avec pour objectif de renforcer les compétences psychosociales des personnes détenues, en passant par l'individuel, le collectif et le communautaire, en travaillant sur l'environnement et le plaidoyer politique. Les actions sont menées en fonction des constats sur le terrain. Cette approche a permis de développer un certain nombre de projets, en partenariat avec des spécialistes. Par exemple, le projet *Side Care* propose d'accompagner les personnes à la sortie ou dans les extractions pour raisons médicales.

Il n'est pas facile d'évaluer un accompagnement en promotion de la santé. Cela a été fait pour deux actions d'I.Care. Pour le projet Cellul'Air : Un service de l'université de Louvain est venu évaluer le projet pour voir par quels mécanismes intermédiaires on peut attendre un impact : perception d'être considéré, relation de confiance, sentiment d'efficacité personnelle, amélioration de l'estime de soi, sentiment de sécurité et de liberté de la parole. Le tout amène à une amélioration de la santé. Le Projet Crypto, à destination des publics HSH est très difficile à mettre en œuvre. Travailler sur les questions de sexualité en prison est un travail de longue haleine, notamment en raison d'une homophobie très présente chez les surveillants comme chez les détenus. L'idée du projet est de décrypter et de dépasser

les préjugés dans le domaine. Par ailleurs, l'association Modus Vivendi a mis en place des opérations boules de neige en milieu carcéral. Le projet a été mis en place en 1989. L'idée était de faire confiance à des consommateurs de drogue en leur donnant pour missions de transmettre des informations à d'autres usagers dans une démarche de prévention par les pairs. Depuis 2006, une quinzaine d'opérations boules de neige ont été développées par I.Care. Le projet fonctionne bien, mais n'est pas toujours facile à mettre en place, notamment du caractère payant en Belgique (125 euros). Ce projet a été développé dans différents pays, via des financements européens. Cela permet d'aller au-delà de ce qui peut se faire dans les unités sanitaires.

Un participant fait observer que la majorité des personnes incarcérées en France sont issues des minorités d'ascendance postcoloniale. Il s'interroge sur la tolérance des populations carcérales correspondant au même segment sociologique en Belgique, à l'égard des TSO. En France, il y a une intolérance à l'égard des personnes qui sont identifiées comme des usagers de traitements de substitution. Cette intolérance est sans doute le problème majeur pour la diffusion de ces traitements.

Vinciane SALIEZ affirme que, comme en France, le système belge est pensé pour la majorité et non en fonction des besoins. S'agissant des TSO, les détenus n'expriment pas une intolérance particulière dans le quotidien. En revanche, les médecins sont très réticents à prescrire.

Un participant comprend que le dépistage systématique des IST, en particulier VIH/VHC, est pratiquement inaccessible en Belgique, au regard du prix de l'examen et d'autres considérations. En France, le dépistage est systématique et gratuit. D'autres pathologies sont parfois détectées au cours de ces dépistages. Les soins qui en découlent sont également gratuits.

Il comprend par ailleurs que les équipes de soignants belges sont des salariés du ministère de la Justice et non du ministère de la Santé.

Vinciane SALIEZ le confirme. Cela pose des problèmes fondamentaux en termes de conflit de loyauté. Nombre de soignants réfléchissent selon une logique économique. Cela est lié à cette dépendance à la justice. En outre, les soignants ont un statut précaire. Ils n'ont pas accès à des formations spécifiques. Ils ont peu de temps pour suivre les patients. La durée moyenne d'une consultation est de 4 minutes. Les jeunes médecins quittent souvent la prison au bout de 6 mois d'activité. L'ensemble fait que la situation est très problématique. Les équipes médicales sont résistantes au transfert vers le ministère de la Santé.

TABLE RONDE – PRATIQUES DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Discutant : Fadi Meroueh, CHU de Montpellier

Fadi MEROUEH souligne la présence d'un panel européen aujourd'hui, notamment la Suisse, l'Espagne. Le retard des TSO dans les prisons françaises a été souligné ce matin. Toutefois, la France est le 5^e ou 6^e pays à les mettre en place dans les prisons. Il y a des décrets d'application. En 1994, la loi relative à la santé publique et à la protection sociale précise que le droit à la santé doit pouvoir s'exercer pleinement dans les établissements pénitentiaires. En 2009, la loi pénitentiaire parle d'équivalence des soins. Dans le guide méthodologique, il est inscrit que « l'usage de seringues non distribuées par les unités sanitaires, est autorisé. » La loi de 2016 a été votée, mais il n'y a pas eu de décret d'application. Un médecin ou un soignant qui fait de la réduction des risques n'est donc pas hors la loi. Au CHU de Montpellier, diverses actions sont mises en place : sessions d'information, dépistages, délivrance de traitements de substitution, délivrance de traitement contre les hépatites, campagnes de vaccination, groupes de parole, PES, etc. En France, il est possible de mettre en place des outils de réduction des risques.

