

Réduction des Risques et Prison

Ruptures et Continuités

Actes de la table ronde du 8 juin 2007

« Pratiques et Usages en détention »

sommaire

- ✓ Les expériences étrangères
par Christine Caldéron
- ✓ Drogues et médicaments, entre logique sanitaire et logique sécuritaire
par Patrick Beauverie
- ✓ Les pratiques d'injection en milieu carcéral
par Youcef Ameur
- ✓ Usages et mise à disposition de matériel
par Jean Baptiste Selleret
- ✓ Le rôle d'un surveillant de prison
par Maxime Justin
- ✓ Débat avec la salle

avec le soutien du Conseil Régional  **île de France** et de la DRASSIF

Réduction des Risques et Prison...**...Ruptures et Continuités****Les programmes d'échange de seringues en prison :
une réponse à interroger à la lecture des expériences étrangères**

Par Christine Caldéron

La forte proportion d'usagers de drogues en prison nécessite de réfléchir aux mesures de réduction des risques qui s'imposent aujourd'hui. Les recommandations officielles de l'OMS nous ont été rappelées au cours de cette matinée, mais je souhaite néanmoins vous rappeler celles de 1993 : « *Dans les pays où les seringues et les aiguilles stériles sont rendues accessibles aux UDVI, il convient de promouvoir la mise à disposition de matériel stérile d'injection pendant la détention.* ». En 2007, ces recommandations ne sont toujours pas appliquées en France.

Les expériences à l'étranger, que je vais vous présenter très succinctement, sont tirées de la revue de littérature de Rick Lines et ses collègues, publiée une première fois en 2004 et rééditée et complétée en 2006, sur : « *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales* ». Ces expériences sont particulièrement intéressantes à regarder car elles ont permis, dans un second temps, de lever les objections que certains pouvaient avoir quant à la mise en place d'un tel dispositif en prison.

La Suisse :

La Suisse met en place son premier PES en 1992, puis en 1994 dans la prison des femmes. En 2003, la Suisse dispose de sept PES, avec deux programmes d'entretien à l'héroïne.

L'Allemagne :

En 1996, trois PES pilotes ont été mis en place, suivis par quatre autres. Depuis 2001, suite à des pressions politiques, six PES sur sept ont été interrompus et les programmes se sont orientés vers des unités sans drogues.

L'Espagne :

1997, premier PES pilote. Mise en place progressive du dispositif, avec 38 PES en 2005. En 2001, la Direction générale des prisons ordonne la mise en place des PES sur tout le territoire. Des « *trousse de réduction des méfaits* » sont distribuées contenant de l'eau distillée, tampon alcool, deux types de seringues (une pour la cocaïne, une pour l'héroïne). Ce sont les seuls programmes où les détenus,

bénéficiant d'un programme méthadone ou inscrits dans une « unité sans drogues » ou un programme d'abstinence, ne sont pas exclus des PES.

La Moldavie :

La Moldavie a eu son premier PES en 1999, suivi par deux autres en 2002 et 2003. Au départ, le premier PES fonctionnait via le service médical de la prison, mais tous les détenus injecteurs n'utilisant pas ce service; des détenus bénévoles ont donc été formés pour faire de l'échange de seringues.

Le Kirghizstan :

Après un premier PES en 2002, les autorités approuvent, début 2003, l'extension de ce type de dispositif sur les onze prisons du pays. En 2004, toutes les prisons du Kirghizstan disposaient d'un PES, accessible, soit par le service médical, soit par des détenus volontaires.

La Biélorussie :

En Biélorussie, en 2003, s'ouvre un PES pilote. Le ministre des Affaires Intérieures s'est prononcé favorablement à l'extension du dispositif à l'ensemble des prisons, malgré des obstacles budgétaires assez importants.

Depuis 2004, d'autres pays ont suivi, dont l'Iran, l'Arménie où il existe aujourd'hui trois PES. En Ecosse il existe un programme dans une prison locale et deux autres projets en cours...

Que peut-on tirer comme enseignement de ces expériences à l'étranger ?

Tout d'abord, les PES sont une véritable réponse aux besoins des usagers de drogues en prison, ces programmes ayant montré une véritable efficacité en termes de réduction des risques et, notamment, des risques de transmission Vih/Sida. Plus encore, toutes les objections sur la mise en place de ces programmes ont été levées.

Première objection : Le programme d'échange de seringues est susceptible d'augmenter la violence en prison (exemple : la seringue est une arme). Cette objection a été levée par l'ensemble des pays cités ci-dessus. En effet, tous ont noté un accroissement de la sûreté des

établissements pénitentiaires et, ce, tant du côté des détenus que du côté des personnels (exemple : au moment de la fouille des cellules).

Seconde objection : Les programmes d'échange de seringues augmentent la consommation de drogues et les pratiques d'injection ; ce débat nous replonge dans les discussions animées au moment du décret Barzach en 1987, sur la vente des seringues en pharmacie. Cette objection a été levée, aucune incidence sur les consommations de drogues et les pratiques d'injection n'a été rapportée, et, ce, dans tous les pays qui ont mis en place des PES en prison.

Troisième objection : les PES déprécient les messages et les programmes fondés sur le sevrage. Cette objection est, là encore, une fois levée. Les programmes d'échange de seringues s'inscrivent dans un continuum de prise en charge permettant de modifier la perception de l'offre de soin, tout en facilitant l'accès à d'autres modes de prise en charge pour les détenus.

Quatrième objection : il est impossible d'étendre à l'échelle nationale des programmes pilotes pertinents dans un contexte local. Cette objection est également levée puisque les expériences qui ont été citées ont toutes eu lieu dans des contextes différents, tant sur le plan socio-économique de chacun des pays, que sur l'organisation du système carcéral et du soin en prison, que sur la taille des établissements et la proportion des détenus consommateurs de drogues. D'autre part, sur les six pays, trois disposaient des budgets nécessaires pour la mise en place d'une telle infrastructure et trois ont eu recours à des aides internationales pour l'implantation d'un PES.

Toutefois, aborder la question de l'implantation d'un PES en prison pose la question des produits consommés. Or rien n'est dit sur la nature des produits, qu'ils soient licites ou illicites, en dehors de l'Espagne qui distribue une trousse avec deux types de seringues, une pour l'héroïne et l'autre pour la cocaïne. Pour autant, documenter de manière fiable les données portant sur la circulation des produits, le trafic, le détournement des médicaments, dans le contexte de

Réduction des Risques et Prison...**...Ruptures et Continuités**

l'incarcération, pose et posera toujours des difficultés. Cependant, si aujourd'hui, la pertinence de ce dispositif en prison n'est plus à démontrer à la lecture des expériences étrangères, il serait dommageable de se centrer uniquement sur la question de l'injection, il conviendrait en effet de prendre en

compte l'ensemble des pratiques de consommation, notamment celle du sniff qui semble être répandue.

Si les programmes d'échange de seringues posent légitimement la question des produits consommés, alors les programmes d'héroïne médicalisée

pourraient être une réponse à la question posée. Il nous reste cependant à savoir si, aujourd'hui, la prison peut être un lieu d'expérimentation... Le débat est ouvert.

Merci.

Drogues et médicaments, entre logique sanitaire et logique sécuritaire

Par Patrick Beauverie

En guise d'introduction, je souhaite resituer ce sujet dans son contexte historique et politique.

On a oublié les progrès dans ce champ et il importe de se souvenir d'où l'on vient. Ne pas oublier que dans les années 70 il n'y avait pas de soins, autre que le soin psychiatrique ou l'hospitalisation en milieu carcéral. Les contaminations pendant l'incarcération étaient beaucoup plus fréquemment citées à travers les témoignages déposés par les uns et les autres. La mortalité pas suicide était perçue comme élevée. Enfin les décès par overdose en sortie de prison, faute de traitements substitutifs aux opiacés, étaient nombreux. Mais si ce passé récent était des plus noirs, comparativement à ce que nous connaissons aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que nous devons rester vigilants et force de proposition pour l'avenir.

