

L'unité de réhabilitation pour usagers de drogues du Centre de détention de Neuvic

Bilan de fonctionnement

Septembre 2017-juin 2018



Caroline Protais

Septembre 2018

Table des matières

Introduction	7
I. Genèse d'un dispositif singulier en France.....	13
A. Une philosophie pénale innovante	14
1. Activer les détenus au sein d'un « programme » de prise en charge	14
2. « Tirer vers le haut » l'ensemble du système pénitentiaire	16
B. La proposition concrète : un quartier sans drogue fondé sur des outils ayant fait la preuve de leur efficacité	17
C. La remise en cause du modèle des <i>Twelve steps</i> et de l'abstinence comme condition d'accès au dispositif	19
D. Des objectifs mixtes poursuivis par une équipe pluridisciplinaire.....	21
1. Dans l'intérêt du résident	21
2. Une prise en charge tripartite.....	22
Synthèse de la partie 1.....	24
II. Bilan de fonctionnement	25
A. Bilan à l'international.....	25
B. Fonctionnement de l'URUD : le travail sur le produit comme clé de voûte du dispositif .28	
1. Public-cible et modalités de recrutement	28
2. Le cadre : une prise en charge « tri-phasée » basée sur des « espaces collectifs de médiation ».....	29
C. Réussites : un programme qui améliore les conditions de vie en détention et prend soin des détenus présentant des conduites addictives.....	32
1. La culture collaborative.....	32
2. Un dispositif qui améliore les relations en détention	35
3. Un dispositif qui « fait du bien » aux détenus présentant des conduites addictives.....	44
D. Limites	53
1. Des difficultés organisationnelles.....	53
2. Un lieu qui pose question.....	56
3. Le travail de réinsertion sociale : une mise en place progressive qui mériterait d'être renforcée pour optimiser les effets recherchés du programme.....	59
4. Un dispositif exigeant en terme de recrutement qui pose la question d'égalité aux soins de certains profils	60
5. Une question problématique : la confidentialité et le secret.....	62
6. Une question ouverte : l'abstinence	62
Synthèse partie 2.....	64
III. Recommandations	65
A. Vers un renforcement et une duplication du programme	65

1. Faire vivre le dispositif à un niveau institutionnel	66
2. Optimiser les effets recherchés du programme	66
3. Préserver/renforcer les acquis	67
4. Ouvrir le dispositif.....	68
B. Vers une évaluation ad hoc	71
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE.....	75
ANNEXE 1	79
ANNEXE 2	81
ANNEXE 3	95
ANNEXE 4.....	107
ANNEXE 5	111
ANNEXE 6	127
ANNEXE 7	131
ANNEXE 8.....	137

Remerciements

Cette étude a été réalisée à la demande et avec le soutien financier de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP).

La rédactrice de ce rapport tient à remercier :

- Olivier Sannier pour les nombreuses informations et discussions qui ont ponctué ce travail et qui l'ont profondément enrichi ;
- les membres de l'équipe URUD pour leur accueil chaleureux, leur disponibilité, leur ouverture et la qualité des nombreux échanges que nous avons eus ;
- l'équipe surveillante, mais aussi l'ensemble des résidents de l'URUD qui ont accepté ma présence avec confiance et bienveillance durant des moments où ils ont livré des éléments intimes de leur vie ;
- Nicole Fraysse, qui a retranscrit les entretiens pour les échanges que nous avons eus sur les entretiens et la qualité de son travail ;
- les membres de l'OFDT qui ont participé à l'élaboration de ce rapport : Cristina Díaz Gómez, Julien Morel d'Arleux, Isabelle Michot, Ivana Obradovic, Julie-Émilie-Adès, et Frédérique Million.

Introduction

La prison est loin d'être un lieu où l'usage de substances psychoactives est absent. Il y a une dizaine d'années la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montrait qu'à un niveau national un tiers des nouveaux détenus déclaraient une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'entrée en prison : cannabis (29,8 %), cocaïne et crack (7,7 %), opiacés (6,5 %), médicaments détournés (5,4 %), autres produits (LSD, ecstasy, colles, solvants : 4,0 %) (Mouquet, 2005). Des enquêtes plus récentes réalisées dans les années 2010 au sein du centre pénitentiaire de Liancourt (Sannier *et al.*, 2012) et de la maison d'arrêt de Lyon Corbas (Sahajian *et al.*, 2017) témoignent des niveaux de consommation qui avoisinent 40 % pour l'usage de cannabis en détention et où la consommation de cocaïne varie entre 7 % et 10 % et d'héroïne autour de 8 %. Selon l'enquête réalisée à Liancourt, près de 7 % des détenus consommeraient des médicaments morphiniques à visée non thérapeutique et près de 9 % des benzodiazépines non prescrites. Plus récemment, l'enquête exploratoire sur l'analyse des eaux usées de trois établissements pénitentiaires français, effectuée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (Néfaud *et al.*, 2017) suggère une consommation de cannabis encore plus importante : elle pourrait concerner tous les détenus, susceptibles de consommer entre 0,7 et 2,8 joints par jour. A l'inverse, les usages d'héroïne et de cocaïne paraissent marginaux (la cocaïne pouvant représenter 1 à 4 prises pour 1000 détenus). Dans cette étude, les proportions de médicaments (ISO et benzodiazépines) retrouvées étaient conformes aux doses prescrites par les unités sanitaires.

La détention serait par ailleurs marquée par une substitution des usages de drogues illicites (moins disponibles) vers les médicaments hors cadre de prescription (Stankoff *et al.*, 2000). Enfin, certains écrits ont souligné qu'une part des personnes détenues s'initient, pendant l'incarcération, à la consommation de produits illicites ou de médicaments de substitution aux opiacés (Obradovic *et al.*, 2011 ; Stankoff *et al.*, 2000).

La réponse sanitaire adoptée en France est encadrée par la loi du 18 janvier 1994 [[Loi n°94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale](#)] qui a instauré le principe d'équivalence d'accès aux soins des personnes détenues par rapport aux personnes en liberté. Elle a créé le système de soins tel qu'on le connaît aujourd'hui en prison, basé sur la spécialisation des services de soins et leur indépendance à l'égard du milieu carcéral et des objectifs pénaux. La prise en charge ambulatoire est assurée par des unités spécialement dédiées, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP, appelées plus communément « US »¹) : en 2016, 202 centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont implantés dans 162 établissements pénitentiaires (11 n'exercent qu'en milieu carcéral) (Palle et Rattanatrav, à paraître) en lien avec les USMP. En 2010, [[Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux](#)], les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), qui dispensent des soins psychiatriques, voient le jour. L'hospitalisation de certains détenus qui souhaitent se sevrer peut être réalisée en ces lieux, mais la prise en charge de ces personnes n'est pas un axe priorisé par les professionnels et les actions thérapeutiques spécifiquement destinées à la gestion des conduites addictives y sont quasi-inexistantes (Protais, 2015). Ainsi, en comparaison avec le milieu libre, en 2015, la prison propose peu de prises en charge groupales, et pas du tout basée sur le modèle des

¹ Voir annexe 1. Cette remarque vaut pour l'ensemble des abréviations qui vont suivre, détaillées à la première occurrence, puis référencées en fin de rapport.

communautés thérapeutique (CT), alors même que le modèle a été développé en France dans les années 2000 (Langlois, 2013).

La création de l'Unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD) est censée répondre à ces limites. Ce programme expérimental est monté dans un cadre partenarial entre le Comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions (CEID) de Bordeaux, l'Agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle Aquitaine et la Direction interrégionale des services pénitentiaires de Bordeaux (DISP) (voir annexe 3). Il propose une adaptation du modèle des CT au contexte carcéral.² Il s'inscrit également dans les objectifs du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 qui fixe comme axe prioritaire la lutte contre la délinquance en lien avec la consommation excessive d'alcool ou de stupéfiants. Faisant figure d'exception depuis la loi de 1994 actant une séparation entre les prérogatives thérapeutiques et pénales en contexte carcéral, ce programme poursuit donc un double objectif. Il offre aux détenus présentant des conduites addictives particulièrement motivés un cadre leur permettant un arrêt total de la consommation et un travail thérapeutique « en profondeur », pour augmenter les chances de réadaptation sociale, mais aussi diminuer les risques de récurrence d'actes en lien avec la consommation de produits.

Dans la convention cadre portant création du dispositif (annexe 3), il est indiqué que l'URUD doit faire l'objet d'une évaluation qualitative et quantitative. En janvier 2017, la DAP a saisi l'OFDT pour réaliser un bilan de fonctionnement quelques mois après l'ouverture. Cette démarche est censée permettre une étude d'impact postérieure, reposant sur une stabilisation préalable du dispositif prenant acte des constats posés dans ce premier bilan.

1) Objectifs de l'étude

Outre sa vocation d'appui et de conseil, l'étude vise à examiner la pertinence et la faisabilité du programme. Elle s'organise autour de trois volets distincts : 1) l'analyse de la genèse du dispositif à l'aide de la reconstitution d'un historique précis ; 2) l'examen de son mode de fonctionnement avec une attention particulière portée aux réussites mais aussi aux pistes d'amélioration ; 3) les conditions de duplication et la proposition d'indicateurs pour mettre en place une évaluation d'impact de l'URUD.

Ces trois volets de l'enquête ont pour objectif de répondre à plusieurs axes de questionnement :

- L'état de la collaboration entre le personnel pénitentiaire et le personnel sanitaire et socio-éducatif. La littérature sociologique sur la question montre que les objectifs de prise en charge des professionnels issus du monde sanitaire et socio-éducatif sont rarement les mêmes que ceux des professionnels pénitentiaires (Bessin et Lechien, 2000 ; Lancelevée, 2016 ; Milly, 2001). Ces différences de points de vue peuvent conduire à des conflits ou à minima à des compromis renouvelés. Quel type de collaboration (ou non) s'établit entre ces deux types d'acteurs ? Ceux-ci engagent-ils une évolution des cultures professionnelles au sein de l'URUD ?
- L'articulation des objectifs thérapeutiques et de prévention de la récurrence. La perspective thérapeutique n'est pas la même que la perspective pénale. Là où l'une accepte la rechute et « accompagne les échecs » (Projet Pilote, DISP de Bordeaux), l'autre considère la récurrence comme un critère d'évaluation d'inefficacité du dispositif. Comment les objectifs

² Deux communautés thérapeutiques ont été ouvertes en 2007 à titre expérimental en région Aquitaine dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008). Pour plus de détails sur leur mode de fonctionnement et l'évaluation dont elles ont fait l'objet, voir Langlois, 2013.

thérapeutiques et pénaux s'articulent-ils au sein de l'URUD ? Leur rencontre soulève-t-elle des difficultés ?

- La vie communautaire. Le milieu carcéral est un lieu de restriction des libertés. Un certain nombre de pans de la vie quotidienne, telle l'élaboration des repas, est pris en charge par la détention. De même, les activités de groupe sont possibles, mais leur participation est laissée au bon vouloir du détenu. Le projet de l'URUD va à l'inverse de ce mode de fonctionnement en proposant une prise en charge communautaire, le programme attribuant un potentiel soignant au groupe. Comment est-elle organisée ? Quels effets a-t-elle sur le détenu ?
- L'apport des pairs. L'intervention des « pairs » (anciens consommateurs « rétablis » grâce à la poursuite de programmes du genre) constitue un des piliers des CT et ainsi de l'URUD. Ils sont envisagés comme des supports de resocialisation des personnes, le partage d'expériences venant soutenir l'individu dans les périodes de doute ou de mise en échec du programme. Comment fonctionne l'intervention des pairs ? Comment est-elle perçue/ressentie par les personnes bénéficiant du programme ?
- Les relations avec l'extérieur. La resocialisation est un des objectifs visés par le programme. Celui-ci doit passer par des liens tissés avec l'extérieur, ce qui justifie un travail de partenariat étroit avec des institutions permettant d'assurer un relais sanitaire et social à la libération de la personne. Comment s'organisent ces relations avec l'extérieur ? La question des partenariats qui se nouent entre les professionnels à l'intérieur et à l'extérieur de l'URUD est à creuser, sachant que bien souvent ces relais sont défailants en milieu carcéral classique (Joël, 2018).

2) Un dispositif méthodologique qualitatif

Ce bilan de fonctionnement se base sur un dispositif d'enquête qualitatif articulé à partir de la complémentarité de trois méthodes : l'entretien, l'observation de type ethnographique et le travail bibliographique. L'observation continue du dispositif s'avère indispensable pour avoir une vision d'ensemble de son mode de fonctionnement. Le travail bibliographique est quant à lui incontournable pour replacer l'URUD dans la diversité des réponses socio sanitaires et éducatives proposées aux personnes dépendantes en milieu pénitentiaire, et pour réfléchir à la pertinence et à l'efficacité de ce type de programme. Il est également utile pour réfléchir aux conditions de duplication du dispositif. Enfin, la conduite d'entretiens individuels approfondis est essentielle pour comprendre le vécu des bénéficiaires et les difficultés auxquelles sont potentiellement confrontés les professionnels.

Ces visées générales peuvent être décomposées en cinq tâches distinctes aux objectifs plus ciblés :

a) Tâche 1 : Revue de la littérature

L'idée ici est de faire un état des lieux des expériences étrangères de communautés thérapeutiques destinées aux personnes dépendantes en milieu carcéral. Ce bilan permettra :

- de replacer l'URUD dans les différentes réponses proposées à un niveau international
- de réfléchir à l'impact que peut avoir un programme de ce type sur le long terme, sur le parcours des personnes qui en ont bénéficié.

b) Tâche 2 : Entretiens préliminaires avec les porteurs du projet et analyse des documents relatifs à l'URUD

L'objectif de cette tâche est de reconstituer l'historique du dispositif et la manière dont il a été implanté au centre pénitentiaire de Neuvic :

- En amont de sa création, d'une part : comment l'URUD a-t-elle été pensée ? De quel modèle théorique se revendique-t-elle ? A quels besoins le projet est-il censé répondre ?
- Au niveau de son élaboration concrète, d'autre part : comment le projet s'est-il mis en place sur le terrain ? Quels freins le projet a-t-il pu rencontrer sur le site et pourquoi ?

Dans ce contexte, six entretiens ont été réalisés avec les personnes occupant les fonctions suivantes à la période de la création de l'URUD :

- La directrice de la DAP
- La directrice de la DISP de Bordeaux
- Le directeur adjoint de la DISP de Bordeaux
- Le référent médical national de la DAP
- Le directeur du CEID
- Le directeur de la CT de Barsac en charge du dispositif URUD jusqu'en septembre 2016

Plusieurs documents ont également été exploités :

- L'état des lieux des prises en charge des usagers de drogue en prison réalisé par la DAP en amont de la création de l'URUD en date du 05/09/2014
- La note de cadrage écrite par la DAP, présentant le projet URUD en date du 26/01/2016
- La convention cadre URUD DISP CEID ARS fin 2015 (annexe 3)
- La lettre de mission signée DISP ARS en date du 13 janvier 2016 (annexe 4)
- Le compte rendu du deuxième COPIL URUD en date du 24/06/2016
- Les présentations power points servant de supports à ces COPIL
- Le pré-projet URUD en date du 24 juin 2016 (annexe 2)
- Les plannings prévus au moment du pré-projet
- Le contrat de séjour URUD distribué aux résidents à partir de juin 2017
- Bilan de fonctionnement URUD après 1 an de fonctionnement réalisé en juin 2018
- Lettres, témoignages écrits des anciens détenus ou de leurs familles (voir par exemple : annexe 6)

c) Tâche 3 : observation du fonctionnement de l'URUD (observation et entretiens avec les acteurs du programme)

L'objectif est d'avoir une vision d'ensemble du fonctionnement du dispositif. Il a été rempli en 4 temps réalisés au cours de 4 déplacements :

- Temps 1 : observation continue de l'URUD. L'ensemble de la vie quotidienne dans le cadre de ce programme a fait l'objet d'une observation : les réunions d'équipe, les temps d'accompagnement individuel, les activités thérapeutiques de groupe, le retour sur la journée... Ces observations ont été ponctuées par des temps de « débriefing » avec les différents professionnels dont l'activité a pu être suivie.
- Temps 2 : entretiens avec les professionnels. Treize professionnels ont été interrogés dans le cadre d'entretiens formels :

- l'équipe CEID (interrogée en entretien collectif à deux reprises, dont Jean et Séverine, responsables de l'URUD)
- le médecin affecté à l'URUD (le docteur F)
- l'infirmière affectée à l'URUD
- la psychologue affectée à l'URUD
- la directrice du SPIP
- les deux CPIP en charge des dossiers des détenus affectés dans l'unité (interrogées en entretien collectif)
- 4 surveillants
- le directeur de l'établissement
- le médecin chef de l'US (Le docteur V)
- une psychologue de l'US interrogée avec une infirmière de l'US

Il faut ajouter l'ensemble des échanges informels nés de la présence en continue du chercheur.

- Temps 3 : entretiens avec les bénéficiaires du programme. Dans ce contexte, 8 détenus ont été interrogés.
- Temps 4 : entretiens avec les acteurs extérieurs avec lesquels les professionnels de l'URUD sont en lien. Dans ce contexte, la juge d'application des peines (JAP) du tribunal de grande instance de Périgueux en charge du dossier des détenus inclus dans le programme a été interrogée.
- Temps 5 : focus groups de restitution des premiers résultats, l'un avec les détenus, l'autre avec le personnel de l'URUD. Ces derniers font partie intégrante de l'évaluation, puisqu'ils ont permis de confronter nos conclusions aux représentations des acteurs et de constater certaines évolutions.

Notons que ces différentes tâches ont été réalisées sur 10 mois. Trois visites à l'URUD, l'une en Août/Septembre 2017 et les deux autres en Mai/Juin 2018 ont inauguré et clos ce travail tout en fournissant un regard dynamique sur le dispositif.

d) Tâche 4 : Observation d'un dispositif alternatif de prise en charge des détenus présentant des conduites addictives

Ce bilan de fonctionnement a été complété par la visite d'un dispositif alternatif de prise en charge des détenus présentant des conduites addictives, le Programme de mobilisation pour accéder aux soins (PMAS) à Lyon (voir encadré 6), pour pouvoir comparer l'URUD à d'autres propositions de prise en charge de ces personnes. Cette journée s'est organisée en trois temps : 1) Un entretien collectif avec des personnes ayant bénéficié de ce programme ; 2) Un entretien avec la responsable ; 3) Une observation de l'après-midi d'ouverture d'un cycle.

Au total, 31 entretiens ont été réalisés dans le cadre de ce bilan de fonctionnement.

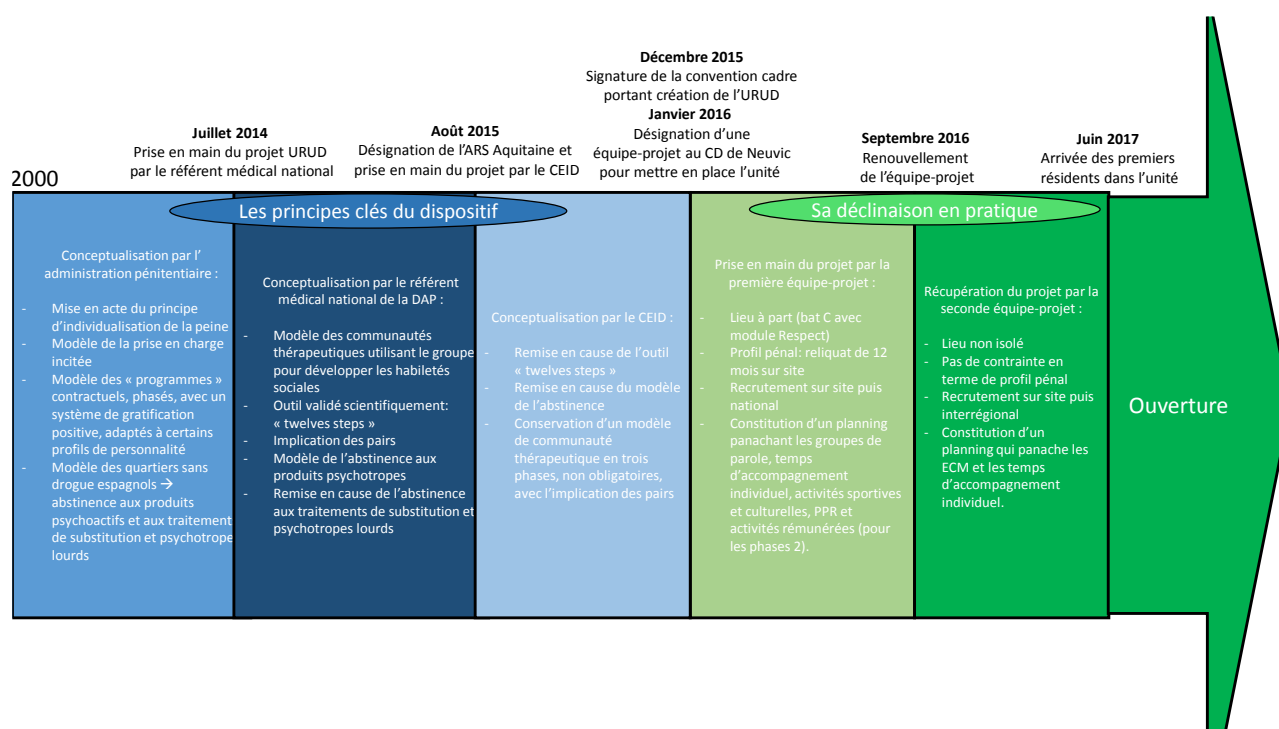
NB 1 : L'OFDT est un groupement d'intérêt public (GIP) doté d'une mission scientifique, dont l'objet est d'éclairer les pouvoirs publics, les professionnels du champ et le grand public sur le phénomène des drogues et des addictions. Il est principalement financé par une subvention pour charges de service public versée par la MILDECA et des crédits de l'Union européenne au titre de son activité de « point focal national » au sein du réseau européen d'information sur les toxicomanies (REITOX). L'OFDT exerce son expertise scientifique de façon indépendante, avec le soutien de son Collège scientifique. Si la présente enquête a été commanditée et financée pour partie par la direction de l'administration pénitentiaire, la convention signée avec elle garantit l'indépendance scientifique du chercheur.

NB 2 : L'ensemble des entretiens et observations ont été réalisés avec l'accord des personnes (y compris concernant le recours à l'enregistrement.) L'objet restreint sur lequel porte l'évaluation rend difficile la préservation de l'anonymat des personnes interrogées (en tout cas auprès des principaux acteurs de l'URUD). C'est pourquoi, nous avons opté pour un degré d'anonymisation maximale en fournissant un minimum d'éléments de contextualisation des personnes. Dans le corps du texte, ou des extraits d'entretiens, des noms, prénoms et lieux ont été conservés pour des raisons de lisibilité, mais ils ont tous été changés.

NB3 : les détenus participants à l'URUD, sont appelés « urudiens » ou « résidents ». De manière générale, ces deux termes seront utilisés de manière interchangeable dans ce rapport.

I. Genèse d'un dispositif singulier en France

La sociologie des professions et des organisations a souvent valorisé le rôle de certaines personnalités innovantes et mobilisées (voire « pionnières ») dans la naissance des organisations et des cultures de métier spécifiques. L'URUD doit sa naissance à une configuration d'acteurs qui se rencontrent autour de convictions convergentes, nourries d'expériences étrangères. La conceptualisation du dispositif implique quatre types de personnes qui vont, à leur niveau, apporter leur pierre à l'édifice : 1) des acteurs pénitentiaires qui inscrivent le dispositif dans une philosophie pénale innovante ; 2) le référent médical national de la DAP qui propose un modèle de « quartier sans drogue » basé sur des outils validés scientifiquement ; 3) l'équipe du CEID qui impose un modèle de communauté thérapeutique remettant en cause l'abstinence comme condition d'accès et de pérennisation dans le programme ; 4) la seconde « équipe projet » (la première ayant été intégralement renouvelée en septembre 2016 du fait de changements de postes) chargée d'implanter l'URUD sur le site du CD de Neuvic qui acte la pleine implication des acteurs pénitentiaires dans le programme, y compris les surveillants. De fait, la genèse du programme s'est réalisée en deux grandes étapes résumées dans la frise 1 : 1) la phase de conceptualisation par les trois premiers types de personnes citées ; 2) La phase de déclinaison sur site via une équipe désignée dont les membres ont été renouvelés en septembre 2016. Au fil de cet historique, l'URUD affirme ainsi un modèle d'intervention spécifique, inexistant actuellement en France, tendant vers un modèle de communauté « hybride », mêlant des objectifs thérapeutiques et pénaux.



Frise 1 : historique de l'URUD³

³ Certains éléments relatifs au mode de fonctionnement de l'URUD seront abordés dans les autres parties de ce rapport.

A. Une philosophie pénale innovante

Deux acteurs pénitentiaires principaux ont participé à la conceptualisation du dispositif : la directrice de l'administration pénitentiaire entre 2013 et 2016 et la direction interrégionale des services pénitentiaires de Bordeaux qui est en charge du projet en 2015-2016 au moment où le CEID est pressenti pour porter l'URUD. Si ces deux acteurs interviennent à des temps différents, ils se retrouvent néanmoins autour d'une même conception de la peine et du travail à réaliser à destination des détenus.

1. Activer les détenus au sein d'un « programme » de prise en charge⁴

L'initiative de l'URUD revient à la directrice de l'administration pénitentiaire. C'est véritablement elle qui impulse le projet en mobilisant le Bureau des politiques sociales, d'insertion et d'accès aux droits, et plus particulièrement le référent médical national pour mettre sur pied le programme à partir de 2015. L'idée remonte pourtant à la fin des années 1990, à une époque où elle était responsable du bureau chargé de la réinsertion dans la même administration. A cette période, elle a réalisé une visite marquante, celle d'une unité sans drogue en Espagne, dont elle témoigne en ces termes :

« Ce que j'avais vu à la prison de Madrid je crois, m'avait vraiment frappé : un bâtiment à l'intérieur de la prison, dans lequel était, sur contrat, affectés des détenus, des hommes et des femmes, donc un bâtiment mixte, qui s'engageaient dans un programme de prise en charge fondé sur tout un tas de prises en charge thérapeutiques mais surtout éducatives et qui s'engageaient à ne consommer aucune drogue ».

L'idée germe alors d'expérimenter ce type de réponse, en renversant la représentation de la peine qu'elle estimait avoir cours à l'époque en France, et selon laquelle le détenu est mis « face à un plateau technique de prise en charge, de formation, d'activités éducatives... et lui il doit construire son projet ». Sa réflexion se base sur le constat, qu'en définitive, peu de détenus se saisissent des possibilités qui leurs sont proposées car « ils n'en sont pas encore là » : ils seraient davantage focalisés sur le maintien des liens familiaux et l'organisation de leur vie en milieu carcéral. Conformément aux évolutions législatives de 2009 et 2014 (Pottier, 2010)⁵, l'idée est donc de mettre davantage en actes le principe d'individualisation de la peine en œuvrant, dès la détention, à la réinsertion du condamné, en adaptant les réponses de l'administration à la « personnalité » du délinquant, tel que cela est pratiqué dans d'autres pays à la tradition criminologique et de gestion

⁴ L'ensemble des citations de cette sous-section sont tirées de l'entretien réalisé avec la directrice de l'administration pénitentiaire en 2015.

⁵ La responsabilisation du condamné et l'individualisation des prises en charge sont désormais reconnues par la loi (art. 1 de la loi pénitentiaire modifiée par la loi du 15/08/2014 : « le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions. »). C'est la traduction dans le droit français des orientations des règles pénitentiaires européennes de 2006 et que l'on retrouve dans l'article 717-1 du CPP : « dès leur accueil dans l'établissement pénitentiaire et à l'issue d'une période d'observation pluridisciplinaire, les personnes détenues font l'objet d'un bilan de personnalité. Un parcours d'exécution de la peine est élaboré par le chef d'établissement et le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation pour les condamnés, en concertation avec ces derniers, dès que leur condamnation est devenue définitive. Le projet initial et ses modifications ultérieures sont portés à la connaissance du juge de l'application des peines. » Ce premier alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « leur régime de détention est déterminé en prenant en compte leur personnalité, leur santé, leur dangerosité et leurs efforts en matière de réinsertion sociale. Le placement d'une personne détenue sous un régime de détention plus sévère ne saurait porter atteinte aux droits visés à l'article 22 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. »

des risques pénaux plus développée, comme en Espagne ou dans les pays anglo-saxons⁶. Dans la même idéologie que les modules « Respect » créés à la même époque en 2015⁷, l'idée d'un programme contractualisé, avec un système d'étapes et de gratifications venant sanctionner une évolution favorable est ainsi valorisée pour renforcer l'implication du détenu, et le « mettre au travail ». Le système de sanctions positives se veut ainsi adapté à des personnes installées dans la délinquance qu'on irait chercher « sur leur propre terrain, celui de l'opportunisme », à défaut d'avoir trouvé des « images positives d'une vie à l'extérieur de la délinquance », basée sur la recherche de bénéfices directs. L'objectif est ainsi d'ouvrir une brèche susceptible de donner lieu à une évolution salubre pour l'individu. C'est le principe de « l'opportunité positive » (Mistretta, 2011) que les acteurs du soin en milieu contraint connaissent bien (Saetta, 2016). Ce type de conception va à l'encontre de deux types de représentations largement répandues à l'époque : une appréhension de la démocratie « à la française » considérant, que « face à l'égalité des droits, il serait choquant que certains bénéficient de dispositifs tandis que d'autres non »⁸ ; une idéologie issue des mouvements contestataires des années 1970, associant l'idée de programmes spécifiques à une entreprise de « normalisation sociale ».

La directrice de l'administration pénitentiaire de l'époque s'inscrit ainsi dans une démarche pragmatique, dès lors qu'elle constate que l'objectif de la réinsertion est somme toute assez peu réussi en France. Une première expérience de communauté thérapeutique au centre de détention d'Argentan a été mise en œuvre en 1998, mais elle tourne court pour de multiples raisons (voir encadré 1). Selon la directrice, il faut véritablement attendre le milieu des années 2010 pour que le contexte idéologique précédemment décrit, jusqu'ici réfractaire à ces idées, soit globalement en recul, et que les partenaires institutionnels à ce jour investis dans le projet URUD deviennent partie prenante du programme.

Encadré 1 : la communauté thérapeutique du centre pénitentiaire d'Argentan

L'expérience « STOP » (du nom du bâtiment dans lequel est placée cette première communauté thérapeutique en France) fonctionne entre le 11 mai 1998 et le 31 décembre 2001. Elle est fondée par l'association APTE qui souhaite transposer le modèle Minnesota des *Twelve steps* (voir encadré 2) en milieu pénitentiaire, comme cela est pratiqué aux Etats-Unis.

La communauté thérapeutique a été située dans une aile séparée du reste de la détention, le bâtiment E1, où les détenus volontaires pour effectuer une expérience d'abstinence sont placés en cellule individuelles et ouvertes. Le cycle dure 3 mois, suivi d'une période de post-cure de 3 à 6 mois, lorsque le patient a quitté le bâtiment. 15 patients divisés en deux groupes y sont accueillis. Les détenus s'engagent à l'abstinence et sont soumis à des tests urinaires réguliers et parfois inopinés, qui peuvent donner lieu à l'éviction du détenu, en cas de résultat positif. La semaine du patient est

⁶ Ce type de conceptions, largement répandu à l'heure actuelle dans les pays anglo-saxons, prend son origine en Europe dans les mouvements de défense sociale. Pour plus de détails sur ces courants de pensée voir (Debuyst *et al.*, 2008a ; Debuyst *et al.*, 2008b).

⁷ « Ses objectifs affichés sont à la fois de répondre à la violence (...) et au souci criminologique concomitant de donner un sens à la peine dans une perspective bien comprise de prévention de la récidive. » (Faget et Faget, 2017, p. 7). Les modules de « respect » s'organisent autour d'un cadre de vie communautaire entre les détenus et les différents intervenants et une maximisation des propositions d'activité pour favoriser la responsabilisation du détenu et sa réinsertion. Pour plus de détails sur le mode de fonctionnement et l'évaluation préalable du dispositif, voir (Faget et Faget, 2017).

⁸ La directrice de l'administration pénitentiaire de l'époque reprend en cela une opposition bien connue des politistes et des sociologues. Pour plus de détails sur ce point, voir Stirn *et al.*, 2006.

rythmée entre groupes de parole, entretiens individuels, éducation à la santé et sport. Le cycle fonctionne par phases et groupes de pairs qui viennent raconter leur expérience d'anciens toxicomanes via Alcooliques anonymes et Narcotiques anonymes. A son arrivée le détenu signe un contrat s'engageant à respecter l'abstinence, à participer aux activités, à ne pas avoir des conduites contraires au règlement intérieur, et s'engage à la confidentialité des échanges.

A l'époque, l'expérience avait fait l'objet d'une évaluation, basée sur une visite d'une demi-journée, par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) et d'une plus approfondie réalisée par le référent anglais dont le modèle est inspiré. Celui-ci avait estimé le modèle Argentan comme beaucoup moins « cadré » que celui anglais et avait incité les cliniciens à assumer plus clairement les choix thérapeutiques qu'ils avaient effectués. L'expérience a visiblement souffert de plusieurs éléments organisationnels : le grave accident du principal responsable du projet ainsi que la vacance de poste qui s'en est suivie, ainsi qu'une rotation importante du personnel. Les raisons de la fermeture de l'unité par le chef d'établissement restent obscures. Il semble néanmoins qu'en plus de ces problèmes d'ordre organisationnel, elle ait souffert des mauvaises relations instaurées avec l'administration pénitentiaire, et notamment avec les surveillants : « ce dispositif a fait l'objet de nombreux contrôles, de nombreux rapports, signalant à chaque fois le manque de relations entre l'association APTE et les autres acteurs de l'établissement » (voir annexe 5).