Bastien Guillermin, CSAPA Aporia, Nanterre

Bastien GUILLERMIN se présente en tant qu'éducateur de formation. Il travaille depuis 2014 au CSAPA référent Aporia qui intervient au sein de l'unité sanitaire de la Maison d'arrêt de Nanterre. Il propose de faire un focus sur la prise en charge pharmaceutique au sein de cette maison d'arrêt.

La Maison d'arrêt de Nanterre compte 572 places théoriques. Dans les faits, il y a un peu plus de 900 détenus. L'unité sanitaire est gérée par l'hôpital Max Fourestier de Nanterre. Le CSAPA référent est une petite équipe : 1 chef de service, 2 éducateurs à temps plein, 1 psychologue à temps plein, 1 médecin-addictologue deux jours par semaine, 1 assistante sociale et 1 personne en charge de la coordination des groupes d'éducation et de prévention. L'administration pénitentiaire et l'hôpital public sont deux institutions qui ne fonctionnent pas très bien. La vision pragmatique d'un intervenant extérieur est essentielle. L'enjeu est de transmettre des compétences et des expertises à des personnes qui n'en sont pas nécessairement dotées. Cela permet ensuite de faire en sorte que les actions soient validées. Plus l'approche est pédagogique, horizontale et communautaire, plus il sera possible de mettre en place des actions.

Il y a des risques spécifiques à la prison et des typologies de publics différentes. À Nanterre, la surpopulation est un frein aux accompagnements et une donnée importante. En 2019, le CSAPA Aporia a été sollicité par le RESPADD pour mettre en place une action autour de la mise à disposition de 500 dispositifs de cigarettes électroniques. Cette étude devait également permettre d'offrir des formations à la tabacologie aux personnels soignants des unités sanitaires, en incluant les surveillants. L'étude a pris fin en mars 2020, au moment du confinement. Le CSAPA a été débordé par les demandes, ce qui démontre un retard sur la prise en charge et une sous-évaluation du sevrage nicotinique souvent forcé en arrivant en prison. Le syndrome de sevrage n'avait jamais été évoqué et évalué. En prison, le tabac peut être une monnaie d'échange. Le risque est de se retrouver en dette. L'idée de cette étude était d'évaluer la dépendance et de délivrer immédiatement des substitutions nicotiques. Il y a 25 % de fumeurs en population générale et près 80 % en prison. Ce projet a permis au CSAPA de revoir sa manière d'aborder les entretiens. Le bureau du CSAPA fait fonction de respiration pour les détenus.

En proposant cet espace, l'accompagnement proposé ensuite sera beaucoup plus simple. Le fait d'inclure l'administration pénitentiaire dans cette étude a permis de leur expliquer l'approche générale. L'équipe étant ainsi informée et formée a permis de faire adhérer à un modèle.

Le dépistage est théoriquement systématiquement proposé à chaque personne détenue. Il faut suffisamment de professionnels pour proposer un accompagnement de qualité. À Nanterre, il a deux médecins généralistes à temps plein et 3 infirmiers par jour pour 900 détenus. Les consultations durent environ 4 minutes. Dans ce contexte, le cahier des charges ne peut pas être respecté. Le CSAPA a pour mission de proposer des alternatives pour pallier ces manques.

Sans cette volonté politique de rentrer en tant qu'intervenant extérieur, de nombreuses choses n'auraient pas pu être mises en place. Il faut avoir une approche pragmatique et pouvoir discuter avec les partenaires institutionnels. L'équilibre est très fragile. Rien n'est jamais acquis. Stratégiquement, les intervenants doivent trouver des consensus pour faire perdurer les actions, sans rentrer dans une forme de complicité vis-à-vis d'un système potentiellement dysfonctionnant. Tout soignant qui travaille en prison est à un moment ou un autre infiltré par un mode de fonctionnement vertical et écrasant. L'infiltration du pénitentiaire dans les pratiques des soignants doit donc être pensée et travaillée.

Pascale Beaupère, Policlinique médicale universitaire, Lausanne, Suisse

Pascale BEAUPERE remercie le Collectif Galilée pour son invitation. En tant qu'ancienne médecin pénitentiaire, elle ne se reconnaît pas tellement dans l'infiltration pénitentiaire. Elle a toujours essayé de travailler en collaboration avec les directeurs de prison. À la Policlinique médicale Universitaire de Lausanne, elle avait pour mission de coordonner les soins somatiques dans ces prisons, car il y a une pseudo-indépendance entre la médecine et le pénitentiaire.