Nous devons d'autant plus être vigilants et réactifs en regard de la politique à venir que nous en connaissons déjà les grandes lignes. Prenons la loi de 70 par exemple - dont on ne parle plus ou pas assez -. Il est dit qu'elle sera réformée, mais elle ne sera pas réformée en vue d'une dépénalisation mais réformée pour la rendre mieux applicable. Deuxièmement les forces de l'ordre sont de plus en plus demandeuses de cadres réglementaires beaucoup plus restrictifs et sécuritaires pour pouvoir, selon elles, mieux appréhender les réseaux maffieux. N'oublions pas l'histoire récente du classement de la buprénorphine à haut dosage. Cette histoire n'est pas close, elle devrait reprendre dans les prochains mois. N'oublions pas aussi qu'à chaque fois que l'on déclare lutter contre les drogues, en réalité on lutte contre les drogués, et quand on déclare lutter contre les réseaux maffieux, je ne doute pas qu'à nouveau il s'agira d'une lutte contre les « drogués ».

De nouvelles lois sont en préparation

comme les lois sur les peines planchers. Les indicateurs étaient déjà à la hausse. Avec cette loi, il y a fort à parier qu'ils le seront encore plus. Je rappelle : hausse des interpellations en regard de la loi de 1970, augmentation de la part des mineurs concernés par ces situations, augmentation des injonctions thérapeutiques, augmentation des condamnations, augmentation du nombre de personnes incarcérées... Cela c'était juste avant notre rencontre, cela ne sera guère mieux dans les prochains mois et prochaines années. A cette augmentation des incarcérations contemporaines et à venir, il faut ajouter la diminution des capacités d'incarcération. Il faut être réaliste, les nouvelles prisons promises ne sont pas terminées et les anciennes sont en cours de rénovation. Pour illustrer mes propos je vais juste faire un bilan de la situation en région Ile de France. Fleury Mérogis est fermée à 20% pour rénovation, la Maison d'Arrêt de la Santé est fermée à 50% pour rénovation, alors que se passe-t-il ? Eh bien, à la Maison d'Arrêt de Fresnes on passe progressivement de 1 personne incarcérée par cellule à deux personnes et bientôt il y aura 3 ou 4 personnes incarcérées par cellule. L'observatoire national stipule un taux d'occupation aux alentours de 120%. C'est une moyenne nationale ce qui signifie que nous ne devons pas oublier que certains établissements pénitentiaires ont un taux d'occupation de 200%. Or l'augmentation de la concentration des personnes dans une cellule majore le stress, l'angoisse, l'anxiété et donc l'appétence pour les substances qui visent à tranquilliser et à mieux supporter les conditions carcérales.

En résumé, on peut se satisfaire de l'évolution passée mais on doit aussi s'inquiéter de l'évolution à venir.

Quelques données générales sur l'offre de drogues en milieu carcéral : l'accès est plus difficile, la qualité plus disparate, l'approvisionnement plus irrégulier et les

prix sont 2 à 4 fois supérieurs à ceux de la rue. Cette hausse signifie qu'il faut 2 à 4 fois plus de « passes » pour obtenir sa dose, cela veut dire qu'il faut échanger plus de biens pour la même dose de drogue. Qu'en est-il de la demande ? Ce matin, les données de nombreux observatoires ont été présentées, l'un d'entre eux a été oublié, il s'agit d'Oppidum, auquel participent les CAARUD, les CSAPA..., c'est une enquête menée par la commission nationale des stupéfiants à travers son réseau des centres d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances. L'observatoire développe un volet ville, un volet pénitentiaire et un volet médecine générale. Le volet pénitentiaire nous informe que 8% des personnes interrogées ont des pratiques de consommation par voie intraveineuse en milieu carcéral.

Voilà pour la vision statique, mais quid d'une vision plus dynamique ou tout du moins explicative ? Souvent quand un professionnel de santé travaille en milieu carcéral, il se dit qu'il va promouvoir l'offre de traitements substitutifs opiacés, qu'il va essayer de réguler la consommation des benzodiazépines, et il oublie souvent que dans cet espace, il va devoir atteindre ces objectifs dans un contexte bien singulier. Pour illustration, et toujours autour de la demande de drogues, il doit prendre en considération que, contrairement à notre civilisation, notre société, il n'y a pas d'alcool en prison. Il y a bien une discrète et itérative autoproduction d'alcool en Prison, mais il n'y a pas, en prison, « La Drogue » de notre société. Cette absence va créer une appétence énorme pour d'autres types de substances, comme un phénomène de chasse. Certains médecins ou pharmacologues, pensent que l'absence d'alcool a pour conséquences une accentuation de la demande de benzodiazépines. Mais parfois il faut s'intéresser à des conséquences beaucoup plus simples ou

Réduction des Risques et Prison...**...Ruptures et Continuités**

masquées. Qu'en est-il de la consommation des bains de bouche ? C'est génial les bains de bouche, c'est truffé d'alcool. Vous n'avez pas plus de consommation de bains de bouche qu'en milieu carcéral. Bref, faute d'alcool, il apparaît une appétence accrue tout simplement pour des médicaments... riches en alcool. Il en allait de même, autrefois, faute de Traitements substitutifs opiacés. Le Di-antalvic®, était et demeure encore aujourd'hui un opiacé masqué. Beaucoup de professionnels de santé ne savent pas que c'est un opiacé. Mais les usagers d'opiacés savent que c'en est un. Les consommations de Di-antalvic® en maison d'arrêt étaient alors explosives. En milieu carcéral, plus que dans notre société, il existe un phénomène de chasse et de glissement entre les produits : pas d'alcool en prison, bingo pour les bains de bouche, pas de cannabis, pourquoi pas autre chose, pas d'opiacés, alors du Di-antalvic®.

En fait la plupart des produits déclarés consommés dans les prisons sont l'alcool, le tabac - car il est cantiné et que la loi anti-tabac autorise encore la consommation de tabac en Prison -, le cannabis - parfois recommandé par des procureurs provocateurs -, et des produits associés à une pratique d'injection. En ce qui concerne l'injection, on a parlé précédemment de l'eau de Javel. Personnellement je suis très sceptique sur l'évolution de 12° à 6° du degré chlorimétrique. Car si cette baisse n'a pas d'incidence sur le Vih, pour le virus de l'Hépatite C il serait bon de se poser la question. Par ailleurs, et contrairement à de nombreux pays européens, il n'y a toujours pas d'échange de seringues en milieu carcéral. Quand on discute avec les services médicaux de cette proposition, ils vous disent qu'il n'y a pas lieu de promouvoir l'échange de seringues. Leurs arguments doivent être connus, et c'est sur ces freins qu'il nous faudra travailler. En voici quelques uns :

- ✓ Il n'y a pas lieu de promouvoir l'échange de seringues car ils disent

prescrire le Subutex® « *larga manu* » « *façon réduction des risques* » (sous-entendu la « réduction des risques » c'est donner largement du Subutex®, c'est agir de façon laxiste !).

- ✓ Deuxièmement pour eux en prison il n'y a pas d'injection. C'est le sniff qui prime. D'ailleurs le Subutex® ils ne le prennent pas par voie sublinguale, mais par voie nasale - ce qui pose la question de l'offre de pailles et de l'information autour des risques liés à cette pratique ; ce qui soulève la mise en œuvre de cette offre de paille comme préliminaire à l'offre de seringues ; peut-être une porte d'entrée -.
- ✓ Et pour finir ils vous disent que la mortalité par suicide a diminué en 2006 - mais peu savent combien de tentatives de suicide ont été faites à l'aide d'un dispositif d'injection -, qui plus est ces chiffres ne prennent pas en considération le devenir des personnes évacuées ou orientées vers les services d'urgence des hôpitaux publics..