2. « Tirer vers le haut » l'ensemble du système pénitentiaire⁹

Cette perspective pragmatique est largement partagée par la directrice de la DISP de Bordeaux qui porte le projet à partir de 2015. Son approche se base sur un constat : « chez nous on nivelle tout par le bas. On traite tout le monde comme si c'était des détenus dangereux et à l'inverse on aboutit à un système plutôt laxiste et après on est frileux pour donner des droits aux détenus, et en même temps on les laisse faire tout et n'importe quoi. » Si notre système pénal est caractérisé par un foisonnement de règles à respecter, peu seraient *in fine* honorées ; le détenu se présentant comme « le laisser pour compte » de ce mode de fonctionnement contre-productif.¹⁰ Dans la lignée des nouvelles tendances en philosophie pénale, comme celui de la justice réparatrice ou restaurative (Jaccoud, 2007 ; Zehr, 2012), l'idée de la directrice interrégionale est à nouveau de donner tout son sens au principe d'individualisation de la peine en rétablissant un cadre réel de prise en charge. Etre plus cadrant pour être moins sanctionnant, tel serait l'objectif recherché pour œuvrer à la réinsertion du délinquant. Mais ce système ne serait pas que profitable au détenu. Sensibilisée aux conditions de travail des agents pénitentiaires, l'idée de la direction interrégionale est également de revaloriser la fonction du surveillant de prison grâce à ce type de dispositif. Là où la directrice interrégionale de l'époque valorise également l'expérience espagnole, son adjoint, lui aussi partie prenante du projet à l'époque, revendique quant à lui l'inspiration canadienne. Dans une perspective plus clairement criminologique, son idée est de mettre en place, au cours de la détention, un travail sur les facteurs ayant conduit au crime avant de penser la réinsertion sociale - cette étape intervenant

⁹ L'ensemble des citations de cette sous-section sont tirées des entretiens réalisés avec la directrice de DISP de l'époque et son adjoint.

¹⁰ Ce constat reprend celui effectué par de nombreux sociologues de la prison qui observent une contradiction inhérente au monde carcéral se reportant sur le métier de surveillant de prison (Chauvenet *et al.*, 1994), entre la montée du droit des détenus et la prolifération (pour contrecarrer cette tendance) de règles visant à garantir le maintien de la sécurité dans le milieu carcéral. La conséquence en serait des tensions internes au métier de surveillant de prison et ferait de la détention un temps « vide de sens » pour les détenus (Chantraine, 2004).

en fin de peine - pour limiter les risques de récidive. Cet objectif permettrait de croiser les intérêts de la société à être protégée, et ceux du délinquant pour lequel la communauté se mobilise pour permettre une sortie de la délinquance¹¹.

A l'époque, le modèle est donc celui d'un quartier isolé de la détention, où les détenus s'engagent dans une démarche de sevrage (aux drogues licites ou illicites, produits de substitution ou psychotropes « lourds »), et où ils sont soumis à une prise en charge thérapeutique intensive. Lorsque la direction interrégionale des services pénitentiaires est mobilisée dans le projet, elle est en train d'expérimenter un système d'orientation des détenus en fonction de leur profil, organisé autour de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan. Le projet-URUD permettait d'organiser un réseau de prise en charge des délinquants présentant des conduites addictives autour de deux propositions : une prise en charge ambulatoire quotidienne pour des détenus présentant des addictions, spécifiquement à l'alcool, inscrits dans une démarche de diminution du produit, réalisée au centre de détention de Bédénac et l'URUD pour des détenus inscrits dans une démarche de stabilisation d'une abstinence.

B. La proposition concrète : un quartier sans drogue fondé sur des outils ayant fait la preuve de leur efficacité ¹²

Lorsque la directrice de l'administration pénitentiaire rencontre le médecin qui sera recruté comme référent médical national, et dans ce cadre chargé du projet URUD, leurs perspectives convergent. Ce dernier a vécu une expérience professionnelle dans un établissement pénitentiaire où il a été confronté à la question des addictions et où il a tenté de mettre en place des actions ciblées. En 2008, il profite d'une proposition de formation financée par la commission européenne pour observer une « drug free unit », non pas en Espagne, mais cette fois à Londres à la prison de Wandsworth :

« C'était une unité détachée complètement de la détention dans laquelle ils proposaient aux personnes détenues volontaires de faire un programme qui était basé sur le programme des Alcooliques et Narcotiques anonymes, sur le Twelve steps Program. Je suis resté quinze jours, une semaine en immersion complète dans cette unité-là à faire les groupes avec les personnes détenues, et puis une semaine dans l'établissement avec les travailleurs sociaux embauchés par la Charity pour aller faire les entretiens de suivi des personnes détenues usagères de drogue, dont les entretiens pour les orienter (...). Ça m'avait donné pas mal d'expérience, donc quand j'étais revenu à Y, je m'étais dit qu'on pourrait améliorer la prise en charge qu'on propose chez nous, qui est uniquement basée sur le soin, et qu'on pourrait un petit peu s'ouvrir. »

Le modèle socio-sanitaire qu'il propose pour répondre au problème des addictions en prison est celui de la communauté thérapeutique basée sur les *Twelve steps* (voir encadré 2). Cette proposition découle d'une revue de littérature approfondie où cet outil paraît avoir fait ses preuves dans bon nombre de pays ayant tenté l'expérience en milieu carcéral (voir *infra*). Le point d'incertitude restait la question de l'abstinence : les unités sans drogue anglaises observées fonctionnent sur un modèle de faible tolérance à la consommation de produits psychoactifs mais aussi de médicaments psychotropes (de substitution ou autre). Elles pratiquent des tests urinaires obligatoires et réguliers permettant de contrôler la consommation du détenu. Lorsqu'un usage est mis en évidence, la

¹¹ La valorisation du double intérêt de la société à être protégée et du délinquant à être soigné trouve son origine en France dans le mouvement de défense sociale « nouvelle » de Marc Ancel (Ancel, 1954).

¹² L'ensemble des citations de cette sous-section sont tirées de l'entretien réalisé avec le référent médical national en 2015.

réponse est bien souvent l'éviction de la personne. La première question qui se pose au référent médical est celle de l'abstinence aux traitements de substitution :

« J'étais assez contre le fait qu'on rentre avec un traitement de substitution parce que le mésusage en milieu carcéral... c'est quand même très compliqué à gérer. Je me dis que, même moi, si j'étais enfermé et usager de drogue et que je prenais un traitement, j'aurais peut-être tendance à le mésuser, même si je suis allé dans une unité où... et puis qui dit traitement, dit trafic. Du coup, si on faisait rentrer quelqu'un avec des médicaments, on allait aussi exposer l'unité au trafic. C'est pour ces raisons-là que je n'y étais pas trop favorable. » Ce sentiment était par ailleurs corroboré par un « expert » américain en la matière, rencontré lors d'un colloque sur les communautés thérapeutiques, qui avait dit de ne « surtout pas prendre des gens encore sous traitement, parce que c'est compliqué à gérer et que ça serait plus difficile que des gens qui ne sont déjà plus sous traitement et qui ont déjà avancé un petit peu dans leur démarche ».

Mais l'abstinence aux produits de substitution semblait peu correspondre au « public-prison » français susceptible de candidater pour intégrer l'URUD. Ce principe pouvait également poser un problème au moment du recrutement des résidents. Un certain nombre de praticiens dans le champ de l'addictologie témoignaient par ailleurs d'une bonne gestion des TSO en communauté thérapeutique. Le référent médical national a donc proposé de recruter des personnes sous traitement de substitution, respectant le cadre de leur prescription.

Concernant à l'inverse, la question de l'usage d'autres types de substances psychoactives, ou de la consommation de médicaments hors cadre de prescription, la proposition du médecin de la DAP est claire : *« ce n'est pas un endroit où on arrête de consommer (...) ; la condition d'entrée c'est : j'aimerais consolider mon abstinence ».*

Pour autant, le référent médical de l'époque souhaite s'éloigner de la rigidité du modèle anglais qui répond à la rechute par l'exclusion :

« Ça n'avait pas de sens d'être hyper rigide quand on prend en charge ces publics, c'est contre-productif. L'idée c'est que c'est un endroit qui va les aider à consolider leurs bases, mais on se doute que le monde n'est pas rose, que ça va être compliqué et que de temps en temps ils vont avoir des rechutes. Et que, justement, s'il y avait des tests qui étaient mis en place, c'était pas l'idée de sanction. (...) c'était de pouvoir aider la personne à retravailler sur la question, à objectiver le fait qu'elle consomme. (...) Moi, quand je faisais du soin, l'idée du test c'était de pouvoir rediscuter de façon un peu plus approfondie avec la personne plutôt qu'être uniquement dans le déni complet de la situation sans qu'on puisse avancer. (...) Mais pas de l'utiliser comme outil de contrôle avec éjection. Ça n'aurait pas de sens. »

Le statut du test urinaire était donc revu : il ne devait pas être un outil de contrôle, mais permettre un travail sur l'abstinence qui n'est par essence pas linéaire, mais fait de progressions et de rechutes... Notons que cet usage vient *de facto* remettre en cause l'abstinence en tant que fait établi comme critère d'inclusion et de pérennisation à l'URUD, pour lui substituer la notion de *démarche d'abstinence* qui doit à l'inverse être commun à l'ensemble des détenus intégrés.

D'ailleurs, dès cette période, le référent médical perçoit les incohérences de cet idéal d'abstinence dans ce milieu typique qu'est la prison :

« Ils devraient arrêter le produit en détention. Mais, là, c'était un peu compliqué... J'avoue que c'est un peu brinquebalant, l'idée... C'est pour ça que j'ai peut-être lâché du lest après, j'ai mis la condition mais je ne sais pas quand est-ce qu'on va y arriver. Du coup, ça rend l'idéal un peu brinquebalant. »

Encadré 2 : les *Twelve steps*

Le programme « *Twelve steps* » a été fondé par les alcooliques anonymes, comme méthode de lutte contre l'addiction à l'alcool, en 1939. Il a ensuite été transposé aux autres drogues. Il propose des cycles en plusieurs phases, durant lesquels le bénéficiaire est accompagné par un pair accompagnant (et non par des professionnels du soin). Il vise la prise de conscience du « pouvoir » du produit sur le fonctionnement de la personne ; la rédemption et la réparation de ses torts ; l'expérimentation d'une vie sans drogue et de nouveaux codes de comportement ; la prise de responsabilité, en passant à son tour pair « counsellor ». L'imprégnation spirituelle de ce programme est très présente, comme en témoigne les 12 phases distinguées :

- 1- Admettre que l'addiction est toute puissante et que la vie sous produit est devenue ingérable
- 2- Croire qu'une puissance supérieure pourrait restaurer le rapport à soi
- 3- Prendre la décision de s'en remettre à cette puissance
- 4- Faire un inventaire moral de soi-même
- 5- Admettre les torts moraux que nous avons pu faire aux autres
- 6- Etre prêt à ce que la puissance supérieure en laquelle croit la personne retire ses défauts
- 7- Lui demander de retirer nos défauts
- 8- Faire amende honorable auprès de ceux que l'on a blessés
- 9- Réparer ces personnes
- 10- Refaire un inventaire moral de soi-même et corriger son comportement
- 11- Rechercher par la prière et la méditation le contact direct avec la puissance supérieure
- 12- Transmettre le message aux autres

Le programme *Twelve steps* est peu pratiqué en France. Seule la communauté thérapeutique d'Aubervilliers revendique à ce jour ce programme.

C. La remise en cause du modèle des *Twelve steps* et de l'abstinence comme condition d'accès au dispositif¹³

Le référent médical national avait d'abord projeté d'implanter l'URUD au CD de Liancourt et avait contacté le SATO Picardie dans cette optique. Cette option ayant tourné court pour des raisons de contexte, son intérêt s'est ensuite tourné vers le CEID, au titre de son intérêt spécifique pour le modèle des communautés thérapeutiques. Son directeur, psychiatre addictologue spécialisé en thérapie systémique a, dès ses débuts, exploré la diversité des modèles de CT, en réalisant plusieurs stages d'observation à l'étranger et notamment aux Etats-Unis. Fort de ces expériences, il fait partie des cliniciens français ayant adapté le modèle à la culture française¹⁴. C'est au titre de cette spécialisation que la structure est recommandée au référent médical national pour mettre en place l'URUD. Le contact se fait alors facilement :

« J'ai été agréablement surpris que quelqu'un qui, malgré tout, n'était pas franchement du sérail addicto, communautaire, etc., ait pu en relativement peu de temps faire un projet dans lequel, assez vite, on pouvait se reconnaître. En partie, sans doute, parce qu'il s'était énormément appuyé sur les expériences aussi bien européennes qu'américaines, il s'était nourri en partie de cette culture internationale sur les communautés thérapeutiques. Donc, on avait un terrain de codage culturel immédiatement facilitant. »

Le cadre général a donc été conservé : il s'agissait de monter une CT, utilisant le groupe comme ressource pour développer des habilités sociales intervenant dans une capacité de résistance à

¹³ L'ensemble des citations de cette sous-section sont tirées de l'entretien réalisé avec le directeur du CEID.

¹⁴ Pour plus de détails sur ce point voir Delile, 2011 ; Denis *et al.*, 2011.

l'envie de consommer des produits. Le mode de fonctionnement de la communauté était « gradué », reposant sur un système de gratifications obtenues à mesure que le résident passe les différentes phases et sur l'implication des pairs dans le processus thérapeutique. Deux points d'adaptation ont toutefois été réalisés. Le modèle des *Twelve steps* dans un premier a été jugé peu adapté au contexte culturel français :

« Autant je respecte les Twelve steps, autant que sais que les Twelve steps en culture française, en plus française toxico, c'est moyennement opérant. (...) A mon avis, le truc sur le pouvoir supérieur de l'esprit, des choses comme ça, ça marche moyen. (...) Il y a eu une salariée qui avait voulu voir si elle pouvait être embauchée à Neuvic, on l'avait eu en stage à J., et là c'était du Twelve steps pur sucre, et on a vu qu'une bonne part des usagers n'étaient pas du tout enthousiastes, ils trouvaient ça trop schématique ».

De plus, le représentant du CEID chargé de décliner le programme sur site a perçu rapidement la contradiction entre l'importance des moyens humains que nécessitait l'application de ce modèle et les contraintes matérielles propres au milieu carcéral. Le directeur fait alors référence à un système de communauté thérapeutique plus souple, inspiré des expériences belges, en trois phases (voir *infra*) non obligatoires : *« il y a certaines personnes, qui, pour des raisons diverses, vont mieux, elles se sentent à l'aise dans le fonctionnement, mais elles n'ont aucune envie de devenir une sorte de chef de groupe, d'encadrant, de se responsabiliser, de contrôler les autres, ce n'est pas leur truc. Pour autant, ça évolue plutôt bien avec leur style de fonctionnement. Donc, ceux-là, ils restent dans cette phase-là. »*

Le second point d'adaptation concerne l'état abstinent comme condition d'inclusion dans le dispositif. Ce principe a été entériné pour deux raisons principales. D'une part, l'éviction des résidents qui « rechutent » conduit à arrêter le soin de personnes en besoin de soin : *« schématiquement, on privait d'accès aux soins ceux qui en avait le plus besoin, ce qui, en tant qu'intervenants, nous mettait un peu mal à l'aise. »* D'autre part, le CEID a globalement remis en cause ce qu'il considère être des approches *« traditionnelles autour de l'abstinence, autour de la désintoxication, du maintien de la désintoxication, où on pensait que ce n'était que le produit le problème et que, donc, l'enjeu central c'était qu'il n'y ait plus du tout ce produit maléfique qui allait faire du tort à ces personnes. »* L'évolution de l'addictologie française ayant démontré que l'appétence aux produits était le fruit de causes annexes, d'ordre psychologique, pour une part, devant donner lieu à un « travail sur soi », la réitération dans la consommation devait être prise, pour le directeur du CEID, comme le signe d'un travail psychologique non pas à stopper mais à poursuivre.

Comme l'avait pressenti le référent médical de la DAP, cet argument a été également renforcé par le contexte d'implantation spécifique de l'URUD : la prison. Les acteurs pénitentiaires mis autour de la table pour parler de la déclinaison concrète du dispositif sur site ont tout de suite attiré l'attention du groupe de travail :

« Ils nous ont dit qu'on imaginait un monde très coercitif mais qu'en fait, la prison est aussi tenue par des réglementations et que la France est quand même recadrée de manière régulière par l'Union européenne sur ses manquements par rapport à la dignité, par rapport à plein de choses sur les prisons, et que, notamment, certaines fouilles étaient devenues interdites, y compris les fouilles systématiques lors des parloirs. Nous, on n'imaginait pas. On est un peu tombé des nues parce qu'on pensait que c'était un truc de base et on a vu qu'ils n'avaient pas cette possibilité, ils n'avaient pas le pouvoir coercitif de faire vivre certains de ces interdits. (...)... Je ne saurais plus exactement comment ça a été amené, je ne voudrais pas être trop caricatural, mais ce qui était présent aussi dans les échanges, c'était (...) : c'est une lutte qui est perdue » (représentant du CEID aux réunions d'implantation du projet sur site).

Ce qui est pointé ici c'est tant la porosité que la tolérance du milieu carcéral à la consommation de stupéfiants, pour des raisons à la fois réglementaires (l'interdiction légale de réaliser certains types de fouilles) et organisationnelles (l'impossibilité matérielle de répondre à l'ensemble des usages). Cette difficulté serait la conséquence des éléments exposés plus haut, à savoir, ce qu'Antoinette Chauvenet *et al.* pointent comme une contradiction de l'univers carcéral entre la multiplication des règles relatives à la sécurité et d'autres ayant pour vocation d'accroître les droits des détenus (Chauvenet *et al.*, 1994). Face à l'impossibilité de la prison de maintenir l'état d'abstinence de ses résidents, la notion de *démarche d'abstinence* comme condition d'accès à l'URUD était ainsi validée.

D. Des objectifs mixtes poursuivis par une équipe pluridisciplinaire

Le projet devait s'implanter dans un établissement où exerçait le CEID en région nouvelle Aquitaine. Deux d'entre eux ont été pressentis : le CD de Mont de Marsan et celui de Neuvic. Ils ont été sélectionnés pour leur implication dans les modules « respect », estimés être dans des philosophies pénales proches de l'URUD. Neuvic a toutefois primé pour le dynamisme du SPIP de l'époque et le partenariat de qualité avec l'US à cette période, nous y reviendrons.

En janvier 2015, une première « équipe-projet », dirigée par le chef de détention de Neuvic, la direction du SPIP de Dordogne, et la direction du CEID de la Dordogne, a été constituée pour implanter le projet sur le site du CD de Neuvic (voir annexe 4). Les réunions commencent début 2016 jusqu'à l'ouverture en juin 2017.

Lorsque la personne du CEID pressentie pour diriger l'URUD en 2016 rencontre l'équipe du centre de détention de Neuvic, le contact se fait facilement. D'emblée, est posé l'objectif d'une pleine implication du SPIP au côté de l'équipe socio-sanitaire, pour poursuivre un double objectif : sanitaire et pénal, tout en restant centré sur le bien-être du détenu.

1. Dans l'intérêt du résident

« En fait, il y a quelque chose d'assez magique qui s'est passé dès le départ quand on s'est retrouvés tous ensemble pour le premier groupe de travail. On s'est rendu compte qu'au-delà des apparences, on partageait non pas un vocabulaire commun mais des approches communes. Ce qui a été une grande surprise, réciproque, et qui a été, du coup, un élément de levier assez puissant. (...) Parce que quand on parlait des PPR avec les collègues du SPIP, pas forcément ceux qui travaillent en détention, on s'est rendu compte que, nous, en addictologie, on a une approche qui s'appelle l'approche motivationnelle, qui même si elle ne recherche pas la même finalité, nous c'est plutôt l'abstinence ou le contrôle des consommations, eux avaient des projets et des programmes assez proches avec un certain nombre de leviers assez proches d'une approche motivationnelle, ils recherchaient la désistance. Et on s'est rendu compte que, en fait, on passait de désistance à abstinence, mais que, finalement, on se retrouvait sur plein d'éléments en commun » (représentant du CEID aux réunions d'implantation du projet sur site).

Le groupe s'est accordé sur deux objectifs généraux croisant leurs approches :

- L'amélioration de la qualité de vie
- L'entrée dans un parcours de désistance¹⁵

Dans le pré-projet (annexe 2), l'équipe donne pourtant la primauté au bien-être de l'individu, citant la définition de l'OMS de la « qualité de vie » qui cumule une amélioration des conditions de vie physiques, psychologiques, sociales et matérielles de la personne. L'URUD a donc d'abord vocation à s'occuper du bien-être général de l'individu au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire. Le projet postule que ce « mieux-être » passe par une mise à distance des produits, celle-ci ayant comme conséquence directe une entrée dans un parcours de désistance. L'intérêt de la société

¹⁵ La désistance désigne un processus de sortie d'un parcours délinquant

(auquel renvoie l'objectif de désistance) n'est donc pas envisagé comme premier, mais secondaire et indirect.

Les membres du groupe affirment également que l'URUD n'a vocation : ni à rendre l'individu abstinent, ni à le rendre résilient. Conformément à ce que nous avons souligné précédemment, c'est bien la notion de processus et non celle d'état qui est valorisée et fait pertinence pour les professionnels. Ainsi, le dispositif est pensé, non pas comme un point d'aboutissement mais comme faisant partie intégrante d'un parcours jalonné d'étapes.

2. Une prise en charge tripartite

Dans le prolongement du pré-projet rédigé en juin 2016 (annexe 2), ces objectifs généraux sont déclinés en plannings concrets qui panachent les groupes de parole dans lesquels est réalisé un travail sur la consommation, les activités à vocation « réadaptative » ou visant l'amélioration des conditions de vie de la personne (comme l'atelier cuisine ou le sport, par exemple) et un module recherchant la résilience pour les résidents approchant la fin du cycle. Le programme avait une dimension interdisciplinaire tout en prévoyant une intervention séquencée des différents encadrants : le personnel socio-sanitaire était chargé des groupes de parole et les surveillants participaient aux activités sportives et culturelles ainsi qu'aux ateliers visant la résilience aux côtés des CPIP (à l'époque il s'agissait de programmes de prévention de la récidive - PPR¹⁶ - « addiction »). Dès cette période, le représentant du CEID chargé de monter l'URUD percevait bien que l'implication des surveillants dans le programme est essentielle et questionne leur présence aux « *mornings* » et « *coffee-time* », temps de retour collectif sur l'humeur des différents membres du groupe organisés en début et fin de journée :

« Quand on avait discuté sur l'expérimentation d'Argentan (voir encadré 1), que ce soit G (le référent sanitaire national de la DAP) ou des collègues qui existent encore un peu dans le cénacle addicto, nous avaient dit que ce qui avait fait que le programme avait capoté très très rapidement, c'était la non-implication des surveillants de prison ».

Le nouveau directeur du CEID de la Dordogne qui prend la tête du projet en septembre 2016 au sein du groupe de travail ira encore plus loin dans cette direction. Il considère en effet que l'ensemble des intervenants à l'URUD, quelle que soit leurs identités professionnelles, peut participer aux différents ateliers. Ceci engage une pleine implication des CPIP et des surveillants de prison, y compris aux temps thérapeutiques de groupe (l'entretien individuel faisant exception). Ainsi, au-delà des porteurs des différents ateliers (le CEID pour les groupes à ambition thérapeutique, le SPIP pour ceux qui visent la résilience), l'objectif est que l'ensemble des intervenants puissent être présents tout au long du programme pour initier une prise en charge pluridisciplinaire dans la continuité. Cette conception du travail en commun est en accord avec un des principes régissant le socle théorique des CT, abolissant les notions de spécificités techniques revendiquées par certaines catégories de professionnels et envisageant un possible transfert de compétences : des soignants vers les patients (envisagés dès lors comme des « accompagnants pairs »), et par extension vers toute autre catégorie d'accompagnants. Cette proposition se nourrit aussi d'impératifs pratiques : le temps de présence du CEID était réduit du fait des contraintes

¹⁶ Un programme consiste à « réunir pendant plusieurs séances un groupe de condamnés présentant une problématique commune liée soit au type de délit commis (délinquance routière grave, agressions sexuelles, violences familiales ou conjugales) soit à une façon d'être inadéquate à la vie en société (infractions en lien avec une conduite addictive), pour, en s'appuyant sur la dynamique du groupe et sur l'utilisation d'outils pédagogiques adaptés, faire évoluer la façon de penser et le comportement des participants » (Définition consignée dans le Compte rendu du déplacement de représentants de la direction de l'administration pénitentiaire en Écosse du 19 au 23 novembre 2007, document interne à la DAP cité par Brillat, 2009).

pénitentiaires (9h-17h), par rapport au temps de présence des encadrants socio-éducatifs en CT classique. Pour le directeur de l'URUD, il fallait qu'un relais puisse être établi entre le personnel socio-sanitaire et l'équipe pénitentiaire afin que l'esprit communautaire se développe.

Synthèse de la partie 1

Cette première partie a permis de suivre la construction d'un modèle de communauté thérapeutique en milieu carcéral français, avec des caractéristiques notables :

- Le dispositif est inscrit dans une philosophie pénale basée sur une adaptation de la peine au profil du délinquant et l'idée d'« activer » les détenus via des programmes spécifiques. Il vise l'amélioration de la qualité de vie, la réadaptation sociale du délinquant et l'entrée dans un parcours de désistance.
- Le programme est construit autour de trois phases par lesquelles les résidents sont susceptibles de passer. Le passage dans l'étape « supérieure » n'est toutefois pas une obligation pour le résident.
- A l'inverse des « quartiers sans drogue » au Royaume-Uni, inspiré d'un modèle proche, l'*état abstinent* n'est pas une condition d'inclusion ni de pérennisation obligatoire à l'URUD. La *démarche* d'abstinence fait davantage sens pour les professionnels.
- Le programme se présente comme un projet tripartite, aux objectifs principalement thérapeutiques, mais aussi pénaux, et prévoyant un plein investissement des CPIP et des surveillants de prison pour faire vivre la dynamique communautaire. Ce mode de fonctionnement est inédit en France, le territoire étant caractérisé, depuis la loi de 1994, par une nette séparation entre les activités soignantes des logiques pénales et carcérales.

II. Bilan de fonctionnement

L'URUD est un dispositif globalement bien évalué par ses principaux acteurs : personnels socio-sanitaires, surveillants, CPIP, détenus. Certaines limites doivent toutefois être mentionnées pour envisager les pistes de pérennisation du programme dans des conditions optimales. Après avoir dressé le bilan effectué à l'international sur des dispositifs du même type et présenté son mode de fonctionnement, ses réussites seront décrites avant d'envisager les quelques réserves à prendre en compte.

A. Bilan à l'international

La littérature disponible examinant la question de l'efficacité des programmes à vocation sanitaire ou socio-éducative auprès des personnes détenues qui présentent des problèmes d'addiction sur l'activité criminelle, l'usage de drogues ou le recours à l'injection après la libération est abondante à l'international (Bahr *et al.*, 2012 ; McMurrin, 2007 ; Mitchell *et al.*, 2012 ; Pearson et Lipton, 1999). Trois méta-analyses (Mitchell *et al.*, 2012 ; Pearson et Lipton, 1999 ; Smith *et al.*, 2008) et trois revues systématiques de la littérature (Bahr *et al.*, 2012 ; Galassi *et al.*, 2015 ; McMurrin, 2007) en font la preuve. Il existe également des revues systématiques de la littérature qui se sont intéressées à des problématiques de santé spécifiques comme celle de la comorbidité psychiatrique en prison chez les usagers de drogues (National Collaborating Centre for Mental Health, 2008 ; Perry *et al.*, 2015) ou à l'efficacité des interventions ciblant les femmes en détention. Les principaux résultats de ces travaux d'évaluation sont présentés ci-après.

En 1999, Pearson et Lipton ont publié **la première méta-analyse** portant sur les réponses apportées aux consommateurs de drogues en prison pour réduire la réitération dans l'activité criminelle après l'incarcération (Pearson et Lipton, 1999). Ce travail s'est penché sur les évaluations, publiées ou non publiées entre 1968 et 1996 aux Etats-Unis mais aussi ailleurs, dans une autre langue que l'anglais. Alors que l'efficacité des programmes basés sur des méthodes issues des anciennes expériences militaires (*boot camp*) ainsi que les interventions collectives de conseil (*behavioural counseling*) n'a pas été prouvée, **les modèles d'intervention de type communautaire ainsi que les thérapies cognitive-comportementalistes ont été identifiées comme des stratégies d'intervention prometteuses.**

En 2002, Lipton et Pearson étayaient ces résultats en analysant une quarantaine d'études de bonne qualité sur l'efficacité des communautés thérapeutiques sur la délinquance après libération (Lipton *et al.*, 2002). Ce travail montre des résultats convergeant avec ceux de la méta-analyse de 1999. L'efficacité de cette modalité d'intervention en prison, caractérisée par la recherche de l'abstinence et l'approche des 12 étapes du modèle des *Narcotiques ou Alcooliques Anonymes* (voir encadré 2), est démontrée à nouveau. Toutefois, l'effet estimé, comparé au groupe contrôle, est considéré assez modeste. La durée de rétention dans le dispositif et l'abstinence sont associés à la réussite du programme. La méta-analyse conduite par Pearson et Lipton en 1999 met en évidence également que les thérapies cognitive-comportementalistes doivent être considérées comme des approches efficaces pour prévenir la délinquance chez les usagers de drogues après l'incarcération (Pearson et Lipton, 1999). Une seconde étude de ces auteurs publiée en 2002 vient confirmer cette conclusion. Une nouvelle revue systématique de la littérature, réalisée par McMurrin *et al.* en 2007 apporte de nouveaux éléments probants en faveur de l'efficacité pour ces deux modalités d'intervention, *i.e.* la communauté thérapeutique et les thérapies cognitive-comportementalistes (McMurrin, 2007).

Dans le cadre **d'une deuxième méta-analyse** portée par *The Cochrane collaboration*, l'efficacité du modèle des communautés thérapeutiques a été réexaminée en 2008 comme réponse aux problématiques rencontrées chez les usagers de drogues (Smith *et al.*, 2008). Bien qu'elle ne se soit pas limitée aux populations détenues, le milieu carcéral est identifié comme étant le contexte d'intervention le plus prometteur. Dans leur synthèse narrative, Smith et al concluent que les communautés thérapeutiques en milieu carcéral peuvent être plus efficaces que l'incarcération seule pour réduire la réincarcération 12 mois après la libération (Wexler *et al.*, 1999). Comparées avec des thérapies de prise en charge de la santé mentale des détenus, les communautés thérapeutiques apparaissent également plus efficaces pour réduire les incarcérations ainsi que les infractions y compris celles relatives à l'alcool et aux stupéfiants un an après la libération (Sacks *et al.*, 2012). Toutefois, ces conclusions ne reposant que sur un nombre assez réduit d'études de qualité, les auteurs prennent la précaution de souligner la portée limitée des résultats.

La **dernière méta-analyse disponible a été publiée en 2012** dans le cadre de *The Campbell Collaboration*. Ce travail, recense 74 évaluations. Il s'est également proposé d'examiner la littérature existante sur l'efficacité des interventions conduites en prison pour des personnes consommatrices de drogues, en cherchant à consolider l'ensemble des connaissances disponibles (Mitchell *et al.*, 2012). Environ trois-quarts des études incluses dans cette méta-analyse ont été publiées entre 1997 et 2011, portant ainsi sur des études nouvelles qui n'avaient pas été recensées par Lipton et Pearson pour la méta-analyse de 1999. Dans le cadre de ce nouveau recensement de la littérature, Mitchell *et al.* montrent que les interventions les plus efficaces sur l'activité criminelle après la libération des détenus et sur l'usage de substances psychoactives **sont celles reposant sur le modèle des communautés thérapeutiques**. Les auteurs pointent cependant la présence d'un possible biais de publication qui conduirait à une surestimation potentielle des résultats positifs obtenus. Cette méta-analyse souligne enfin, **l'intérêt à ce que l'intervention pendant l'incarcération soit accompagnée d'un suivi après la libération**, les études attribuant une plus grande efficacité à ce schéma d'intervention.

En 2012, une nouvelle revue de la littérature portant sur les interventions en prison pour des personnes consommatrices de drogues a examiné les travaux publiés entre 2000 et 2009 (Bahr *et al.*, 2012). L'objectif des chercheurs a été de limiter la recherche aux études contrôlant les biais de sélection des participants, dans l'objectif de minimiser toute éventuelle surestimation des résultats. Les résultats convergent une nouvelle fois avec les conclusions des méta-analyses précédentes. Parmi les recommandations de politiques publiques, les auteurs invitent les décideurs publics à **généraliser le modèle des communautés thérapeutiques en proposant cette modalité d'intervention aux usagers de drogues détenus dans tout établissement pénitentiaire. Les thérapies de type cognitif-comportementaliste, les programmes de gestion de contingences basés sur des gratifications et récompenses sont également identifiés comme des modérateurs à prendre en considération pour renforcer l'efficacité de la prise en charge**.

En 2015, deux autres revues systématiques de la littérature ont été publiées. La revue réalisée par Galassi *et al.* a porté sur le seul modèle des communautés thérapeutiques en milieu carcéral (Galassi *et al.*, 2015). Elle a recensé les évaluations (expérimentales et observationnelles) publiées entre 2007 et 2014. Trois-quarts des études examinées font apparaître des résultats en faveur de l'efficacité des communautés thérapeutiques pour réduire les taux de réincarcération des participants (à court terme) ainsi que sur la rechute dans un parcours de consommation (mais constatant un impact plus faible que pour les incarcérations) Cette revue a inclus également plusieurs études portant sur des interventions destinées spécifiquement aux femmes en détention (Messina *et al.*, 2010 ; Sacks *et al.*, 2012 ; Sacks *et al.*, 2008) (voir tableaux ci-dessous). Enfin, la revue de Perry *et al.* conduite dans le

cadre d'une Collaboration Cochrane s'est intéressée aux interventions ciblant les usagers de drogues sous-main de justice présentant des comorbidités psychiatriques (Perry *et al.*, 2015). Cette revue inclut 8 études et montre l'efficacité des communautés thérapeutiques en prison pour réduire les réincarcérations sans pouvoir démontrer l'impact sur les consommations.

B. Fonctionnement de l'URUD : le travail sur le produit comme clé de voûte du dispositif

Pour cadrer la réflexion menée sur les effets du programme, son mode de fonctionnement sera décrit en préalable. Le public visé par le dispositif sera ici envisagé ainsi que ses modalités de recrutement, son cadre général et l'organisation du travail à visée thérapeutique. Nous montrerons alors qu'au sein d'objectifs mixtes, le travail sur le produit constitue néanmoins la clé de voûte du programme.