En Suisse, suite à l'évènement Platz Spitz, il existe la politique des 4 piliers, une loi sur les stupéfiants (LStup 2008). La réduction des risques est l'un des 4 piliers. La loi sur les épidémies est entrée en vigueur en 2016. Les établissements pénitentiaires au nombre de 7 sont répartis sur tout le canton de Vaud. Le service médical est placé à 17 kilomètres de tous ces établissements.

Suite à la loi de 2016, Office de la santé publique a demandé à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de rédiger un rapport sur ce qui se passe dans les prisons suisses. L'IUMSP a émis un certain nombre de recommandations :

- Adhésion et participation des directions pénitentiaires à travers une directive écrite ;
- Appui et implication de l'ensemble du personnel pénitentiaire (service de santé et de surveillance) ;
- Mesures d'accompagnement pour faciliter l'adhésion du personnel ;
- Information proactive pour les personnes détenues ;
- Accès facilité à bas seuil (horaires, critères d'éligibilité) ;
- Suivi par un monitoring du dispositif ;
- Échange de matériel stérile usagé contre du matériel propre (principe de : une seringue usagée contre une seringue propre).

En septembre 2017, à la suite de ce rapport, les chefs d'établissement ont monté un COPIL. Un groupe de travail (GT) a été constitué avec pour mission de rendre un rapport. La responsable infirmière clinicienne a été nommée responsable de ce GT. À son départ, le directeur de la prison a pris le relais. Le GT était composé de membres du SPEN, de membres soignants et de membres de la Direction

générale de la santé. 3 possibilités ont été mises en avant : le distributeur automatique, l'espace de consommation sécurisé ou la remise en main propre. En mai 2018, des visites d'établissement ont été organisées (Genève et Indelbank). À Indelbank, des associations ont mis à disposition des distributeurs automatiques pour les femmes incarcérées. À la prison de Genève, des seringues sont distribuées via des automates et de main à la main. Les paires ont été rencontrées.

Un certain nombre de pratiques ont été imposées :

- La signature d'un contrat entre le soignant et l'utilisateur ;
- Le monitoring des échanges et l'envoi mensuel des résultats ;
- Les échanges d'informations :
 - Utilisation d'un document préexistant ;
 - Noter la présence du matériel d'injection sans plus de précision (insuline, epipen, RdR) ;
 - Information immédiate du SPEN si évènement.
- Contenant boîte flash : 1 aiguille, 1 seringue.

Le contrat précise que la personne qui utilise un produit illicite peut être poursuivie si cela est découvert. Le lieu où se trouve le matériel est également indiqué. Les surveillants sont dotés de gants anti-piqures.

En janvier 2020, il a été décidé de former le personnel. La formation a été assurée par le GREA (Groupement Roman d'Étude des Addictions) auprès des soignants et des agents sécuritaires.

Une phase test de 6 mois a été lancée en août 2020 dans un établissement de 320 détenus (détention avant jugement). Deux patients ont été inclus. Une moyenne de 17 seringues a été distribuée par mois. Sur cette période, 21 détenus bénéficiaient d'un TAO, mais seuls 12 % avaient déclaré avoir déjà injecté des drogues dans leur vie. Les patients ont été respectueux du cadre et ont eu une attitude adéquate durant leur adhésion au programme. L'alliance avec les patients concernés par le programme s'en est trouvée améliorée. En mai 2021, un questionnaire de satisfaction a été adressé aux soignants et aux surveillants. Avant la phase pilote, il y avait 40 % d'avis favorables au niveau SPEN et 60 % au niveau SMPP. Au terme de la phase pilote, il y avait 70 % d'avis favorables au niveau SPEN et 90 % au niveau SMPP. Le programme a été déployé à partir du 1^{er} novembre 2021, en fonction des dates de formation. Au 1^{er} avril 2022, l'échange de seringues était une réalité dans tous les établissements.

Rafa Velasco, prison de Nanclares, Pays Basque espagnol

Rafa VELASCO est infirmier. Il travaille depuis 25 ans dans les prisons espagnoles, en particulier au Pays Basque. Il propose de concentrer sa présentation sur les PES.

En 1994, 1 détenu sur 4 était positif au VIH dans les prisons espagnoles. Plus de 50 % d'entre eux étaient des usagers de drogues. Sur ces 50 %, seuls 40 % étaient usagers de drogues intraveineuses. Le Parlement basque a demandé aux administrations pénitentiaires de réfléchir à une manière d'implanter le PES dans les prisons. Une expérience pilote a été menée dans une prison de 250 détenus. Cette expérience a été positive aussi bien pour les détenus que pour les surveillants. La consommation n'a pas augmenté. Les conflits n'ont pas augmenté. En revanche, il y a une réduction notable des pratiques à risque. À l'origine, le Tribunal de Pampelonne avait reçu une plainte de la part d'une association. Le Tribunal a donc obligé les établissements pénitentiaires basques à instaurer un

PES en novembre 1999 à Pampelonne. Ce PES s'est étendu à toute l'Espagne sur la base du Plan national sur les drogues. Entre 1999 et 2001, 11 prisons espagnoles ont mis en place le PES.