Nous avons parlé des drogues parlons maintenant rapidement des médicaments en prison. Dans ce champ, alors que l'administration de santé met en balance bénéfices et risques liés aux médicaments, l'administration pénitentiaire, ne prend en considération, souvent, que les risques. En particulier (tout simplement parce qu'il existe des ONG qui témoignent et se servent du marqueur suicide comme étant un marqueur très important du respect de la dignité humaine en milieu carcéral), l'administration pénitentiaire est très attentive à la prévention des tentatives de suicides médicamenteuses. Ainsi, à des fins de gestion des risques, elle demande une augmentation du contrôle de l'offre par une diminution de la validité des durées de prescription ou par une diminution des intervalles entre chaque administration infirmière... Pour illustration je souhaite vous raconter l'histoire d'un patient. Jugé pour un délit, peut-être en

rapport avec un effet secondaire lié à son traitement hépatite C, il lui est proposé un bracelet électronique ou une incarcération. Il retient l'incarcération pour, selon lui, stabiliser son traitement qui comprend : un TSO à raison de 300 mg/j de sulfate de morphine et une bithérapie hépatite C. Le TSO était suivi par un CSST et faisait l'objet d'un accord du médecin conseil. Problème : en division il n'est pas possible de donner aux patients des stupéfiants en prise vespérale. Il n'est donc pas possible de le soigner en division. Il apparaît également impossible de le soigner en hospitalisation libre au secteur de psychiatrie de la maison d'arrêt et impossible de le soigner en hôpital pénitentiaire. Réponse : hospitalisation d'office en psychiatrie pour prise en charge en secteur de psychiatrie générale dans un hôpital psychiatrique ! Mais le psychiatre de secteur, considérant que le patient est demandeur de soin, lève l'hospitalisation d'office. Retour en Prison...

Pour finir et puisque nous venons d'évoquer les difficultés du dispositif de psychiatrie publique, j'aimerais juste souligner qu'aujourd'hui, ce dispositif, alors qu'il aspirait à aller au plus près des personnes en développant des unités mobiles (UMES, UMESOA), est de plus en plus sollicité pour développer des alternatives à l'incarcération ou des modalités d'accompagnement de cette politique coercitive.

Ainsi et pour conclure, je vous pose cette triple question pour préparer les ateliers de cet après-midi :

Comme pour le dispositif de psychiatrie, ne doit-on pas s'attendre à un infléchissement du dispositif en addictologie suite à la mise en œuvre de cette nouvelle politique ?

Et face à ce risque doit-on développer des dispositifs de Réduction des Risques en milieu carcéral ?

Si oui comment ?

Merci de votre attention.

Réduction des Risques et Prison...**...Ruptures et Continuités****Pratiques d'injection en milieu carcéral**

Par Youcef Ameur

Pour commencer mon intervention, je voudrais rappeler, puisqu'on a valorisé les programmes d'échange de seringues en Iran, qu'il y a 2 000 personnes exécutées par an, pour des histoires de drogues dans ce pays.

Je suis un ancien détenu, j'ai passé plus de 10 ans dans une prison, sur la dernière peine je suis resté 12 ans et 7 mois sans sortir. Après ma sortie, j'ai intégré l'association Alter Egau, où nous faisons de la réduction des risques, surtout en milieu festif, et nous nous occupons de personnes sortant de prison, notamment touchées par le Vih ou Vhc.

Ma connaissance sur le sujet n'est pas celle d'un chercheur, pas même celle d'un acteur de la réduction des risques, c'est celle d'un observateur qui fut en son temps un détenu consommateur. L'injection en prison est quelque chose que j'ai connu, que j'ai vécu. J'ai participé à des séances d'injection en prison, j'ai assisté d'autres détenus qui injectaient aussi. C'est donc de cette expérience et de ce vécu que sera issu mon propos.

L'injection en prison :

Il est très difficile d'identifier un détenu toxicomane s'il n'a pas envie de le dire. S'il n'est pas incarcéré pour infraction à la législation sur les stupéfiants, il n'est pas de son intérêt de le dire, compte tenu de la perception, en prison, des toxicomanes, que ce soit de la part des détenus ou par l'administration pénitentiaire, il n'est pas du tout de son intérêt de se déclarer lui-même toxicomane.

Nous savons qu'environ 30 à 35% des détenus sont des usagers de drogues habituels, quelles que soient les drogues utilisées, cannabis, cocaïne, héroïne, etc.... En outre, l'ampleur des problèmes liés aux toxicomanies chroniques ou poly consommation, reste très largement dissimulée comme il a été rappelé tout à l'heure. En détention, la consommation de drogues par injection et par sniff est à l'origine de l'immense majorité des contaminations par le Vih, les hépatites et autres infections transmissibles par le sang, intervenues durant la détention.

Il n'existe pratiquement pas d'informations fiables quant à l'ampleur de la pratique de l'injection en détention en France, ainsi qu'à ses conséquences. Or c'est quelque chose de très grave, de

vraiment très grave. En effet il n'existe pas ou peu de littérature, quant à l'ampleur de l'usage des drogues par injection au sein des établissements pénitentiaires, ni sur la répercussion sur le plan de la santé des personnes concernées. Je connais personnellement des personnes qui sont sorties, il n'y a pas très longtemps des « Baumettes », la prison marseillaise, qui étaient séronégatives au Vhc en entrant, positives en sortant. La détention en elle-même constitue un moment et un lieu à haut risque et le tabou entretenu en France à ce sujet a neutralisé les réflexions sur les mesures de prévention spécifiques au milieu carcéral. Il ressort de mon expérience, essentiellement en Maison d'Arrêt et en centre de détention pour courtes et moyennes peines, que l'injection de drogues est répandue. Dans les Maisons centrales, où j'ai été aussi, les centres de détention de longues peines, les pratiques d'injection y sont beaucoup plus rares. Cela est dû entre autre à l'immense différence qu'il y a entre types de détenus, en Maison centrale et longues peines, les détenus toxicomanes sont très minoritaires par rapport aux Maisons d'Arrêt et de courtes peines.

La souffrance de la détention génère très fréquemment une forme accrue surconsommation de produits stupéfiants, y compris chez des personnes non toxicomanes avant leur entrée en détention et qui sont, en quelque sorte, initiées à l'usage. Cette surconsommation implique donc une forte demande qui, elle-même, se matérialise par l'introduction de produits stupéfiants par le parloir, les jets par-dessus les murs vers les cours de promenade, par exemple des balles de tennis remplies de produits, la corruption, offres de produits et de matériel organisées avec ou par les membres du personnel de surveillance, voire des UCSA, je l'ai déjà rencontré avec le détournement de programmes de substitution. Les produits prohibés sont donc disponibles dans tous les établissements pénitentiaires. Les drogues les plus fréquemment injectées sont, comme à l'extérieur, l'héroïne et la cocaïne, mais aussi de plus en plus souvent le Subutex, produit que l'on trouve plus aisément que l'héroïne et surtout beaucoup moins cher. Nous retrouvons aussi certains autres produits, le Di Antalvic par exemple qui est utilisé

en cas de douleurs dentaires ou autres, mais aussi pour amoindrir les souffrances durant les périodes de sevrage. Ce médicament faisait l'objet d'un gros trafic dans l'ancienne Maison d'Arrêt de Toulouse, une plaquette de six Di Antalvic pouvait se négocier pour un paquet de cigarettes, les personnes le prenaient par plus de six à la fois, cela faisait quatre ou cinq plaquettes par jour..

Les personnes qui injectent peuvent le faire jusqu'à six ou huit fois par jour, ce qui aggrave les difficultés pour rechercher des seringues propres et donc favorise le partage de seringues contaminées. De fait, les trois quarts des détenus qui injectent, partagent leur matériel, en tout cas de mon expérience. Il est important de souligner que l'immense majorité des personnes qui partagent leurs seringues n'ignorent pas les risques qu'il y a à partager une seringue. Parfois celles-ci sont stérilisées par l'utilisation d'eau de javel ou après avoir fait bouillir le matériel, ce qui n'élimine pas les risques, notamment pour l'hépatite, mais surtout qui rendent les pointes de plus en plus douloureuses pour les injections. Nous savons toutes et tous ici, que malgré que l'accès aux soins se soit nettement amélioré grâce aux UCSA, les conditions sanitaires dans les établissements pénitentiaires en France et dans les DOM TOM, car n'oublions pas qu'en Guyane et dans les autres départements d'outre mer, sont encore une véritable catastrophe. Les pratiques d'injection souvent hallucinantes dans ces conditions, sont vraiment une réalité quotidienne. Comme l'accès au matériel de réduction des risques demeure strictement interdit en prison, les conséquences en terme de risques sanitaires et de contamination sont majeures. Aucun programme de seringues n'est admis dans un seul établissement, ceci alors que la loi d'août 2004 relative à la santé publique offre un véritable cadre de reconnaissance légale pour permettre que ces programmes d'échange soient installés dans les établissements pénitentiaires.. Personnellement, je ne pense pas aujourd'hui, que la loi d'août 2004 empêche les établissements pénitentiaires de créer de véritables programmes d'échange de seringues. De fait, les détenus qui ont recours à l'injection développent des stratégies de dissimulation des produits et des