1. Public-cible et modalités de recrutement

Le recrutement à l'URUD est caractérisé par deux éléments notables : son étendue à l'été 2018, et le fait que des professionnels différents interviennent dans l'acceptation des candidatures conformément aux objectifs mixtes visés par le dispositif.

a. Des critères de recrutement élargis

Conformément aux objectifs décrits dans la partie I, l'URUD vise des personnes poly consommatrices, ou, plus simplement, comme cela est précisé dans la convention cadre (voir annexe 3), des « usagers de drogue », sous substitution ou non, « exprimant le souhait d'arrêter ou de stabiliser le traitement en cours », et de « consolider une démarche d'abstinence » (pré-projet).¹⁷ Pour intégrer le programme, les personnes doivent par ailleurs être susceptibles de s'adapter à la thérapie de groupe. Ceci exclut d'emblée des profils cliniques jugés inaptes à la vie communautaire, comme ceux qui présentent « certains troubles psychiatriques et troubles du comportement », tels les « paranoïaques », les « psychotiques », les personnalités psychopathiques ou perverses. Dans la pratique, le docteur F, médecin désigné par l'US pour être référent à l'URUD et intervenant dans le recrutement, se donne une certaine latitude autour des frontières de ces deux affections mentales. Il explique proposer ainsi parfois des choix « osés », comme le fait d'accueillir des personnes présentant « une structure psychotique bien stabilisée » en détention. Cette révision des critères initialement prévus est présentée comme une nécessaire adaptation au milieu carcéral, caractérisé par la recrudescence de personnalités présentant des troubles mentaux et aux comorbidités fréquentes (Rouillon *et al.*, 2007).

A un niveau pénal, il était convenu dans le pré-projet que les personnes recrutées devaient avoir un reliquat de peine de 12 mois (18 mois au moment de la demande) – réductions de peine supplémentaires (RSP) déduites - et devaient se situer en deçà des deux tiers de leur peine, pour éviter les aménagements. Ce critère a toutefois été revu dès les débuts de l'URUD, puisqu'au moment où le projet voit le jour, le recrutement doit avoir lieu rapidement. La directrice de l'antenne SPIP au CD de Neuvic en témoigne :

« J'ai eu le sentiment de faire un peu les choses à l'arrache. Pour l'URUD, j'ai fait des mails à tous ces intervenants détention, SPIP, unité sanitaire, pour qu'on me donne un vivier de personnes dans les suivis qu'ils avaient, dans les personnes qu'ils connaissaient, qui pourrait être intéressées. Je leur ai envoyé la plaquette pour dire ce qu'était l'URUD, ici on en avait déjà parlé, pour leur demander qui ils verraient. Donc, j'ai eu des remontées de noms. (...) Donc, j'avais cette première liste. (...) J'ai exclu toutes les personnes libérables en décembre et en janvier. Je ne me suis pas mis de restriction au niveau de la fin de peine. J'ai enlevé, en accord avec le chef de détention, les profils psy qu'on connaît, même si on n'est pas psychiatre, qu'on sait dangereux. On a enlevé les gars avec une multitude d'incidents disciplinaires, qu'on sait qu'ils sont inadaptés à un régime de détention classique. Et j'ai adressé une lettre à tous ces gens-là pour leur dire :

¹⁷ La notion de consolidation implique que la démarche d'abstinence soit exprimée comme un désir par le détenu, sans qu'elle ne soit posée comme un état nécessaire ni à l'inclusion, ni à la poursuite du parcours à l'URUD.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

il y a ça qui ouvre, est-ce que vous êtes intéressé ou pas intéressé ? Ils m'ont renvoyé des courriers : « J'en veux pas de ton truc. » ou « Oui. » Et on a convoqué tous ces gens-là. (...)

- *Quels ont été les critères pour dire que, eux, on accepte, eux, on n'accepte pas ?*
- *La motivation, principalement. La compréhension qu'ils avaient du projet, parce qu'ils ont tous eu avant de venir en entretien la plaquette. L'engagement dans le parcours de soins. Et puis, sur la situation pénale, on ne s'est pas interdit quoi que ce soit. »*

De fait, l'urgence de l'ouverture a conduit à une révision de certains critères de recrutement initialement prévus, ce qui fait que le fonctionnement l'URUD recouvre, à ce jour, un champ d'inclusion assez large.

b. Une responsabilité partagée dans le recrutement

Initialement, il était prévu que le recrutement vers le programme soit national : le détenu demandeur dans un établissement lambda devait en informer son CPIP qui l'orienterait vers un médecin de l'unité sanitaire, chargé d'évaluer la compatibilité de sa candidature avec le programme à l'aide d'outils standardisés et validés scientifiquement¹⁸. Elle était ensuite transmise au médecin référent de l'URUD (le docteur F), pour validation du profil du postulant. Le candidat devait par la suite être rencontré par visio-conférence, la décision d'admission revenant aux professionnels siégeant au temps de coordination, étant prévu que « le médecin (affecté au programme) donne son avis » sans trahir le secret médical.

Cette procédure ne pouvait toutefois pas être mise en place dans le fonctionnement de l'URUD en septembre 2017, le recrutement national n'étant pas ouvert. Dans le pré-projet (annexe 2), la procédure d'inclusion des bénéficiaires sur site n'avait pas été prévue. La convention cadre (annexe 3) évoque un processus validé en commission interdisciplinaire unique (CPU) (Direction de l'administration pénitentiaire *et al.*, 2012 ; Ministère de la justice, 2012). Elle précise également le rôle de l'unité sanitaire (selon les modalités envisagées dans le pré-projet). Mais elle ne précise pas s'il s'agit du rôle de l'unité sanitaire de Neuvic ou de l'établissement de provenance du candidat. Une ambiguïté persiste donc.

En l'état actuel du fonctionnement de l'URUD, plusieurs acteurs, qui voient les détenus à leur entrée en détention, sont susceptibles de proposer le programme : la psychologue du parcours d'exécution de peine (« PEP »), le chef d'établissement ou un de ses représentants, un médecin de l'unité sanitaire, un CPIP, voire un surveillant. Le candidat intéressé par le dispositif rencontre alors trois personnels de l'URUD (un CPIP, un membre du CEID, un représentant de la détention) pour tester sa motivation. Si la personne est retenue, le docteur F la reçoit et valide ou non sa candidature, selon des critères cliniques. Notons que ce dernier s'est déjà opposé à l'intégration d'un candidat (la décision ayant été respectée par le reste de l'équipe). L'intégration du détenu est ensuite définitivement validée en CPU. A l'inter région, le processus est le même que celui prévu dans la convention-cadre. Ce double processus mis en place implique donc trois types d'acteurs spécialisés dans une prise en charge à la fois sociale, sanitaire et pénitentiaire, conformément aux objectifs visés par l'URUD.

2. Le cadre : une prise en charge « tri-phasée » basée sur des « espaces collectifs de médiation »

L'URUD doit son principe global de fonctionnement actuel à deux acteurs clés : le directeur du CEID qui a posé le principe des trois phases, le directeur du CEID de Dordogne, actuellement en charge de

¹⁸ DSM 5 et entretien motivationnel.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

l'URUD qui a apporté les « ECM » (type de groupes de parole encadrés pratiqués au sein du programme).

a. Les phases

L'URUD propose actuellement des cycles de 6 mois à ses résidents. Ils ne sont pas renouvelables, mais quelqu'un qui est sorti du dispositif sans avoir tenu cette durée peut redemander son intégration ultérieurement. Notons que la prise en charge peut être interrompue à la demande du patient ou bien de l'équipe encadrante pour des raisons diverses sur lesquelles nous reviendrons. Dans le pré-projet (voir annexe 2), trois à quatre phases sont distinguées :

- La phase d'induction de 15 jours, où le résident reste en observateur et où l'équipe encadrante/le groupe et le résident voient si leurs attentes sont en adéquation.
- La phase « intensive de réhabilitation » (ou phase 1), qui vise le maintien de l'abstinence en proposant un travail approfondi sur les ressorts de la consommation.
- La phase de responsabilisation (ou phase 2) où le résident gagne en responsabilité dans la vie communautaire, tout en travaillant son projet de réinsertion sociale.
- Le groupe avait éventuellement envisagé une phase 3 où le résident, une fois sorti en aménagement de peine ou dans le module « respect », pourrait venir faire vivre le groupe de pairs en témoignant de son expérience.

Actuellement, le programme fonctionne sur les trois premières phases, étant entendu, comme indiqué page 20, que le résident n'a aucune obligation de passer à la phase supérieure, s'il n'en fait pas la demande.

b. L'organisation d'une journée

Ce principe d'organisation donne lieu à un planning-type organisant à ce jour la semaine-type d'un bénéficiaire du programme :

- « réunions du matin » (ou « morning ») et le « retour journée » (ou « coffee-time) dont l'objectif est de sonder l'« état du groupe » à ces deux moments clés
- Les groupes de parole encadrés par des professionnels qui sont centrés sur le « travail psychologique » autour du produit
- Les temps d'accompagnement individuel, où le résident rencontre un professionnel socio-sanitaire : un éducateur, pour parler d'un problème rencontré au sein des ateliers de groupe, la psychologue, pour mettre en place une action de soutien face à certains vécus douloureux, l'infirmière, pour parler des prescriptions et de la difficulté éventuelle de les respecter, le CIP pour préparer un projet d'aménagement de peine et de réinsertion...
- Les activités sportives et culturelles (sport, réalisation d'une fresque, sorties kayak...).

Les groupes de parole visant le travail sur le produit sont actuellement dominants : ils sont essentiellement organisés le matin, et parfois l'après-midi, en intercalé avec les activités sportives et culturelles (les temps d'accompagnement individuel étant répartis sur la journée). Certains ateliers dont le SPIP a eu l'initiative ont toutefois été intégrés dans le planning :

- La réalisation d'une fresque murale fin 2017
- Deux ateliers de présentation des missions du SPIP et du JAP
- Une journée sur la thématique du SIDA et une sur celle de l'homophobie (proposées également à l'ensemble de la détention)
- Une animation « premier secours » avec l'ensemble des intervenants à l'URUD

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

- Un module inspiré du programme canadien « parcours » (Lafortune et Blanchard, 2010), inspiré des principes de l'entretien motivationnel, et visant l'entrée dans un processus de désistance. Ce module comprend 6 séances de 2 heures par semaine avec un groupe de 8 personnes.

c. Les « ECM »

Les « espaces collectifs de médiation » ou « ECM » (voir encadré 3) constituent le pilier du programme. Leur principe est un travail sur la consommation et l'apprentissage des habiletés sociales médié par un support. Ceci permet à un travail sur soi de se mettre en place sur un mode plus ludique et moins coûteux psychologiquement (moins « violents » aux yeux des professionnels) que les groupes de parole focalisés sur l'introspection. Ces ateliers sont réputés spécialement adaptés à des profils de personnalités à la limite de la psychose (comme les « états-limites » fréquents en prison) qui ont, pour les professionnels, davantage besoin d'être « étayés ». Quoique variés, ils ont globalement tous une double vocation : cathartique (visant l'objectif de faire remonter les émotions) et éducative (ou de « remédiation cognitive »), dans le sens où le vécu du résident, « déposé » en groupe, sera retravaillé par le collectif pour expérimenter un mode de fonctionnement différent.

L'observation ethnographique révèle qu'en pratique, le travail sur la consommation est plus spécifiquement effectué en « morning » / « coffee time », où chacun peut exprimer son envie du produit. Il est également réalisé durant les entretiens individuels avec les éducateurs, où se met en place, non seulement un travail de support à la dynamique collective, mais aussi de soutien et de gestion des consommations via des outils propres aux thérapies cognitivo-comportementales¹⁹ comme la balance décisionnelle, la listes des plaisirs, le tableau de consommation, etc.... En groupe de parole encadré, la consommation est abordée, mais le travail est bien vite décalé vers les émotions, l'analyse de ses comportements, et l'apprentissage de nouvelles manières de fonctionner par rapport au produit, mais aussi de façon plus générale. Dans les ateliers davantage « occupationnels » (type sport, cuisine) l'apprentissage (ou ré-apprentissage) de compétences indispensables à la vie quotidienne est central, ainsi qu'une « remise en forme » et une cohésion de groupe basée sur l'entre-aide : le sport est une occasion de se soutenir les uns les autres dans l'effort ; l'atelier cuisine un moyen de produire quelque chose collectivement.

¹⁹ Les thérapies cognitivo-comportementales visent à agir sur les processus mentaux (cognitifs et conscients) à l'origine d'un symptôme, tel le trouble anxieux par exemple, et non sur le sens de celui-ci. Dans une visée de « remédiation cognitive », elle place l'individu dans la situation qui lui pose problème et lui propose/apprend des nouveaux modes de réaction, à l'aide d'exercices ciblés.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Encadré 3 : Les ECM

Plusieurs ECM ont été observés au cours de l'immersion à l'URUD. En voici quelques-uns :

- « Partage ton son » : est un atelier où chacun choisit une musique qu'il fait écouter au reste du groupe. L'éducateur est chargé de faire passer les morceaux de chacun (transmis au préalable), ce qui fait, qu'au moment où les résidents écoutent un morceau, ils ne savent pas qui l'a choisi. Cet atelier, qui vise à faire remonter des émotions est parfois vécu douloureusement par les bénéficiaires. Lors du passage de la chanson d'Edith Piaf « L'hymne à l'amour », deux d'entre eux sont par exemple sortis de la salle. Cette ambiance peut toutefois être contrebalancée par certains morceaux plus gais, suscitant le rire des participants (comme « Tata Yoyo », d'Annie Cordy) ou délivrant un message plus positif.
- « Photolangage » : cet atelier se construit en général autour d'un thème (lorsque nous l'avons observé, la thématique du plaisir avait été proposée). Chacun choisit une photo autour du thème et s'exprime dessus. Cet ECM fonctionne à peu près de la même manière que le « partage ton son ».
- L'atelier « cuisine » : il a lieu une fois par semaine et est essentiel dans la construction de la vie communautaire, dès lors qu'à l'URUD, des plateaux repas sont distribués à chacun dans sa cellule (appliquant les mêmes règles qu'en détention classique). Cet ECM participe au développement de savoir-faire que certains ont parfois perdus après de longues périodes d'incarcération (faire à manger), mais aussi à la mise en place de l'entraide et de la solidarité au sein du groupe. Il permet également un travail d'éducation pour la santé, puisqu'il s'agit également de porter attention à l'équilibre nutritif d'un repas.
- Le « lâcher prise » : cet atelier ludique et très apprécié par l'équipe comme les détenus se construit autour de l'objectif de lâcher, pour un temps et de manière canalisée, le contrôle de soi. Y est notamment réalisé le « cri du guerrier », où chacun se met en cercle pour faire, l'un après l'autre un cri dont l'objectif est de pouvoir lâcher la tension retenue en soi, mais aussi de s'affirmer devant les autres. Une série d'exercices peut également être menée, comme le fait de se laisser tomber en arrière dans les bras d'autrui, de se faire diriger comme un pantin, ou encore communiquer un message à l'aide de mimes.

C. Réussites : un programme qui améliore les conditions de vie en détention et prend soin des détenus présentant des conduites addictives

Au moment de l'évaluation, le programme mis en œuvre à l'URUD présente deux grandes réussites : il permet de pacifier les relations classiquement décrites en prison et d'améliorer les conditions de vie des détenus. Ceci est permis par la mise en place d'une culture collaborative optimisant ses conditions de fonctionnement.

1. La culture collaborative

« Mais si ça tourne, c'est grâce aux gens du CEID, nous on n'est que des pions, une « pièce rapportée » mais grâce à eux (...). On est obligé de les freiner des fois parce qu'on a des contraintes, mais, si on les avait pas, c'est un fleuve direct » (un surveillant).

Outre son implication, l'équipe du CEID se caractérise par une culture professionnelle caractérisée par trois éléments principaux : la réflexivité, la confiance réciproque et l'absence de hiérarchie. D'une part, le recrutement initial au sein d'un réseau d'interconnaissances positives a permis de cultiver les relations et la synergie de groupe. D'autre part, en septembre 2017, la mise en place du co-voiturage

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

pour les trajets du matin et du soir ont permis des temps de débriefe quotidiens. Cette dynamique a contribué à la mise en place d'un temps de réflexion informel sur le projet organisé sur un week-end. En bref, l'équipe développe une culture de la réflexivité où chacun revient régulièrement sur ses pratiques, guidé et conseillé par les autres, et où le collectif re-discute souvent de la cohérence du projet. Ce mode de fonctionnement passe par une diminution des rapports hiérarchiques dans les échanges et une mise en confiance mutuelle par la bienveillance :

« Jean : On discutait hier d'un principe de management qui m'est cher, c'est celui de la carte blanche. C'est-à-dire que, à un moment donné : je vous fais confiance là-dessus, investissez les marges de manœuvre que je vous laisse. (...) »

Séverine : Je pense aussi qu'on est une équipe bienveillante et c'est ce qui nous a permis d'être toujours en remise en question. On n'a jamais dit : ça, c'est bon, ça, ça marche, on l'appliquera systématiquement. Sur chaque situation, on se repose la question de comment on fait, même si on sait qu'on a déjà certaines pistes. Il y a de la discussion, je pense qu'on met tout en mots.

Camille : (...) L'avantage aussi que je trouve qu'il y a c'est qu'on connaît les faiblesses et les forces des uns et des autres, mais on ne s'est jamais appuyé sur les faiblesses, ce qui paraît logique, et on sait tirer les forces des uns et des autres. On connaît les forces de l'autre, on connaît nos propres faiblesses et la connaissance qu'on peut avoir de ça fait que, dans le travail qu'on peut avoir en groupe, on sait à quel moment, nous, on va être en difficulté, on sait faire le signe qui fait qu'on va être en difficulté et on sait que l'autre, à ce moment-là, peut être en force. »

Cette culture professionnelle ne s'arrête pas à l'équipe CEID : elle se diffuse auprès des partenaires, CPIP et surveillants, à tel point qu'à l'occasion de la réunion de restitution, une intervenante conclut : *« ce qui fait la force de l'URUD c'est l'esprit d'équipe »*. L'idée initiale de Jean (responsable de l'URUD) était en effet de créer *« une supervision, non seulement avec les CPIP, mais aussi avec les neuf surveillants, enfin les sept qui travaillent avec nous, pour qu'on discute de clinique »*. Ce projet semble s'être généralisé chez l'ensemble des intervenants, même s'ils réclament tous d'avantage de temps de coordination. En l'état *« ce sont des enjeux d'organisation propres à chacun des services qui font qu'on ne peut peut-être pas aller beaucoup plus loin »*, conclut le directeur de l'URUD. En tout état de cause, dès le début du programme, l'équipe du CEID a eu une démarche intégrative vis-à-vis des différents partenaires :

« Ils sont complètement ouverts, ils ne sont pas renfermés sur eux. Ils ont vraiment un état d'esprit vachement bien » (un surveillant).

Cette démarche a contribué à faire sauter les réticences des syndicats au moment de la création du dispositif. *« Lors de la première réunion, on s'est rendu compte de la puissance des syndicats qui, d'emblée, ont perçu cette expérimentation comme quelque chose qui allait à nouveau déstabiliser un milieu qui était présenté comme étant très fragile »*, explique le représentant du CEID à l'époque impliqué dans « l'équipe-projet ». Avant d'entrer dans la conception concrète du dispositif, le groupe de travail a donc organisé la visite des communautés thérapeutiques de Brantôme et de Barsac :

« Ils (les représentants des syndicats) m'avaient dit en aparté : « Vous, vous avez l'air très sympathique, votre truc a l'air bien sympa, mais (...) il nous manque 20 ETP de surveillants prison. Alors, filer du blé à une association qui vient de l'extérieur, même si c'est deux, trois plein temps pour faire du soin, alors que, nous, il nous manque vingt surveillants... C'est pas normal qu'on donne à des gens extérieurs des moyens, alors que, nous, on n'en a pas. » (...) En fait, quand ils sont venus à Barsac, (...) quand on s'est revus la fois d'après, la question n'était pas de dire : « Votre truc, c'est sympa mais ça ne peut pas marcher », c'est devenu : « Ça marche, mais ça ne marchera pas chez nous » (représentant du CEID aux réunions d'implantation du projet sur site).

Les représentations étaient en train d'évoluer.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Lorsque le projet a pris corps, l'équipe CEID a proposé deux autres événements « fondateurs » grâce auxquels cet esprit d'équipe s'est déployé : les journées de formation et la journée de cohésion.

Avant d'ouvrir, deux journées d'intégration/formations à destination des différents professionnels destinés à intervenir à l'URUD (surveillants, CPIP...) ont été organisées. Elles ont été l'occasion de fournir quelques éléments de compréhension des addictions et des drogues en général, mais aussi d'ouvrir le débat sur le fonctionnement du dispositif et les attentes de chacun. « Ils ont expliqué leurs attentes, et nous on a expliqué les nôtres. (...) On est partis vraiment de zéro. Ça a été : *« Nous, on voudrait travailler, mais on a des contraintes là... »* *Ce qui a été super intéressant, c'est qu'ils nous ont pas mis à l'écart. (...) ce qui les intéressait, c'était de travailler main dans la main. C'est côté-là qui a été super intéressant* ». *« Donc, on s'apporte mutuellement et c'est que du bonheur »*, conclut un surveillant.

Le CEID a également proposé aux différents professionnels inscrits dans le dispositif une journée de cohésion, particulièrement appréciée par les participants. Ils y ont effectué une marche suivie d'un repas au restaurant : *« on a bien rigolé »*, expliquera un surveillant. Cette initiative participe à la construction d'un sentiment d'équipe unissant ses membres au-delà du partage professionnel, au sein d'une expérience vécue collectivement (la marche), suivi d'un temps ludique (au restaurant). Cette expérience est ici déterminante pour donner le sentiment aux intervenants qu'ils participent ensemble à un projet novateur, et pour initier l'esprit « communautaire ». Ceci permet de dépasser les positions institutionnelles tout en ouvrant la porte à des moments d'échanges plus individualisés, tel que nous allons le voir à l'œuvre dans la vie de l'URUD.

« L'activité, une petite marche sympathique en groupe. (...) Un repas le midi qui a été très sympathique ... On a plaisanté sur le côté girondin des filles qui arrivaient de Bordeaux et, nous, de notre bon vieux côté périgourdin. (...) On a passé un bon repas et, après, on est allé finir cette petite marche. Entre-temps, je me suis fait une entorse à la cheville, mais ça c'est pas grave. Non, une super journée, on a pu sortir hors cadre, il y avait pas de personne en tenue, pas de fonction, on était là pour passer une journée de cohésion et puis voilà » (un surveillant).

Cette culture du partage imprègne également la relation que l'URUD entretient avec les différents partenaires. L'équipe n'hésite alors pas à rendre visible ce qu'ils font, et à faire participer aux ECM un nombre important d'acteurs, y compris certains qui sont extérieurs au dispositif :

« La pratique que j'ai à l'URUD, c'est la dynamique que les gens du CEID insufflent. Il suffit de se présenter dans la salle et ils disent : « Viens t'asseoir ! » (un surveillant).

C'est de cette manière que la JAP du tribunal de grande instance de Périgueux, ayant la main sur les dossiers des bénéficiaires du programme, mais aussi le vice-procureur de la république ont passé une journée à l'unité. Cette visite a fait une forte impression à la première, qui peine à mettre des mots sur ce qu'elle a ressenti lors de son entretien :

« Ils nous ont demandé de participer au point qu'ils font le soir (...) et quand ça été mon tour, j'ai dit que j'avais été particulièrement touchée par leur accueil... oui car j'ai été touchée... car je m'attendais vraiment pas à ça... et que je reviendrais. (...) je suis peut-être trop affective, mais je pense qu'il y avait pas que moi, que les autres aussi... mais je sais pas trop comment vous dire... déjà qu'ils aient préparé tout ça. Qu'ils nous aient fait des gâteaux, c'est déjà une preuve de Y'a pas eu de défiance, car parfois vis-à-vis du juge ou du procureur y'a une défiance, or là non, au contraire... »

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

2. Un dispositif qui améliore les relations en détention ²⁰

L'URUD semble avoir exactement les mêmes effets que les modules « respect » constatés par (Faget et Faget, 2017). Cette démarche collaborative semble d'abord avoir donné lieu à une transformation des interactions et représentations classiques qui règnent en milieu carcéral, vers une pacification des rapports. Ensuite, cette nouvelle culture de travail a un impact très clair sur la majorité des surveillants de prison, qui font évoluer leur culture professionnelle vers la dimension « sociale » (Malochet, 2009, p. 48) de leur métier. Elle questionne en retour la « juste » distance que les personnels doivent conserver avec les détenus, et conduit à des effets d'inversion des rôles. La nouveauté instaurée par l'URUD est probablement la multiplication des attitudes de « care » chez les surveillants de prison²¹.

Si on avait pu s'attendre à une égale transformation de la culture professionnelle du personnel socio-sanitaire, ou des CPIP, cette évolution des pratiques est davantage verbalisée par les surveillants. Les membres du CEID considèrent qu'ils ne font que transposer leurs pratiques classiques au milieu carcéral, sans que cela n'engage de grands écarts en termes de culture professionnelle.²² La faible intégration des CPIP en septembre 2017, au moment où nous avons réalisé l'observation ethnographique (pour des raisons sur lesquelles nous reviendrons) ne nous a pas permis d'observer ce genre d'évolution à leur endroit. À l'inverse, les personnels de surveillance pointent un ensemble de différences par rapport à l'atmosphère régnant en détention classique dans un discours très contrastant. De fait, ces représentations sont probablement la perception d'un profil particulier : affectionnant leur profession tout en étant « lassés » avant leur intégration à l'URUD ; se disant intéressés par des pratiques « innovantes » :

« Maintenant, l'URUD est un bon palliatif parce j'ai été sur le point de partir. Mais, en fin de compte, le fait de rentrer à l'URUD et de s'y investir ça fait patienter. Ça redonne un petit coup de boost ».

Il faut d'ailleurs relever que le dispositif URUD ne paraît avoir ce genre d'impact que sur les surveillants investissant déjà en détention classique la dimension « sociale » de leur métier.

a. La violence en milieu carcéral classique

D'une manière générale, les personnes interrogées décrivent des interactions et représentations sociales en milieu carcéral classique marquées par des opérations d'étiquetage, figeant l'autre, et produisant des relations dichotomiques, voire antagoniques, autour des surveillants. Avec les détenus, les professionnels décrivent des interactions qui peuvent être caractérisées comme « violentes », en suivant la définition d'Antoinette Chauvenet définissant la violence carcérale comme « un rapport sécuritaire fondé sur la peur et sur l'absence d'un espace commun d'action et de parole » (Chauvenet, 2006, p. 373). Elle décrit des rapports d'oppositions et d'hostilité, instaurant les deux principaux acteurs de la prison dans une attitude de défense l'un par rapport à l'autre :

« Les détenus n'appartiennent pas à la même communauté que les surveillants. Il s'agit de se protéger du danger que représentent les détenus en les isolant, et de leur interdire de se rencontrer, d'agir en commun, de représenter un pouvoir. Ce faisant, la mise à distance sécuritaire entre les détenus et entre

²⁰ L'ensemble des verbatim utilisés dans cette partie sont tirés des entretiens réalisés avec les surveillants, sauf quand cela est mentionné explicitement.

²¹ Ces attitudes ne sont pas explicitement relevées dans le rapport de Faget et Faget (Faget et Faget, 2017) mais au vu de la littérature sur la question, nous faisons l'hypothèse qu'elles sont toutefois présentes.

²² Notons que pour observer ces contrastes au-delà du discours des acteurs, le sociologue doit réaliser une observation comparative du métier en contexte classique et à l'URUD, ce qui n'a pas été réalisé dans ce rapport.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

les détenus et les personnels instaure un principe de division et d'hostilité généralisée dans lequel chacun devient pour l'autre un ennemi potentiel, un étranger. (...) La protection de soi devient un bien et une préoccupation essentielle » (Chauvenet, 2006, p. 374).

De fait, les surveillants allèguent un sentiment de déshumanisation quotidien :

« Tout. Les insultes, les menaces, les agressions physiques, verbales, la pression... Tout. De toutes façons, les détenus ne peuvent pas voir les surveillants, en général. »

Ce type de relationnel serait renforcé par la transformation des caractéristiques sociales et des comportements de la population pénale, rapportée par de nombreux surveillants :

« Je suis arrivé ici sur Newvic il y a huit ans et je me suis dit : « C'est quoi ! » De la musique partout, le non-respect... (...) Les comportements ont vachement changé, il n'y a plus de respect. En centrale, les hommes c'était : « Bonjour, au revoir, merci surveillant. » Ici, il y a plus tout ça, il faut pas les réveiller brusquement, il faut pas... Ils imposent leur loi, en fait ».

De fait, selon un certain nombre de personnes exerçant en milieu pénitentiaire, le « profil-cité » serait de plus en plus représenté dans un nombre important d'établissements français (même au-delà des grandes agglomérations). Pour ces nouveaux détenus, la notion de respect aurait peu de valeur, et l'intolérance à la frustration justifierait un ensemble de demandes répétées et de tensions tant avec les autres détenus qu'avec les surveillants :

« C'est des demandeurs, c'est des pleureuses. Ils sont tout le temps en train de pleurer : mon tabac, mon machin... C'est tout le temps. (...) on est hyper sollicités. Psychologiquement parlant, c'est très fatigant. (...) Ici, c'est tout le temps des petites escarmouches, des insultes, des menaces, des machins, qui n'aboutissent à rien parce qu'ils n'ont pas les moyens. Alors qu'en centrale, quand ça part en sucette, c'est tout de suite gros, c'est l'agression, c'est les prises d'otages, c'est les émeutes... Mais, à côté de ça, les mecs sont corrects ».

Ce que les surveillants définissent comme un nouveau relationnel accroît le sentiment de déshumanisation et de pénibilité au travail. Le port de l'uniforme renforce également ces deux éléments, au titre qu'il paraît symboliquement imprégné des relations antagonistes, violentes, entre les surveillants et les détenus.

D'ailleurs, si les surveillants se sentent déshumanisés par les détenus, la réciproque semble de mise :

« J'ai vu des surveillants qui nous traitaient comme des chiens, on n'est que des numéros, on n'est pas des êtres humains pour eux. Donc, j'ai eu des mauvais vécus avec eux » (un détenu).

Certains d'entre eux témoignent alors de la façon dont sont perçus les détenus toxicomanes par d'autres surveillants :

« Pour eux, ils sont irrattrapables. (...) Parce que, les mecs, ils plongent, ils plongent, ils plongent, ils sont toujours dans le trafic. Donc, pour eux, c'est déjà peine perdue, ça sert à rien de passer du temps. Mais, pourquoi pas, il faut laisser une chance à tout le monde ! »

La difficulté de gestion de cette population et l'idée de chronicité éloignant l'individu de toute évolution possible, semble être l'image qui prédomine à l'endroit des détenus toxicomanes en détention classique.

Dès lors, le travail réalisé à l'URUD est, aux dires des surveillants, hautement stigmatisé par leurs collègues, en tout cas au sein du discours « officiel ». Dans un milieu régi par des codes classiques de

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

virilité, Guillaume Malochet (Malochet, 2009) montre bien que le mode de gestion de la population détenue la plus valorisée est celui du recours à la force et du respect de la règle, même si les sociologues de la prison ont montré que les pratiques sont beaucoup moins monolithiques qu'il n'y paraît (Rostaing, 1997, 2006, 2014). Les professionnels de l'URUD en témoignent : leur façon de travailler est encore « tabou » dans leur environnement quotidien :

« C'est une autre façon de travailler pour nous, aussi, il faut juste l'accepter parce que c'est encore assez tabou. (...) Il y a un règlement, il faut le faire respecter. (...) J'ai connu des périodes où c'était mal perçu. « Tu fais du social ! », c'est ce que disent les mecs. Oui, mais le résultat, il est là ! Les mecs, des fois ils sont chauds, j'arrive à les calmer avec une voix... Et puis, les mecs, ils redescendent. J'ai appris comme ça et ça a toujours marché jusqu'à maintenant. C'est très très rare que ça a pas marché. Je passe pour le bon surveillant. C'est pas pour autant que je dérive ! »

De fait, cette violence semble rejaillir dans les relations que construisent les surveillants avec les personnels sanitaires et leur hiérarchie. Concernant leur rapport avec leur hiérarchie, bon nombre d'interviewés évoquent un manque de considération incombant également à l'administration pénitentiaire :

« On n'est pas valorisés, on n'est pas considérés, on n'est pas soutenus. (...) C'est un métier dur, c'est un métier ingrat, c'est un métier sous-payé. C'est pour ça qu'il y a autant de suicides, autant de démissions, autant de burn-out dans ce métier ».

Cette absence de considération ressentie se manifesterait d'abord dans le travail quotidien : à l'occasion d'un manque de soutien des chefs lors d'événements disciplinaires ; de certains incidents restés sans suite sans raison explicite ; d'un défaut de communication en général, ces trois éléments étant également bien décrits par les sociologues de la prison (Benguigui *et al.*, 1993 ; Chauvenet *et al.*, 1994 ; Rostaing, 2014)... Elle se manifesterait également au niveau de l'administration pénitentiaire qui ne reconnaîtrait pas assez la dureté du service rendu, ses agents ne se sentant pas assez rémunérés pour leur travail, ou disant ne pas assez bénéficier de moyens pour « faire de la réinsertion » :

« A l'ENAP, on nous a assez rabâché : LA REINSERTION ! OK, mais donnez-nous les moyens ! Je veux bien faire de la réinsertion mais, à un moment ou à un autre, comment ? ».

De fait, si l'activité de réinsertion a pu être largement promue à l'école nationale d'administration pénitentiaire (ENAP) au début des années 2000, « ce qui prime désormais dans la formation des surveillants, c'est la volonté de normaliser les pratiques et les représentations des élèves en les ordonnant à la seule dimension sécuritaire de leur activité » (Malochet, 2009, p. 44). Cette relation, tendue pour un certain nombre d'entre eux, est susceptible de donner lieu à des conflits ouverts, lorsque certains professionnels mobilisent des instances supérieures pour trancher leurs différends avec l'institution, ce qui a été le cas de certains professionnels interrogés.

Par ailleurs, l'effet de la tenue « bleue » semble également opérer chez le personnel sanitaire, qui, d'une manière générale en France témoignent d'une culture de la mise à distance des surveillants de prison, de nombreux travaux sont là pour en témoigner (Bessin et Lechien, 2000 ; Lancelevée, 2016 ; Milly, 2001). Ceci affleure dans leurs discours :

« Il y avait vraiment ce distinguo surveillant/infirmière, par exemple. Il y a du personnel infirmier, ici, qui s'est fait taper sur les doigts par sa hiérarchie parce qu'ils étaient trop proches des surveillants ».

Les appréhensions dont témoignent les surveillants comme les membres du CEID au début du projet URUD révèlent bien cette opération d'étiquetage :

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

« Après, on est là pour faire tomber les tabous, comme on dit. Comme, moi, j'ai des a priori sur des gens qui vont faire du social à l'extérieur parce que, pour moi, le social tue le social ».