L'administration pénitentiaire a créé un programme-cadre avec un objectif de prévention des maladies dues à la consommation de drogues injectables. La population cible était n'importe quelle personne consommant des drogues par voie d'injection ou par voie intraveineuse. Pour le succès de la démarche, l'information et la formation étaient primordiales. Tous les détenus en provenance d'une autre prison où le programme n'est pas en vigueur reçoivent une information détaillée sur les risques et les alternatives. Il est expliqué que dans le cadre du PES, aucun matériel ne doit être partagé. En Espagne, un professionnel intervient toujours. Il remet la seringue au détenu. Le détenu doit redonner sa seringue pour en récupérer une nouvelle. Dans la cellule, la seringue doit toujours être placée dans un kit de protection, dans un emplacement visible. En cas de fouille de sa cellule, le détenu doit informer le fonctionnaire de l'emplacement de la seringue. Le kit remis au détenu contient une seringue, deux types d'aiguilles, un filtre, une serviette imbibée l'alcool, une cup, une feuille d'aluminium et un préservatif.

Pour qu'un PES puisse fonctionner, il faut informer clairement les fonctionnaires et les surveillants. Il faut lever les peurs liées à l'utilisation de la seringue. Les études démontrent que les risques n'augmentent pas avec les PES. Au contraire, ils diminuent. Le PES permet de remplacer une seringue illégale, souvent partagée avec d'autres détenues, par une seringue utilisée une seule fois. Si un fonctionnaire se pique accidentellement, on connaît tout de suite les risques infectieux auxquels il est confronté. Ainsi, il est possible d'anticiper avec la distribution d'antirétroviraux. Sur le long terme, le risque de transmission des maladies diminue. Cela rend l'environnement de la prison plus sûr et plus salubre en termes de santé.

Le cadre juridique est complet. Les personnes détenues ont les mêmes droits que les personnes en liberté. La réglementation a été changée au niveau des prisons pour que les PES s'inscrivent dans un cadre légal. En 1994, 25 % des détenus étaient séropositifs. Depuis l'introduction du PES dans les prisons, le taux est descendu à 4 %. La tendance est la même pour l'hépatite C. Auparavant, 1 détenu sur 2 était infecté. Désormais, seuls 9 % des détenus sont positifs. Ils sont traités dans 99,9 % des cas par des antirétroviraux. Le nombre de détenus sous traitement à la méthadone en est en baisse constante depuis 1996. Le PES a connu une baisse drastique pendant la pandémie de Covid, car la drogue circulait moins dans la rue et dans les prisons.

De moins en moins d'établissements pénitentiaires espagnols entrent dans le PES, car de moins en moins de personnes utilisent la voie parentérale. En prison, on utilise le PES et le papier d'aluminium. En 2020, 14 prisons utilisaient le PES. 6 prisons utilisaient encore le papier d'aluminium.

Un participant constate que ces mesures sont utiles pour les personnes et pour la société. Il déplore les différences de pratiques entre la France et l'Espagne.

Un participant rappelle que le décret qui interdisait la vente de seringues en pharmacie avait été classé sans suite. En France, le niveau des consommations est toujours un argument contre la mise en place d'une réglementation plus permissive. Cet argument est ambivalent, car il laisse entendre que le but serait de faire baisser la consommation. En Espagne, le niveau de consommation et d'infection au VIH était très important avec une législation beaucoup plus laxiste. Cela laisse à penser que l'objectif n'est pas nécessairement de faire baisser les consommations, mais plutôt d'observer la qualité de ces consommations.

DÉBAT – PRIVATION DE LIBERTÉS ET USAGES DE DROGUES ?

Discutant : Marc Auriacombe, CHU de Bordeaux

Marc AURIACOMBE indique que tout séjour et toute hospitalisation avec un règlement intérieur est un moment de liberté contrôlée.

Marie Auhouanto-Chaspoul, direction de l'administration pénitentiaire

Marie AUHOUANTO-CHASPOUL est conseillère médicale pour la santé des personnes sous main de justice. Elle a pris ses fonctions en octobre 2020. La lettre de mission signée par l'administration pénitentiaire lui confère deux missions : la réduction des risques en détention et la santé sexuelle en détention. L'institution avance lentement.

Elle a rédigé une stratégie de réduction des risques en 10 points. Cette stratégie a été signée et sera adaptée en fonction des résultats de l'enquête qui a été lancée auprès des 187 établissements pénitentiaires. L'enquête est confiée au chef d'établissement. Il lui est demandé de réunir une équipe représentative des agents sous ses ordres pour répondre à ce questionnaire. Le retour est attendu pour le 4 juillet. Une présentation est prévue le 3 octobre. Deux sites pilotes doivent commencer l'usage de la naloxone avec des surveillants.