Réduction des Risques et Prison...**...Ruptures et Continuités**

seringues qui sont véritablement astucieuses, de même que pour avoir accès au matériel. Ainsi sont le plus souvent sollicités les détenus diabétiques, bien qu'aujourd'hui les diabétiques aient accès à des moyens d'injection qui font qu'on ne peut pas réutiliser leur matériel, mais j'étais en détention encore en 2004 et en sollicitant les détenus diabétiques nous pouvions très facilement obtenir des pointes et des tubes. Tout dépendait aussi des rapports que nous avions avec l'infirmerie. Autre recours pour avoir du matériel, c'est aussi la fabrication artisanale de seringues : stylos, feutres et autres matériels de fortune fabriqués par les détenus eux-mêmes ou cédés par d'autres. Le principal problème réside toutefois à l'accès aux pointes, aux aiguilles, car on peut très facilement fabriquer des tubes, mais obtenir des aiguilles est le souci constant et majeur de tout détenu qui injecte en prison. Il faut toutefois rappeler que toute détention de matériel d'injection, de même que la détention et/ou consommation de drogues font l'objet de lourdes sanctions disciplinaires, lesquelles ont des conséquences importantes car elles réduisent d'autant les possibilités d'aménagement des peines, donc cela crée des stratégies de dissimulation, de négociation qui font que, le plus souvent, les détenus sont obligés de partager ces pointes, c'est le plus précieux.. Pour un détenu qui injecte en prison, la pointe est ce qui est recherché en premier, il est prêt à donner beaucoup, même parfois de lui-même pour obtenir une pointe qui lui permette d'injecter.

Très généralement l'usage de drogues par injection n'est pas accepté par les autres détenus qui ne sont pas eux-mêmes toxicomanes. Le rapport à l'injection et aux produits, comme au trafic, n'est pas homogène chez les détenus, notamment dans les régions. Dans le sud, dans beaucoup d'établissements pénitentiaires, le fait d'être toxicomane, voire même

d'être trafiquant est très mal perçu par les autres détenus. Un détenu qui injecte est très souvent victime de violences, de racket, de rejet, d'exclusion et c'est une source de stress supplémentaire pour lui et donc de recours aux produits. C'est donc un cercle vicieux dans lequel il est difficile de sortir. Je ne sais pas comment cela se passe en région parisienne, moi le seul établissement où j'ai été en région parisienne c'est Fresnes, une plate forme horrible, nous sommes totalement déshumanisés, juste des numéros. C'est aussi un établissement où beaucoup de jeunes surveillants sont affectés pour la première fois, c'est tellement immense que le rapport entre détenus et personnel n'est pas vraiment humain, c'est une espèce de violence psychologique au quotidien qui fait qu'on ne supporte pas. Pour les autres détenus toxicomanes, l'intolérance à l'injection est vraiment très vive. En effet suivant la mythologie couramment répandue, la prison est un univers où doit s'affirmer une force qui apparaît incompatible avec un usage de drogues injectées, notamment l'héroïne. Si le cannabis, le produit le plus répandu, est considéré comme acceptable, l'héroïne est massivement rejetée par les détenus non-consommateurs, qui constituent quand même le plus grand nombre. La cocaïne est plus facilement acceptée car elle a un côté chic, festif, mais l'héroïne comme le Subutex sont très mal acceptés.

L'injection se fait de manière clandestine, dans la cellule ou le week end lorsque le détenu est seul et que ses camarades non-consommateurs sont absents. Pour avoir accès aux produits, les prix très prohibitifs de ceux-ci, ils peuvent doubler voire tripler en détention par rapport aux prix extérieurs, conduisent les toxicomanes dépendants ou non, engagés ou non dans un programme de sevrage ou de substitutions, j'ai vu aussi des personnes engagées dans un programme de substitution injecter, à se

soumettre aux desideratas quels qu'ils soient des fournisseurs. Les trafics en tous genres concernent outre les produits extérieurs, les médicaments délivrés par les UCSA, entraînant violences, rackets, affrontements. Les chefs de détention affectent quasi systématiquement les détenus identifiés comme toxicomanes dans des cellules ou des quartiers où se trouvent déjà des toxicomanes, ceci même s'ils sont sevrés ou en substitution. Cela provoque des rechutes pour des détenus qui avaient déjà coupé avec la consommation de drogues. Pour les gradés et les chefs d'établissement de certaines prisons, l'objectif de ces affectations est double : « ghettoïser » les détenus toxicomanes, de manière à pouvoir gérer plus facilement cette population qui selon eux présente des risques, et obtenir des renseignements sur la circulation des produits illégaux et tenter d'identifier les sources d'approvisionnement. Bien évidemment cela est une forme supplémentaire d'exclusion pour les détenus. Suite à une fouille où sont découvert matériel et produits, le placement en cellule disciplinaire est quasi systématiquement utilisé, parce qu'il provoque chez les détenus toxicomanes une source de stress immense et de grandes souffrances à la fois physique, par le manque, et psychologique, par l'isolement. C'est un outil qui est utilisé parfois par des chefs de détention, pour obtenir des informations qui leur permettent d'identifier les sources d'approvisionnement..

Pour finir, tant que nous ne prendrons pas en charge la question de l'échange de seringues en prison, tant que cette question ne sera pas mise en avant par priorité dans toutes les politiques de réduction des risques, alors la catastrophe sanitaire continuera et risquera de s'aggraver, compte tenu du nombre de détenus, issus des quartiers populaires.

Merci.

Usages et mise à disposition de matériel

Par Jean Baptiste Selleret

En introduction je voudrais d'abord tous vous remercier d'être ici parce que la thématique n'est pas évidente, en tout cas pas très consensuelle.

Mais je tiens d'abord à rendre hommage à tous ceux qui partagent l'aventure de la détentions :aux détenus bien sûr, aux familles aussi, personnel de surveillance,

personnel d'insertion et de probation et personnel médical.

Si la prison est un milieu maltraitant, c'est tout d'abord parce que c'est un milieu maltraité. Je suis éducateur spécialisé, et suis détaché par l'association La Fratrie pour intervenir dans l'UCSA de la Maison d'Arrêt des Hauts de Seine (Nanterre). La

prison pour moi ce n'était pas une vocation. Ce qui me frappe à mon arrivée en 2004, c'est que la Maison d'Arrêt des Hauts de Seine est construite sur les ruines des bidonvilles de Nanterre, avec pas mal de détenus qui ont grandi avec pour paysage la prison et qui, depuis qu'ils sont incarcérés, voient depuis la prison

Réduction des Risques et Prison...**...Ruptures et Continuités**

leur cité et le tout sous le regard des tours de la Défense, un contraste assez frappant entre la plus grande richesse et la plus grande misère du pays. Ce que je découvre en septembre 2004, c'est que d'abord 70% des détenus incarcérés à Nanterre sont là pour infraction à la législation sur les stupéfiants, mais que paradoxalement seulement 15% des « toxicomanes » sont là pour ILS (Infraction à la Législation sur les Stupéfiants).