« Malgré tous les préjugés qu'on pouvait avoir, nous aussi. Parce que je pense qu'on en avait beaucoup de notre côté aussi » (un personnel du CEID).

b. La modification des relations avec le personnel socio-sanitaire

Si la culture de l'interdisciplinarité caractérise globalement l'URUD, en septembre 2017, elle a été principalement observée entre le CEID et les surveillants de prison. Les appréhensions et les préjugés de départ ont rapidement laissés la place à des interactions faites de confiance et de collaboration. L'ensemble des surveillants interrogés en témoignent : ils ne sont pas que les « auxiliaires » de l'équipe socio-sanitaire. Une « méthodologie de travail » dans laquelle chacun a une place et où un certain nombre d'éléments sont partagés et discutés collectivement se met en place dans le quotidien du programme, pour pouvoir fonctionner « en cohérence ». D'une part, les surveillants participent massivement aux activités thérapeutiques (sur 9 surveillants, seuls 2 n'y sont pas présents)²³. Il existe d'autre part une sorte de « cahier des transmissions » partagé par les deux types d'intervenants.

« On est tous partis du principe qu'on voulait créer un noyau entre nous, qu'on travaille tous de la même façon. On s'était bien mis d'accord là-dessus, de laisser des consignes le matin, comme ça, quand moi je reviens de deux jours de repos, je sais ce qu'il s'est passé pendant deux jours. C'est primordial, parce que, si l'un travaille comme ça et l'autre autrement, on n'aura peut-être pas le même résultat ».

De même, les temps de débriefe au quotidien incluent les deux types de professionnels présents à temps plein sur l'unité, ce qui n'est pas le cas des CPIP. Seuls les entretiens individuels n'impliquent pas les surveillants, encore que certains éléments soient susceptibles de faire l'objet d'une discussion en équipe par la suite. Ainsi, l'ensemble des personnels d'encadrement sont unis par un « *secret partagé* » (vocabulaire employé par l'équipe CEID), quelle que soit l'identité professionnelle de chacun, dans le cadre de l'adage oral suivant : « *ce qui est dit à l'URUD reste à l'URUD* ». De fait, si les personnels socio-éducatifs et soignants de l'unité expliquent qu'ils adoptent une certaine réserve vis-à-vis du personnel d'encadrement pénitentiaire concernant des éléments de vie personnels révélés par des résidents, tous restent d'accord sur le fait qu'ils sont susceptibles de partager ces informations si la situation de débriefe avec le surveillant l'exige.

C'est ainsi que se dessinent des zones de complémentarité professionnelle améliorant la prise en charge du résident, comme l'évoque un surveillant :

« Après, nous, on a la connaissance, l'expérience de dire si le mec il va péter un plomb, s'il risque d'être agressif parce que c'est notre boulot. A force, au bout de quinze ans... Donc j'en réfère à Séverine et à Jean et, eux, ils ont une autre approche par rapport aux toxicomanes ».

Là où le surveillant apporte son expérience des modes de réactions spécifiques de l'individu en milieu carcéral, l'équipe du CEID délivre sa connaissance du fonctionnement de la toxicomanie et son expertise du fonctionnement psychique du sujet. Cet apport s'effectue toutefois dans le respect des

²³ En septembre 2017, les CPIP commençaient à participer aux ECM, nous y reviendrons, mais elles étaient moins présentes sur l'unité que les surveillants.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

fonctions de chacun, ce qui implique une capacité de remise en question et d'adaptation dont témoignent la majorité des professionnels des deux côtés :

« S'il y a des choses qu'ils font pas bien, on leur dit, s'il y a des choses qu'ils font bien, on leur dit aussi. Et ils le conçoivent très très bien ».

Les deux types d'intervenants se retrouvent alors autour de certaines zones de convergence. La première, particulièrement marquante, est une réponse à la consommation de manière compréhensive. Nous l'avons déjà évoqué brièvement, le milieu carcéral est caractérisé par une tolérance à l'égard de l'usage de stupéfiants. Un surveillant en témoigne en évoquant la règle des fouilles :

« OFDT : Je sais pas comment ça se passe, mais j'imagine que, en détention classique, quand quelqu'un vous dit, par exemple, qu'il a fumé un joint, est-ce que vous demandez une fouille derrière ?

Surveillant : La logique voudrait que oui.

– Mais vous le faites en détention classique ou non ?

– Pas forcément, il faut être honnête. Déjà, ils fument tous et, au niveau administration globale, notamment au niveau ministère, ils nous ont retiré beaucoup de techniques professionnelles qui empêchent la rentrée, notamment les fouilles. Et maintenant, ça rentre, ça rentre, ça rentre. Donc, c'est très compliqué à gérer. Après, partir au clash tous les jours, on peut, mais est-ce que derrière on sera suivi ? Je ne parle pas que de la direction locale, je parle à tous niveaux. Donc, c'est beaucoup plus compliqué. Et si vraiment on veut les empêcher de rentrer, on remet ce qu'il faut.

– Est-ce que vos règles pour demander une fouille quand vous suspectez une conso sont les mêmes à l'URUD qu'à l'extérieur ?

– Oui ».

Ce mode de fonctionnement de fait (nous précisons car il n'est pas réglementaire²⁴) renvoie à l'image de la prison comme un « ordre négocié » (Strauss et Baszanger, 1992) repris par Chauvenet *et al.*, 1994 et par Rostaing, 2014, où le compte-rendu d'incident fait exception pour laisser la place à un ensemble de négociations entre surveillants et détenus. Cette organisation du milieu carcéral est ce qui permet à l'URUD de fonctionner sans conflit normatif entre le personnel pénitentiaire (qui serait schématiquement inscrit dans une démarche sanctionnante) et socio-sanitaire (qui serait schématique inscrit dans une démarche de compréhension). C'est de fait bien plus le dialogue qui est privilégié à l'URUD.

« Il y en a un qui m'a dit : « Je suis désolé, hier j'ai fumé un joint, j'ai craqué... » Avant, ils l'auraient jamais fait parce qu'ils savent que, derrière, il peut y avoir des sanctions disciplinaires. Mais même nous, on est rentrés dans un cadre qui est autre ».

Ainsi, à l'URUD, les tests urinaires existent, mais ils n'ont pas une vocation directe de contrôle et de sanction susceptible de donner lieu à l'éviction du résident consommateur. Ils sont certes réalisés lorsque l'équipe a un doute sur les propos d'une personne, mais ils servent un processus « de déconstruction du déni » et vise à rétablir une relation basée sur l'authenticité entre le résident de l'accompagnant.

Au-delà de la consommation toutefois, l'équipe s'accorde pour appliquer les règles de sanction disciplinaire en milieu pénitentiaire pour les actes d'offre, de trafic de stupéfiants, et tout autre entorse

²⁴ Le système se fonde sur des fautes de différents degrés. Le dispositif est envisagé aux articles R. 57-7-1 et suivants du Code de procédure pénale (CPP). Constitue une faute de 1^{er} degré le fait : « d'introduire ou de tenter d'introduire au sein de l'établissement des produits stupéfiants, de les détenir ou d'en faire l'échange contre tout bien, produit ou service ». Quant à la consommation, elle constitue une faute de second degré.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

au règlement pénitentiaire comme la détention d'armes artisanales, par exemple. Un détenu ayant mis le feu à sa cellule a par exemple été mis en confinement le week-end malgré son implication à l'URUD.

c. Le développement des attitudes de « care » chez les surveillants pénitentiaires

« On est dans le côté « social » plutôt que dans le côté répressif ».

Dans la lignée des travaux portant sur la psychologisation des rapports au sein de la prison (Lancelevée, 2016 ; Rostaing, 2008), certains sociologues ont témoigné du développement d'attitudes de « care », défini comme une « myriade de gestes ayant trait au soin, à la compréhension et au souci des autres » (Dorlin, 2011, p. 117), chez les surveillants de prison (Lancelevée *et al.*, 2012 ; Rhodes, 2004). Ainsi, l'approche pluridisciplinaire qui vient d'être décrite conduit à tirer le métier vers sa dimension « missionnaire » (Rostaing, 1997, p. 177)²⁵. Ceci permet à des pratiques de « care » de se développer, de manière peut-être beaucoup plus importante que ce qui a été observé dans les premiers travaux ayant décrit le phénomène. Cet état de fait est probablement dû à l'intégration à part entière des surveillants dans un dispositif visant le soin du détenu. Ces attitudes étaient très régulièrement observées en septembre 2017 dans le quotidien de l'URUD (voir encadré 4).

Encadré 4 : Exemples d'attitude de « care » chez les surveillants de prison

« Lors de l'ECM « autour des mots » Séverine demande pour combien d'entre eux, est-ce difficile d'accepter les compliments qu'on leur fait. Trois résidents lèvent le doigt. Julien explique qu'il pense être quelqu'un de bien mais que la détention casse. Jordan exprime un problème de confiance en lui et Paul explique qu'au cours de son parcours de vie, il a fait des choses dont il n'est pas fier et du mal aux autres. Le surveillant prend la parole et dit « tout le monde fait des conneries, mais vous avez tous un truc bon en vous. Après il ne tient qu'à vous de faire bouger les choses en fonction de ça » » (extrait du journal de terrain, Septembre 2017).

« Lors de l'atelier « morceaux choisis », les résidents reviennent sur le feu de cellule provoqué par Nicolas. L'analyse du groupe est qu'il s'est laissé dépasser par une situation dans laquelle il était l'objet de pressions de la part d'un autre résident, à ce jour exclu du programme. Le surveillant présent prend la parole : « le truc, Nicolas, c'est que tu donnes pour être aimé ». Nicolas acquiesce, le surveillant continue : « tu es un chouette gars... Il faut que tu sois aimé pour ce que tu es et par pour ce que tu donnes... » » (Extrait du journal de terrain, septembre 2017).

« Je suis content d'être là. Je me prépare pour l'atelier autour des mots, et je suis content d'être là avec vous et de voir vos mines qui vont bien » (parole de surveillant à l'attention des détenus lors d'un « morning », extrait du journal de terrain, septembre 2017).

« Et puis, il y en a un, dernièrement il m'a étonné. Parce qu'en ECM, quand on a fait un lâcher-prise, il a lâché, donc j'étais super surpris. Et celui-là de cet après-midi, c'est son sourire, sa bonne humeur qu'il ramène. Et jeudi midi, il m'a annoncé, pas la bonne nouvelle pour le week-end parce que c'était pas mon surveillant, mais il m'a dit : « Fais attention à toi, vas pas perdre ta place ici, pense à moi, je

²⁵ Selon une définition reprise dans un de ces articles de 2014, le travail missionnaire est « caractéristique des surveillants qui acceptent de négocier facilement les règles, donnent la priorité à leurs relations aux détenus et ont un faible recours aux sanctions. Ce type de rapport idéal typique au travail se distingue du rapport statutaire pour ceux qui font une application stricte du règlement, ont un rapport autoritaire aux détenus et recourent fréquemment à des sanctions » (Rostaing, 2014, p. 310).

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

reviens lundi.. » Enfin, on voit qu'il prend soin de moi. Voilà, ça réchauffe. C'est pour ça que je change d'avis sur certains surveillants » (parole de détenu à propos d'un surveillant).

Les surveillants intègrent alors au quotidien l'idée que le processus de changement individuel ne peut passer que par une attitude bienveillante à l'égard du détenu :

« A l'URUD, on pourrait faire dans le répressif, mais, après, on va en tirer quoi ? On peut rien en tirer. Gueuler toute la journée : « Fais pas ci, fais pas ça ! », c'est facile, ça je sais faire. Même celui qui fait un pas de travers, je peux lui rentrer dedans, c'est pas un souci. Par contre, les gars, ils évoluent pas ».

Ceci induit à une attitude de compréhension des mécanismes d'entrée en toxicomanie, voire dans la délinquance :

« Après, pour certains, il faut être honnête aussi, c'est pas vraiment un choix. Quand on sort des grosses cités... Je ne dis pas que tous ceux qui vivent dans des cités terminent détenus, mais c'est beaucoup plus compliqué. C'est des milieux ou c'est : marche ou crève. C'est ou tu me fais le guetteur, ou je vais me taper ta sœur. J'extrapole un peu mais c'est un peu beaucoup ça, quand même. C'est beaucoup de pression et, le gamin, il a pas le choix. Et puis, j'ai envie de dire que c'est facile aussi. Les grands frères, ils palpent, ils ont l'argent facile, ils travaillent pas, donc moi je vais faire pareil. C'est le même exemple. Après, oui, ils ont franchi la barrière, mais ça peut très vite arriver. (...) Quand on entend les récits de vie, on se dit... Voilà, ça ne s'excuse pas mais ça s'explique. Ils ont trouvé ce palliatif-là et moi j'essaie de me « mettre à leur place » en me demandant ce que, moi, j'aurais fait ».

Cette transformation des pratiques aboutit chez certains à un véritable brouillage des cultures professionnelles, découlant sur le sentiment d'exercer un nouveau métier : *« j'apprends un autre boulot en même temps, en plus, de mon boulot de surveillant »*, dira un surveillant. Ce processus va chez certains jusqu'à un sentiment d'inversion des rôles : *« Séverine, c'est la méchante, Jean, aussi, et nous on est gentils... c'est royal ! »* Au-delà de la plaisanterie, cette mutation des pratiques conduit un surveillant interrogé à souhaiter passer de *« l'autre côté de la barrière »* pour intégrer le métier de travailleur social. C'est de cette manière que l'expérience de l'URUD peut servir à certains professionnels de la sphère pénitentiaire lassés de leur métier de support de conversion professionnelle (Darmon, 2011).

d. Un nécessaire réaménagement des frontières vie professionnelle/vie privée

Cet esprit communautaire insufflé par le CEID, ne repose pas seulement sur le travail en équipe, mais aussi sur un partage d'éléments plus personnels qui remettent en cause les frontières classiquement définies entre la vie personnelle et professionnelle par les intervenants en prison. D'une manière générale à l'URUD, les surveillants s'« exposent » plus. En participant aux ECM, ils dévoilent quelque chose de leur personnalité et de leur vécu qu'ils n'ont pas l'habitude de livrer. La question est alors de trouver la juste mesure entre ce qu'ils estiment pouvoir être exposé ou non, tout en restant en mesure d'exercer leurs fonctions. Cette frontière, qui paraît à tous nécessaire, s'inscrit dans un enjeu clair : elle permet de pouvoir endosser un rôle répressif au besoin, ce qui constitue un élément essentiel de leur métier. Il s'agit là d'un « enjeu de fonction » qui ne pourrait être correctement endossé si le professionnel versait dans l'empathie.

« Faut pas que j'oublie l'aspect sécuritaire, quand même. Si ça part au clash, je dois être capable de dire : « Non, tu arrêtes tes conneries, si t'es pas content, tu dégages. » Quand on est trop proches, c'est difficile de dire... ».

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Le premier élément sur lequel l'ensemble des surveillants interrogés tombe d'accord est d'éviter le contact physique avec les détenus, susceptible de symboliser une proximité « actée » avec eux. Si cette posture implique la censure de la poignée de main en guise de salut, elle invalide également leur présence à certains ateliers :

« J'ose assister aux ateliers. Sauf quand ils font les mimes et tout ça, ça pas trop, mais sinon on essaie plus ou moins de participer à tout. (...) c'est qu'ils sont les yeux fermés, ils se touchent et puis : « Qui c'est qui a parlé ? » Voilà, c'est pas la même chose que « Choisir ton image », avec des images et qu'est-ce qu'ils ressentent. Ça, je le fais, il n'y a pas de souci ».

Le second élément de consensus entre surveillants est de ne pas participer à des activités engageant un dévoilement de soi trop important : *« Le lâcher-prise, j'évite de le faire. Je l'ai fait une fois mais je ne le fais plus maintenant parce que je me dis que ça va un peu trop loin. Je veux bien lâcher prise, même si j'en ai pas besoin particulièrement, mais c'est surtout que je veux garder un peu de distance, quand même ».*

La « juste posture » se construit donc dans un savant mélange entre les choses que l'on va dire sur soi pour susciter la mise en confiance du détenu et celles que l'on va garder pour ne pas trop « s'exposer » et pouvoir poursuivre dans son rôle de surveillance et de sécurisation de la prison :

« On ne lâche pas d'informations sur nos vies. Enfin, hier, j'ai dit que j'étais allé faire la fête avec mes copains, que j'avais passé une bonne soirée, que je suis de bonne humeur, que tout va bien, que je suis fatigué. Mais voilà, je ne m'étale pas, je ne dis pas les lieux où je vais, je garde une réserve.

– Est-ce que vous pourriez dire, par exemple : « Moi, ça va pas bien, ce matin, je me suis disputé avec ma femme. », ou alors c'est trop perso ?

– Ça, je pourrais le dire. Je suis un homme, si j'ai une compagne, il y a rien de... ».

L'idée est donc de livrer des moments de vie « anodins », partagés par tous, sans que l'auditoire ne puisse les rattacher à des éléments de personnalité particuliers. La dispute avec la conjointe est ici perçue comme banal, n'impliquant pas de spécificités identitaires. Pour autant, considérant tous que les détenus ont fait la preuve de leur dangerosité potentielle dans l'infraction qui les a conduits en prison, l'ensemble des surveillants interrogés gardent en tête la nécessité de protéger leurs proches, n'évoquant pas leurs enfants en groupe.

Mais parfois la proximité devient trop importante pour certains qui éprouvent le besoin de se « protéger » de ce qui leur est confié :

« Après, il faut faire attention de ne pas faire trop rentrer l'affect. Parce que c'est compliqué, quand on entend les récits de vie (...) les incestes et la maltraitance sur les gosses... C'est compliqué ».

A ce niveau, l'équipe socio-sanitaire peut être mobilisée pour aider le travail de protection, en activant la verbalisation et de retour sur soi dans les moments de débriefe.

« Après, ce qui est bien, c'est que quand on a quelque chose qui nous a contrariés, ils sont là, on débriefe en fin de journée dans leur bureau, ce qui fait qu'il y a une réelle communication ».

A certains moments, lorsque le surveillant ne parvient pas à établir cette limite, la ligne de protection est dessinée par l'équipe du CEID qui intervient volontairement pour la rétablir :

« C'est pour ça que quand c'est des ateliers où ça va trop nous mettre en porte-à-faux, où on va trop se donner personnellement, notamment Séverine m'a dit qu'elle préférerait que je ne les fasse pas ».

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

En ouvrant la porte à une posture de « care », le surveillant se retrouve ainsi confronté à une problématique de posture que tout accompagnant social rencontre dans son métier : trouver la juste mesure entre l'empathie et - non seulement de perdurer dans la dimension sécuritaire du métier - mais aussi de préserver son équilibre psychologique personnel.

e. Un univers globalement pacifié

L'URUD semble alors réviser, voire renverser une à une les interactions « caractéristiques de la détention classique » présentées en première partie de cette sous-section sous le thème de la violence.

Le sentiment de dévalorisation communément exprimé par les surveillants cède alors le pas à une impression de gratification :

« Là, j'ai l'impression de faire vraiment mon boulot de surveillant, pas le porte-clés, le maton. Parce qu'on nous implique psychologiquement, voilà. (...) Mon travail est valorisé. Du moment où on va me demander : « Qu'est-ce que tu en penses de lui ? », ça veut dire qu'on nous laisse une part de travail où on a de l'observation à faire. Oui, j'ai l'impression de faire du boulot de surveillant ».

Pour ces professionnels qui investissent une dimension sociale, le sentiment de se rapprocher de son « cœur de métier » s'ajoute à la gratification de participer à un dispositif innovant :

« Je me suis dit que ça pouvait être une autre façon de travailler et d'évoluer dans la prison aussi, parce qu'on est un site pilote ici et, si ça marche, ça va évoluer dans toute la France. Donc, ça va donner la possibilité aux autres surveillants de pouvoir y accéder comme moi. Voilà, mon rôle, il est là, en fait, c'est de faire marcher l'URUD et puis montrer que la prison c'est plus ce qu'il y avait il y a trente ans, ça évolue ».

Le sentiment de déshumanisation cède alors la place à une humanisation des rapports avec les détenus :
« Quand ils voient que rien qu'aux mornings du matin, vous participez – mais sans raconter sa vie parce qu'on a quand même une barrière –, que vous participez aux émoticônes, aux ateliers de photolangage, que vous donnez un minimum de vous, la barrière, elle saute vite. Ils ont été les premiers à me dire : « On fait plus gaffe que vous avez l'uniforme, on voit la personne qui est dans l'uniforme » ».

Ce phénomène va dans les deux sens, puisque les détenus font également évoluer leur perception des surveillants. En témoigne un résident précédemment cité qui, après avoir « mis tout le monde dans le même bain », considère qu'« il y a vraiment quelqu'un derrière cet uniforme ».

Les représentations du « toxicomane » et des addictions sont révisées :

« On a tendance, l'opinion publique en règle générale, à penser que quand on est SDF, on consomme tous, on est des camés, on sort d'un milieu défavorisé pour les trois quarts. Sauf que quand on discute avec eux, quand ils font leur récit de vie, on se rend compte que, déjà, on a une vie bien « cool » par rapport à certains, bien rose, que même si on a eu des difficultés, par rapport à ce qu'ils ont vécu, et surtout la façon dont ils ont commencé dans leur vie, on est petits. Je ne dis pas que ça excuse, mais ça explique. Du coup, on change de façon de voir sur certaines choses. Parce qu'on se dit que, en fin de compte, il n'y a pas de clivage social. Quel que soit le milieu social, ce n'est pas non plus forcément des parents absents, tout le monde peut... Quand on écoute, en tout cas pour les huit qui sont là, on se dit que ça aurait pu nous arriver à nous ».

La dimension enfermante des représentations courantes en prison s'atténue pour donner le sentiment que les deux principaux acteurs du milieu carcéral partagent une humanité commune.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Au total, le dispositif URUD vient faire bouger les lignes communément établies en prison : il tire le métier des surveillants de prison vers sa dimension « missionnaire », tout comme il amène un réaménagement des relations entre surveillants et détenus, donnant l'espoir à un certain nombre d'entre eux que les rapports pourront gagner en pacification : *« Je ne demande qu'à y croire. Tous les surveillants aussi. On a envie que ça soit des détentions calmes ». « Moi, je trouve que c'est peut-être la nouvelle prison du futur ».*

3. Un dispositif qui « fait du bien » aux détenus présentant des conduites addictives²⁶

7 résidents sur les 8 interrogés en début et en fin de parcours à l'URUD ont un point de vue dithyrambique sur le dispositif. Le recrutement surreprésente toutefois les bénéficiaires valorisant un avis positif, puisque, pour avoir une vision d'ensemble de son fonctionnement, nous avons interrogé des personnes en début et en fin de cycle – qui ont donc adhéré à son principe. Pour autant, si on s'en réfère au taux de déperdition de 37%²⁷ (sachant que certains sont sortis pour accéder au travail, voir *infra*), il semble que cet avis puisse concerner 60 à 70% des bénéficiaires du programme. Pour eux, le travail proposé constitue d'abord une « chance » offerte par la détention, concurrentielle dans l'offre de soin en addictologie. Le groupe est perçu comme une aide qui permet d'initier le travail sur soi et d'acquérir un certain nombre de compétences pour mettre en place un nouveau mode de fonctionnement. Son résultat, pour la grande majorité des résidents rencontrés, est de permettre d'« aller mieux », certains iraient même jusqu'à décrire une transformation profonde du rapport à soi, pouvant être interprétée comme un travail de « conversion » identitaire décrit en sociologie. Cette conclusion mériterait toutefois d'être confirmée par un suivi longitudinal des bénéficiaires.

a. Une opportunité positive permise par la détention

Pour la totalité des résidents interrogés, le dispositif leur a été présenté, par un professionnel de la détention : chef d'établissement, SPIP, surveillant. Ils ont tous accepté de venir à l'URUD pour des raisons variées, qui se répartissent équitablement entre les personnes interviewées. Certaines n'ont rien à voir avec les objectifs directement visés par le programme : un tiers est motivé par un bénéfice secondaire explicite, comme obtenir des réductions de peine, ou se mettre à l'écart de la détention classique, en cas de menaces proférées par d'autres détenus, par exemple. Certains valorisent quant à eux des motivations plus banales, telles que « passer le temps », « faire autre chose que d'attendre en prison en regardant la télé ». Seule la moitié des interviewés cherchent véritablement dans le dispositif une solution thérapeutique à leur addiction. Cette demande est bien souvent le fruit d'un long parcours de prise de conscience, marqué par plusieurs éléments déterminants : les multiples incarcérations ou un épisode « dépressif » en détention peuvent constituer des éléments de « déclic » motivant pour intégrer l'URUD :

« OFDT : Le déclic pour vous soigner, ça a été ce mauvais délire avec les ecstas. Est-ce qu'il y a eu autre chose ?

Résident : Non. Enfin, toute ma détention, bien entendu. Parce que dans ma détention, déjà, il y a des moments où je restais au lit toute la journée, j'avais envie de rien faire, rien. Cette dernière année de détention a pas mal changé de choses ».

²⁶ L'ensemble des verbatim de cette partie sont tirés des entretiens réalisés avec les résidents, sauf lorsque cela est explicitement mentionné.

²⁷ Selon le bilan d'activité après un an de fonctionnement.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

La présence d'un (ou plusieurs) enfant(s) constitue également un élément moteur pour bon nombre d'entre eux : *« Parce que je sais que mon plus grand, il en a marre que je rentre tout le temps en prison, et j'arrive à le comprendre. Donc j'ai dit : « Papa, il va essayer de faire les démarches nécessaires... C'est pas simple. » [Il est ému] ».*

L'URUD intervient en général assez tardivement dans un parcours de délinquance. La moyenne d'âge des détenus interrogés est de 40 ans (contre 36 ans au CD de Neuvic²⁸(Direction de l'Administration Pénitentiaire, 2018)), et ils sont tous passés par plusieurs périodes d'incarcération avant d'arriver dans ce centre de détention. La totalité des résidents interrogés ont un parcours social marqué par des périodes d'errances, d'inactivités, de trafic ou de travail précaire où ils ont connu la polyconsommation, malgré leur milieu social d'origine, plutôt « favorisé », pour deux d'entre eux. Certains, qui ont déjà bénéficié d'un suivi addictologique, valorisent alors le projet thérapeutique spécifique comme motivation pour venir à l'URUD :

« Le groupe, parce que j'étais en « strict », donc je souffrais de l'isolement. Parler, intégrer une communauté avec tout ce qu'il peut y avoir d'espoir. (...) Et puis, il y avait le côté ateliers. J'avais déjà entendu parler des émoticônes, tout ça, donc je me suis dit : pourquoi pas ? On crée une situation, on verra bien ce qu'il en sort, ce ne sera pas les cures de désintox que j'ai connues. C'est complètement crétin, les cures ! Bizarrement, ça marche pour certains, mais très peu, le taux de réussite des cures de désintox ou des centres d'addicto... »

Pour ces détenus, l'URUD se présente alors comme l'aboutissement d'un long parcours de soin et est en mesure de se présenter comme une offre concurrentielle sur le marché des traitements en addictologie :

« J'ai fait des cures de sevrage, de désintoxication... Alors, là, je suis formel, ça ne sert à rien. L'URUD, c'est 100 fois mieux. Parce que les centres de désintoxication où vous êtes cent cinquante dans une unité, où il y a un addictologue et un psychologue et que vous avez un rendez-vous tous les mois avec l'addictologue et un rendez-vous tous les mois avec le psychologue et que le reste du temps c'est que des activités de loisirs pour vous occuper, il n'y a aucun travail. Alors que là, la permanence quotidienne des éducateurs, tous les ateliers avec un travail sur les émotions, sur l'estime de soi, c'est un travail quotidien ».

Au final, la majorité considère l'URUD comme une « chance », valorisant le fait qu'ils ont réussi à tirer bénéfices d'un dispositif vers lequel ils ne seraient pas naturellement allés si on ne leur avait pas proposé.

« Quand j'ai dit au chef de détention que je ne voulais plus être avec ces gens-là, les cailleras, les machins, les ceci, il a vu que j'étais toxico aussi et il m'a proposé l'URUD. Et je lui ai dit que ça collait tout à fait avec ce que je pensais. C'est comme ça que je suis rentré à l'URUD et que j'ai pu concevoir un projet de vie, enfin. La vie est bien faite des fois.

– Et elle est bien faite pourquoi ?

– Elle a été bien faite pour moi pour ce coup-là. Parce qu'à G, j'avais pas de projet, j'avais rien, il n'y a pas d'URUD à G, il y a pas tout ça. Donc d'être arrivé à Neuvic, d'avoir pu connaître ça, là, maintenant, j'ai une perspective d'avenir ».

Le principe de l'« opportunité positive », que de nombreux acteurs du soin en milieu contraint connaissent bien, correspond bien à l'URUD. De fait, un certain nombre de détenus y viennent pour un ensemble de raisons de nature variée, ne répondant pas nécessairement aux visées directes du programme. Celles-ci se transforment au fil de la prise en charge, pour une part importante d'entre

²⁸ A titre comparatif, l'âge médian des détenus en 2018 est de 32,2 ans.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

eux, en demande de soin authentique, permettant dès lors de les faire avancer dans leur parcours individuel :

« Voilà, à l'heure d'aujourd'hui, franchement, j'ai bien fait de monter à l'URUD, j'ai bien fait. Au début, je vais pas vous mentir, je suis arrivé ici, je me suis remis en question mais quinze mille fois : « Qu'est-ce que je fais ici ? Mais qu'est-ce que je fais ici ? » Quand j'ai vu les surveillants, ce qu'ils faisaient, les ECM, tout ça, je me suis dit : « C'est pas possible, je vais pas pouvoir ! » Puis, après... (...) »

– Vous pouvez imaginer que, à un moment donné, vous ayez envie de retourner en détention classique ? Même si vous avez moins d'espace pour parler et tout.

– Actuellement, non. Parce que j'ai senti ce que ça procure et j'ai pas envie de lâcher, pas maintenant. C'est le travail sur moi-même et je veux pas abandonner ».

b. Se soigner grâce au groupe

L'URUD propose une prise en charge basée sur la complémentarité entre les ateliers de groupe et les entretiens individuels, inspiré du modèle des communautés thérapeutiques. Un certain nombre valorisent leur complémentarité dans le travail sur soi :

« Il y a deux niveaux. L'URUD proposait deux choses, pour moi. Il y a le travail communautaire, tout cet espace communautaire avec les ECM et les temps hors ECM où on partage des choses. Il y a le côté travail communautaire, la dynamique qui nous oblige un petit peu d'être confrontés au regard des autres, à soi-même. Et puis on a des entretiens individuels. (...) Donc, là, on est plus sur un travail perso (...) et moi j'ai pu travailler avec la psychologue et l'infirmière psy sur des problèmes sur lesquels je n'avais pas forcément envie de travailler ou de dévoiler en groupe ».

Aussi, l'entretien individuel permet de parer les inconvénients du travail collectif, laissant un espace d'expression personnelle sur certaines problématiques plus ciblées. Cependant, ces entretiens individuels sont davantage pensés comme une assise au travail de groupe, que comme un véritable espace de psychothérapie. La psychologue affectée à l'URUD explique d'ailleurs qu'elle procéderait en une réorientation vers l'US, si un des bénéficiaires du programme demande ce type de suivi. Elle reconnaît cependant être allée « un peu plus loin » avec certains, lorsqu'un contact particulièrement bon s'est établi (tel est le cas de la personne précédemment citée). En tout état de cause, les résidents rencontrés se sont beaucoup exprimés sur les effets bénéfiques du groupe, probablement aussi car il s'agissait pour eux d'une proposition nouvelle, contrastant avec la situation d'entretiens individuels, à laquelle ils sont habitués dans leur parcours pénal (Grard, 2008) (via les mesures de soins pénalement ordonnés dont un certain nombre ont fait l'objet, leur suivi par l'unité sanitaire en détention, etc.).

• Etre tiré par le haut par le groupe et soutenu par le collectif

L'URUD, c'est donc d'abord un cadre de vie communautaire. Celui-ci vient dans un premier temps structurer la personne autour d'un rythme et de repères temporels clairement définis :

« C'est tout bête, mais savoir qu'il y a un morning à 9 heures, ça nous fait lever à 7 heures, ça nous fait prendre la douche à 7 heures et demie, ça nous fait nous habiller proprement. Alors que la détention classique, c'est le laisser-aller ».

Ce qui motive le respect de ce rythme, c'est d'abord le groupe perçu comme une entité « incluante » et donc à ménager, sinon il risque de devenir excluante, voire violent. L'exemple de la présentation physique est significatif, car bien se présenter à l'autre constitue la première modalité du respect. Au-delà de la propreté, une présentation positive de soi est ce qui permet pour un certain nombre d'interviewés de « tirer le groupe vers le haut », comme l'exprime un détenu : « Je fais toujours en sorte d'avoir le sourire et de partager ma bonne humeur. (...) C'est pas toujours facile parce que, des fois, je souris mais c'est pas forcément que ça va bien. Je me dis : « Allez, courage ! Il faut donner la pêche à tout le monde. » » Une autre

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

manière d'entretenir positivement le collectif est l'attitude que l'on va porter à ses différents membres : « *il y avait sans cesse ce rappel de la tolérance, de l'authenticité du partage, du respect de l'autre et de la différence (...)* ». Ces bases d'ouverture et de bienveillance constituent un préalable au travail thérapeutique. Une fois posées et respectées, le travail collectif est en mesure de révéler l'ensemble de ses potentialités positives.

Chaque interviewé le valorise : le groupe accueille une parole dans une attitude bienveillante, mais il permet également une identification dans la ressemblance. Ce critère ressort dans la majorité des entretiens avec les bénéficiaires :

« OFDT : *Qu'est-ce que ça vous a apporté, ça ?*

Résident : Déjà de me dire que ce que j'ai vécu, moi, je ne suis pas le seul à l'avoir vécu ».

L'abolition d'un sentiment de solitude, phénomène couramment verbalisé dans les ECM pour parler de son vécu psychique en détention mais également au-delà, est une des premières caractéristiques mentionnées pour qualifier les effets bénéfiques du collectif. Ce sentiment d'inclusion dans la ressemblance est une base sur laquelle le groupe peut ensuite renvoyer à la personne une image plus particularisée : « *Et puis redonner un regard sur... Par exemple, s'il y en a un qui m'explique son vécu : « Tiens, regarde, moi, je l'ai vécu comme ça. » C'est aussi apprendre à connaître l'autre, c'est pouvoir le conseiller* », rajoutera un résident. De fait, le collectif fonctionne véritablement selon un effet miroir qui constitue la base du travail sur soi : je me vois, je me retrouve dans les autres ; mais il me renvoie aussi une image qui m'échappe pour partie et qui m'aide à avancer. Ce retour sur soi est la base de tout travail psychothérapeutique, sauf qu'à l'URUD, selon le principe communautaire, c'est le groupe qui le produit.