Dans la médecine, il y a des préjugés. Ces préjugés sont partagés par l'administration et les unités sanitaires. Le préjugé le plus terrible est celui de l'abstinence. La prison n'est pas un renouveau. Il est difficile de lutter contre ce mythe.

Michaël Bisch, RESPADD et centre psychothérapique de Nancy

Michaël BISCH est médecin-addictologue et psychiatre. Il est responsable d'un département d'addictologie au Centre Psychothérapique de Nancy. Il participe au pilotage d'une commission de réduction des risques en milieu carcéral.

Il y a un décalage dans l'arrivée des traitements, de la dénormalisation, de la modification des représentations entre l'extérieur et l'intérieur de la prison. De manière générale, les usages de substances psychoactives à l'intérieur des prisons ne modifient pas forcément les représentations quant à ces usages en milieu carcéral. Une partie importante de la population générale pense que l'absence d'accès à la substance en milieu carcéral fait partie de la punition. Cela existe à l'international. À la prison fédérale américaine, l'absence d'accès au tabac est vécue par les détenus comme faisant partie de la peine. En France, un certain nombre de détenus se font violence pour se sevrer. Dans certains cas, cela favorise les remises de peine. La stigmatisation des usages en milieu carcéral est une réalité. Les professionnels de la réduction des risques travaillent à la déstigmatisation. La stigmatisation par les pairs produit des effets.

Dans un certain nombre d'établissements, il existe des règles de priorisation de cantine. Ces priorisations sont faites avec la représentation que le tabac est un pacificateur. Si ces éléments ne sont pas discutés de manière concrète avec l'administration pénitentiaire, le sujet n'avance pas. Les hommes font les institutions et inversement. Convaincre une personne de travailler individuellement avec des surveillants ne permet pas des mouvements de bascule. En milieu carcéral, le mot risque n'a pas la même signification pour un surveillant. Dans ce contexte, le PES a une vertu symbolique. Cela ne doit pas résumer les outils de réduction des risques. Il y a un risque à aborder la réduction des

risques comme une philosophie ou comme un angle de vue. Cela est flou. Il faut tenir compte du rapport bénéfice-risque. La réduction des risques n'a pas besoin des médecins pour exister. Présenter, aux acteurs du milieu pénitentiaire ou de la psychiatrie, la réduction des risques comme un ensemble de mesures concrètes est plus rassurant qu'une philosophie. S'il n'y a pas d'objectif de maintenir une abstinence durable, il ne faut pas faire de sevrage. Le recours aux psychotropes à l'hôpital est soutenu scientifiquement.

Joachim Levy, Nouvelle Aube, Marseille

Joachim LEVY indique que Nouvelle Aube est un acteur communautaire à l'instar de ASUD. En 2010, une action a été lancée au travers d'un travail de rue spécialisé. L'idée est de recourir au repérage précoce en se faisant inviter dans les lieux de vie, en travaillant sur la qualité de vie et en lançant des démarches d'accès aux soins et à la santé. Nouvelle Aube va là où se trouvent les personnes, y compris en prison.

L'association intervient à la prison des Baumettes depuis 2010. L'action a été mise en stand-by pendant la période Covid et a été relancée vers les départements. L'objectif était d'aller au-delà de l'action élémentaire. L'association travaille désormais sur la préparation à la sortie, l'aménagement de peine, la réduction de peine et l'alternative aux peines. Les usagers de drogues et les personnes avec des problèmes de santé mentale sont largement surreprésentés en prison. Cela engendre des problèmes de surpopulation et d'infestation de nuisibles. Cela nuit à la capacité des personnels de suivre correctement le flux de personnes. L'action de Nouvelle Aube est tournée vers les échanges de pratiques. Le parcours est long et demande beaucoup de patience.

Vivant dans une société de prohibition, les usagers se tournent vers le marché noir où ils trouvent des produits onéreux et de mauvaises qualités. En prison, les produits sont également très chers pour une qualité médiocre. Cela encourage des comportements violents. La présence du VIH/VHC est largement supérieure en milieu de détention qu'en milieu ouvert. Le dépistage est proposé à tous les prisonniers et de nombreux détenus le refusent. Il est très rarement reproposé. L'important est de proposer un parcours de dépistage et une équivalence des soins. La prison est un état d'exception de droits. Il faut faire en sorte que le droit s'applique en tout point du territoire, avec la même intensité, y compris en prison.