A l'intérieur je rencontre des personnes en parcours de soin, tels qu'on peut en croiser en CSST, d'autres personnes qui découvrent le soin à l'intérieur, des usagers de drogues « abusifs » comme on peut en croiser en free partys et d'autres usagers de drogues récréatives pour lesquels l'usage ne pose aucun problème particulier. Et à côté de cela, il y a les vendeurs. J'ai remarqué que ce qu'on appelait un « gros dealer » c'était en fait un enfant de 16 ans qui vendait depuis quelques mois ou quelques semaines, mais ne savait pas du tout ce qu'il vendait ! . A côté de cela, il pouvait consommer du cannabis d'une façon massive, mais ne considérait cela qu'à peine comme une drogue. Et un grossiste c'était un gamin de 22 ans qui ne savait toujours pas ce qu'il vendait, à part peut être le fait qu'à priori il ne fallait mieux pas y toucher. Ce que je découvre dans cette maison, c'est avant tout un climat anti tox, je découvre le mot de « schlag ». Qu'est ce qu'un « schlag » ? C'est un toxico, celui qui est juste bon à être racketté. Pour les vendeurs, arriver en détention est souvent l'expérience d'une amère déception. Pendant qu'ils vendaient, ils côtoyaient des mondes desquels ils sont habituellement écartés, des milieux assez aisés, ils ont eu l'impression le temps d'un rêve de faire partie de ce monde là et s'aperçoivent qu'une fois arrivé en cellule ils sont bien seuls, bien oubliés et que tout ceci n'était qu'un rêve, le bluff de l'argent et de la cocaïne. Pour tout détenu, arriver en détention, c'est d'abord le traumatisme d'une arrestation, un moment de stress intense, c'est aussi d'abord se confronter à un long mois de précarité car entre le moment de votre arrivée et celui où les appuis de l'extérieur vont peut être vous envoyer un mandat, il peut se passer parfois au moins un mois, sans même pouvoir cantiner des cigarettes. Pour supporter les 22 heures d'enfermement il y a effectivement des drogues. Certains « humoristes » quand ils voient arriver

les infirmières les appellent les « dealers ». Effectivement la première des drogues consommées en prison ce sont les médicaments, les benzodiazépines, le Subutex, la méthadone, beaucoup s'initient à l'intérieur des prisons. D'autres drogues sont consommées, le cannabis en quantité assez massive, de la cocaïne que rentre bien sûr, mais qui parfois sort aussi, quand les quantités introduites sont trop importantes et représentent trop de risques, la cocaïne sort de prison ! Il y a de l'héroïne bien sûr, accessoirement de la MDMA, des Ecstasys, et de l'alcool plus rarement. Tous les milieux sont poreux et la prison n'échappe pas à la règle.

Comment la drogue arrive-t-elle en prison ? Tout d'abord par les projections, c'est à dire des colis lancés de l'extérieur, soit par des gros bras, soit à l'aide de raquettes de tennis, et quand ils arrivent dans la cour de promenade se sont les plus faibles qui doivent remonter les colis pour leur destinataires. Il y a des services qui ne se refusent pas en prison, même si cela est au risque de passer quelques semaines au quartier disciplinaire et voir sa peine rallongée de quelques mois. Il y a aussi les parloirs, on « coffre », c'est à dire qu'on transforme ce que l'on veut introduire en suppositoire et cela permet de passer la fouille. A ma connaissance il n'y a pas de corruption.

Les prix à l'intérieur varient, j'ai entendu qu'ils étaient de 2 à 4 fois supérieur, mais c'est aussi parfois 0, cela peut être du don, cela dépend des relations que l'on a en prison, et parfois cela peut être extrêmement cher.

Réduire les risques en prison : Comme le disait en plaisantant le docteur M... « ton cadre de travail c'est d'abord une zone de non droit », c'est à dire un bureau, un bureau sympa que j'ai voulu convivial, bien décoré, avec à disposition des préservatifs et des pailles. La zone de non- droit c'est un espace de confidentialité sans faille, où tout peut se dire sans que ni les juges, ni les surveillants, ni les agents de probation, ni même les médecins n'y aient accès.

Au départ je présentais ma mission en disant que j'étais là pour m'occuper des personnes usagères de drogues et je me suis aperçu que je ne toucherais ainsi que le haut de l'iceberg. Pour pouvoir toucher la majorité des détenus, j'ai changé ma manière de présenter ma mission en disant que je parle de drogue, d'usage de drogue, mais aussi de sa vente.

Il est une évidence qu'il faut parfois rappeler c'est que la prison ce n'est pas un choix, et comme ce n'est pas un choix, alors le fameux dédic du soin que les juges, la famille, l'entourage désespère de voir un jour n'arrive pas forcément avec l'entrée en détention et le travail que l'on fait en détention ressemble plus souvent au travail que l'on fait en free party, plutôt que celui qu'on fait dans un centre de soins.

Réduire les risques en Maison d'Arrêt, c'est d'abord un positionnement, l'acceptation de l'usage, l'acceptation de la personne là où elle en est, pas là où l'on aimerait qu'elle soit ou qu'elle aille. C'est aussi une absence de jugement également sur les stratégies qu'elle met en place. En effet vaut il mieux prendre un traitement de substitution pour faire croire au juge que l'on se soigne ou au contraire ne pas le prendre pour lui signifier qu'on a tout arrêté ? Faut-il le prendre au risque de passer pour un toxicomane, avec tous les risques que cela comporte ? Réduire les risques en détention c'est approcher l'usage au-delà du statut légal du produit. Il y a autant de travail à faire en Maison d'Arrêt sur la consommation de benzodiazépine, de neuroleptiques, que l'on peut en faire sur l'usage du cannabis ou de la cocaïne. Effectivement quand un détenu me demande s'il faut mieux fumer un petit stick pour pouvoir s'endormir ou prendre un médicament, j'ai souvent du mal à lui donner une réponse toute faite...

L'acceptation de l'usage ça nécessite aussi de travailler sur les risques qui y sont associés. Les risques associés c'est déjà la quantité des produits et je crois que lorsqu'on aborde le traitement comme on peut aborder une défonce on arrive à rentrer plus en dialogue avec la personne. Autrement dit plus les médecins vont accepter de concevoir qu'ils donnent « une défonce » et plus les détenus seront capables d'accepter un traitement et d'aller vers le soin. En général le médecin donne un traitement et l'usager reçoit une défonce, mais il y a toujours quelque chose qu'il faut négocier entre les deux. La sensibilisation bien sûr à l'addiction aux benzodiazépines, au Subutex car il y a beaucoup de gens qui s'initient au Subutex et le parallèle que l'on peut faire c'est que moins il y a de cannabis en prison, plus il y a de l'initiation sauvage au Subutex. Et bien sûr de la prévention par rapport aux overdoses médicamenteuses. Je rencontre à peu près 300 personnes par an et j'ai 1% de morts, sur une moyenne d'âge de 32 ans,

Réduction des Risques et Prison...**...Ruptures et Continuités**

ce qui n'est quand même pas beaucoup.

En pratique à l'intérieur on fume. On fume du cannabis et on en fume parfois plus que ce que l'on fumait à l'extérieur, mais il faut bien résister à la prison. On sniffe, on sniffe du Subutex, on l'a dit et redit, on sniffe aussi de la cocaïne et de l'Héroïne (mais aussi du Doliprane). On injecte, les estimations sur l'injection sont assez difficiles, mais sur une maison d'arrêt comme celle de Nanterre, j'estime qu'il y a à peu près 10 à 20 injecteurs à un moment T dans cette prison.

Il y a aussi des risques sexuels, et là c'est aux soignants de dépasser leurs propres tabous pour permettre aux détenus de dépasser les leurs. Pour vous donner une image, je savais en arrivant qu'il fallait que je mette des préservatifs dans mon bureau. Au départ je les mettais de manière à ce que les détenus puissent les prendre sans que je les vois, depuis que je les mets en évidence sur mon bureau, je me suis aperçu que les détenus les prennent d'autant plus facilement.

Ce que j'ai retenu d'un petit passé militant, c'est qu'Information = Pouvoir, et de l'information il faut en passer, auprès des détenus bien sûr, mais aussi auprès des soignants, et des surveillants, mais de l'information adaptée au réel et à la réalité. L'information se passe en entretien individuel, c'est l'essentiel du travail, de l'information sur les produits avec l'acceptation de l'usage et du plaisir de l'usage, information sur les risques, sur les traitements, à quoi cela engage de prendre un traitement de substitution, à quoi cela engage de prendre des benzodiazépines en détention. De l'information sur les pratiques de sniff, il y a énormément de gens qui sniffent en détention et il est grand temps d'en parler réellement, et effectivement de l'information sur l'injection.