Lorsque les résidents parlent de « soutien », ils ne renvoient toutefois pas seulement à la qualité du collectif comme entité. Ils font également référence à quelques personnes qui servent d'appui dans les moments difficiles et constituent des ressources pour résister à l'offre de produit.

« *Je parle beaucoup avec George, ce qui fait que, si ça va pas, j'arrive à lui dire, il arrive à me donner des conseils, Julien aussi. Ce qui fait que ça me stabilise un peu. J'arrive à trouver mon équilibre comme ça.(...) Je sais que si j'ai envie de fumer un joint, je vais lui dire et il va me dire : « Non, fais-le pas, c'est pas bien ! ».*

Ainsi le groupe devient un réservoir de personnes sur lesquels s'appuyer pour pouvoir avancer. C'est également le principe du soutien par les pairs qui se met en place dans les trois phases de l'URUD. Dans les faits, ces résidents ont d'une part un rôle d'accueil des arrivants : ils les rassurent, leur montrent le chemin de participation aux ateliers ainsi qu'à la vie communautaire et les incitent à adhérer aux principes de l'URUD. Ils constituent d'autre part un appui particulier dans les périodes de mélancolie ou d'envie du produit (les deux étant bien souvent liés) :

« *Voir comment vont les gens, s'ils ont bien dormi, aller chercher un peu si ça va pas. Parce que, des fois, j'ai pas le temps, dans l'aile, de parler avec tout le monde, donc le matin, au morning, on se réunit tous et on peut parler tous ensemble et savoir comment vont les autres. Et on sait que si ça va pas, on va les voir et on discute un peu avec eux ».*

- **Le développement des compétences sociales**

Au-delà d'un simple soutien, le groupe permet aussi aux résidents d'acquérir un ensemble de compétences utiles pour leur permettre de résister aux substances, mais également de réduire les attitudes qui engendrent la consommation. De fait, les différents ECM mis en place à l'URUD

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

reposent sur une connaissance commune de par l'équipe socio-sanitaire des comportements/manières d'être les plus répandus chez les personnes présentant des conduites addictives. Nous en citerons trois qui ressortent particulièrement du travail d'entretiens et d'observation : la capacité à s'exprimer et dire ce qu'on ressent est une compétence « clé » qui est constamment renforcée dans les ECM (voir encadré 3). Elle renvoie à la dimension cathartique des ateliers. Une inaptitude de cet ordre-là occasionnerait un mode d'expression compensatoire dans la violence ou la consommation. De manière plus générale, elle conduirait à un mal-être chronique, qui pose d'autant plus problème aux personnes dont la biographie est bien souvent émaillée d'événements difficiles : violences physiques et sexuelles, placements, séparation, désamour/rejet, période d'errance, etc. sont fréquemment rapportés par les résidents. L'apprentissage de la verbalisation et l'expression de ses sentiments est d'abord travaillé dans la rédaction du « récit de vie », intervenant au tout début d'un parcours à l'URUD, où le nouvel arrivant est invité à se raconter à l'écrit puis à l'oral devant les autres. Il sert à la fois de présentation personnelle, de premier espace d'évocation des souffrances, mais aussi à adopter un regard rétrospectif sur la manière dont on s'est construit en tant que personne. Dans le planning de l'URUD, la verbalisation/expression des vécus et sentiments sont développées dans des ateliers comme « balance ton son », « émoticônes » ou « morceaux choisis ». Ce type d'ECM sert d'abord à « évacuer » les vécus douloureux :

« A essayer d'évacuer ce qu'on a en soi, au lieu de passer sa colère ailleurs, ou dans les produits. J'arrive à comprendre ce sens-là, je m'en aperçois sur moi-même. Je vois déjà que ma consommation, moi personnellement, je l'ai diminuée. On sent un soulagement, qu'on puisse discuter, échanger, dire ce qu'on a quand ça va pas, ça fait du bien ».

La verbalisation est également travaillée dans le quotidien de l'URUD, à l'occasion des temps de débriefe collectifs du matin et du soir. Ces moments servent à livrer son humeur du moment tout en se présentant comme des espaces de gestion des tensions et des conflits (voir encadré 5). Les résidents y sont invités à verbaliser ce qu'ils ressentent vis-à-vis d'un autre détenu ou d'un surveillant. La règle reste celle d'exprimer posément son ressenti, de la manière la moins agressive et la plus constructive possible. Cette modalité de gestion des conflits se présente comme un catalyseur de violence :

« J'ai vu des gars avec des tensions monter à un point que j'étais persuadé, absolument persuadé, qu'ils allaient en venir aux mains ou au couteau. Et le fait qu'au morning les problèmes soient posés, que les éducateurs soient bien encadrants – il y avait des regards, on sentait que les gars allaient se sauter dessus –, en définitive les choses ont été déposées et, en une ou deux journées, tout était complètement désamorcé. Sans la dynamique communautaire, je pense que ça partait à la bagarre et à la violence » (un résident).

Encadré 5 : deux exemples particulièrement marquants illustrant la modalité de gestion des conflits à l'URUD

Exemple 1 : Benjamin a exprimé en entretien individuel à Séverine le fait qu'il était contrarié par le fait qu'un bon nombre de participants consomme encore du cannabis alors que lui essaie d'arrêter. Séverine lui a proposé d'amener cela en discussion collective. Voici la discussion qui s'en suit durant le *coffee time*. Le propos commence sur les points positifs et négatifs de l'URUD :

Paul : Je suis un peu étonné qu'on puisse avoir des RPS en venant à l'URUD. Parce que moi je sais que je ne serais pas venu s'il n'y avait pas de RPS.

Benjamin : Moi je serai venu bien sûr. Par contre, moi j'aurais voulu un truc un peu plus fermé.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Séverine : le principe de l'URUD c'est de prendre les gens comme ils sont, où ils en sont. Après on est d'accord ça ne doit durer qu'un temps. Si un moment vous n'êtes pas prêts à arrêter, ça veut dire que vous n'êtes pas prêts pour l'URUD.

Emilie : Qu'est-ce que tu ressens quand tu vois les autres défoncés ?

Benjamin : Bah ça m'énerve, je me sens frustré. Je me sens en décalage.

Paul : je te comprends. Moi je ne consomme que le week-end, car c'est dur le week-end... mais en semaine je ressens la même chose que toi.

Benjamin : ça m'énerve, du coup le soir je rentre dans ma cellule, et je fais ma petite vie. Mais tu vois, quand je vois un mec à l'UCSA qui est défoncé, j'ai envie de lui gueuler dessus !

Jordan : Moi sans la fumette, c'est la guerre dans ma tête...

Séverine : quelle image ça vous renvoie ce que Benjamin dit ?

Jordan : bah ouais, je le comprends, quand mon frère a arrêté de fumer c'était très dur de fumer devant lui....

Paul : ouais, moi ça m'a fait pareil avec mon ancienne conjointe quand elle a eu envie d'arrêter, elle avait un regard super négatif sur moi et ça me faisait du mal... »

Cet exemple rend visible la manière dont la reprise des éléments potentiellement conflictuels en groupe permet de désamorcer le conflit car elle permet de libérer la parole et fournit un cadre de compréhension des points de vue de chacun.

Exemple 2 : si l'URUD est un cadre de relations surveillants/détenus privilégiées, la présence des encadrants pénitentiaires aux activités est un élément essentiel pour désamorcer les accrocs :

« Ce matin, Damien est tendu. Il appréhende le week end passé avec Germain.

Séverine : bon, comment faire pour que ce soit constructif avec ce surveillant ?

Paul : lui il nous renvoie pas un truc constructif !

Séverine : non mais, y'a plein de situations dans la vie où les gens vous parlent mal. Au travail, avec votre conjoint...

Jordan : non mais avec lui c'est pas possible !

Séverine : ah non « impossible n'est pas français ! » Vous vous êtes tous décalés par rapport aux surveillants en venant ici, non ? Qui d'entre vous pensait que la vie communautaire c'était possible avec les surveillants ? Tout le monde peut changer !

Le surveillant : est-ce que vous vous êtes posé la question que, peut-être, il avait pas l'habitude d'être en détention et qu'il avait pas envie de discuter avec vous ?

Jordan : ouais, peut-être qu'il vient d'une aile où il a été maltraité par des détenus...

Séverine : bah surtout qu'il a pas été formé à la manière dont on travaille à l'URUD. Et puis il a aussi sa personnalité... Et lui dire : « pourquoi vous me parlez comme ça, alors que je ne vous agresse pas ? »... Demain, si la boulangère est mal lunée ou que le flic vous tutoie, vous pétez tout et vous revenez ici ? Je vous rappelle aussi, que lors de sa première journée ici, il y a eu un feu de cellule, quand même...

Les détenus acquiescent.

Paul : d'accord mais il vient pas aux réunions !

Jordan : non mais ça c'est son choix.

Séverine : oui enfin bon, je pense que le feu de cellule ça l'a pas trop motivé pour venir aux ECM... Se rencontrer c'est pas facile. Il faut que vous arriviez à créer un lien avec lui.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Surveillant : Et puis vous savez on n'a pas l'habitude de la manière dont on travaille à l'URUD, les ECM tout ça. C'est pas ce qu'on nous apprend dans notre formation. Nous ici, on est convaincu, mais c'est pas facile, pour les autres aussi... Comment vous dire, c'est pas dans notre culture de métier... c'est encore mal accepté ailleurs la manière dont on travaille ici. Nous on nous a dit qu'il fallait conserver une distance obligatoire avec les détenus, qu'il y ait aucun contact, ne pas serrer la main, appeler le mec par son nom de famille... Ce qui se passe ici, c'est encore tabou, auprès des détenus aussi, vous le savez bien. Moi je me dis, que bien sûr moi aussi, s'il c'était passé des trucs dans ma vie, j'aurais pu me retrouver en prison, mais y'en a d'autres, ils se sentent protégés par l'uniforme... Séverine : moi, je vous propose de vous mettre en mode « affirmation de soi » !

Les détenus rigolent. Ils semblent touchés par les mots du surveillant. »

On voit bien ici comment la posture compréhensive et bienveillante du surveillant l'inscrit dans un rôle de médiateur permettant de pacifier les rapports entre les surveillants et les détenus au sein de l'unité.

Une autre capacité essentielle aux yeux des résidents est celle de l'affirmation de soi. Outre le fait qu'elle permet de gagner en bien-être personnel, cette compétence est perçue comme importante pour apprendre à résister à l'offre de produits. L'influçabilité et la suggestibilité sont des caractéristiques souvent verbalisées par les personnes présentant des addictions. Un détenu interrogé l'illustre en exprimant son appréhension d'être confronté à son beau-père à sa sortie de prison :

« OFDT : *Vous pensez que vous pourrez lui en parler à votre beau-père ? Lui dire que vous essayez d'arrêter de boire et que...*

Résident : *... J'ai commencé à essayer de lui en parler et il m'a dit : « Oui, mais quand tu vas sortir, il va falloir qu'on fête ça ! » Et je lui ai dit : « Tu vois, tu commences déjà, tu pars sur un mauvais point... » Mais pour lui, sortir, il faut arroser ça absolument...*

– *Alors, du coup, qu'est-ce que vous dites ?*

– *Je sais pas trop encore. Je lui ai dit qu'il fallait pas mais pour lui faire plaisir, peut-être. J'arrive à dire peut-être, alors que je devrais lui dire non, carrément, mais... »*

L'affirmation de soi est travaillée dans le quotidien de l'URUD, dans la capacité à prendre la parole et à s'exprimer durant un *morning* par exemple, mais également dans des ateliers plus ciblés : ceux où les résidents sont invités à se mettre en scène (lorsqu'ils réalisent des mimes par exemple). De même, le récit de vie ou l'accueil de partenaires extérieurs qui viennent visiter l'URUD ont également vocation à développer cette compétence. Le principe d'un parcours en différentes étapes est également de gagner en affirmation de soi. La phase 2, de « responsabilisation » constitue un rôle clé dans ce travail. Le résident y anime les *morning*s et quelques activités. Il conseille les nouveaux arrivants tout en servant de ressource pour les anciens. D'ailleurs, tous les bénéficiaires du programme verbalisent la difficulté qu'a constitué cette étape : « *Tout simplement parce que c'est la première fois de ma vie que j'ai entamé un soin. Donc manque de confiance en soi, manque de tout, en fait. C'est vrai que c'est à cause de toutes ces raisons-là que j'ai mis du temps avant de passer ma phase 2.* »

Enfin, une dernière compétence détient un statut particulier à l'URUD : le lâcher prise. Un ECM y est consacré (voir encadré 3), le vendredi après-midi en clôture de semaine. Si les exercices qui y sont réalisés font également travailler d'autres compétences (comme l'affirmation de soi dans le cas du « cri du guerrier ») ils sont directement utiles dans le travail thérapeutique pour apprendre à se livrer et se

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

dévoiler en attribuant à l'autre sa confiance. Cette aptitude est également considérée comme la base de relations sociales apaisées dans lesquelles les choses peuvent être exprimées sans violence.

- **Expérimenter un nouveau mode de fonctionnement**

En définitive, au cours de leur parcours à l'URUD les résidents apprennent de l'interaction avec les autres, des nouveaux types d'interactions sociales. L'effet miroir mis en place permet non seulement à la personne de mieux connaître ses réactions, mais aussi de puiser dans les conseils des autres des modes de fonctionnement différents et mieux « adaptés » (dans le sens où ils vont participer à des relations sociales plus apaisées). Ainsi, le groupe permet une forme de « rééducation sociale », une transformation en profondeur de la personne :

« Le groupe me l'a permis parce qu'on a interagi. Il y a des tensions toutes simples, de base : partage de café, partage de cigarettes avec des garçons qui sont indigents, donc il y a la valeur de partage. Mais, en même temps, on apprend à mettre des limites. Personnellement, j'ai appris. Ça m'a permis de me rendre compte qu'avant, j'étais quelqu'un qui se faisait bouffer », un résident.

Ce faisant, et pour prolonger les réflexions posées dans les sous-sections précédentes, l'URUD propose un espace de « conflictualisation » des rapports sociaux, dès lors qu'ils sont bien souvent absents de la détention classique :

« Tout système totalitaire prétend ignorer le conflit, écrit ainsi Lefort (1971, 345). Dans cette mesure, nous souscrivons à l'analyse de Wieviorka (2004, 23) qui voit dans la violence le contraire du conflit. Les détenus sont précisément dans la position de ne pouvoir exprimer par le conflit ce qu'ils expriment alors par la violence. En prison non seulement les lieux de conflictualisation sont absents, mais ils ne peuvent trouver place par définition, compte tenu de la nature du rapport politique au détenu. C'est bien parce que la conflictualisation est impossible, sinon à la surface des relations, que la violence fait irruption. » (Chauvenet, 2006, p. 383).

c. Un dispositif qui fait aller mieux

7 / 8 interviewés expliquent que le dispositif a eu une influence très positive sur eux. Cette évolution est constatée par tous (annexe 6), et un certain nombre de surveillants qui ont connu les résidents au sein de la détention classique sont là pour en témoigner :

« On prend Ginon, par exemple, moi je l'ai connu au bâtiment 54²⁹, et quand on voit comment il est maintenant, c'est le jour et la nuit. (...) Les gens s'éveillent. On a l'impression de revoir des humains, quoi. Parce que c'était des légumes. (...) Là, ils ont le sourire, ils communiquent » (un surveillant).

Pourtant, au début, les interviewés ont parfois été surpris, voire tentés d'abandonner l'URUD :

« Ce truc qu'ils font, j'étais pas habitué à ça, moi, en détention, donc ça m'a fait un choc. Oui, je me suis remis en question, savoir si j'avais vraiment ma place, tout ça. Jusqu'à ce que je comprenne le sens des ECM. Dès que j'ai compris le sens des ECM, je me suis dit, oui, j'ai ma place ici. (...) Des fois, c'est pas facile, il y a des ECM qui sont très durs, mais je me dis que c'est pour mon bien. Il y a des moments, bien sûr, où j'ai eu l'envie de tout arrêter, de tout lâcher, mais je me dis déjà que c'est pour mon bien ».

Cette évolution positive s'inscrit donc dans un parcours qui reste parfois difficile, tant il bouleverse de choses, intérieurement. C'est dans ce sens qu'il est conçu par un bénéficiaire comme un véritable

²⁹ Anonymisé

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

« travail », donnant d'autant plus de sens au terme « travail sur soi » utilisé par de nombreux praticiens du champ de la santé mentale :

« – *Le matin, vous venez avec plaisir à l'URUD ?*

– *Oui, bien sûr, je suis content. (...) Puis, même, on sait que ça va être encore du travail à faire mais on sait que c'est un jour de travail, donc on est contents.*

– *Vous le prenez comme du travail, c'est marrant, ça.*

– *Bien sûr (...) Parce que c'est un travail sur moi-même. ».*

Pour autant, l'ensemble des résidents disent avoir accroché assez vite au programme : « *Il m'a fallu quand même dix, quinze jours pour m'adapter* » explique un bénéficiaire. Ces quinze jours réglementaires semblent être une moyenne constante de mise en confiance des nouveaux arrivants.

L'évolution positive porte alors sur différents plans. Certains ont d'abord l'impression de gagner en compréhension d'eux-mêmes : « *je me suis découvert. Parce que, en fait, je me cachais derrière les autres* ». Tous valorisent le fait qu'ils ont davantage confiance en eux : « *déjà, avoir plus confiance en moi, aussi. Avant, je prenais pas vraiment soin de moi, je faisais un peu n'importe quoi, maintenant je fais plus attention* ». Cet apport a pour conséquence un respect de soi plus important qui paraît décisif dans le processus d'abstinence. Ce point s'articule bien souvent dans le discours des résidents à une capacité accrue à s'affirmer : « *je commence à comprendre mes défaillances, comment je ne savais pas dire stop* ». Certains iront même jusqu'à considérer qu'ils se sentent libérés : « *on sent que ça lâche (...). Je lâche ce que j'ai dans le cœur, ce gros nœud ou le gros fardeau que j'ai sur moi, cette carapace que je me suis faite pendant toutes ces années qui est en train de fissurer (...). C'est comme si on levait l'ancre d'un bateau* ». Cette libération permet alors à certains de gagner confiance en la vie : « *c'est grâce à ça que je peux, au jour d'aujourd'hui, construire mon futur, que je peux construire une vie normale. Et sans avoir peur de la vie, sans avoir peur forcément de rechuter* ». Ce résultat semble s'apparenter à un travail de conversion biographique (Bessin *et al.*, 2009) : « *voilà, il y a un virage à 90 degrés dans ma vie, un total changement de vie* ».

Ce changement conduit alors bon nombre d'entre eux à remettre radicalement en cause le rapport à la consommation :

« *C'était toute l'ambiguïté que j'avais et que j'ai toujours eue tout au long de mon parcours. En plus, j'ai un alcoolisme très particulier, ce n'est pas un alcoolisme chronique, je suis capable de ne pas boire de toute la semaine et puis d'être complètement ivre tout le week-end. Donc, il y avait cette espèce de prétention d'avoir le contrôle sur le produit. Il y avait un peu ce déni-là. (...) Admettre, prendre conscience, que l'alcool a été longtemps pour moi un moyen de fuir des décisions que je devais prendre et que je ne voulais pas prendre et que ça me permettait de reporter à plus tard quelque chose qui est inévitable. Il fallait que je prenne des décisions et l'alcool m'a retardé. »*

Pour certains le travail de remise en cause du rapport au produit est arrivé assez vite. A l'inverse, pour ceux qui consommaient du cannabis, l'arrêt total a été plus difficile et a constitué un parcours de plusieurs mois, jalonné de réductions et de rechutes. Il a fallu mobiliser au quotidien, sur la durée, l'ensemble des ressources déjà évoquées dans la sous-section précédente (le soutien par les pairs, le développement des compétences...) pour parvenir à une abstinence durable. Celle-ci s'est construite dans la mise en place d'un certain nombre d'activités substitutives. Pour un résident par exemple, c'est la musique, le sport mais aussi l'écriture qui sont venus combler le vide laissé par la consommation : « *Quand j'allais pas bien, j'écrivais, j'écrivais, j'écrivais et puis je donnais tout ça aux éducateurs. J'ai fait beaucoup d'écrits. (...) Tout seul dans ma cellule en train de pleurer sur les feuilles, et puis ça fait du bien* ». Comme l'évoque ce dernier, l'écriture ou toute autre forme de pratique artistique et sportive permettent de libérer un

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

vécu destructeur, et non pas de l'oublier temporairement. Ainsi, les solutions proposées à l'URUD ont des visées bienfaitantes de long terme.

L'abstinence s'est alors construite pour bon nombre d'entre eux au sein d'une expérience d'arrêt total de la consommation proposée par les éducateurs :

« Très peu de temps après que vous partiez, il y a eu un engagement solennel en groupe – c'est parti, bien entendu, d'une proposition de Jean et de Séverine, mais ça a été amené en communauté –, il y a eu une proposition d'abstinence totale avec un test au terme de quinze jours. Et les gars ont tous relevé les manches et ont dit : « OK, on se met au défi. » (...) On a connu deux mois, fin octobre, novembre, début décembre, qui étaient vraiment très très bien. C'était la lune de miel de l'URUD... On était à peu près dix, tout le monde était abstinent, ce qui fait que, le soir, on mangeait ensemble, on mangeait en assemblée, les gens avaient plus envie de se rencontrer, les week-ends, on faisait des jeux de société en commun... Il n'y avait plus du tout cet isolement, ces petits clans que j'avais connus quand je suis arrivé. Jusqu'à la mi-décembre, jusqu'à ce qu'on ait un recrutement massif ».

La proposition, validée collectivement a ainsi constitué un « dé clic » pour deux résidents rencontrés ayant renoncé au produit alors que ce n'était pas le cas lors de ma première rencontre avec eux.

Un certain nombre bénéficiaires du programme présentent enfin l'expérience de l'URUD comme un événement les mettant sur le chemin d'un parcours de soin qu'ils continuent bien souvent à l'extérieur. Le directeur du CEID y fait référence : l'unité constitue désormais un bassin de recrutement pour les CT de la région. Là où la revue de littérature témoigne de l'effet bénéfique que constituent les relais en milieu ouvert après un passage dans des dispositifs du genre, cet élément permettra très certainement de prolonger les retombées positives du programme.

D. Limites

Certains freins au fonctionnement optimal du dispositif ont toutefois été mis en évidence. Quelques questionnements méritent également d'être ouverts. Ces différents points émergent principalement des entretiens réalisés avec le personnel sanitaire dédiés au suivi de l'URUD, mais aussi ceux qui ne le sont pas (médecin chef de l'unité sanitaire, psychologue, infirmière interrogés) et avec le SPIP. Ces entretiens seront moins cités que ceux réalisés avec les détenus, les surveillants et le personnel du CEID investis dans l'URUD, dans la mesure où ils sont moins présents dans le quotidien de l'unité, en particulier le personnel sanitaire.

Il n'en reste pas moins que l'esprit d'équipe et d'initiative déployés au sein du programme permet de l'inscrire dans une dynamique positive et bon nombre de leviers avaient déjà été mis en place en juin 2018. Ces éléments seront toutefois mentionnés pour initier la réflexion sur les pistes de duplication du dispositif, menée dans la troisième partie de ce rapport.

1. Des difficultés organisationnelles

Certains moyens humains sont sous-évalués et mettent les professionnels dans une situation difficile. Les relations avec l'US sont également conflictuelles et susceptibles de menacer la pérennité du dispositif.

a. La question des moyens humains

Au moment de notre première venue en septembre 2017, les CPIP affectées à l'URUD ont été les premiers à évoquer leur surcharge de travail :

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

« Moi, avec cinquante-six dossiers et l'URUD à gérer, je me sens étouffée. Et, franchement, ça se ressent. Dans ma vie personnelle et même au boulot, je ne suis pas d'une nature stressée mais je dégoupille beaucoup plus vite. Je suis hyper stressée, là. Je suis rentrée chez moi manger rapidement, je ne m'accorde que quarante-cinq minutes de pause parce que je sais que j'ai trop de travail derrière. Cinquante-six dossiers ou cinquante-trois, c'est étouffant avec notre investissement sur l'URUD » (une CPIP affectée à l'URUD).

La difficulté évoquée à l'époque renvoie à un problème organisationnel. Si une équipe socio-sanitaire était clairement dédiée à l'URUD, il n'en va pas de même concernant le personnel pénitentiaire : l'établissement ayant la liberté d'affecter le nombre de surveillants et de CPIP qu'il désire au programme en fonction des besoins généraux. Le temps CPIP nécessaire pour faire fonctionner le programme conformément aux objectifs de départ a donc été expérimenté sur une année, pour aboutir à une situation *a priori* satisfaisante qui permet aux deux professionnelles effectuées à l'unité de proposer des activités propres (voir *supra*) grâce à une décharge de dossiers. Il n'en va pas de même pour le personnel sanitaire, le docteur F et l'infirmière qui l'accompagne en consultation : en juin 2018, ils témoignaient de grandes difficultés pour rencontrer l'ensemble des résidents sur une demi-journée :

« Dans le fonctionnement quotidien, moi, en tant qu'infirmière, ce qui me manquerait le plus ça serait un temps médical, parce qu'on est vraiment pris à la gorge à chaque fois que les consultations doivent être menées. C'est la course. Il y a trop de personnes à voir sur un temps imparti qui est, soit trop court, ou en tout cas pas assez conséquent dans la demande. »

b. Les relations difficiles avec l'unité sanitaire³⁰

En 2015, le partenariat de qualité unissant le CEID et l'US avant l'implantation du programme constituait un des critères de choix du CD de Neuvic. Le directeur du CEID est là pour en témoigner :

« A ce moment-là, G (le référent sanitaire de la DAP de l'époque) m'avait posé trois questions clés en préalable : 1) Quelle était la nature de nos relations avec l'ARS. (...) 2) La nature de nos relations avec l'administration pénitentiaire. 3) La nature de nos relations avec les unités sanitaires, les UCSA, à l'époque, des établissements auxquels on pouvait penser. (...). Avec l'UCSA de Neuvic, les relations avec le docteur V étaient bonnes. (...). On le connaissait bien, mais dans un cadre un peu différent parce que c'est lui qui était prescripteur, c'est-à-dire que l'équipe du CEID rencontrait les gens qu'il nous orientait. (...) On avait des relations cordiales. En plus, nous on intervenait essentiellement avec du travail social qu'il n'a pas à l'unité sanitaire, donc, il y avait une complémentarité assez fluide, il n'y avait pas de problème. »

Depuis, les relations avec l'unité sanitaire se sont considérablement tendues, notamment avec le médecin chef de l'UCSA, le docteur V. Sa réticence s'est dans un premier temps exprimée par son absence aux différentes réunions organisées par « l'équipe-projet » en 2016, en dehors de la première. Juste avant le lancement du programme, le médecin chef a chargé le docteur F de l'interface avec l'URUD, au titre de sa spécialisation en addictologie et de sa connaissance des communautés thérapeutiques. A l'époque néanmoins, cette décision n'était pas sous-tendue d'une critique du dispositif. Cependant, depuis l'ouverture de l'unité, l'équipe a perçu l'opposition grandissante du médecin chef. Dans un courrier adressé au directeur de l'établissement en octobre 2017³¹ (voir annexe

³⁰ L'ensemble des citations de cette sous-partie sont tirées de l'entretien réalisé avec le docteur V en septembre 2017.

³¹ Le chef d'établissement avait mobilisé l'ensemble des acteurs investis dans le dispositif pour demander leur avis sur son état de fonctionnement.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

7), il développe les mêmes propos que lors de l'entretien réalisé avec lui à l'occasion de l'évaluation du dispositif. Son opposition repose sur cinq arguments principaux :

- Le recrutement (ainsi que certaines ruptures de prise en charge effectuées « pour raisons disciplinaires ») ne s'effectuerait pas sur des critères cliniques, mais strictement pénitentiaires :

« Du coup, celui qui décide de l'affectation à l'URUD, ce n'est pas le médecin, ce n'est pas la commission, c'est le directeur de l'établissement. Que je suis allé voir avant de partir en vacances, c'était au moment de la commission paritaire, en présence de quelqu'un du CEID, où il a été dit : « C'est le directeur qui décide. » C'est-à-dire qu'il ne tient pas compte forcément de ce que, moi, j'ai pu donner comme appréciation. Je ne le lui demande pas, d'ailleurs, maintenant les choses sont claires, on n'est plus dans une démarche thérapeutique, on est dans une démarche d'application de la peine. »

- De manière générale, l'URUD serait placée sous l'égide d'éducateurs « prestataires de l'administration » obéissant à des injonctions pénitentiaires et non des intérêts sanitaires. Ceci viendrait remettre en cause le concept de « communauté thérapeutique » au profit de l'existence d'une « communauté éducative » agissant dans un objectif pénal et social.

- Ainsi l'URUD engage une « porosité problématique » entre le CEID et l'institution pénitentiaire, menaçant une déontologie mise au service du soin des détenus :

« Ce que l'on défend c'est la confidentialité pour que les entretiens restent dans l'espace singulier de la confiance. Or, qu'est-ce qu'il n'y a pas à ce moment-là ? Le CEID est employé comme prestataire de l'administration pénitentiaire, le CEID doit faire ce que l'administration pénitentiaire veut. Je suis désolé, l'hôpital de Périgueux, comme l'hôpital de Vauclaire n'ont aucun ordre à recevoir de quiconque, de quelque administration que ce soit, sauf le ministère de la Santé. (...) »

- S'ajouterait un mode de fonctionnement institutionnel délétère pour l'US : le médecin dédié à la supervision médicale de l'URUD, le docteur F, mais également un temps infirmier l'accompagnant s'effectuerait sur les budgets propres de l'US, tout comme la salle de consultation, mise à disposition gracieusement.

« Il y a la mise à disposition d'un médecin qui, normalement, est là pour l'UCSA et qui s'occupe de l'URUD, je veux carrément que ce soit pris en compte, et deuxièmement, avec des locaux qui sont mis à disposition, ce qui n'est absolument pas conforme à ce que l'on pouvait attendre ».

- Ceci comporterait un « risque de confusion entre Unité Sanitaire et URUD quant à la position de soignants et la position d'éducateurs et animateurs de communauté thérapeutique ». Cet élément de contexte rejoint une dérive plus générale crainte par la psychologue interrogée (non investie dans le programme), et qui explique probablement une opposition politique des acteurs de l'US à ce genre de prise en charge engageant une hybridation des logiques socio sanitaire et pénale :

« Si vous voulez, moi, ce dont j'ai un petit peu peur c'est que dans la tête d'un juge, maintenant, on envoie les gens se faire soigner en prison. Et ce n'est pas du tout la même chose, le même objectif, que d'envoyer quelqu'un pour une punition, pour un délit, pour purger une peine. Je trouve que, ça, c'est amener une confusion dans l'esprit des gens. Une confusion grave, il me semble, parce que les gens qui sont malades n'ont pas à aller en prison, ils doivent aller se faire soigner dans un lieu qui est adapté pour. Alors, qu'on vienne en prison et qu'on en profite aussi pour prendre soin de soi, se faire soigner, OK, mais le but de l'incarcération ne doit pas être de faire ces soins. »

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

A cela, le médecin ajoute quelques écarts entre le projet de départ et son mode de fonctionnement effectif : recrutement sur site au lieu d'être national, ouverture du dispositif aux addictions à l'alcool, alors même que sont pour lui d'autres type de dépendance que celles aux produits illicites. Pour l'ensemble de ces raisons, le docteur V préconise le placement de l'URUD « hors les murs » :

« Je dis : « Votre idée est peut-être très bonne, mais je ne vois pas pourquoi on le fait en prison. A frais égaux, en terme de ressources de personnes et financières, ce concept-là hors les murs, même si c'est sous écrou et bracelet, c'est ça qui est idéal, c'est ça qui nous manque. » »

Depuis octobre 2017 les arguments du docteur V ont quelque peu évolué. « La violence du dispositif » pour les détenus est davantage mise en avant. Ce point de vue est principalement étayé par l'expérience d'un ancien résident (sur les 34 intégrés) exclu pour des raisons « d'incompatibilité avec la vie communautaire », et qui a très mal vécu sa sortie du programme (voir *infra*). Voici son témoignage :

« Un jour, j'étais en rendez-vous chez le médecin et je lui expliqué mon point de vue. Et c'est très bizarre hein, parce que le médecin de la détention, M. V., lui, il est carrément, mais carrément contre l'URUD. C'est un dispositif qui, visiblement, ne le convainc pas du tout. Alors, il m'a invité à aller voir le délégué des défenseurs des droits pour lui expliquer mon litige avec l'URUD. Du coup, je lui ai écrit, je l'ai rencontré au greffe. »

Ainsi, le dispositif fonctionne à ce jour grâce à l'affectation du docteur F, partie prenante du dispositif, et la cohésion du reste de l'équipe. Cette opposition des acteurs sanitaires interrogés n'est pas sans répercussion sur le fonctionnement concret du programme : certains rendez-vous médicaux tombent au milieu des activités ; l'unité sanitaire garde la main sur la distribution des médicaments, ce qui ne permet pas à l'équipe encadrante de travailler la question du « mésusage » avec les résidents :

« Effectivement, il y a du mésusage. Après, c'est comment on travaille derrière aussi pour bien intégrer la problématique des addictions et le transfert de produits. Dès que quelqu'un mésuse, c'est : « Tu vois, là tu n'avais rien, tu as pris tel et tel médicament, est-ce que tu te sens mieux ? – non. » On en est là : « Ça t'a apaisé un petit peu, mais derrière tu n'es pas mieux », et on travaille là-dessus. C'est comme ça qu'on fait actuellement. En communauté thérapeutique, ils ont peut-être moins ce problème parce que c'est eux qui gèrent les traitements.

– Donc, toi, ça te permettrait de mieux gérer le mésusage si jamais on t'en donnait la possibilité...

– Ça permettrait de mettre un frein » (infirmière affectée à l'URUD).

Le docteur V. semble également vouloir dénoncer le dispositif aux différentes autorités pour entraver sa pérennité et sa généralisation : son courrier d'octobre 2017 a aussi été envoyé à l'ARS ainsi qu'au président de l'association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP). Il serait même remonté jusqu'à la direction générale de la santé et le contrôleur des lieux privatifs de liberté a saisi l'OFDT en vue d'une visite prochaine.

2. Un lieu qui pose question

Aux débuts du dispositif, il paraissait évident à l'ensemble des acteurs que le programme doit *a minima* être positionné dans un lieu séparé de la détention ordinaire. L'ergonomie du CD de Neuvic offrait deux choix : placer le dispositif dans le bâtiment du module « respect » (le bâtiment C) ; ou le placer au bâtiment D, isolé de la détention et anciennement celui des arrivants.