Fabrice Olivet, ASUD

Fabrice OLIVET explique qu'ASUD est une association d'usagers de drogues. Il souhaite analyser la question de la réduction des risques en général. La réduction des risques a politiquement échoué. Le paradoxe est de parler de réduction des risques en prison. De fait, la réduction des risques devrait commencer à l'extérieur et ce n'est pas fait. La prison est l'objet de la discrimination par excellence. Les personnes discriminées sont en prison. Les personnes stigmatisées ont une couleur de peau et une religion. L'expérience du SIDA dans les années 80 a fait traumatisme et a permis de changer un peu le logiciel pour sauver des vies, notamment en introduisant le PES. Les études montrent que les seringues deviennent une pratique surannée qui tend à disparaître. Les traitements de substitution sont acceptés, car ils sont repris par le milieu médical. Dès lors, on parle de prescription et de financements. Les laboratoires font en effet d'importants profits. En prison, le cannabis est pratiquement dépénalisé, mais on parle d'échanges de seringues. C'est une forme d'échec qui rend le débat inaudible autour de ce qui devrait être. La grande majorité des détenus sont en prison pour vente de drogues et sont discriminés en tant que tels. Cette partie de la population est assez hostile à la réduction des risques.

L'accompagnement de l'usage de drogues est assimilé à une forme de violence exercée à l'encontre de leur communauté. Ils ont plutôt une approche religieuse de ces questions.

Dans les années 80, l'épidémie d'héroïne parmi les usagers a rempli les prisons d'enfants de l'immigration africaine. Dans les années 80, les cités ont commencé à devenir un centre d'approvisionnement en drogues de la population des centres-villes. Cette population concentre l'essentiel de la vente et aurait donc le droit de consommer des drogues. Les personnes discriminées rendent un service aux personnes non discriminées. Ces cités sont montrées du doigt comme étant des territoires perdus de la République et des zones de non-droit. Le travail de la police a consisté à cibler les populations des banlieues, à les contrôler au faciès et à les incarcérer. Il s'agit d'un traumatisme dans la mémoire des familles magrébines. La principale conséquence de ce drame a été la quasi-disparition de l'héroïne dans de nombreuses cités. Les populations ont pris en charge le nettoyage. Le cannabis s'est substitué à l'héroïne. Peu de travaux ont été consacrés à cette question, à l'exception de Sandrine MUSSO. La question de la drogue dans les citées et par écho, la question de la drogue en prison est la question du cannabis et du « schlag ». Aujourd'hui comme hier, la grande majorité des détenus sont effectivement noirs ou magrébins. 30 à 40 % d'entre eux sont incarcérés pour des faits liés aux filières du cannabis ou de la cocaïne (vente, transport et violence avec arme). La population est masculine, de nationalité française, issue des quartiers et majoritairement jeunes. Cette figure du toxicomane est devenue un repoussoir, un objet dégradé, un souffre-douleur associé à tous les éléments négatifs de la culture carcérale. Cette image impacte directement la possibilité de faire de la RdR en prison. L'administration pénitentiaire se contente d'appliquer la politique de prohibition et c'est la moindre des choses. Le scandale est ailleurs. Il faut porter le débat politique et changer la loi. La plupart des pays européens l'ont fait en matière de cannabis. Il faut se poser des questions sur ce retard français qui rejoint le retard que le pays avait déjà en matière de SIDA à l'époque.

Un participant constate que la France se trouve dans une impasse. L'État a financé des associations de lutte contre le SIDA. L'hépatite C a prolongé la donne, mais on arrive à la fin d'un modèle. Il faut s'attaquer à la loi de 70 une bonne fois pour toutes en transférant le débat au niveau national et du public en général.

Fabrice OLIVET ajoute que les acteurs spécialisés fonctionnent en vase clos. Les débats ont lieu entre personnes convaincues par la nécessité de changer la loi, mais hermétiques à l'idée de s'affronter à des personnes qui pensent radicalement l'inverse et qui sont de plus en plus majoritaires. Le travail d'éducation de la population générale n'a pas été fait. En Suisse, il y a eu des débats dans la société à la suite des 4 piliers. Aux USA, il y a eu des débats dithyrambiques sur la question des minorités. La France est dans le tabou absolu avec ce double point aveugle : la question de drogues et la question des races. Les associations hostiles se réunissent pour encourager l'enfermement des drogués. Il faut confronter ces points de vue pour avancer.

Joachim LEVY fait observer que les centres de rétention sont aussi des lieux de privation de liberté. Il en est de même pour les centres d'hospitalisation. Les sevrages sont parfois mortels et souvent dangereux. C'est la raison pour laquelle il faut accompagner les personnes à leur rythme et dans le respect. Les consommations cachées à l'hôpital sont légion.