J'en profite pour faire une petite publicité sur ce DVD qui s'appelle 17'10", une injection à moindre risque. C'est un formidable outil de travail qui peut servir en détention tout autant qu'en centre de soins.

Le passage de l'information c'est aussi la mise à disposition de flyer et cela se passe en collaboration avec les surveillants. Aujourd'hui ce sont les surveillants qui commencent à distribuer des brochures, des préservatifs, c'est un début pour l'instant cela se fait au service médical mais je ne désespère pas que cela se fasse dans toutes les ailes de tous les bâtiments de toutes les prisons de France. C'est parfois des distributions massives, par exemple le flyer sur le Subutex (Le pourquoi et le Comment ?) édité par ASUD a été distribué dans toutes les cellules. L'information c'est parfois aussi un travail en groupe, nous avons diffusé des films comme celui d'Arte sur drogues et cerveau, c'est de l'information pure et cela sert à tout le monde. L'information souvent passe d'une façon très informelle, dans les couloirs ou les salles d'attente et l'UCSA prend parfois des allures de boutique. Nous pourrions engager des animateurs qui seraient payés juste pour discuter avec les détenus, car les détenus en ont ras le bol des discussions entre taulards car cela tourne toujours autour des mêmes choses. Les discussions libres et informelles, cela permet de faire passer pas mal de chose et de faire de la promotion sur les autres personnes qui travaillent. C'est le début pour pouvoir passer la porte du bureau d'un éducateur ou de celui d'un psychologue.

L'information c'est aussi mettre à disposition des outils, des préservatifs je vous en ai parlé, mais c'est aussi de mettre à disposition de pailles à usage unique et personnel. Là, il a fallu faire

preuve de pédagogie, avec le directeur adjoint de la Maison d'Arrêt de Nanterre, il a très bien compris ce qu'il se passait et il a accepté que je mette à disposition des pailles. Cela a été une petite « révolution » il a fallu convaincre les surveillants que ce n'était pas de l'incitation à l'usage, mais de l'incitation à prendre soin de sa santé, et bien de la pédagogie auprès des détenus : « Ne partagez pas vos pailles car si vous les partagez vous allez vous choper une Hépatite C ». Là dessus, il y a un vecteur d'information avec lequel j'ai appris à travailler, ce sont les vendeurs. En fait dans le milieu médical, il y a quelque chose qui m'agace profondément c'est l'opposition que l'on fait entre les « pauvres usagers » victimes des « méchants dealers ». En fait je crois que ce sont les mêmes ! Quel usager n'a pas un jour acheté en gros et aurait pu passer pour un dealer ? De même, quel dealer n'a jamais consommé ? Aujourd'hui il faut réellement commencer à travailler avec les vendeurs, et si les vendeurs d'héroïne il y a 20 ans ne consommaient pas d'héroïne, les vendeurs de cocaïne notamment s'y mettent largement. Un dealer peut aussi devenir un agent de prévention !

Je pense qu'un partenariat avec les vendeurs est possible. Et si acteurs du soin et dealers ont un intérêt commun c'est de garder leur client ou patient en vie. Je vais être provocateur, mais je pense que ce n'est pas parce qu'on est arabe, qu'on a 20 ans et qu'on vend de la cocaïne, que l'on est incapable d'intégrer une information et de la transmettre à ses clients. Se passer du vecteur d'informations des vendeurs est un formidable gâchis et nous devons remédier à cela.

Merci.

Réduction des risques et prison, l'expérience d'un surveillant

Par Maxime Justin

Bonjour à toutes et à tous,

Je voudrais commencer par vous donner quelques chiffres assez récents : Au 1^{er} mai 2007 la population carcérale française, DOM TOM compris, est constituée de 63 365 personnes sous écrou, en excluant les personnes condamnées à un placement sous surveillance électronique fixe et les 442 personnes placées à l'extérieur sans

hébergement. On constate qu'il y a donc 121 détenus pour 100 places en sachant que ce chiffre a augmenté de 20% les 4 derniers mois. A Nanterre la Maison d'Arrêt compte en son sein quelques 845 détenus pour 645 places. La fréquentation du service médical dans lequel je travaille est d'environ 200 personnes par jour. Sur la centaine de personnes qui consultent le matin, 48% le font pour des traitements de substitution journaliers, ce qui est

quand même pas mal. Là on parle de traitement, le problème avec ceux-ci est qu'ils sont prescrits au départ par les psychiatres et qu'ils sont parfois donnés à la consultation du patient qui déclare avoir une prise régulière de produit de substitution alors que celle-ci n'a été que ponctuelle, accidentelle et que donc ce produit ne se substituant à rien, devient un produit d'accroche tout simple, tout bête, qui est ignoré et banalisé par les

Réduction des Risques et Prison...**...Ruptures et Continuités**

surveillant car il s'agit d'une prescription médicale et que l'on n'a pas le temps non plus de faire la chasse aux prescriptions médicales mal utilisées, nous avons déjà trop à faire avec le shit qui « embaume » les couloirs de la prison.

Le stockage des médicaments :

Etant donné que la prescription est assez facile nous retrouvons, durant les fouilles de cellules, énormément de médicaments, des médicaments qui pourraient sembler somme toute basique : Dolipranes, Di-antalvic, quelques Stilnox et autres que nous ne connaissons pas tous car nous ne sommes des surveillants et non des médecins et que, quelque part, cela ne remet pas forcément en cause la sécurité, de l'établissement bien sûr et non celle du détenu. Pourtant des infirmières nous rappelleront que le dosage de paracétamol peut être mortel et que quelques plaquettes de Doliprane peuvent être utilisées à un suicide ou à un empoisonnement.

Que font les détenus avec ces médicaments ? Il y a énormément de sniff, énormément ! Tout ce qui peut se réduire en poudre est pilé et sniffé, que cela soit par jeu, défi ou besoin.

Sur 10 décès 3,5 sont dus à ce type d'accident. Il existe un cas assez particulier qu'on appelle les « overdoses par sympathie », c'est à dire que le détenu qui ne va pas se sentir très bien, mal de tête, mal de dent et dont le rendez-vous chez le médecin ou le dentiste va tarder un peu, ce détenu va demander ou on va lui proposer, en cellule on a toujours un petit peu de stock, quelque chose pour atténuer la douleur ou dormir. Seulement le détenu qui a reçu plus que nécessaire parce que son jugement étant altéré et qu'il prend tout ce qu'on lui donne, risque d'y rester, c'est qu'on appelle « les overdoses par sympathie » en pénitentiaire.

75% des détenus des grandes villes ou grandes agglomérations sont incarcérés pour ILS, pour deal. Sans rentrer dans les clichés il très difficile de faire sortir les détenus de ce cycle là étant donné qu'on se prend souvent la réflexion : « de toute façon, surveillant, moi je gagne en une semaine ce que vous gagnez en un ou deux mois », donc il est assez tentant pour eux de toute façon de replonger, pas forcément dans la consommation mais dans le trafic.

A côté de ce constat qui n'étonne

personne sur la consommation de shit et de médicaments, nous trouvons aussi les seringues. Le point de vue des surveillants sur les injections c'est que cela reste minime, voire même inexistant, ce qui n'est pas le cas. En 4 ans à Nanterre j'ai personnellement vu le cas de deux histoires liées aux seringues, un vols de seringues et la découverte de seringues artisanales. Cela reste donc très peu visible, mais il y a ce que l'on voit et ce que l'on ne voit pas et, heureusement parfois, on ne voit pas tout.

Drogues et sexualité :

Pour faire le lien assez rapidement entre les drogues et les pratiques sexuelles, nous avons parlé des tarifs des produits que l'on pouvait trouver, je vais être un peu cru mais il y a un tarif dont nous n'avons pas parlé, le « service ». Il faut savoir que certains détenus arrivent à se prostituer afin d'avoir leurs doses de Subutex, de Cocaïne, d'Héroïne et autres. C'est quelque chose dont on ne parle pas par pudeur mais cela existe, notamment à la douche. Les arrangements, avec le Chef, de changement de cellule pour raison d'amitié, de connaissance extérieure ou autres, nous n'en parlons pas car quand on arrive à placer deux détenus qui s'entendent bien dans une cellule alors que nous en avons encore 835 autres à placer, cela nous arrange un peu, enfin surtout les chefs ! Donc les pratiques sexuelles existent en prison, qu'elles soient volontaires ou non.