La proximité entre l'URUD et le module « respect » était affirmée dès le moment de la conception du dispositif pour leur inscription dans une même philosophie pénale. La présence d'un quartier de ce type au CD de Neuvic avait d'ailleurs constitué un critère de choix de l'établissement : les deux

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

programmes devaient s'articuler l'un à l'autre pour l'atmosphère communautaire qui y régnait et faciliter l'accès aux activités. Il était même prévu dans une note de cadrage rédigée par la DAP et la DISP de Bordeaux en janvier 2016 : « de proposer une première phase préparatoire en invitant les personnes détenues volontaires à participer au module « respect » avant l'intégration de l'URUD » (celle-ci pouvant « être l'occasion de s'assurer de la motivation du candidat ou lui permettre un sevrage d'un traitement de substitution aux opiacés ») ; mais aussi que les bénéficiaires soient orientés vers ce module en fin de programme, si une sortie de détention ne s'avérait pas possible. Ce lien était également apparu d'emblée au groupe de travail chargé d'implanter le dispositif sur le site :

« Quand on arrive dans le module Respecto, ça change du tout au tout. (...) Les détenus quand ils croisent les visiteurs que nous sommes, disent bonjour et on voit spontanément que les surveillants connaissent bien les personnes. (...) Il y a un truc qui me marque beaucoup, il y a un surveillant avec deux, trois détenus et les deux, trois détenus font du jardinage. A la limite, je ne sais pas s'ils n'avaient pas des pelles et des bêches (...). Et je me dis qu'ils ont des outils qui peuvent être éventuellement dangereux (...) Là, spontanément, sans être grand clerc, on se rend compte que, en termes d'ambiance et de relations, c'est complètement différent (...). Et on nous dit que, normalement, on devrait être installés ici (...). On entend qu'ils ont une accessibilité au terrain de foot qui est quasi permanente, alors que les autres c'est à certains horaires. Enfin, on sent un petit peu plus de liberté » (représentant du CEID aux réunions d'implantation du projet sur site).

La remise en cause du projet de localisation initial est survenue au changement de direction de l'établissement. L'actuel directeur explique qu'il a été face à un certain nombre de réticences :

« J'avais tenté de le positionner au niveau du bâtiment C, là où existe le module « respect », (...) mais je me suis heurté à de nombreuses résistances de toutes parts. (...) De la part des personnels de surveillance parce qu'ils avaient un peu peur (...). J'avais aussi la direction régionale qui m'a dit que ça serait bien de le mettre ailleurs que là. J'avais le psychologue PEP, il ne travaille plus ici, qui trouvait que c'était pas bon de le mettre là parce que ça cassait la dynamique de quelque chose de récent, que c'était pas compatible. Le SPIP n'était pas très chaud non plus. (...) . Donc, quand j'ai vu que j'avais autant de réticences dans ce cadre-là, je n'ai pas voulu aller me heurter à ça, connaissant peu le projet à ce moment-là, j'avais deux mois de paquetage à l'établissement. J'avais aussi le reste de la gestion de l'établissement à prendre en charge avec relativement peu d'encadrement, je n'avais que deux officiers sur cinq, il manquait des personnels. »

Il expose également un souci de généralisation du dispositif :

« L'objectif était qu'il soit duplicable, c'est pour ça que j'ai voulu qu'il soit à l'intérieur de la détention. Parce que chaque établissement est construit un peu différemment, et si on le mettait dans un secteur particulier, parce que l'établissement s'y prête, ça ne veut pas dire qu'ailleurs il y ait ce genre de facilité. (...) Si ça fonctionne là, ça veut dire que c'est intéressant. »

Ce dernier a donc finalement proposé une aile classique de détention aménagée³² pour accueillir le programme. « L'équipe projet » a validé ce lieu en raison de certaines difficultés connues par le module « respect » de l'époque (voir pré-projet p. 12, annexe 2).

Pourtant, rétrospectivement, le regard porté sur la localisation est tout autre. Lors des journées de restitution des premières observations à l'équipe, le directeur le reconnaît : « c'était le pire lieu pour placer l'URUD ». La première difficulté rencontrée est une exposition constante des résidents à l'offre de produits. Ainsi, même si la majorité d'entre eux ne descendent plus en promenade, notamment pour éviter les tentations, les détenus du dessous profitent souvent du soir pour leur proposer des substances, voire régler leurs comptes passés avec certains. De plus, les bénéficiaires du programme

³² L'encellulement est individuel, une salle d'activité a été mise à disposition de l'URUD en juin 2017, et une seconde, un an après.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

ont bien souvent une place clé dans le marché des drogues en détention, puisqu'ils se présentaient par le passé comme de « fidèles clients ».

« Et puis, ils sont malins... Une fois qu'on a arrêté de fumer pendant deux mois, ils étaient jusqu'à nous échanger des carrés de beuh ou vouloir nous en donner gratuitement pour qu'on refume. (...) Ils savent qu'on arrête, ils viennent : « Tiens, c'est cadeau ! » Et on a beau leur dire non, ils insistent. Ben oui, ils sont pas fous, ils perdent des clients, alors... » (un résident).

Ainsi, la consommation reste présente, même si l'ensemble des résidents paraissent inscrits dans une démarche d'arrêt du produit.

Cette exposition n'est toutefois pas dépourvue d'un potentiel thérapeutique aux dires des résidents, si elle est bien gérée dans la relation de soin :

« Après, c'est bien qu'on soit confrontés à la détention classique au niveau du produit parce qu'il y en aura toujours dehors. Mais après, si l'aile était à part, ça serait encore bien mieux parce qu'il y en aurait plus du tout. (...) Il y a l'avantage et l'inconvénient. C'est qu'à la fois on y est confrontés tous les jours et ça nous apprend à dire non directement, à s'affirmer et à pas céder, parce que, dehors, il faudra bien qu'on y fasse face aussi. Donc, ça nous aide à éviter de craquer, mais il y a des moments, quand on a des coups durs, c'est pas facile » (un résident).

Un second point alimente toutefois l'idée que le dispositif gagnerait à être localisé à l'extérieur de la détention classique. La cheffe d'antenne SPIP à l'établissement de Neuvic témoigne :

« La localisation : les détenus ne vont jamais en promenade. Ça, c'est pour moi quelque chose de problématique. Ils ne prennent pas l'air, ces mecs-là. Pas assez de sport. Une vie en autarcie qui me préoccupe. (...) Je travaille sur l'ouverture, sur l'extérieur, et là il n'y a rien, ils sont vachement renfermés sur eux. Mais je pense que c'est lié aussi au problème de localisation. On s'est complètement trompé. Ils ne participent à rien, il faut tout leur amener, et ça ce n'est pas bon du tout. C'est mon point négatif. »

De fait, en septembre 2017, les résidents semblaient effectivement quelque peu « renfermés » sur leur aile, et ils participaient peu aux activités proposées au reste de la détention. Leur mise en retrait s'explique également par la stigmatisation dont ces détenus font l'objet par ailleurs : certains sont taxés de « toxico » en détention classique.

« Ils sont stigmatisés. Il y en a qui, du coup, ne veulent pas intégrer l'URUD parce qu'ils ont des moqueries », explique l'infirmière de l'US interrogée.

Ils sont par ailleurs bien souvent « victime » du trafic (menacés de « faire rentrer » ou de « récupérer » des substances, contre un peu de produit délivré gratuitement)³³. Ainsi, la localisation proposée ne permet pas de protéger les détenus de leur stigmatisation ni de l'offre exponentielle de produits qui existe en milieu carcéral, même si elle permet de tester régulièrement leur résistance au produit.

Si en juin 2018, les personnes inscrites dans le programme semblaient « s'ouvrir » davantage au reste de la détention et bénéficier d'une stigmatisation en baisse grâce au travail de communication autour du dispositif, relevons également un des effets positifs du processus d'évaluation : à la suite de notre déplacement de juin 2018, où nous avons livré nos premières analyses à l'ensemble de l'équipe, le directeur a alloué à l'URUD un espace extérieur supplémentaire.

³³ Le marché des drogues en détention ainsi que les relations sociales auxquelles il donne lieu sont étudiés dans une enquête parallèle à l'OFDT.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

3. Le travail de réinsertion sociale : une mise en place progressive qui mériterait d'être renforcée pour optimiser les effets recherchés du programme

L'investissement du SPIP dans le dispositif s'est effectué progressivement. Lorsqu'en septembre 2016, l'actuelle directrice de l'antenne SPIP du CD de Neuvic reprend le projet en cours de route, elle a du mal à se reconnaître dans le pré-projet rédigé en juin :

« Elle (son prédécesseur) avait proposé un PPR (programme de prévention de la récidive), mais un PPR, on le construit autour d'une infraction. Sauf que, pour moi, les toxicomanes, ils n'allaient pas se retrouver autour d'une infraction. Donc, on doit travailler un outil qui ne travaille pas sur le passage à l'acte. Qui va y venir mais qui doit travailler plus sur la motivation au changement, sur la désistance, sur comment sortir de la délinquance par d'autres thématiques où on abordera, comme dans un PPR, la notion de victime, la notion de qu'est-ce que j'ai envie de changer, c'est quoi le changement... Mais pas avec le PPR qui est un outil extrêmement rigide (...) Je trouvais que ce n'était pas l'outil. Par contre, une action collective autour des concepts de désistance, de la motivation au changement, de la notion de victime, de prendre sa vie en main, de désacralisation, un peu, du rôle des institutions. Voilà. Moi, c'est plus le vivre-ensemble. »

L'équipe est également confrontée à des problèmes organisationnels : en plus du fait qu'il n'existait aucun fléchage préalable des CPIP affectés à l'URUD comme cela a déjà été évoqué, le service faisait face au renouvellement de la majeure partie de ses agents, d'effectifs réduits, de budgets restreints. En bref, le SPIP avait le sentiment qu'on leur avait imposé un projet très coûteux en terme organisationnel, par lequel ils n'étaient pas tout à fait convaincus, et dans lequel ils ne se reconnaissaient pas.

Face au timing serré et l'impossibilité de repenser un projet dans son ensemble, l'équipe CEID, qui avait quant à elle une vision claire de la manière dont elle pouvait intervenir a donc pris la main, en proposant un planning dans lequel le SPIP pourrait se faire une place progressivement.

« Je pense que la force qu'il y a eu, c'est qu'il y avait Jean (le directeur du CEID Dordogne). (...) C'était hyper rigide. En ça, Jean m'a beaucoup aidée, il m'a dit : « Ça, tu le prends, tu le mets là et on va travailler autre chose » (directrice du SPIP de Neuvic).

Ainsi, aux débuts de l'URUD, les deux CPIP chargés des dossiers propres au programme avaient comme directives :

« J'ai souvent eu des discussions où les conseillères venaient me voir pour me dire : « Qu'est-ce qu'on doit faire, là ? » Et moi, je leur renvoyais : « Votre travail. C'est quoi votre travail ? – Prévenir la récidive. – Oui, mais comment ? – En travaillant sur... – Vous avez des entretiens individuels toujours, après ouvrez-vous au groupe, commencez à participer petit à petit et vous allez vous sentir de plus en plus... » Et là, je sens que ça y est. Elles participent aux ECM de temps en temps, quand elles le peuvent, je sens qu'il y a une envie de faire autre chose » (cheffe d'antenne SPIP au CD de Neuvic).

L'idée d'une inscription progressive était donc actée, et malgré quelques inquiétudes de départ, leur investissement s'est construit progressivement sur 9 mois, grâce à l'adaptabilité et l'ouverture du CEID et l'assentiment croissant de l'équipe SPIP pour le programme. En septembre 2017, les deux CPIP affectées commençaient à assister aux *mornings* ainsi qu'aux ateliers avec une envie de s'investir grandissante. La décharge de dossiers évoquée plus haut a permis au service de penser les projets spécifiques à l'URUD détaillés précédemment.

Malgré tout, le travail de réinsertion effectué à l'URUD n'atteint pas encore les objectifs posés dans le pré-projet (voir annexe 2). Au moment de sa rédaction, les membres de « l'équipe-projet » avaient défini deux plannings-types pour les résidents en fonction des phases. Par rapport à l'emploi du temps

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

de départ, présenté plus haut dans ce rapport, les détenus en phase 2 devaient se démarquer par la mise en place d'une activité rémunérée le jeudi et le vendredi jusqu'à 15 heures. Or cette mesure n'a pas encore vu le jour. Ceci pose un premier problème pour les indigents, pour qui, l'accès au travail rémunéré en détention est bien souvent une condition de survie. Ce point restreint par ailleurs les perspectives de réinsertion sociale des condamnés sortant de l'URUD ainsi que l'objectif de montée en autonomie.

Par ailleurs, l'inclusion des pairs aidant extérieurs à la détention est à ce jour limitée. En septembre 2017, aucun intervenant extérieur n'était prévu. Lors de notre nouvelle venue en juin 2018, Séverine a fait une demande d'intervention auprès de Narcotiques anonymes ce qui devrait favoriser leur participation. Néanmoins les anciens résidents n'interviennent plus dans le dispositif une fois sortis.

4. Un dispositif exigeant en terme de recrutement qui pose la question d'égalité aux soins de certains profils

Le recrutement, en l'état actuel de fonctionnement du dispositif est assez large. Toutefois, la logique communautaire est par essence exigeante, quelques détenus sont là pour en témoigner. Lorsque le groupe va bien, les effets individuels sont extrêmement positifs (voir *supra*) ; en revanche, quand la cohésion n'est pas au rendez-vous, certains sont exposés à des rechutes et le collectif révèle ses potentialités les plus perverses : règlements de compte fonctionnant sur un système de dénonciation des actes des uns et des autres à l'équipe encadrante, etc... La communauté que nous avons pu observer lors de notre présence en septembre 2017 connaissait à cette période certaines difficultés qui avaient fragilisé temporairement certains et conduit à une éviction.

Ce mode de fonctionnement communautaire rend *de facto* le dispositif peu adapté à certains profils cliniques qui en sont d'emblée exclus, nous l'avons déjà vu. Les délinquants sexuels sont également difficilement accueillis, eût égard à la recrudescence de passés d'abus sexuels chez les bénéficiaires, mais aussi d'une difficulté verbalisée par certaines encadrantes à prendre en charge ce type de profils pénaux. Si un détenu accusé pour ce genre d'infraction vient pourtant d'être inclus, un « tabou » existe toutefois au sein des ECM sur l'acte qui l'a conduit en détention. De même, nous l'avons rapidement évoqué, certaines personnes ayant peu de ressources matérielles quittent l'URUD pour pouvoir avoir un accès au travail en détention. De fait, le dispositif exige, en l'état de son mode de fonctionnement, un investissement à temps plein pour les résidents en phases 1, le travail n'étant théoriquement possible que pour « les phases 2 ». La difficulté d'ouverture du dispositif à certains profils pose question, notamment en termes d'égalité d'accès aux soins. Il est par ailleurs probable que les critères généraux de recrutement examinés plus haut soient « durcis » avec l'ouverture à l'inter région débuté en juin 2018 et la hausse de la demande déjà constatée par l'équipe. Le directeur de l'URUD explique alors que le reliquat de peine serait davantage examiné, de même que le critère d'adéquation du profil du demandeur au groupe. Si la première option permettrait de donner un sens plus fort au travail de réinsertion sociale réalisé à l'URUD, la seconde renforcerait la sélection à l'entrée.

Cette exigence de la vie communautaire explique par ailleurs certaines levées du programme à la demande des encadrants. Le taux de fin de prise en charge s'élève à ce jour à 37%, selon le rapport d'activité annuel (voir annexe 8). Les raisons sont multiples, la décision revenant tantôt au résident tantôt à l'équipe. En voici le détail :

- 4 abandons pour raisons relationnelles ou financières (dont des « indigents ») sur 35 résidents accueillis à ce jour

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

- 9 ruptures décidées par l'équipe pluridisciplinaires : dont 4 pour port d'armes artisanales ou de produits stupéfiants et 5 pour non implication dans la vie communautaire ou comportement inadapté au sein de l'unité

Lorsque la décision de levée de prise en charge est décidée par l'équipe encadrante, elle est parfois vécue difficilement, tel qu'en témoigne notamment le docteur V :

« Parce qu'ils viennent nous voir après, une fois qu'ils sont exclus, il y a eu des exclusions, ils ne comprennent pas. On met en échec des choses, et un échec sur une tentative comme ça pour un gars qui essaie un peu de se remettre dans une démarche thérapeutique à long terme, ça a des conséquences. (...) Si ces gens n'étaient pas des personnalités problématiques, ils ne seraient pas en prison. Ces gars-là, ils sortent de l'URUD. D'abord, ils ne comprennent pas. Enfin, ils savent qu'ils ont fauté sur un plan disciplinaire, ils sont exclus pour des raisons disciplinaires, c'est le directeur qui dit : « Vous sortez. » Il n'y a pas de reprise de savoir pourquoi on était en échec, pourquoi on n'a pas joué le jeu. Sur des personnalités addictives, ça, c'est la b.a.-ba, changer de vie, il faut les aider à ça. »

C'est notamment le cas pour M. J, interrogé lors du deuxième passage à l'URUD. Les professionnels encadrant ont estimé que ce résident était dans une attitude hautaine et de défiance qui menaçait les rapports de confiance au sein même du groupe.

« Je voulais vraiment porter plainte contre l'URUD parce qu'il y a des choses que j'ai dites en public, qui me concernaient intimement et, du coup, j'ai trouvé que j'étais un peu trahi. Parce qu'il y a des choses que j'ai expliquées, qui m'ont vraiment blessées parce que ça fait partie intégrante de ma vie quand j'étais plus jeune, j'ai grandi avec et la personne n'a jamais été sanctionnée. Donc, je me suis senti trahi, je me suis dit qu'on avait joué avec moi, qu'on avait joué avec mes sentiments, qu'on avait joué avec ma naïveté, tout ça. Du coup, je me suis senti très candide et, l'URUD, très clairement, je l'avais en travers de la gorge, j'étais énervé contre. Donc, je leur faisais des lettres, mais je ne les insultais pas parce que je savais que ça pourrait me valoir des rapports, mais j'étais systématiquement péjoratif, je leur disais qu'ils servaient strictement à rien. Je ne sais plus les termes que j'employais mais c'était... »

Si des relais ont été effectués pour poursuivre le suivi addictologique (M. J rencontre régulièrement une des intervenantes de l'URUD de manière individuelle), son sentiment d'abandon reste vivace.

Ce cas reste toutefois isolé, les détenus ayant la possibilité de postuler de nouveau à l'URUD après un premier refus ou une exclusion, ce qui ouvre le champ des possibles. En témoigne notamment le parcours d'un résident sorti du programme lors de notre première venue pour incompatibilité avec la dynamique communautaire, et réintégré au moment de notre seconde visite. Ce dernier rend compte d'une évolution notable et d'une transformation importante du rapport à lui-même durant le temps où il a réintégré la détention classique :

« Je suis revenu parce que j'ai eu presque trois mois de réflexion. Au début, les trois premières semaines que j'ai faites, je me sentais pas à mon aise, je ne trouvais pas ma place, en fait. Mais il faut dire aussi qu'il y avait des gens, à l'époque, qui ne m'avaient pas accueilli comme il fallait. Donc je suis redescendu. Après, il s'est passé ces trois mois, ça a tourné dans ma tête, beaucoup, mon fils, la prison, et je me suis dit que j'ai ce problème de drogue et qu'il faut bien que je trouve une solution, à 52 ans, je ne vais pas continuer ce que j'ai fait : rentrer en prison, sortir, rentrer, sortir... Donc, voilà, j'ai pris la décision de revenir à l'URUD pour travailler sur cette addiction. (...) L'URUD m'a apporté beaucoup. Elle m'a apporté une façon de voir la vie, nouvelle, car je me suis aperçu que celle que j'avais avant n'était pas si belle que ça.

- *Et ça, vous n'en aviez pas conscience avant ?*

- *Non. C'était une répétition, c'était toujours dans le même délire que j'avais. Là, mes yeux se sont ouverts et en faisant peu de choses, la vie peut être aussi belle et surtout sans produit. »*

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Il faut également mentionner que les exclusions ne se font pas que sur critères disciplinaires, mais après un examen complet du dossier et principalement selon des arguments cliniques. C'est notamment le cas du résident ayant incendié sa cellule, qui n'a pas été exclu car son évolution clinique était jugée positive. Cette personne a ainsi reçu une sanction disciplinaire décidée par l'administration pénitentiaire tout en prolongeant son parcours dans l'unité.

5. Une question problématique : la confidentialité et le secret

L'entretien réalisé avec M. J pointe un autre risque majeur encouru pour des anciens résidents retournés en détention classique : le fait que certains éléments livrés durant le parcours URUD soient révélés et récupérés dans le cadre de règlements de comptes entre détenus, mais également avec les surveillants. C'est également une des oppositions du personnel de l'US non impliqué dans le programme qui questionne les garanties de confidentialité des informations délivrées à l'URUD :

« Ces gens-là qui sont exclus, qui retournent en détention normale, il faut savoir qu'ils ont entendu des choses quand même, donc la confidentialité, après ils s'en servent et puis ils savent aussi comment ça fonctionne » (infirmière de l'US).

« Dans le fonctionnement de l'URUD, les surveillants participent, donc c'est quand même un problème. Que font les surveillants de ce qu'ils entendent là, alors qu'ils sont formés pour dénoncer tout ce qu'ils entendent ? Qu'est-ce qu'ils en font ? » (le docteur V).

Pour autant, M. J ne fait pas état de règlements de compte dont il aurait fait l'objet, et les surveillants qui participent aux ateliers semblent respecter l'adage oral « ce qui est dit à l'URUD reste à l'URUD ». Le risque de « fuite » paraît néanmoins présent sans garantie plus poussée, notamment en cas de changement d'équipe.

6. Une question ouverte : l'abstinence

Si l'addictologie moderne travaille désormais sans l'abstinence des patients, trois éléments paraissent toutefois en mesure de rouvrir le débat, au sujet de l'URUD : d'une part, la revue de littérature témoigne de l'efficacité du modèle des communautés thérapeutiques basée sur ce principe. Si nous n'avons pas d'assurance de la manière dont est investie cette exigence dans la pratique, l'expérience montre toutefois que les pays anglo-saxons travaillent avec une moindre tolérance à la consommation que ce que nous avons vu à l'œuvre à l'URUD. Il serait donc intéressant de comparer à un niveau international, via des enquêtes d'impacts, l'efficacité de modèles basés sur des degrés d'acceptation de l'usage différents.

En tout état de cause, le témoignage d'un résident déjà cité dans ce rapport pose question :

« Très peu de temps après que vous partiez, il y a eu un engagement solennel en groupe – c'est parti, bien entendu, d'une proposition de Jean et de Séverine, mais ça a été amené en communauté –, il y a eu une proposition d'abstinence totale avec un test au terme de quinze jours. Et les gars ont tous relevé les manches et ont dit : « OK, on se met au défi. » (...) On a connu deux mois, fin octobre, novembre, début décembre, qui étaient vraiment très très bien. C'était la lune de miel de l'URUD... On était à peu près dix, tout le monde était abstinent, ce qui fait que, le soir, on mangeait ensemble, on mangeait en assemblée, les gens avaient plus envie de se rencontrer, les week-ends, on faisait des jeux de société en commun... Il n'y avait plus du tout cet isolement, ces petits clans que j'avais connus quand je suis arrivé. Jusqu'à la mi-décembre, jusqu'à ce qu'on ait un recrutement massif. »

De fait, l'abstinence a permis d'améliorer les relations entre les résidents ainsi que l'ambiance communautaire et d'entre-aide. Comme si cet état venait optimiser les effets thérapeutiques du collectif.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

De plus, la circulation des drogues au sein de l'unité inscrit les encadrants dans des pratiques d'enquête au sein des entretiens individuels. En voici un exemple :

« Durant l'entretien individuel, Julien explique qu'il ne se sent pas bien car il n'a pas pris son Séresta. Il l'aurait donné à d'autres détenus qui l'auraient mis dans le verre de José. Julien souligne la malhonnêteté de certains résidents de l'URUD qui continuent leur consommation. Séverine relance :

- *« Vous avez donné votre Séresta ?*
 - *Oui*
 - *Je suis désolée de poser la question Julien, mais qui vous les a demandé ?*
 - *Bah ils étaient en groupe : Kevin, Paul, Nicolas et Damien*
- (...)*

Bon et concernant la conso, vous pouvez me dire qui fait rentrer ? » (Extrait du journal de terrain, septembre 2017).

L'objectif de ces stratégies n'est, dans la majorité des cas, pas de répondre par la sanction, mais plutôt d'inciter les détenus à venir « déposer » ces éléments en ateliers pour les travailler en groupe. Toutefois, en détention, peut-être plus qu'ailleurs, ces pratiques exposent les soignants à leur instrumentalisation dans des opérations de vengeance et de règlements de compte et sont susceptibles de désavantager certains détenus une fois sortis de l'URUD:

« On voit que ça fonctionne beaucoup dans la répression, il faut dénoncer : « Si vous voyez ça, il faut nous le dire. » Et, après, ils sont catalogués comme des balances. Parce qu'ils parlent entre eux quand ils reviennent en détention, ceux qui sont exclus vont expliquer comment ça se passe et tout, donc les autres sont traités de balances, etc. » (infirmière de l'US)

La question de l'état abstinent comme critère d'inclusion et de pérennisation dans le dispositif est donc bien difficile à trancher. Sans remettre au goût du jour une approche de l'addictologie décrite comme dépassée par les professionnels actuels, le risque serait de tomber dans une posture d'acceptation de la consommation, bien ancrée en milieu carcéral classique en perdant de vue l'objectif premier du dispositif. Le renouvellement régulier des propositions telles que celle faite par Jean et Séverine semble une bonne piste pour honorer la vocation du programme tout en prenant en compte les spécificités de l'addictologie et du milieu carcéral français.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Synthèse partie 2

La proposition du directeur du CEID en terme managérial et concernant le mode de fonctionnement de l'URUD apparaît comme porteuse d'effets hautement positifs :

- A un niveau organisationnel, elle permet de mettre en place une équipe interdisciplinaire fonctionnant à l'ouverture et à la collaboration. Cet esprit favorise l'implication et les initiatives des uns et des autres et une dynamique d'évolution positive du programme.
- Concernant les relations en détention, elle favorise une humanisation des rapports (entre surveillants et détenus, mais aussi entre ces derniers et le personnel socio-sanitaire) ; une évolution du métier de surveillant vers sa dimension « missionnaire » ; une instauration d'espaces de « conflictualisation » des rapports sociaux, rares en prison.
- A l'endroit des détenus, elle permet de réduire, sinon d'arrêter leur consommation ; de réviser leur mode de comportement ; et permet un travail sur soi, conduisant de prime abord à une révision radicale du rapport que la personne entretient à elle-même.

Le dispositif rencontre toutefois certains freins nécessitant l'aménagement de quelques leviers pour garantir/optimiser le mode de fonctionnement du programme :

- A un niveau organisationnel, le temps de présence de certains intervenants clés, comme le personnel médical a été sous-évalué ou peu encadré dans le projet initial (dans le cas des CPIP, notamment). Cet écueil est susceptible d'être renforcé si le nombre de résidents de l'URUD venait à augmenter. Les relations avec l'unité sanitaire sont conflictuelles, le médecin chef de l'US étant opposé au dispositif.
- Concernant son mode de fonctionnement : si la question du lieu reste controversée, il ne paraît toutefois pas optimiser les objectifs de l'URUD ; le travail de réinsertion sociale, et notamment l'accès au travail, mériterait d'être renforcé pour entrer dans les objectifs posés dans le pré-projet.
- Des interrogations/des défis : 1) ne pas en faire un lieu de soin inadapté à certains profils sociaux (indigents) ou pénaux (délinquants sexuels) ; 2) lutter contre une démarche d'acceptation passive de la consommation qui pourrait menacer de nouvelles équipes dans un lieu où l'usage de stupéfiants paraît compliqué à endiguer ; 3) stabiliser les garanties de confidentialité des informations livrées à l'URUD.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

III. Recommandations

Au-delà du bilan de fonctionnement, les demandes de la DAP, commanditaire de cette étude, étaient de deux ordres : proposer un ensemble de recommandations précises en vue de la duplication du programme et ouvrir la perspective d'une évaluation du dispositif sur la base d'un suivi de cohorte.

A. Vers un renforcement et une duplication du programme

L'étude réalisée permet de mettre en évidence plusieurs enjeux stratégiques qui peuvent être étayés par certaines recommandations opérationnelles utiles pour envisager la pérennisation du programme URUD. Celles-ci sont résumées dans le tableau 2, dans lequel ont été distinguées celles qui doivent s'appliquer au CD de Neuvic et celles qui seraient nécessaires à la généralisation du dispositif. Il va de soi que les préconisations applicables au site valent également dans le contexte d'une duplication.

Tableau 2 : récapitulatif des recommandations

Enjeux stratégiques	Recommandations opérationnelles sur le site de Neuvic	Recommandations opérationnelles en vue d'une duplication
Faire vivre le dispositif à un niveau institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter les dotations en personnel médical, voire les dotations générales si le nombre des inclusions venait encore à augmenter - Prévoir une nouvelle décharge de dossiers des CPIP affectés à l'URUD en cas d'augmentation des effectifs - Renforcer les perspectives de médiation entre le médecin chef de l'unité sanitaire et les membres de l'URUD (prévoir une médiation par l'ARS potentiellement) - Mener une réflexion pour optimiser les garanties de confidentialité des données personnelles délivrées par les bénéficiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Affecter un temps CPIP dédié à l'URUD dans chaque établissement hébergeant pour suivre les dossiers et conduire des activités spécifiques - Implanter le dispositif dans des établissements où le partenariat avec les équipes sanitaires (UCSA et SMPR) est possible. Le médecin chef de l'UCSA doit être libre de désigner le docteur de son choix pour être référent de l'URUD - Mobilisation du CSAPA exerçant déjà dans ces lieux dans le projet URUD - Renforcer le portage santé à un niveau institutionnel et symbolique - Présentation du dispositif à des colloques professionnels sur le soin en milieu carcéral.
Optimiser les effets recherchés du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Passer à une durée de cycle de 1 an - Mettre en place l'accès au travail pour les résidents en phases 2 - Favoriser et diversifier les perspectives d'aménagement de peine comme relais à l'URUD (ex : placement extérieur en CT, semi-liberté...) - Renforcer l'intervention des pairs au sein du dispositif en faisant intervenir des organisations repérées à l'extérieur mais aussi de anciens bénéficiaires du programme. 	Placer les futures URUD dans un lieu détaché de la détention « classique », permettant un régime de sécurité adapté et permettant des régimes de semi-liberté.
Préserver/renforcer les acquis	<ul style="list-style-type: none"> - Prévoir une journée de cohésion tous les ans - Envisager une après-midi de formation sur les drogues pour tout nouveau surveillant recruté et/ou prévoir quelques jours de tutorat par un ancien surveillant - Proposer un recrutement des surveillants basé sur un entretien destiné à éprouver leur motivation à intégrer l'URUD - Continuer d'inviter les partenaires à visiter le dispositif (JAP, équipe des nouveaux établissements hébergeant une URUD). Inclure ces visites dans le planning des résidents en phase 2. 	<ul style="list-style-type: none"> - Privilégier les surveillants investissant le versant « social » de leur métier et disposés à travailler en équipe avec du personnel socio-sanitaire - Impliquer, dans un premier temps, l'équipe CEID dans ces formations nationales pour initier la culture transdisciplinaire en prévoyant des stages d'observation des nouvelles équipes dans le dispositif pilote Neuvic, ou en leur proposant d'intervenir dans les journées de formation à destination des nouvelles équipes.
Ouvrir le dispositif		<p><i>Le lieu :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Implantation du dispositif en centres de détention - Essaimage sur l'ensemble du territoire (dans 4/5 inter régions, par exemple) - Prévoir une URUD implantée dans un établissement pénitentiaire accueillant une majorité d'AICS et dans un CD pour femmes - Insérer l'URUD dans un programme de soins complets et un système de propositions cohérent pour les délinquants présentant des conduites addictives - Proposer des affichettes à laisser dans les bâtiments socio éducatifs et dans les unités sanitaires des établissements hébergeant

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

		<ul style="list-style-type: none"> - Produire un film présentant le dispositif par les canaux vidéo internes des établissements - Prévoir des temps de présentation du programme auprès des établissements susceptibles d'orienter des détenus à l'URUD <p><i>Le recrutement des détenus :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilité de recrutement en provenance de MA ou de MC - Recrutement interrégional pour les détenus en provenance d'autres CD/MA, ou national pour ceux recrutés en MC et/ ou ayant un profil de délinquant sexuel et les femmes.
--	--	--

Note³⁴

1. Faire vivre le dispositif à un niveau institutionnel

Si le dispositif fonctionne, nous avons mis en évidence deux difficultés importantes relatives au temps d'intervention alloué à certaines catégories de professionnels (personnel médical actuellement et CPIP, en début de programme) ainsi qu'aux relations avec l'US. La première risque de se renforcer avec l'augmentation des effectifs. De fait, entre septembre 2017 et juin 2018, l'équipe dit être passée d'une demande d'inclusion toutes les trois semaines à 2/3 par semaine et le recrutement interrégional laisse penser que les effectifs atteindront bientôt 20, comme le pré-projet l'envisageait au départ. Le temps médical attribué à l'URUD mérite donc une revalorisation et il sera probablement nécessaire de réadapter l'emploi du temps des CPIP en cas d'affluence croissante. Concernant l'équipe CEID, au lieu d'intervenir à deux au sein d'un groupe unique et constant, ils interviennent à ce jour seul au sein de deux sous-groupes, ce qui reste « gérable » à leurs yeux. Par ailleurs, aux vues des difficultés rencontrées par le SPIP pour investir le projet URUD à ses débuts, il paraît incontournable, en vue d'une duplication, de prévoir un temps CPIP fixe affecté à l'unité pour suivre les dossiers des bénéficiaires et conduire des activités spécifiques.