Fabrice OLIVET rappelle qu'au départ, la réduction des risques visait à accompagner les consommations de la population française, quelle que soit son origine sociale. Progressivement, les PES, les CARUUD et CSAPA sont devenus des lieux pour compenser le manque de prise en charge sociale. Pour les consommateurs de crack, le crack est le moindre de leur problème. Ces personnes ont

des problèmes de santé mentale, de logement et de prise en charge. L'usage de drogue n'est pas nécessairement un élément de précarité.

Un participant note que ces usagers précaires sont mieux suivis au niveau sanitaire (VIH/VHC) que les usagers de drogues insérés qui ne fréquentent pas les CSAPA et les CARUUD, car trop stigmatisants. Les laboratoires qui s'occupent de l'hépatite C invitent les associations à se rapprocher des médecins généralistes, car ils ont accès aux populations bien insérées. 80 % des usagers de drogues bien insérés sont moins bien suivis que les 20 % restants.

Joachim LEVY s'enquiert de la définition de l'usager problématique selon l'OFDT. L'usager problématique est un usager qui a eu recours à l'injection le mois passé. La stigmatisation commence par là.

Marc AURIACOMBE estime que tous les acteurs réunis aujourd'hui sont d'accord, du fait de l'imprécision commune sur un certain nombre de concepts. La réduction des risques est un concept très large qui renferme peut-être des stratégies relativement différentes. Il faudrait préciser les choses pour être plus efficaces et plus efficaces avec des partenaires extérieurs. Sur l'usage des substances illégales, plusieurs questions se posent : la liberté de l'usage de substances illégales dans la sphère privée et l'usage contraint de certaines substances légales ou illégales (accès aux soins, addiction). Ces différents enjeux sont parfois confondus, ce qui contribue à l'imprécision du débat.

CONCLUSION

Nicolas Bonnet, secrétaire général du Collectif Galilée

Nicolas BONNET se dit particulièrement ravi de clôturer les débats. Il revient sur les moments forts de la journée.

Jean-Pierre DAULOUEDE a rappelé l'accueil inconditionnel et la posture dans l'accueil. Il a rappelé également que Galilée, c'est ne pas oublier comment l'histoire a débuté, notamment avec Médecins du monde et AIDES.

La réduction des risques n'est possible qu'avec des personnels formés, mobilisés, légitimes, connus, reconnus, soutenus par les résultats et pérennes. L'évaluation du travail est extrêmement importante.

Il existe un référentiel d'intervention « *Réduction des risques en milieu pénitentiaire* ». Les liens sont importants avec ces dispositifs. Madame JEANSON a fait réfléchir sur la réduction des risques auprès des publics plus âgés. Le collectif a signé, en avril 2020, la tribune « Donnons du cannabis médical à nos aînés qui en ont besoin pour passer la période de confinement. »

La question est de savoir si la réduction des risques est une politique sociale, sanitaire ou sécuritaire. Le 9 juin dernier, Olivier VERAN a finalement expliqué qu'il n'y aurait pas d'autres « haltes soins addictions à Paris », estimant que ce n'était « pas la réponse adaptée dans cette ville ». Il y a un déficit cruel de la communication sur la réduction des risques. Il convient de trouver les moyens d'obtenir plus d'engagement des pouvoirs publics, notamment avec des formations adaptées.

Monsieur MOREL D'ARLEUX a apporté un double regard. Ses doubles fonctions lui ont permis une reconnaissance des acteurs. Toutefois, le dialogue s'effrite, car il y a parfois une déconnexion entre les services de l'État et l'administration centrale. L'OFDT permet en partie d'avoir des connaissances fiables. Il faut renouer le dialogue entre la santé et la justice. Une nouvelle feuille de route sera présentée prochainement. Le décret d'application de la loi du 26 janvier 2016 existe et peut légitimer l'action. Le modèle de la réduction des risques au niveau du tabac a par ailleurs été évoqué, en termes de prévalence, de substitution, de besoins, de tensions, de violences, etc. Il y a une nécessité d'informer et de former sans totem ni tabou. La réduction des risques passe par la distribution de seringues, mais aussi la prévention dans les champs de la sexualité, des tatouages ou de la musculation. La réduction des risques fonctionne en prison.

Pour aller plus loin, il ne faut plus nier le droit à l'usage.

Nicolas BONNET fait référence à l'ouvrage de Barbara STIEGLER et François ALLA « Santé publique, année zéro ». Il est question de la crise de la santé publique en France et de l'impossibilité à construire correctement la santé publique. La santé publique est l'une des dernières spécialités choisies par les internes en médecine.

Le prochain colloque aura lieu en juin 2023 à Marseille. Les actes du colloque seront produits d'ici quelques semaines. Des vidéos seront également mises à disposition. Galilée, c'est un savoir-faire de réduction des risques, des liens forts d'amitié et de vie professionnelle. C'est également une structure autofinancée. En 2022, après la crise Covid, la santé publique reste un parent pauvre de la médecine et des soins.