Le cas des relations sexuelles « non volontaires » sont existantes mais peu visibles, là encore en 4 ans ½ j'ai connu un cas de suspicion de viol qui s'est d'ailleurs avéré faux. Ce qu'il y a c'est que nous n'avons pas connaissance de toutes les plaintes de viols ou rumeurs qui justement n'ont pas abouti à une plainte et à aucune condamnation. Tout cela est non visible mais il faut savoir que cela existe et dès lors que cela existe, il est bon de la part de l'administration pénitentiaire elle-même dont la mission première n'est que la garde des détenus à disposition de la justice, il est bon de les garder quand même à peu près en bonne santé et surtout vivant !! Je voulais surtout parler de la visibilité des moyens de protection. Dans le service où je travaille dans la Maison d'Arrêt de Nanterre, les préservatifs sont laissés à discrétion au service médical. Alors à discrétion cela veut dire quoi ? Cela veut dire qu'ils sont là et que les détenus les prennent ou pas. Seulement où étaient les préservatifs au

service santé de la Maison de Nanterre ? Ils étaient dans la salle de soins des infirmières, sur le meuble derrière la porte, donc dans une discrétion vraiment maximale. Maintenant nous les avons mis de façon beaucoup plus visible sur le bureau des médecins et de l'éducateur. Les psychologues se sont plus ou moins fermement opposés à cette proposition d'en mettre dans leur bureau, on peut comprendre que les psychologues étant principalement des femmes cela semblait déplacé, mais bon cela ne s'est pas fait dans leur bureau. Beaucoup de préservatifs ont atterris sur mon bureau et le fait que ces préservatifs soient plus accessibles et visibles ils partent très bien, plusieurs vingtaines en une journée. Je me rappelle de quelques détenus à l'époque où j'étais encore en corsive, on avait retrouvé plusieurs fois dans le même lit le matin des détenus, je leur avais proposé des préservatifs en tout bien tout honneur, sans jugement, pour sauvegarder leur santé. L'un des deux était très vexé, disant qu'ils avaient regardé le match de foot, l'autre est venu quand même venu me voir en me disant que cela pouvait être utile, les préservatifs ne servent pas qu'à cela en prison, on peut y cacher le shit et le portable, ce dont j'étais bien conscient. Je suis donc descendu au service médical leur prendre un paquet assez conséquent car je savais être à peu près le seul gardien à avoir ce type de démarche. Ils ont quand même assez apprécié et je pense que c'était utile.

Je voudrais conclure en mettant tout le monde d'accord par rapport aux nécessités, aux besoins, mais surtout à la possibilité, je parle là de possibilité légale puisque j'ai devant moi un extrait du code de procédure pénale, la bible des surveillants :

« l'administration pénitentiaire considère comme une faute disciplinaire du 2^{ème} degré de mettre en danger la sécurité d'autrui par une imprudence ou négligence ». Si échanger des seringues, des pailles ou avoir des rapports sexuels non protégés ne sont pas des négligences ou des imprudences, il faudra quand même venir me l'expliquer.

Partant de ce principe l'administration pénitentiaire en partenariat avec d'autres associations, ou, en son propre nom doit permettre une accessibilité aux préservatifs, aux pailles et aux seringues...

Merci

Réduction des Risques et Prison...**...Ruptures et Continuités****Débat avec la salle**

Olivier Maguet :Merci à Maxime pour ton intervention car cela de doit pas être évident de le faire, eu égard au devoir de réserve. A ce sujet, existe t'il des lieux de réflexions, d'échanges, pour le personnel de la pénitencière sur les problématiques que tu as soulevé au regard de ton expérience ? Y a t'il des forces organisées, formelles ou informelles, des groupes au sein des syndicats ou d'associations, qui réfléchissent sur la question et pourraient aussi fournir matière à argumentaires, à faire des stratégies d'alliances ?

Maxime Justin :Il y a peu de réunions sur le sujet, sauf des réunions très informelles entre surveillants pour parler d'un tel qui est « encore défoncé », et voir ce que l'on pourrait faire. Là on prend quelques minutes pour en discuter. A part ces réunions il y a quelques formations ou stages ponctuels autour de la gestion des détenus difficiles et/ou toxicomanes, ou d'autres stages à l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP) d'Agen qui propose des formations spécifiques sur certains sujets. Récemment il y a eu plusieurs formations sur la gestion des toxicomanes. On considère qu'il s'agit d'une population particulière que doit être géré différemment d'une autre population. Il y a donc quelques points, quelques formations, discours qui commencent à émerger au sein de l'administration pénitentiaire.

Jean Baptiste Selleret: Pour compléter la réponse, j'ai assisté à quelques actions de formation de surveillants, et c'est eux-mêmes qui, à la fin de celles-ci quand on en parlait, finissaient par proposer des programmes d'échange de seringues. Donc cela existe et les surveillants sont preneurs de formations et je crois qu'il ne faut pas hésiter à être force de propositions.

Jean Louis Bara : Tout à l'heure je parlais de la situation de Marseille par exemple où toutes les conditions sont réunies pour faire des alliances avec le personnel pénitentiaire, mais il reste néanmoins la question de la hiérarchie.

Youssef Ameur: Oui voilà, le problème n'est pas tant le personnel de surveillance de base qui est en contact avec les populations pénales, le problème se sont les hiérarchies. Au niveau de la Direction Région, c'est une hostilité pleine et entière

à toute ouverture et à tout programme d'échange de seringues car cela reviendrait pour eux, à légitimer un usage qui est interdit. Comme pour le testing, si on fait des programmes de seringues, cela veut dire qu'on pousse les gens à consommer. Si en plus on leur parle de programmes d'Héroïne médicalisée, alors là... C'est la catastrophe

Jean Pierre Couteron : Dans ce que disait Christine Calderon et qui faisait écho avec ce que vous venez de dire et l'introduction de Patrick Beauverie qui nous a interpellé sur le cadre politique dans lequel nous restons enfermés et le cadre dans lequel notre débat pourrait avoir lieu, ce qui est intéressant c'est que lui et nous montrant à quoi cela peut servir et comment cela peut se faire, et Christine montrant comment des politiques peuvent dépasser cela, nous voyons bien l'intérêt que nous avons à porter ce débat politique. C'est à ce niveau là que nous avons un rôle à jouer et que nous pouvons interpellier les hiérarchies et les décideurs. Nous pouvons répondre aux craintes des hiérarchies. Cela est la vision optimiste, je crois qu'il y a une vision qui nous rend plus prudent, au-delà de l'analyse politique cela s'inscrit sur un moment où nos sociétés ont un mal fou à distinguer les positions d'autorité et l'autoritarisme, à distinguer la nécessité de limites, de règles et la façon de piétiner un certain nombre de libertés et de droits.. Nous devons être capables de porter ces questions anthropologiques, ces questions qui font que : qu'est ce que c'est d'être ensemble ? , Qu'est ce que c'est d'être les uns avec les autres ? , Et qu'est ce que c'est de se différencier et d'être capable de construire ? C'est aussi qu'est ce que la place de la prison, de la sanction, celle de l'insertion ? Et on va retirer le fil ? Alors c'est décourageant de retirer le fil, en même temps nous sommes quelques-uns à être habitués à le prendre et ça le retirer et je trouve plutôt encourageant d'entendre comment on peut encore le retirer à nouveau à partir des témoignages pratiques et concrets que vous avez pu donner.

Aude Lalande : J'ajouterais à cela si je peux me permettre, qu'il faut quand même reposer la question de la pénalisation de l'usage, la question de la loi. C'est une question qui est tellement à poser et à reposer que l'on finit par

omettre de l'énoncer. Il faut donc toujours le rappeler et ce serait une base saine que de commencer par-là.. Et la remarque de Patrick Beauverie tout à l'heure de savoir s'il faut incarcérer pour **soigner est une remarque de fond à prendre en compte.**

Christine Calderon : Oui là nous frisons les paradoxes, c'est à dire que l'on est incarcéré sur la question de l'usage et on use en prison... Moi je crois qu'une manière de pousser le cadre légal et la loi, c'est bien la question de mettre des dispositifs de réduction des risques en prison pour pousser les politiques à cette espèce de paradoxe : Le consommateur on ne peut pas lui offrir la prison comme réponse. Quand les dispositifs de RdR rentreront en prison, viendront questionner ce positionnement intenable.