La seconde difficulté constitue un point d'achoppement important. A notre venue en juin, le directeur de l'établissement avait prévu une médiation avec le docteur V. Une démarche du genre effectuée par une autorité de santé, comme l'ARS, pourrait également être envisagée. Dans la perspective d'une duplication, il reste à craindre que bon nombre d'unités sanitaires se montrent réticentes à un dispositif à vocation thérapeutique impliquant des professionnels pénitentiaires, alors que le programme se montre prometteur. Dans la perspective d'une duplication, il s'agirait : 1) de cibler des établissements où le partenariat avec l'US semble possible, même si l'expérience de Neuvic montre que cette stratégie reste un préalable mais ne donne aucune garantie sur le moyen terme, 2) dans une perspective symbolique, il semble important que le dispositif soit porté et soutenu par les plus hautes autorités de l'Etat (ARS, ministère de la santé, de la justice...), 3) ce soutien « par le haut » doit être accompagné d'un travail de diffusion « par le bas » des pratiques professionnelles se déployant à l'URUD dans les espaces de rencontre des médecins/psychiatres en milieu pénitentiaire, ce qui pourrait contribuer à mieux expliquer les objectifs de ce type de dispositif. Un travail de renforcement des garanties de confidentialité des informations personnelles délivrées à l'URUD par l'équipe doit accompagner la promotion de pratiques peu courantes en contexte français pour lever les inquiétudes des professionnels soignants.

2. Optimiser les effets recherchés du programme

Le dispositif vise deux objectifs principaux : le travail psychologique permettant de se détacher du produit et d'aller vers un mieux-être global et la réinsertion sociale du condamné grâce à un phasage du programme et l'intervention des pairs. Si le premier paraît globalement atteint, nous avons pu

³⁴ Ces éléments doivent être considérés comme des conditions « optimales » d'implantation à moduler en fonction des possibilités permises par l'établissement.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

mettre en évidence les limites du second et le peu d'investissement des pairs extérieurs au programme à l'été 2018.

La première préconisation opérationnelle est le rallongement de la durée d'un cycle. Pour l'équipe CEID, elle apparaît comme essentielle : elle permettrait de lever les réticences de certains résidents à passer en « phase 2 » en leur fournissant davantage de temps pour renforcer le travail de renforcement de la confiance en soi et d'expérimenter le travail comme la formation professionnelle. Si cette mesure donnera lieu à une capacité d'accueil moins importante, elle pourra être contrebalancée par la généralisation du dispositif sur le territoire et la mise en cohérence des propositions faites aux délinquants présentant des conduites addictives à l'inter région (voir *infra*).

Cette disposition devra être adossée à une diversification plus générale des propositions d'aménagement de peine à visée de réintégration, en lien avec les magistrats de l'application des peines (à Neuvic elle est déjà partie prenante du dispositif et incluse dans la réflexion autour du programme). Il s'agira par exemple de favoriser les régimes de semi-liberté, si l'établissement hébergeant le permet, ou d'envisager des placements extérieurs en CT (ce qui permettrait également un désengorgement des unités en cas de demandes trop importantes).

Cet enjeu stratégique doit par ailleurs s'articuler à un degré d'exigence plus important quant au lieu d'implantation des futures URUD. Il paraît important que les unités puissent prendre place dans des établissements permettant d'offrir un espace favorisant l'abstinence, l'ambiance communautaire, la réalisation d'activités, les perspectives d'insertion sociale, tout comme de protéger les détenus contre la stigmatisation dont certains font l'objet en détention classique.

L'allongement du cycle permettra également de mieux faire vivre l'objectif de soutien par les pairs. Sur ce sujet, le directeur du programme rappelle la difficulté de certains bénéficiaires à demander la phase 2 au cours des 6 mois. Les CT classiques, qui proposent des cycles plus longs (s'échelonnant parfois sur plusieurs années), disposent d'un vivier de résidents en phase 2 quasi-constant, ce qui n'est pas toujours le cas à l'URUD. Cette mesure devra être adossée à un travail d'implication des pairs plus intensif : sur le site de Neuvic d'abord, dans la perspective d'une duplication, ensuite. Leur pleine intégration ne passe pas seulement par l'intervention d'associations extérieures, telle Narcotiques Anonymes, mais aussi par la diffusion de témoignages d'anciens bénéficiaires, sortis de détention ou non. Cette préconisation est d'autant plus réalisable pour des ex-résidents encore incarcérés sur le site. Le temps de restitution des premiers résultats, durant lesquelles nous avons convié un « ancien » accueilli depuis au module « respect » (l'accès à ces temps de discussion n'a pas été autorisé aux résidents libérés) est à cet égard riche d'enseignements. Ce dernier a rebondi sur les résultats de l'évaluation et a partagé son expérience sur la question de l'abstinence avec les autres personnes incluses dans le programme. Son témoignage a donné lieu à un long débat sur la construction d'une vie sans produit. L'implication des anciens bénéficiaires dans le dispositif leur permettrait par ailleurs de consolider les acquis du programme, et de leur donner le statut de personnes en phase 3, tel que cela avait été initialement envisagé dans le pré-projet.

3. Préserver/renforcer les acquis

Le bilan de fonctionnement de l'URUD a permis de mettre en évidence de nombreux points forts relatifs au mode de management mis en place par le CEID et l'esprit de collaboration qui s'y est déployé. Ceci a permis d'inscrire le dispositif dans une dynamique d'évolution positive et de lever un certain nombre de freins. Les réussites constatées sont en grande partie liées à l'équipe sur place, ce qui nous incite à préconiser la systématisation des quelques temps forts mis en place et à impliquer

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

l'équipe de l'URUD dans l'ouverture et la formation des nouvelles unités dans l'hypothèse d'une duplication.

La mise en place de l'esprit d'équipe propre à l'URUD a été permise par l'ouverture, l'adaptabilité et l'horizontalité des relations. Un certain nombre de temps forts doivent donc être conservés : 1) les journées de cohésion d'équipe ; 2) les temps d'accueil des différents partenaires, comme le JAP et le vice-procureur de la République du TGI de Périgueux. Ces moments présentent leur intérêt non seulement pour entretenir les partenariats, mais également, pour en nouer d'autres, en cas de renouvellement des équipes.

L'évaluation a également montré que les surveillants qui investissent le dispositif sont ceux qui développent la dimension « sociale » de leur métier. Il paraît donc nécessaire d'instaurer un processus de recrutement de ces professionnels à l'URUD et de donner à cette culture de métier un statut déterminant. Cette sélection devra s'accompagner, pour tout nouvel agent, d'une session de formation pouvant prendre la forme d'une demi-journée d'information sur les drogues et/ou d'un tutorat effectué par un surveillant en poste à l'URUD.

Dans la perspective d'une duplication, il paraît incontournable que l'équipe pluridisciplinaire pilote soit intégrée dans l'ouverture des nouvelles unités/formation des nouvelles équipes, afin d'initier et diffuser une culture du partenariat entre les professionnels socio-sanitaires et pénitentiaires, peu développée en France. Concrètement, elle pourrait être investie dans des journées de formation et/ou proposer des stages d'observation des nouvelles équipes dans le dispositif expérimental.

4. Ouvrir le dispositif

Le recrutement interrégional a débuté au printemps 2018. Pour ce faire, l'équipe du CEID a réalisé un travail de publicisation du dispositif via une sensibilisation des CSAPA référents et des chefs d'établissement pénitentiaire. Ce travail de diffusion dans les lieux susceptibles de recruter des détenus devra également s'appliquer dans la perspective d'une duplication. Il pourrait être effectué par voie d'affichettes directement au sein des détentions, mais aussi des bâtiments socio-éducatifs et des US, en sensibilisant également les chefs des antennes SPIP, par exemple. La réalisation d'un film institutionnel présentant le dispositif pour les canaux vidéo internes des établissements est également une option efficace, peu coûteuse et régulièrement pratiquée par les différents acteurs.

Face au bilan d'évaluation prometteur de cette première unité expérimentale, la perspective de duplication du dispositif mérite d'être envisagée. Les centres de détention apparaissent comme le type d'établissement le plus pertinent pour accueillir les futures unités : la longueur des peines garantit une rotation des détenus moins importante qu'en maison d'arrêt et le programme semble s'articuler aux objectifs affichés des CD orientés vers la réinsertion sociale.

Pour ouvrir au maximum un dispositif sélectif du fait de la dynamique communautaire, il paraît important : 1) de prévoir une unité dans un établissement constitué principalement d'une population d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) ; 2) de prévoir une unité dans un CD pour femmes, dès lors que la littérature internationale montre que ce type de programme donne des résultats prometteurs à leur endroit ; 3) de penser l'URUD en cohérence avec un panel d'options de prise en charge plus large proposé aux détenus présentant des conduites addictives. Ce qui avait été pensé en 2015 par la direction interrégionale en lien avec le centre de détention de Bédenac (voir partie I du rapport) est une prémisse à ce type de démarche. Le programme pourrait par exemple s'inscrire dans la continuité d'un dispositif comme celui du PMAS à Lyon (voir encadré 6). Si certaines initiatives isolées existent, il resterait aux directions interrégionales et aux ARS de les penser en cohérence.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Encadré 6 : Le PMAS

Le programme de mobilisation pour accéder aux soins est un dispositif implanté à la maison d'arrêt de Lyon Corbas. Il vise à favoriser le recours aux soins en « améliorant la santé globale » du détenu et le mettant dans une « dynamique de changement » (livret d'accueil du PMAS) grâce à un cycle de 5 semaines non renouvelables. L'idée de ce programme s'enracine sur le constat suivant : alors que de nombreux détenus présentent des conduites addictives à l'entrée en détention, peu s'orientent vers un soin. Le dispositif propose un cadre rythmant la vie carcérale avec un certain nombre d'activités permettant de se mettre dans une dynamique journalière, d'ouverture à soi-même et aux autres, tout autant que de développer certaines premières ressources pour résister à l'envie de consommer, mais aussi pour s'inscrire dans un processus de changement (développement des compétences psychosociales, apprentissage de nouveaux modes de résolution des conflits interpersonnels et psychiques...). Le programme s'organise autour de plusieurs ateliers : « médiation corporelle » (sport), « diététique », « médiation artistique », « sophrologie », « groupe de parole », « addiction », « prévention des comportements à risque », « juridique », « insertion », « accès au travail et à la formation » dans et hors détention. Comme l'URUD, l'idée est de travailler sur plusieurs dimensions de la vie en abordant les dynamiques addictive et délinquante, en considérant qu'elles sont pour partie liées.

Lors d'un déplacement d'une journée à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas, nous avons pu assister à l'après-midi d'ouverture d'un cycle et rencontrer des participants ainsi que la responsable du programme. Des entretiens, réalisés avec certains bénéficiaires volontaires, révèlent qu'il s'agit d'un programme connu au sein de la prison et beaucoup apprécié par les détenus. Parmi les quelques participants interrogés, un certain nombre nous a dit que le dispositif avait été conseillé pour sa bonne presse : « Mais tout le monde veut faire le PMAS ! ». Le programme présente selon eux plusieurs apports : occupationnel, se remettre dans une dynamique positive, apporter une connaissance des drogues, faire naître une demande de soin, consolider une motivation pour arrêter la consommation au sein d'un environnement positif, se découvrir, s'ouvrir aux autres, remplacer l'addiction par autre réponse que le produit, donner un accès au travail...

Ce dispositif étant sensé intervenir en amont d'une orientation soignante, il pourrait s'articuler au programme URUD opérant en aval. La responsable du programme exprime d'ailleurs l'idée qu'il serait très utile pour eux d'avoir une CT en milieu carcéral au niveau interrégional pour des gens qui se destinent à une longue incarcération et pour lesquels les propositions de suivis addictologiques sont restreintes en dehors de la prise en charge individuelle.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

B. Vers une évaluation ad hoc

La mise en place d'une étude d'impact avec suivi de cohortes (groupe inclus dans le dispositif vs groupe témoin) et la définition d'indicateurs pertinents nécessite une étude préliminaire qui ne peut être réalisée dans le cadre du présent rapport. Néanmoins, le bilan de fonctionnement qui vient d'être mené permet de mettre en évidence un ensemble d'indicateurs types, résumés dans le tableau 3. Ils proviennent de trois sources différentes : la revue de la littérature, le pré-projet URUD (annexe 2) dans lequel était déjà abordée la question de l'évaluation du dispositif et les éléments recueillis dans la présente enquête. Il est important que ces trois sources puissent être exploitées au titre de leur complémentarité : les éléments traditionnellement utilisés à un niveau international permettent une comparaison potentielle de l'URUD avec d'autres dispositifs existants ; les indicateurs prévus dans le pré-projet renvoient aux objectifs visés par le dispositif ; le bilan de fonctionnement pointe les éléments sur lesquels on peut attendre une efficacité, selon les dires des détenus. Rappelons néanmoins que la mise en place d'une étude d'impact nécessite la stabilisation préalable du dispositif.

Tableau 3 : récapitulatif du type d'indicateurs mobilisables pour tester l'efficacité du dispositif sur la longue durée

	Issus de la revue de littérature	Issus pré-projet URUD (annexe 2)	Issus de l'évaluation
Types d'indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Santé mentale ➤ Consommation ➤ Répétition du comportement criminel <p>➔ Suivi sur 12 mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Qualité de vie (tests d'auto-évaluation) ➤ Entrée en désistance ➤ Motivation pour changer de comportement <p>➔ Suivi sur la durée du cycle URUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consommation ➤ Développement des compétences psycho-sociales : confiance en soi ; affirmation de soi ; capacité de verbalisation ; modalités de gestion des conflits interpersonnels ; modalités de gestion des émotions du mal-être psychique ➤ Changement du rapport à soi (perception de son mal-être interne, perception de soi, perception de la vie présente, perception de l'avenir)
Exemples de tests	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tests relatifs à la mise en évidence d'une pathologie mentale : BPRS, ICG, EGF... ➤ Co-morbidité : Echarlson, Groll... ➤ Tests relatifs aux addictions : MINI, AUDIT, DETA, ASSIST... ➤ Répétition du comportement criminel : étude du casier judiciaire, i.e. type d'infraction commise, fréquence, gravité 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tests relatifs à la qualité de vie : SF36, EQ5D, QoLI-20... ➤ Entrée en désistance : étude du casier judiciaire, i.e. type d'infraction commise, fréquence, gravité ➤ Motivation pour changer de comportement : à définir sur la base de l'analyse sociologique 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluation des compétences psycho-sociales ➤ Changement du rapport à soi : à définir sur la base de l'analyse sociologique

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

CONCLUSION

L'URUD est une proposition récente et inédite en France, qui, au terme de ce rapport, paraît avoir sa place dans l'offre de prise en charge proposée aux personnes présentant des conduites addictives en prison, en complément de l'accompagnement individuel. Ce constat est renforcé par l'existence ancienne de ce genre de programmes à un niveau international qui ont été évalués positivement dans la littérature scientifique sur la question. La déclinaison française des « quartiers sans drogue » anglais et espagnols, présente toutefois certaines spécificités, dont l'assouplissement de la condition d'abstinence pour inclure et pérenniser les bénéficiaires dans le dispositif. Ces caractéristiques justifieraient de mener des évaluations comparatives permettant de mesurer l'impact de modèles différents.

En l'état, le dispositif est apprécié positivement par ses principaux acteurs. L'esprit d'équipe et de collaboration qui s'y met en place entre les intervenants socio-sanitaires et pénitentiaires constitue un des points forts. Il engage également une évolution positive de la majorité des détenus/résidents de l'unité, repérable par tous. L'URUD témoigne enfin d'une évolution notable entre les deux périodes auxquelles nous nous y sommes rendus : l'équipe du SPIP ayant su prendre sa place, le recrutement se mettant progressivement en place à un niveau interrégional, l'équipe commençant à intégrer des pairs extérieurs dans leurs interventions. Le dispositif mérite toutefois certaines consolidations, dont l'intensification du travail de réinsertion sociale (notamment via l'accès au travail) et l'ouverture sur l'extérieur, que permettrait, à un premier niveau, l'allongement du cycle mis en place dans le cadre du programme à 1 an. L'amélioration des relations avec l'US du centre de détention constitue également un enjeu important. Celui-ci n'est pas propre à l'URUD, l'opposition des soignants pour des dispositifs engageant une relation resserrée entre personnel socio-sanitaire et professionnel de la sphère pénale étant couramment relevée par les sociologues en France (Bessin et Lechien, 2000 ; Collectif Contrast, 2015 ; Milly, 2001).

Ce bilan de fonctionnement permet toutefois d'envisager la généralisation du dispositif à un niveau national, en donnant un rôle clé à l'équipe actuelle en matière de formation des nouvelles équipes, notamment. Dans ce cadre, il apparaît qu'un renforcement des garanties de confidentialité au sein du programme doit s'accompagner d'une intensification du soutien du ministère de la santé. L'enjeu est de faire vivre un dispositif qui risque de faire l'objet d'une stigmatisation importante par les équipes de santé en milieu carcéral qui craignent pour la préservation du secret médical et la protection des informations personnelles délivrées par les bénéficiaires.

Au-delà de ces remarques, l'URUD s'inscrit dans un mouvement général de renouvellement des idées sur les modalités d'application de la peine et de mise en acte du principe d'individualisation des sanctions. Il s'inscrit dans une idée de responsabilisation et d'activation des détenus via leur participation à des programmes fonctionnant sur un système de gratifications (de nature variées) basés sur leur profil socio-pénal. L'approche critique pourrait y voir une avancée dans la « gestion des risques sociaux » (Castel, 1981) et de domestication des corps et des consciences dans l'entreprise de normalisation sociale des comportements (Foucault, 1999, 2001). Cependant, l'observation du fonctionnement effectif de dispositifs du même type pointe des effets positifs identiques. Comme les modules « Respect », l'URUD semble améliorer profondément le climat en détention en proposant un espace de « conflictualisation » des rapports sociaux qui sont habituellement dominés par la violence. A ce titre, ils permettent une pacification des interactions entre surveillants et détenus mais aussi entre surveillants et personnels socio-sanitaires pour aboutir à une prise en charge basée sur la complémentarité. Se faisant, ce type de dispositif paraît améliorer les détenus qui font preuve d'un

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

réaménagement du rapport à soi ainsi que du rôle qu'ils avaient endossé en milieu carcéral classique. Ainsi, en dehors d'oppositions de nature politique ou philosophique, peu d'arguments nés de l'observation plaident à ce jour contre la généralisation d'initiatives institutionnelles de ce genre.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

BIBLIOGRAPHIE

- Ancel M. (1954) La défense sociale nouvelle. Un mouvement de politique criminelle humaniste. Paris, Cujas, coll. Publications du Centre d'études de défense sociale de l'Institut de droit comparé de l'Université de Paris 1, 183 p.
- Bahr S.J., Masters A.L., Taylor B.M. (2012) What works in substance abuse treatment programs for offenders? *Prison Journal*, Vol. 92, n° 2, p. 155-174.
- Benguigui G., Orlic F., Chauvenet A. (1993) Les surveillants de prison : le prix de la sécurité. *Revue française de sociologie*, Vol. 34, n° 3, p. 345-366.
- Bessin M., Lechien M.H. (2000) Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison. Paris, École des hautes études en sciences sociales (EHESS), 413 p.
- Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (Dir.) (2009) Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement. Paris, La Découverte, coll. Recherches, 397 p.
- Brillet E. (2009) La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique. *Archives de la Police Criminelle*, n° 31, p. 107-143.
- Castel R. (1981) La Gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse. Paris, Les Editions de Minuit, coll. Le sens commun.
- Chantraine G. (2004) Par-delà les murs : expériences et trajectoires en maison d'arrêt. Paris, PUF, 274 p.
- Chauvenet A., Benguigui G., Orlic F. (1994) Le monde des surveillants de prison. Paris, Presses universitaires de France, coll. Sociologies, 227 p.
- Chauvenet A. (2006) Privation de liberté et violence : le despotisme ordinaire en prison. *Déviance et Société*, Vol. 30, n° 3, p. 373-388.
- Collectif Contrast (2015) La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? *Déviance et Société*, Vol. 39, n° 4, p. 429-453.
- Darmon M. (2011) Sociologie de la conversion. Socialisation et transformations individuelles. In: Identité et transformation des modes de vie, Burton-Jeangros C., Maeder C. (Dir.). Zurich, Seismo, p. 64-84.
- Debuyst C., Digneffe F., Labadie J.-M., Pires A.P. (2008a) Histoire des savoirs sur le crime et la peine. 1 - Des savoirs diffus à la notion de criminel-né. Paris, Larcier, coll. Crimen, 400 p.
- Debuyst C., Digneffe F., Pires A.P. (2008b) Histoire des savoirs sur le crime et la peine. 2 - La rationalité pénale et la naissance de la criminologie. Paris, Larcier, coll. Crimen, 580 p.
- Delile J.-M. (2011) Les communautés thérapeutiques arrivent en France : pourquoi (seulement) maintenant ? *Psychotropes*, Vol. 17, n° 3, p. 29-57.
- Denis C., Langlois E., Fatséas M., Auriacombe M. (2011) Un modèle français de Communauté Thérapeutique ? Les communautés thérapeutiques expérimentales : Consensus des professionnels. *Psychotropes*, Vol. 17, n° 3, p. 85-101.
- Direction de l'Administration Pénitentiaire (2018) Statistiques trimestrielles des personnes détenues. Mouvements au cours du 4^{ème} trimestre 2017. Situation au 1^{er} janvier 2018. Paris, Ministère de la justice, 28 p.
- Direction de l'administration pénitentiaire, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la santé (2012) Circulaire interministérielle N°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

- l'article D514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse, 11 p.
- Dorlin E. (2011) *Dark Care : de la servitude à la sollicitude*. In: *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paperman P., Laugier S. (Dir.). Paris, EHESS, coll. *Raisons pratiques*, nouvelle édition augmentée.
- Faget C., Faget J. (2017) *Les modules de responsabilisation des Centres pénitentiaires de Mont de Marsan et Neuvic* [Non publié], Association GERICO, 53 p.
- Foucault M. (1999) *Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*. Paris, EHESS, Galimard, Seuil, coll. *Hautes études*, 351 p.
- Foucault M. (2001) *Dits et écrits. Tomes I et II*. Paris, Gallimard.
- Galassi A., Mporfu E., Athanasou J. (2015) Therapeutic community treatment of an inmate population with substance use disorders: Post-release trends in re-arrest, re-incarceration, and drug misuse relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 12, n° 6, p. 7059-7072.
- Grard J. (2008) *Devoir se raconter. La mise en récit de soi, toujours recommencée*. In: *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, Fassin D., Bensa A. (Dir.). Paris, La Découverte, coll. *Recherches*.
- Jaccoud M. (2007) *Innovations pénales et justice réparatrice. Champ Pénal*, n° Séminaire Innovations Pénales.
- Joël M. (2018) *Rapport INED-Sidaction. Prévention et réduction des risques et des dommages en prison et à la sortie*, 8 p.
- Lafortune D., Blanchard B. (2010) *Parcours : un programme correctionnel adapté aux courtes peines. Criminologie*, Vol. 43, n° 2, p. 329-349.
- Lancelevée C., Cartuyvels Y., Cliquennois G., Dugué F., Bessin M. (2012) *Ce que la dangerosité fait aux pratiques. Entre soin et peine, une comparaison Belgique-France*, GIP Mission de recherche Droit et Justice.
- Lancelevée C. (2016) *Quand la prison prend soin ? Gérer les troubles mentaux dans un établissement pénitentiaire allemand pour femmes. Sociétés contemporaines*, n° 103, p. 91-110.
- Langlois E. (2013) *Évaluation des communautés thérapeutiques en France. Enquête sociologique sur la mise en œuvre de deux nouvelles communautés*. Saint-Denis, OFDT, 85 p.
- Lefort C. (1971) *Éléments d'une critique de la bureaucratie*. Genève, Librairie Droz, coll. *Travaux de Sciences Sociales*, 372 p.
- Lipton D.S., Pearson F.S., Cleland C.M., Yee D. (2002) *The effects of therapeutic communities and milieu therapy on recidivism*. In: *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending*, McGuire J. (Dir.). Chichester, Wiley, p. 39-77.
- Malochet G. (2009) *Les surveillants de prison : marges du travail, travail sur les marges. Idées économiques et sociales*, n° 158, p. 42-49.
- McMurrin M. (2007) *What works in substance misuse treatments for offenders? Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 17, n° 4, p. 225-233.
- Messina N., Grella C.E., Cartier J., Torres S. (2010) *A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 38, n° 2, p. 97-107.
- Milly B. (2001) *Soigner en prison*. Paris, PUF, coll. *Sociologies*, 250 p.
- Ministère de la justice (2012) *Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique. BOMJ*, n° 2012-07, p. 1-7.
- Mistretta P. (2011) *L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal. Revue internationale de droit pénal*, Vol. 82, n° 1-2, p. 19-39.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

- Mitchell O., Wilson D.B., MacKenzie D.L. (2012) The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behavior: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, Collaboration T.C., Vol. 18, 75 p.
- Mouquet M.-C. (2005) La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Etudes et Résultats*, DREES, n° 386, 12 p.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2008) Drug misuse: Psychosocial interventions. Leicester, British Psychological Society, coll. NICE Clinical Guidelines, No. 51, 338 p.
- Néfau T., Sannier O., Hubert C., Karolak S., Lévi Y. (2017) L'analyse des drogues dans les eaux usées : outil d'estimation des consommations, application en milieu carcéral. Note 2017-01. Saint-Denis, OFDT, 23 p.
- Obradovic I., Bastianic T., Michel L., Jauffret-Roustide M. (2011) Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison (thème spécifique 1). In: Rapport national 2011 (données 2010) à l'OEDT par le point focal national Reitox - France. Nouveaux développements, tendances et information détaillée sur des thèmes spécifiques. Saint-Denis, OFDT, p. 181-223.
- Palle C., Rattanatray M. (à paraître) Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Saint-Denis, OFDT.
- Pearson F.S., Lipton D.S. (1999) A meta-analytic review of the effectiveness of corrections-based treatment for drug abuse. *Prison Journal*, Vol. 79, n° 4, p. 384-410.
- Perry A.E., Neilson M., Martyn- St James M., Glanville J.M., Woodhouse R., Godfrey C., Hewitt C. (2015) Interventions for drug- using offenders with co- occurring mental illness (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 6, p. CD010901.
- Pottier P. (2010) Repenser la peine de prison après la loi du 24 novembre 2009. *Pouvoirs*, n° 135, p. 149-158.
- Protais C. (2015) La gestion des drogues et des conduites addictives en UHSA. Note de synthèse d'une enquête effectuée dans les 7 UHSA de France. Saint-Denis, OFDT, 16 p.
- Rhodes L.A. (2004) Total confinement. Madness and reason in the maximum, University of California Press, coll. California Series in Public Anthropology, 329 p.
- Rostaing C. (1997) La relation carcérale. Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes. Paris, Presses Universitaires de France, coll. Le Lien social, 352 p.
- Rostaing C. (2006) La compréhension sociologique de l'expérience carcérale. *Revue européenne des sciences sociales*, Vol. XLIV, n° 3, p. 29-43.
- Rostaing C. (2008) À chacun son psy. La diffusion des pratiques psychologiques en prison. *Sociologies pratiques*, n° 17, p. 81-94.
- Rostaing C. (2014) L'ordre négocié en prison : ouvrir la boîte noire du processus disciplinaire. *Droit et société*, n° 87, p. 303-328.
- Rouillon F., Duburcq A., Fagnani F., Falissard B. (2007) Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison conduite entre 2003 et 2004. Paris, Inserm, 11 p.
- Sacks J.Y., Sacks S., McKendrick K., Banks S., Schoeneberger M., Hamilton Z., Stommel J., Shoemaker J. (2008) Prison therapeutic community treatment for female offenders: Profiles and preliminary findings for mental health and other variables (Crime, substance use and HIV risk). *Journal of Offender Rehabilitation*, Vol. 46, n° 3-4, p. 233-261.
- Sacks J.Y., McKendrick K., Hamilton Z. (2012) A randomized clinical trial of a therapeutic community treatment for female inmates: Outcomes at 6 and 12 months after prison release. *Journal of Addictive Diseases*, Vol. 31, n° 3, p. 258-269.
- Saetta S. (2016) Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner. Ethnographie d'un établissement pénitentiaire et d'un service de soins spécialisés. *Champ Pénal*, Vol. 13.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

- Sahajian F., Berger-Vergiat A., Pot E. (2017) Use of psychoactive substances in prison: Results of a study in the Lyon-Corbas prison, France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 65, n° 5, p. 361-367.
- Sannier O., Verfaillie F., Lavielle D. (2012) Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace. *La Presse Médicale*, Vol. 41, n° 7-8, p. e375-e385.
- Smith L.A., Gates S., Foxcroft D.R. (2008) Therapeutic communities for substance related disorder (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, p. CD005338.
- Stankoff S., Dherot J., DAP (Direction de l'administration pénitentiaire), DGS (Direction générale de la santé) (2000) Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. Paris, Ministère de la Justice, 329 p.
- Stirn B., Fairgrieve D., Guyomar M. (2006) Droits et libertés en France et au Royaume-Uni. Paris, Odile Jacob, 300 p.
- Strauss A.L., Baszanger I. (1992) La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 311 p.
- Wexler H.K., De Leon G., Thomas G., Kressel D., Peters J. (1999) The Amity prison TC evaluation: Reincarceration outcomes. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 26, n° 2, p. 147-167.
- Wieviorka M. (2004) La violence. Paris, Balland, coll. Voix et regards, 328 p.
- Zehr H. (2012) La justice restaurative. Pour sortir des impasses de la logique punitive. Paris, Labor et Fides, coll. Le champ éthique, 57, 98 p.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

ANNEXE 1

Glossaire des principales abréviations utilisées dans ce rapport

ARS : agence régionale de santé

CD : centre de détention

CEID : Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions

CPIP : conseiller d'insertion et de probation

CPU : commission pluridisciplinaire unique

CSAPA : centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

CT : communauté thérapeutique

DAP : direction de l'administration pénitentiaire

DISP : direction inter régionale des services pénitentiaires

ECM : espaces collectifs de médiation

ENAP : école de l'administration pénitentiaire

ICS : infracteurs à caractère sexuel

JAP : juge d'application des peines

MA : mais d'arrêt

MC : maison centrale

OFDT : observatoire français des drogues et des toxicomanies

PMAS : programme de mobilisation pour accéder aux soins

RPS : réduction de peines supplémentaires

SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

UHSA : unité d'hospitalisation spécialement aménagée

URUD : unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD)

US : unité sanitaire

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

ANNEXE 2

<p>PRE-PROJET</p> <p>UNITE DE REHABILITATION POUR USAGERS DE DROGUES</p>
--

CENTRE DE DETENTION DE NEUVIC
COPIL DU 24 JUIN 2016

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

PREAMBULE

La prison concentre les usagers de drogues sans empêcher totalement la consommation de stupéfiants en son sein. Cette situation limite l'efficacité des actions de réinsertion et de réduction de la récidive.

Il existe des expériences dans d'autres pays de programmes spécifiques de prise en charge des usagers de drogue basés sur l'abstinence : il s'agit d'unités isolées du reste de la détention ordinaire pour favoriser une immersion dans des programmes de réinsertion, de prévention de la récidive et de prise en charge de leur addiction.

La Direction de l'Administration Pénitentiaire a souhaité mettre en œuvre un projet pilote en lien avec la Direction Interrégionale de Bordeaux et l'ARS Aquitaine Limousin Poitou Charente qui consiste à envisager la création d'une unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD).

Le choix s'est porté sur la DISP de Bordeaux car elle expérimente en parallèle un module Respect novateur en France qui nous vient de l'ESPAGNE. Il s'agit d'un modèle basé sur la responsabilisation des personnes détenues et sur la contractualisation avec pour finalité la diminution des violences en détention.

Au sein de la DISP de Bordeaux, c'est le centre de détention de Neuvic qui s'est porté volontaire pour expérimenter cette nouvelle unité.

L'opérateur côté addictologie devait pouvoir compter sur une expérience de la mise en place et de la gestion d'un établissement de type communautaire et être CSAPA référent pénitentiaire sur le territoire choisi. Répondant à cette double contrainte, le CEID-Addictions a été interpellé et s'est proposé comme porteur du projet.

L'Unité de Réhabilitation pour Usagers de Drogues accueillerait 20 personnes volontaires avec un programme basé sur le modèle du 12 step programme.

Une première réunion a eu lieu à Neuvic le 5 février 2016. Le groupe de travail s'est alors constitué.

Les acteurs impliqués dans le groupe de travail :

- E. M. Dominique LAURENT, chef de l'établissement
- M. Thierry BABIN, adjoint au chef d'établissement
- M. Michel QUIROGA, adjoint au chef de détention, responsable du module Respect
- M. Laurent FERRAZ, surveillant adjoint au responsable du module Respect
- Mme Marie-Anne TOMBAL, Directrice par intérim du SPIP 24
- Mme Hélène CHEVALET, cheffe d'antenne du SPIP de Neuvic
- Mme Céline BONNET, psychologue PEP
- M. Nicolas BOURGUIGNON, Directeur de la communauté thérapeutique de Barsac (33)
- Mme Cendrine LATOURES, psychologue au CEID, intervenante au CD de Neuvic
- Mme Patricia CUMENAL, infirmière coordinatrice à l'Unité de Soins de Neuvic
- Mme Aurélie FEVRE, infirmière à l'Unité de Soins de Neuvic
- Dc DIENNET, psychiatre addictologue, responsable du pôle addictologique du CH de Montpon.
- Mme Julie WOILLEZ, CPIP au SPIP de Neuvic

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Le groupe de travail s'est réuni 5 fois : le 2 mars, le 18 mars, le 1er avril, le 29 avril et le 20 mai. Chaque acteur s'est vraiment impliqué avec son regard et ses compétences professionnelles : la collaboration a été fructueuse et l'entente très chaleureuse.

La première réunion a consisté à une visite de la communauté thérapeutique de Barsac en Gironde : cela a permis au groupe de bien se rendre compte de ce qu'était une communauté et ses enjeux. Une experte du 12 step programm a ensuite été invitée par le CEID pour nous expliciter le fonctionnement, les spécificités et le contenu de ce type de programme.

Les premiers échanges entre l'équipe du Centre de détention de Neuvic, du SPIP 24 et du CEID-Addictions ont révélé rapidement une certaine proximité de raisonnement, le module Respect expérimenté à Neuvic et le fonctionnement Communautaire présentant des similitudes dans la prise en charge.

Premiers constats :

D'emblée le groupe a souhaité intégrer au dispositif non seulement les usagers de drogue souhaitant maintenir leur abstinence aux produits mais aussi les personnes sous substitution exprimant le souhait d'arrêter le traitement avec le soutien du programme (ou de le stabiliser).

Par ailleurs, le groupe a également souhaité élargir le profil des personnes en accueillant, outre les usagers de drogue, des profils polyconsommateurs.