Les interventions étaient sincères et touchantes après la pause. Il y a 40 personnes pour 40 000 lieux de privation de liberté. Les usagers de l'administration pénitentiaire sont les sacrifiés de la société. Peu de professionnels portent un regard humain et professionnel.

La question de la détention renvoie à la question de la liberté. La liberté doit rester la priorité. En addictologie, les soins sont libres. En psychiatrie, se trouvent également des lieux de privation de liberté. Les unités de soins intensifs sont un nouveau lieu d'enfermement sanitaire. Le confinement a été un moment de privation de libertés (cf. Charte d'Ottawa). Dans les lieux de privation de liberté, les objectifs, les attentes et les moyens sont très différents.

Certaines actions et innovations sont à noter. La reconnaissance du travail des intervenants est plus fréquente, avec notamment des consultations en intra. Des accompagnements sont nécessaires à chacun pour (re)trouver sa liberté. Tout cela se fait dans une démarche horizontale et participative. Paul BOLO a évoqué la démarche communautaire et les sentiments d'appartenance. Dans cette démarche, il y a une obligation de créer du sens et d'adopter une posture de non-jugement. Parmi les modalités d'intervention, il y a l'aller vers.

La crise Covid a dramatiquement stoppé les interventions. Il faut de nouveau convaincre et reprendre l'action dans des temporalités très différentes pour les acteurs, les détenus et l'administration pénitentiaire. Toutefois, le changement social est possible même en détention. Le temps qui passe représente de la souffrance pour les familles et pour les personnels de l'administration. La prison désociabilise. Elle est pathogène et accentue les inégalités. Le seul statut pour tous est celui du citoyen. Il y a une co-responsabilité du législateur et du financeur. Ne pas le dénoncer, c'est l'accepter et c'est collaborer. La prison est un réel problème, un lieu d'une époque révolue.

Au niveau européen, la politique de l'autruche et la politique du renard ont été évoquées. Il faut pouvoir entrer, avoir un mandat clair, avoir le choix du lieu et n'oublier personne. Le mode recherche doit s'accompagner du mode action et du plaidoyer. Le soin est un enjeu. Il y a des limites à la logique économique du soin. Le SideCare permet d'accompagner la sortie de prison. Comme disait Romain GARY, « *il faut toujours connaître les limites du possible. Pas pour s'arrêter, mais pour tenter l'impossible dans les meilleures conditions.* ».

En milieu pénitentiaire, un soignant qui fait de la réduction des risques n'est pas hors la loi. Le tabac est une première drogue, un outil de dépendance et une monnaie d'échange en prison. La recherche-action est un moyen d'acquérir des matériels, de former et d'inclure les surveillants. Il faut se laisser surprendre par les résultats de la recherche. La réduction des risques est un mode de pensée et un objet politique à préserver.

Nicolas BONNET fait référence à l'ouvrage suisse du Dr Annie MINO et de Sylvie ARSEVER : « *J'accuse. Les mensonges qui tuent les drogués* ». Il s'agit de combattre les idées reçues.

« Nanclares » est un moment d'histoire avec une réponse collective, ordonnée, adaptée pour faire face aux infections en lien avec la consommation d'héroïne.

Au cours du dernier débat de la journée, la feuille de route et la santé sexuelle ont été abordées. L'absence d'accès à la substance fait partie de la punition. Ainsi, la consommation devient un symbole de liberté. Le sevrage est un levier de réduction de peine. Il ne faut pas sous-estimer la sous-estimation par les pairs. En milieu carcéral, la réduction des risques doit être pragmatique et non pas seulement philosophique. La prohibition en prison amène les usagers à consommer des drogues plus chères et de moindre qualité. L'image de « chlague » engendre de la discrimination.

Pour ouvrir le débat, il faut aller à la rencontre de l'autre. Il faut avancer sur l'usage libre des drogues illégales et le droit légitime de consommer. La réduction des risques doit s'adresser à toutes et à tous.

En conclusion, Nicolas BONNET met en avant, la détermination de l'engagement, la force de la rencontre, l'évidence de la mobilisation et l'accessibilité des soins. Le questionnement est central et nécessaire. Le questionnement est le pivot du travail réalisé et ce colloque. La santé est une question de justice.

Nicolas BONNET adresse des remerciements bienveillants, altruistes et sincères à Bizia, La Case, Proses, Bus 31-32, ODU, RESPADD, l'ensemble des intervenants, le public et La Ruche. Il adresse des remerciements ciblés à Jean-Pierre DAULOUEDE, Cyril OLAIZOLA, Maëla GADELIUS, Véronique LATOUR, Lionel SAYAG, Valère ROGISSART et Pascal PEREZ.