Béatrice Stambul : Tout cela prouve bien qu'on gagne des batailles point par point, cette politique de pas à pas qu'est la réduction des risques que l'on fait comme cela depuis 15 ans, mais en même temps ce que nous n'avons pas été capables de faire c'est de porter le débat sur la question de la drogue en France. Tout le monde s'accorde à dire qu'avec l'échange de seringues, nous avons réussi à contenir l'épidémie de Vih chez les usagers de drogues, et que même ceux qui étaient contre se gobergent aujourd'hui en revendiquant l'avoir fait, mais c'est une victoire qui est locale. L'obscurantisme français est tel qu'on arrive même pas à lire les preuves, les évaluations quand elles sont révélatrices et positives. Moi la loi de 1970, je n'ai pas trop envie d'en parler car je crains pire que ce qu'elle est. Moi je crains une loi moderne et applicable, qui sera bien évidemment une loi répressive et hautement plus dommageable que la loi actuelle. Les pays où cela marche se sont aussi des pays pragmatiques, démocratiques sûrement ni la Chine ni l'Iran, mais en tous cas des pays pragmatiques. La France n'est pas un pays pragmatique mais je pense que nous devons ouvrir le débat et arriver à dire que le principal dommage que puisse causer l'usage de drogues dans ce pays, est la criminalisation et la prison, plus grave encore que les conséquences de prises de produits. Pour l'instant c'est quelque chose que nous n'arrivons pas à faire entendre, y compris chez le

Réduction des Risques et Prison...**...Ruptures et Continuités**

personnel politique de niveau national qui sache de quoi il est question. On a oublié de dire à quel point on les condamne quand ils sont pris à consommer en prison, parce que quand on dit que la loi de 1970 n'est pas adaptée à l'extérieur, mais quand on prend 6 mois de plus pour avoir fumé un « chichon » en prison c'est énorme. On applique terriblement la loi de 70 dans les prisons sur la consommation des drogues. La question de la prison avancera avec le reste. Nous sommes dans la politique des petits pas en réduction des risques, mais il faudra ouvrir le débat d'une autre façon, sinon cela n'arrivera jamais.

Youssef Ameur : Le refus de la prise de conscience fait qu'il y a des personnes qui sont contaminées en prison, et quand ils sortent, ils ne savent pas qu'ils sont séropositifs et il y a des conséquences en terme de santé publique qui sont réelles et concrètes.

Olivier Maguet : Si on devait se concentrer sur la question de l'échange e seringues en prison, à mon avis il faut la désolidariser de la question de ce qui est consommé et notamment ne pas l'associer aux programmes d'Héroïne médicalisée parce que c'est un des

meilleurs moyens pour que cela ne se fasse pas. La suite logique des choses fait que si on veut que cela se passe il faut que la loi de 70 change, et là ce n'est pas près de changer, alors que si nous sommes dans une stricte logique de réduction des risques où on sait bien que de toute façon la 1^{ère} chose qui est injecté c'est souvent du Subutex, ce n'est pas illégal de s'injecter du Subutex, alors nous sommes bien plus près d'une réalité qui est acceptable d'un point de vue sanitaire et politique.

Jean Baptiste Selleret : La prison a deux missions, la sanction et la réinsertion. Quand on voit l'état de délabrement des services d'insertion et de probation, la 1^{ère} mesure de réduction des risques serait d'augmenter les moyens d'accès aux droits, les moyens de préparer les sorties convenablement. Les terribles risques de la prison sont la déshumanisation et l'état dans lequel les personnes en sortent.

Pascale Bruston : Je suis juge d'application des peines, je voudrais vous donner juste un élément d'information par rapport à la loi de 70 dont on vient de parler. Elle a déjà été réformée et celle-ci continue avec la loi du 5 mars 2007 qui

étend l'injonction thérapeutique d'une part, les décrets d'application ne sont pas encore sortis donc on ne sait pas comment cela va être mis en œuvre, notamment il y a tout un système de médecins relais qui va être assez compliqué je pense, et d'autre part cette loi a déjà créé tout une série de circonstances aggravantes sur les infractions de violences et d'autres encore avec la consommation d'alcool et de produits stupéfiants illicites.

Aude Lalande : J'ajouterais qu'à force de ne pas vouloir parler de la loi de 70 parce que c'est trop difficile, nous avons laissé se faire ce débat là sans intervention ni du secteur spécialisé, ni intervention citoyenne. J'ai une question, on ne perd jamais des conséquences de l'injection telle que tu la décris avec les septicémies et autres, existe-t'il une évaluation de ces conséquences en dehors des overdoses ?


Youssef Ameur : J'ai rappelé tout à l'heure qu'il n'y a pas d'étude sur l'injection et les conséquences, en tous cas j'ai eu beau chercher je n'en ai pas trouvé. N'oublions pas qu'une cellule c'est aussi un endroit pathogène, pas le lieu idéal pour s'injecter.

Maxime Justin, surveillant à la Maison de Nanterre, incite les personnes qui souhaitent appréhender les conditions de séjour dans une prison française à aller voir le film « **9m2 pour 2** » de Joseph Cesarini et Jimmy Glasberg.

Synopsis : Ce film est issu d'une expérience cinématographique menée en milieu carcéral à la prison des Baumettes de Marseille. Après plusieurs mois de sensibilisation aux techniques du cinéma et d'apprentissage du maniement de la caméra dix hommes détenus sont devenus tour à tour interprètes et filmeurs de leur propre vie. Chacun d'entre eux s'est ainsi exprimé à travers des situations quotidiennes mises en scène dans un décor de cellule de 9m2, reconstituée en studio à l'intérieur de la prison.

Cahiers Thématiques de l'afr

Réduction des Risques et Prison Ruptures et Continuités

Cet évènement a été soutenu par le Conseil Régional  Île de France, la DRASSIF et les laboratoires Roche et Bouchara-Recordati.

Ce cahier contient les actes de la table ronde « Pratiques et usages en détention ». Vous pouvez trouver l'ensemble des ressources (discours et diaporamas) sur le site web de l'AFR

Programme de la journée du 8 juin 2007

- Etat des Lieux :
 - *Béatrice Stambul, AFR* : RdR et prison, Le constat
 - *Ivana Obravdic, OFDT* : Données DGS/DOHS
 - *Olivier Maguet / Michel Laurent* : Structuration du dispositif pénitentiaire, Résultats de l'enquête 2003
- Pratiques et Usages en détention
 - *Jean-Baptiste Selleret* : Usages et mise à disposition de matériel
 - *Youcef Ameur* : Les pratiques d'injection en milieu carcéral
 - *Patrick Beauverie* : Drogues et médicaments, entre la logique sanitaire et la logique sécuritaire
 - *Maxime Justin* : Le rôle d'un surveillant de prison
 - Les expériences étrangères
- Loi Perben 2 - Gérer l'obligation de soins, la carotte ou le bâton ?
 - *Dr Catherine Paulet*, médecin aux Baumettes (Marseille)
 - *M. Jean Christophe Tymoczko*, avocat
 - *Pascale Bruston*, vice-présidente Tribunal de Grande Instance Melun
 - *Dr Frédérique Seltz*, Médecin à la Maison d'Arrêt d'Osny
- Sortir !! Et Après...
 - *Sourida Hammidi, association l'Âtre* : La question de l'hébergement
 - *Corinne Castellano, AIDES* : L'accompagnement des malades
 - *Rosine Réat, Sida paroles* : La mobilisation des CAARUDS

AFR

c/o Aides - Tour Essor
14, rue Scandicci
93508 Pantin Cedex

Tel : 01 41 83 46 87
www.a-f-r.org

Présidente : Béatrice Stambul
Coordinateur : Jean-Marc Priez (coordination@a-f-r.org)