La lettre de mission fait état d'une durée de séjour de 6 mois maximum. Le groupe est arrivé à la conclusion qu'il ne faudra pas être strict et savoir dans une certaine mesure individualiser le temps en fonction du parcours de chacun, de son évolution personnelle mais aussi en fonction de l'aménagement de peine souhaité. Il faudra de la souplesse dans le dispositif.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

I/ Finalité-Objectif général-Objectifs spécifiques

Le premier travail effectué par le groupe fut de déterminer la finalité de l'Unité. Les échanges, s'appuyant sur les expériences croisées, ont permis de s'arrêter de manière unanime sur le fait qu'à la sortie de l'URUD, le groupe de travail souhaite que les usagers de drogue :

- améliorent leur qualité de vie
- et rentrent dans un parcours de désistance

Le groupe s'est entendu sur la définition de l'OMS concernant la qualité de vie, à savoir : la combinaison de facteurs psychologique, physique, social et matériel pour évaluer le bien-être de l'individu. Le groupe a référencé des tests d'auto-évaluation qui pourront donc être réalisés à différentes étapes du programme pour mesurer la qualité de vie des personnes hébergées dans cette unité.

La désistance est le processus de sortie de la délinquance. Il s'observe par différents prismes :

- le prisme du casier judiciaire : type d'infractions commises, fréquence, gravité
- le prisme de la motivation de la personne à changer de comportement
- le prisme des actes posés pour effectivement sortir de la délinquance

L'objectif général de l'URUD est donc de mettre à distance l'usager de son ou ses produits. Comment y parvenir ?

Le groupe a fléché plusieurs objectifs spécifiques permettant d'y arriver et qui donneront lieu à un travail spécifique :

- Réduire l'appétence aux produits psychotropes
- Soutenir l'abandon progressif des traitements de substitution
- Augmenter l'Estime de soi
- Apprendre à gérer ses émotions
- Responsabiliser/autonomiser
- Développer les habilités sociales

Le programme des 12 step program semble offrir des supports à même de mener un travail thérapeutique en lien avec ces objectifs.

II/ A qui s'adresse ce projet ?

Le groupe a travaillé les profils des personnes susceptibles d'être accueillies dans cette unité.

A/ Profil addictologique

Il s'agit tout d'abord de s'adresser à des personnes motivées pour permettre une adhésion au projet thérapeutique basé sur un mode de vie communautaire, avec son lot de contraintes.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Elles sont polyconsommatrices, sous substitution ou non. Pour celles qui sont sous substitution, elles expriment le souhait d'arrêter ou de stabiliser le traitement en cours. Pour celles qui ne sont pas sous substitution, elles sont volontaires pour consolider leur abstinence.

Les patients doivent être stabilisés au niveau du traitement et leur profil psychologique/psychiatrique doit pouvoir s'adapter à la thérapie de groupe. En d'autres termes, certains troubles psychiatriques et troubles du comportement nous semblent incompatibles avec un travail de groupe intensif.

B/ Profil pénal

Il s'agirait d'accueillir des condamnés sur un recrutement national. En termes de reliquat à l'arrivée de la personne sur site, il faudrait donc un reliquat de 12 mois, RPS déduites et avant d'être aux 2/3 de peine. Au moment où la personne présente sa demande, elle doit donc avoir 18 mois de reliquat, le temps que son dossier soit monté, examiné, accepté et que la personne soit transférée.

Il faudra prioriser les transferts au niveau national et interrégional pour que cela soit rapide, sans nécessité de passer par la CIO.

C/ Modalités de recrutement

L'intéressé adresse une demande écrite à son CPIP référent. A partir du moment où le profil pénal est validé, l'intéressé est orienté vers le médecin de l'US de son établissement. Ce dernier fait le test du DSM4 pour établir le niveau de dépendance et fait un entretien motivationnel pour cerner les motivations de la personne (sur la base d'un questionnaire qui sera dans le dossier). Le projet thérapeutique est expliqué et le médecin doit évaluer si le choix communautaire est adapté au profil psychologique/psychiatrique de la personne (pas de pathologie inadaptée au travail de groupe et à la responsabilisation : pas de paranoïaque, pas de psychotique).

Un dossier médical sera rempli (à créer), comprenant des antécédents médicaux détaillés ainsi qu'un dossier social.

Ce dossier est envoyé au médecin référent de l'URUD. Suite à la validation du profil en réunion de coordination, une visio-conférence sera organisée entre le candidat à l'URUD et le ou les coordonnateurs référents de l'URUD afin de bien expliquer le fonctionnement de l'unité et vérifier que l'intéressé en a compris tous les enjeux.

La décision d'admission appartiendra aux professionnels qui siègent au temps de coordination. Le médecin donne son avis sans trahir le secret médical.

Si le résident est admissible, des visios régulières seront organisées jusqu'au moment du transfert au CD de Neuvic.

Pour le premier recrutement, le groupe de travail souhaite faire un recrutement local (candidats déjà incarcérés au CD de Neuvic) et procéder par étape. Il s'agirait de recruter d'abord 20 résidents dont 10 pour la phase dite intensive. Les 10 autres résidents accéderaient à la phase intensive au bout de 3 mois environ, une fois que les premiers auront suffisamment cheminé pour pouvoir accéder à la phase de responsabilisation ; il faut en effet tenir compte du délai de 6 mois pour le recrutement national, ce qui n'est pas possible de tenir pour la première et la deuxième cohorte.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Il faudra veiller à ce qu'il y ait quelques profils d'anciens dans cette première cohorte, c'est-à-dire des personnes qui ont déjà passées par une communauté thérapeutique dans leur parcours de vie. Il est en effet important pour que la dynamique communautaire s'enclenche dès le départ du projet que des anciens contribuent à insuffler cet esprit.

Pour la troisième cohorte, le recrutement pourra être élargi au national.

III/Le Programme thérapeutique : le Modèle twelve step

La lettre de cadrage, faisant référence à des expérimentations internationales, nous invite à nous appuyer sur l'approche twelve step.

Cette modélisation sous-tend l'approche « Minnesota model », qui compte sur une présence et une implication de résidents sous forme de groupe d'entraide, mais aussi de professionnels (« ex usagers » formés, et du champ de l'addictologie). Elle offre une structuration et une intensité de l'accompagnement thérapeutique pour accompagner les personnes dans une démarche de changement.

Il est important de signaler que l'approche twelve step est peu utilisée en France, y compris dans le secteur des CT. L'implication d'« ex » formés et qualifiés n'est pas une opportunité fréquente, et bouscule encore beaucoup le modèle type de l'intervenant. Nous avons fait appel à une ressource externe au groupe sur trois réunions pour travailler sur un programme de ce type, Mme Rani DUPRAT. Il est à noter que peu de professionnels sont réellement formés pour proposer un tel programme dans sa globalité, programme qui semble également difficile à dupliquer sur un « séjour » de 6 mois. Il est question de créer de manière concomitante une dynamique de groupe et une dynamique de changement. Dans tous les cas, **il apparaît au groupe de travail que pour atteindre les objectifs attendus sur le laps de temps imparti, il conviendrait de proposer une intervention encadrée par les professionnels plus conséquente que celle proposée dans le document de cadrage.**

A/ Les phases

Le modèle communautaire repose sur une responsabilisation en phases, marqueur à la fois de l'évolution dans le programme thérapeutique mais aussi dans la possible responsabilisation du résident dans l'organisation de la « communauté » et pour ses pairs. Cette responsabilisation devient elle-même un levier thérapeutique dans ce qu'elle offre un statut, une image, une expérience de responsabilisation et donc de reconnaissance. Il est question aussi ici d'une utilité sociale et d'un processus de narcissisation nécessaire pour les personnes que nous rencontrons. Le phasage de l'URUD sera identique à celui des CT classique, à savoir une phase d'induction, une phase de réhabilitation et une phase de réintégration.

La phase d'induction de 15 jours correspond à la phase d'accueil. Elle permet à chaque partie d'évaluer si les attentes de la personne et son profil sont en adéquation avec la réalité du programme et de la vie communautaire. Le résident commence un travail sur « le récit de vie ». Il s'intègre via l'observation dans le groupe de phase 1.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

La phase intensive de réhabilitation (ou phase 1) propose un travail intensif visant le maintien de l'abstinence en proposant au résident de répondre à la question : « comment je fais pour ne plus consommer ? ». Cette phase s'étend sur 3 mois, les ateliers offrent la possibilité via des groupes de parole et des jeux de rôle de travailler sur le mécanisme du déni, en portant un regard sur les consommations passées et leurs conséquences générales (santé, conséquences délictuelles, sociales, sur le travail, le lien avec la famille...). Un travail écrit, des rendez-vous individuels avec le référent éducatif et un partage en groupe permettent la réflexivité et le travail sur les émotions est conséquent. Débute ici aussi un changement d'identité sociale. En référence à la pyramide de Maslow, le contexte et ce travail de réflexion augmente un besoin de sécurité, d'appartenance et l'envie de reconnaissance.

La phase de responsabilisation pour préparer une réintégration (ou phase 2) permet une responsabilisation dans le fonctionnement et dans le soutien aux pairs.

Les résidents sont censés avoir consolidé l'abstinence, et le travail addictologique s'oriente plus vers la prévention de la rechute. L'accompagnement global tend vers une meilleure gestion des conflits, des émotions auxquelles confronte la prise de responsabilité.

Cette phase alimente l'estime de soi et un accompagnement avec la perspective d'une réintégration dans la vie active. Les entretiens individuels sont plus présents pour suivre le projet de suite de parcours, moins pour suivre l'évolution et faire des feed back sur l'expérience communautaire et ses acquis progressifs.

L'expérience acquise rend légitime et les usagers phases 2 peuvent intégrer le staff résident, c'est-à-dire l'instance organisationnelle de la vie quotidienne des résidents.

Il s'agit ici d'offrir des expériences nouvelles qui vont permettre une expérimentation des apprentissages et leur consolidation. Il y a moins de travail de groupe car la culture de la parole et de l'entraide est plus présente. L'accompagnement est plus spécifiquement tourné sur l'expérience de responsabilisation de staff, sur l'insertion, le lien familial, la formation, le travail...C'est alors une expérience de confrontation pour se tester, faire des retours d'expériences et continuer à évoluer.

Le staff résident n'a pas encore fait l'objet d'un travail spécifique, tant dans sa composition sur un groupe de 20 personnes, que dans ses attributions, fortement liées à la « marge » de responsabilisation que peut laisser l'environnement carcéral. Des fiches de poste viendront clarifier l'ensemble de ces informations. Il a été évoqué la présence d'un coordinateur résident et de chefs de groupe (phase 1 et 2).

Le premier est à la tête de l'organisation des résidents. C'est un des plus anciens, il peut s'appuyer sur une vision d'ensemble. Avec le staff, il partage des temps avec les professionnels pour organiser le quotidien de l'unité et il anime un temps de réunion hebdomadaire sur ce sujet regroupant l'ensemble des résidents. Les chefs de groupe animent certains temps de réunion spécifique par phase.

Une phase 3, avec une orientation ou un retour en module respect ou une sortie en aménagement de peine pourrait parachever l'expérience. Pour ceux qui resteraient en détention, des retours d'expériences via des témoignages auprès des staffs résident, voire même des entrants, pourront être envisagés.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

B/ Le planning

Les journées et semaines³⁵ sont planifiées selon la phase de responsabilisation de la personne et s'articule autour d'ateliers et entretiens qui visent à atteindre les objectifs thérapeutiques énoncés plus tôt. Il est également question ici d'offrir un cadre et un rythme qui contribuent à une dynamique de groupe. Ils sont majoritairement animés par les professionnels.

Groupes du matin :

Les groupes du matin réunissent l'ensemble de la CT. Ils ont pour objectif la communication sur les sujets communs : ce que les résidents vivent entre eux dans le quotidien, les conflits, les difficultés avec l'équipe, les événements qui marquent la vie collective (rechute, comportements inadaptés, etc.). Ce sont des groupes où l'on apprend la confrontation en parlant de soi et de ses émotions, ou l'apprend à gérer les conflits, à sortir des logiques d'évitement des situations. Ils peuvent se faire avec des supports, des thèmes si besoin.

Groupe de parole encadré :

En phase 1, ce sont des groupes de counselling. Centrés sur le rapport à la consommation, la fonction du produit, les conséquences de la consommation. Basé sur l'ici et maintenant, les émotions, ils permettent un constat honnête de la situation. Au niveau individuel, ce travail permet de mettre de la distance avec les envies de consommer, de comprendre ses difficultés. Au niveau collectif on y apprend à s'identifier, à s'entraider à se soutenir. Les liens se renforcent.

En phase 2, ce sont des groupes centrés sur la prévention de la rechute. Ils permettent de maintenir l'abstinence et de mettre en place des stratégies pour éviter les rechutes.

Ateliers psycho-éducatifs

Leur objectif est d'améliorer la connaissance et la compréhension des résidents de leur problème d'addiction et des solutions qui s'offrent à eux pour les aider à s'approprier leur soin.

Sur un plan plus personnel il s'agit de les accompagner dans une meilleure connaissance d'eux-mêmes et de leurs fonctionnements.

Exemples de sujets : le déni, les émotions (un APE par émotion) la famille, le deuil, etc.

Groupes autogérés

L'objectif est d'amener les résidents à réfléchir individuellement d'abord puis collectivement à un sujet ou une difficulté présente ou passée au niveau du groupe. Le travail est ensuite restitué dans les différents espaces de parole.

Mini groupes

L'objectif est d'amener 1 résident à réfléchir à une difficulté qui lui est propre, et à recevoir l'aide du groupe. Le travail est ensuite restitué dans les différents espaces de parole et au référent.

³⁵Voir en annexe les plannings Phase 1 et 2.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Récit de vie

Ce travail introspectif est à effectuer en fin de phase d'accueil. Centré sur la manière dont la dépendance s'est installée dans la vie de la personne, il permet à chacun de se présenter au groupe et de poser un 1er regard sur son passé.

Groupe résidents

Ce groupe permet aux résidents de se poser ensemble et de faire le point de leurs besoins, ce qui ne fonctionne pas, de faire des demandes spécifiques, de signaler à l'équipe des dysfonctionnements. Il est animé par le coordinateur résident de la CT.

Groupe social (autogéré ou pas)

Ce groupe offre aux résidents l'opportunité de travailler ensemble sur leur situation sociale, professionnelle, les démarches à effectuer, les priorités. Permet de préparer la suite du séjour, l'extérieur, permet de se responsabiliser. Le fait d'être en groupe permet de s'entraider.

La place du travail

L'attractivité de l'unité dans l'univers carcéral est conditionnée par le maintien d'une accessibilité au travail qui est une possibilité importante d'améliorer les conditions de vie carcérale. Nous proposons un accès pour les résidents au cours de la phase 2, ce qui vient également valoriser une évolution constatée dans le parcours sur l'unité.

Pour ne pas pénaliser pécuniairement les résidents de la phase 1, le groupe a envisagé de faire appel à l'association nationale des visiteurs de prison à qui l'administration proposerait une convention pour payer jusqu'à 75 euros par mois aux indigents (voir ce qui se pratique au CD de Bédénac).

IV/Moyens humains

Le modèle Minnesota implique une présence professionnelle conséquente sur la Phase 1 et plus graduée sur la phase 2. Pour autant, les besoins évalués pour assurer un planning de groupes de parole type 12 step, ainsi que la coordination, les entretiens individuels et la supervision de l'organisation des phases 2 nécessitent un temps incompressible.

A/ Une équipe dédiée

Au vu de l'expérience de la mise en place du module respect à Neuvic, le groupe de travail sollicite une équipe dédiée. Cela nous paraît en effet être la condition nécessaire pour faire vivre cette unité du point de vue des professionnels avec une culture commune de prise en charge de ce public spécifique. De plus, le mode de vie communautaire doit pouvoir être compris par tous les professionnels pour garantir une prise en charge de qualité. Enfin, pour ce public qui a particulièrement de besoin de repères, une équipe stable et repérée nous paraît être une des conditions de réussite de cette unité.

C. Educateurs/counsellor

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

2,5 ETP. Ce temps prend en compte la concomitance d'ateliers et ou d'entretiens plus la continuité sur 52 semaines avec les congés. Ce temps couvre en grande majorité le temps d'intervention auprès du public tout en préservant un temps hebdomadaire de réunion avec les parties prenantes professionnelles et avec le staff résident.

- Médecin Psychiatre addictologue

0,1 ETP, soit une demie-journée par semaine. Il semble important de pouvoir compter sur un temps médical dédié (Psychiatre Addictologue), principalement sur la phase 1. Il s'agit ici d'accompagner au plus près principalement les usagers arrivant et dans leur premières semaines de séjour pour suivre le sevrage, les périodes de craving et les mises en place et adaptations de traitements.

Besoins repérés à ce stade : 1h/personne pour l'entretien évaluation/accueil, puis des consultations de 15 mn, présence en réunion de coordination (1h/semaine ou 2h une semaine sur 2).

- Infirmière

0,75 ETP pour faire le lien avec le Médecin, pour accompagner les résidents, les entretiens pré-médicaux, participer à l'animation d'ateliers et groupe de parole, participer au temps de coordination hebdomadaire et au temps de supervision une fois par mois.

- Psychologue

0,2 ETP. Actuellement, la psychologue du CEID intervient 1 journée, soit 0,2 ETP, et suit de 12 à 14 personnes. Il faut rajouter le temps de coordination (2 heures), des suivis supplémentaires (puisque'il y aura 20 usagers dans l'URUD) et un temps d'analyse de pratique (2 heures par mois effectué par une personne extérieure au projet), soit 0,2 ETP supplémentaire (estimation basse).

- CPIP :

L'animation d'un groupe de parole avec un surveillant serait organisé en phase de responsabilisation et aurait donc lieu tous les 3 mois. Un organigramme avec 7 ETP est nécessaire pour faire vivre toutes les expérimentations en cours à Neuvic.

- Surveillants :

Un gradé et une équipe de 2 surveillants a minima. Le gradé sera dédié à la fois au module respect et à l'URUD. Les surveillants pourraient co-animer le PPR avec le CPIP.

B/ la Coordination

Ce temps de coordination s'est révélé évident au groupe projet au fur et à mesure du travail de conception de l'unité tant il apparaît nécessaire de mettre en lien des professionnels qui seront particulièrement impliqués dans une activité intensive dans un environnement qui offre des interactions importantes entre divers partenaires sur site. Ce temps aura donc autant vocation à être en position organisationnelle que de coordination des acteurs. Cette rencontre hebdomadaire des acteurs intervenants sur l'unité permettra de traiter l'accompagnement,

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

l'information, les bilans de séjour, les passages de phase, l'organisation des plannings, supervision... mais aussi de proposer le temps d'entretien pour l'évaluation préalable à l'entrée ainsi que le temps d'activités administratives ad hoc.

C/ Formation

Les salariés recrutés sur l'URUD seront des personnes qualifiées (profil éducateur spécialisé, conseiller...). Il paraît souhaitable que l'ensemble des personnes ayant une activité dédiée sur l'unité bénéficie d'une formation de base en Addictologie (concepts, outils d'intervention, connaissance des produits et usages...) mais également de sessions préalables d'immersion en établissement de type communautaire.

La complexité de l'activité et des interactions précitées invitent à considérer un temps mensuel de supervision pour les professionnels.

V/Localisation et lien avec module Respect

Si le CD de Neuvic a été choisi, c'est en raison de l'ouverture d'un module Respect au sein de l'établissement. Ce module présente en effet des similitudes avec le projet de vie communautaire thérapeutique. La notion de responsabilisation est très prégnante de part et d'autre, même si elle se traduit différemment.

Par ailleurs, autre similitude, un certain nombre de personnes détenues sont regroupées au sein d'un bâtiment pour vivre un projet commun (le module respect ou le module URUD) et peuvent en être exclues si elles ne respectent pas les règles fixées.

Ce rapprochement est donc logique.

Toutefois, il faut demeurer prudent dans le rapprochement escompté.

En effet, le groupe fait le constat que le module Respect est encore très jeune (il a ouvert le 14 septembre 2015) et a besoin encore de s'organiser et de progresser dans son fonctionnement qui s'améliore de jour en jour. Récemment, le comité de pilotage local du module Respect a acté la nécessité de créer un module pré-respect voué à accueillir les personnes qui ont postulé sur le module mais qui ne peuvent y rentrer faute de place. Afin de tester leur capacité à respecter des règles de base, l'idée de les regrouper au sein d'un autre bâtiment, le B3, a émergé.

Enfin, au fil de la discussion, il est apparu que la notion de vie communautaire était fondamentale et fondatrice de l'identité du groupe URUD. Ce groupe ne peut donc être élargi que très progressivement en fonction de l'évolution dans les phases du résident.

Au vu de ces différents éléments, le groupe de travail a validé la proposition du chef d'établissement de positionner l'unité URUD au B3, au même étage que les personnes du module de pré-respect. Ainsi, les acquis de l'expérimentation du module respect ne seraient pas fragilisés par l'incorporation d'un autre groupe expérimental au sein du même bâtiment. De plus, l'esprit communautaire serait préservé au sein de l'URUD.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

A ce stade de la réflexion, il est envisagé des ponts avec le module de pré-respect au moment de l'arrivée du résident, tant qu'il n'est pas encore investi dans la phase dite intensive. Des salles d'activité pourraient alors être communes durant cette première phase. De même, à l'issue de la phase de responsabilisation, si le résident ne peut encore sortir de détention en aménagement de peine, il pourra être orienté vers le module de Respect et pourra intervenir en tant qu'ancien sur l'unité URUD.

VI/Evaluation

Etant donné que la finalité du projet est une meilleure qualité de vie, et que le travail d'accompagnement a pour objectif le maintien de l'abstinence, nous proposons une évaluation croisée et rythmée au gré des passages de phase avec des grilles validées sur la qualité de vie et des auto-questionnaires sur les consommations de produits psychotropes. Ces passations seront croisées avec l'évaluation clinique des intervenants pour évaluer le parcours des résidents, et l'efficacité du programme.

L'évaluation externe sera bien entendu confiée à un organisme externe (OFDT ?).

VII/ RetroplanningP,

Septembre : visite du CT d'Aubervilliers

Réunions supplémentaires :

Octobre : 1

Novembre : 2

Décembre : 1

Janvier : Bilan en Comité de pilotage

Janvier-février-mars : recrutement des personnels et formation

avril : recrutement effectif de l'équipe d'éduc et du consellor et recrutement des résidents.

Juin : ouverture

VIII/ Les questions qui restent à régler

Il s'agit là d'un pré-projet et de nombreuses questions restent à régler :

- fiche de poste des anciens
- fiche de poste des éducateurs/du consellor
- rôle et niveau d'implication des surveillants
- Profil, recrutement et formation de l'équipe dédiée (sensibilisation à l'addicto par la fédération/immersion dans une communauté pour les éducateurs/infirmiers)
- locaux à transformer pour pouvoir accueillir des groupes de 10 et 20 personnes

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

- dossier admission à créer
- travailler sur le parrainage
- comment nomme-t-on les URUDéens ? Détenus ? Résidents ? Patients ?)
- Procédure et rythme d'admission (dossier de demande, parrainage entre résidents, entrée 2 par 2)
- Quid de la suite du parcours de 6 mois ?

IX/Eléments Budget/Masse salariale

Supervision à l'année : 4500 euros

Un terrain multisport pour mieux répartir les promenades du bâtiment B et créer des activités pour les pré-respecto et les résidents de l'URUD.

2.5 ETP Educateur Spécialisé ou conseiller (coeff 503) = 97 620 €

0.20 ETP Psychologue (coeff 800) = 11 480 €

0.75 ETP Infirmière DE (coeff 447) = 26000 €

0.10 Praticien Hospitalier : 13000 euros

Formation de Base Addictologie 3 jours : environ 4000 euros (à confirmer via Fédération Addiction ou CEID)

Stages 1 semaine d'immersion : 1000 euros environ par personne concernée

Total budget prévisionnel à ce jour : **157 600 euros**, sans compter le terrain multisport.

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

ANNEXE 3

Convention cadre portant création de l'URUD

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01



**Convention – Cadre relative au
Projet pilote de création d'une unité de réhabilitation
pour usagers de drogues (URUD)
en milieu carcéral au centre de détention de Neuvic
2016-2017**

Entre :

La Direction Régionale des Services Pénitentiaires de Bordeaux, représentée par :

Son directeur régional, Monsieur Alain POMPIGNE

D'autre part,

l'Agence Régionale de Santé Aquitaine Limousin Poitou-Charentes, représentée par

Son directeur général, Monsieur Michel LAFORCADE

D'autre part,

Le Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les addictions, situé 24 rue du Parlement Saint-Pierre 33000 BORDEAUX, représenté par :

Son directeur général, Monsieur le Docteur Jean-Michel DELILE

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 fixe parmi ses orientations prioritaires la lutte contre la délinquance résultant de la prise de stupéfiants et de la consommation excessive d'alcool, notamment en recherchant l'efficacité de la réponse publique aux infractions commises.

La plan d'action constate expressément..

Que ce soit en France ou dans les autres pays européens, la prison concentre les usagers de drogues.

Les possibilités de prescription de traitements de substitution aux opiacés permettent, dans le cadre d'un projet thérapeutique, une prise en charge des personnes toxicomanes aux opiacés. Les personnes détenues dépendantes à d'autres substances sont soumises à un sevrage lors de leur entrée en détention ou poursuivent illégalement leur consommation.

De nombreux pays européens, ainsi que des pays américains ont développé depuis plusieurs années des programmes spécifiques de prise en charge des usagers de drogues basés sur l'abstinence. Leur caractéristique commune est la possibilité d'accéder à une unité isolée du reste de la détention ordinaire pour favoriser une immersion dans des programmes de réinsertion, de prévention de la récidive et de prise en charge de leur addiction. Ainsi ces unités accueillent des personnes détenues qui s'engagent, après signature d'un contrat thérapeutique, à participer à un processus de soin et à ne consommer aucune drogue.

Les expériences étrangères proposent des contenus des prises en charge au sein de ces unités. Des programmes thérapeutiques directement en rapport avec l'addiction peuvent être appliqués de manière plus ou moins intensive (programmes cognitivo-comportementaux ou issus du « 12 steps program » anglo-saxon). Dans tous les cas, la préparation à la sortie de l'unité ou de la détention ainsi que le suivi après la sortie sont renforcés, avec parfois des liens directs avec les structures extérieures.

Depuis le mois d'octobre 2006, des communautés thérapeutiques ou centres thérapeutiques communautaires proposent aux personnes présentant une dépendance à un produit de consolider leur abstinence d'une conduite addictive ou d'une consommation au travers d'une prise en charge pendant une période d'un à deux ans. Ces établissements qui étaient des dispositifs expérimentaux sont désormais pérennisés en tant que *Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie avec hébergement – Communauté thérapeutique*, en 2016. Pour mémoire, et depuis novembre 2010, un CSAPA référent est nommé dans chaque établissement pénitentiaire.

Il convient de noter qu'un projet d'unité de réhabilitation communautaire avait été développé en 1998 au centre de détention d'Argentan mais des difficultés d'ordre organisationnel propre à l'association portant l'expérimentation n'avait pas permis le maintien de cette action. Aucun nouveau projet de ce type n'a été développé depuis cette date en France.

La Direction de l'Administration Pénitentiaire, l'ARS de la région Nouvelle Aquitaine et le CEID de Bordeaux ont souhaité mettre en œuvre un projet pilote qui consiste à envisager la création d'une Unité de Réhabilitation pour Usagers de Drogues (URUD).

Le choix s'est porté sur l'établissement pénitentiaire de Neuvic car il expérimente en parallèle un **module respect**. Ce modèle issu d'Espagne est basé sur la responsabilisation des personnes détenues et sur la contractualisation avec pour finalité la diminution des violences en détention.

Article 1 : Objet de la convention

La Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires de Bordeaux propose de mettre en place un projet expérimental d'une unité de réhabilitation pour usagers de drogue (URUD) sur le centre de détention de Neuvic.

Cet établissement a pour caractéristiques :

- d'accueillir des personnes condamnées (centre pénitentiaire ou centre de détention)
- de disposer d'un module RESPECT avec lequel l'URUD s'articulera
- d'être en capacité de réserver des cellules de son établissement à un régime différencié
- de permettre l'intervention du Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les Addictions (CEID-Addictions), CSAPA intervenant déjà à la maison d'arrêt de Gradignan et à Neuvic.

Cette unité de réhabilitation pour usager de drogues (URUD) accueillera 20 personnes condamnées, volontaires dans un quartier isolé du reste de la détention (aile ou étage spécifique). Les personnes accueillies seront des usagers de drogue, répondant aux critères d'inclusion et souhaitant maintenir leur abstinence aux produits et des personnes sous substitution exprimant le souhait d'arrêter le traitement avec le soutien du programme (ou de le stabiliser).

Les personnes volontaires sont orientées dans cette URUD à la suite d'un examen individualisé lors de la commission pluridisciplinaire unique.

Le CEID, ayant également l'expérience de gestion d'établissement médico-social de type communautaire, est choisi pour organiser l'intervention des professionnels chargés d'animer des groupes thérapeutiques.

L'unité sanitaire

Le médecin psychiatre de l'Unité Sanitaire rencontre les personnes détenues orientées sur le dispositif par le service pénitentiaire d'insertion et de probation. Ce dernier fait le test du DSM5 pour établir le niveau de dépendance et fait un entretien motivationnel pour cerner les motivations de la personne (sur la base d'un questionnaire qui sera dans le dossier).

Le projet thérapeutique est expliqué et le médecin doit évaluer si le choix communautaire est adapté au profil psychologique/psychiatrique de la personne (pas de pathologie inadaptée au travail de groupe et à la responsabilisation du type paranoïa ou psychose).

Article 2 : Description du projet (principes et objectifs)

Il est proposé aux volontaires, après élaboration d'un **contrat thérapeutique**, de participer à des thérapies de groupe et des entretiens individuels. Toute mesure visant à favoriser la réinsertion sera privilégiée (maintien des liens extérieurs, formation professionnelle, construction d'un projet extérieur, etc.). Les groupes les plus anciens auront vocation à constituer les personnes support des derniers arrivés.

Les suivis socio-éducatifs et médico-psychologiques seront maintenus à la sortie de l'unité.

Article 3 : Déroulement et programmes

Les suivis socio-éducatifs sont mis en œuvre à l'URUD en coopération avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation et le psychologue de l'établissement pénitentiaire dans le cadre du parcours d'exécution de peine.

Le séjour dans l'unité, pour une période de 6 mois se déroulera en trois phases. Le phasage de l'URUD est identique à celui des communautés thérapeutiques classiques avec :

- une phase d'induction,
- une phase de réhabilitation
- une phase de réintégration.

La phase d'induction

La phase d'induction de 15 jours correspond à la phase d'accueil. Elle permet à chaque partie d'évaluer si les attentes de la personne et son profil sont en adéquation avec la réalité du programme et de la vie communautaire.

La phase intensive de réhabilitation

Cette phase propose un travail intensif visant le maintien de l'abstinence. Cette phase s'étend sur 3 mois. Les ateliers offrent la possibilité via des groupes de parole et des jeux de rôle de travailler sur le mécanisme du déni, en portant un regard sur les consommations passées et leurs conséquences générales (santé, conséquences délictuelles, sociales, sur le travail, le lien avec la famille...). Un travail écrit, des rendez-vous individuels avec le référent éducatif, un partage en groupe permet la réflexivité. Le travail sur les émotions est conséquent. Débute ici aussi un changement d'identité sociale. En référence à la pyramide de Maslow, le contexte et ce travail de réflexion augmentent un besoin de sécurité, d'appartenance et l'envie de reconnaissance.

La phase de responsabilisation pour préparer une réintégration

Cette phase permet une responsabilisation dans le fonctionnement et dans le soutien aux pairs qui a une visée thérapeutique. Les résidents sont censés avoir consolidé l'abstinence et le travail addictologique s'oriente plus vers la prévention de la rechute. L'accompagnement global tend vers une meilleure gestion des conflits, des émotions auxquelles confronte la prise de responsabilité.

Cette phase alimente l'estime de soi et un accompagnement avec la perspective d'une réintégration dans la vie active. Les entretiens individuels sont plus présents pour suivre le projet de suite de parcours.

Des sessions de groupe pourraient être organisées jour 5 jours sur 7. Des groupes d'entraide seraient créés et pourraient se réunir deux fois par jour. Le week-end serait consacré aux activités sportives, au maintien des liens familiaux, aux interventions associatives.

Une attention particulière sera portée à la préparation à la sortie de l'unité, qu'elle s'opère à l'intérieur ou vers l'extérieur de la détention, impliquant les structures médico-sociales et associatives.

Article 4- responsables du projet

Le chef de l'établissement pénitentiaire, le chef d'antenne du SPIP, le directeur du CEID Dordogne et le médecin psychiatre de l'unité sanitaire sont responsables de la mise en œuvre de l'URUD au sein de l'établissement pénitentiaire de Neuvic

Une **équipe projet** constituée d'un représentant de l'ARS Nouvelle Aquitaine, de la DISP de Bordeaux, de la DAP, de la MILDECA, du CEID Dordogne, du SPIP de Dordogne, du centre de détention de Neuvic, du TGI de Dordogne, de l'Unité Sanitaire assure le suivi de la mise en œuvre de l'unité.

Le pilotage institutionnel du projet est assuré par le directeur régional de la DISP de Bordeaux et le directeur général de l'ARS.

Article 5 : Mise à disposition de personnel

Dans le cadre de la convention, les personnels du **CEID** pourront être amenés à travailler dans les locaux de l'établissement pénitentiaire.

Ces personnels doivent se conformer au règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire dans lequel ils travaillent.

Article 6 : Financement du projet

Dans la limite des crédits versés par la MILDECA au ministère de la Justice dans le cadre du plan d'actions gouvernemental 2016-2017 de la MILDECA, la direction de l'administration pénitentiaire verse au CEID la somme de 99 000 € pour la première année de la convention et 79 000 € pour la seconde année de la convention.

L'administration verse la subvention au CEID, à la notification de la convention et après le versement de la somme par la MILDECA.

La contribution financière est créditée au compte de l'association CEID selon les procédures comptables en vigueur.

Article 7 : Justificatifs :

L'association CEID s'engage à fournir à la DAP dans les six mois suivant la clôture de l'exercice les documents ci-après établis.

- Les états financiers ou, le cas échéant, les comptes annuels approuvés (bilans et annexes au bilan, comptes de résultat) et le rapport du commissaire aux comptes prévus par l'article L.612-4 du code de commerce ou, le cas échéant, la référence de leur publication au Journal officiel.
- Le rapport d'activité de l'association ainsi que celui des actions menées dans le cadre de la convention entre les deux partenaires

▪ le compte rendu financier conforme à l'arrêté du 11 octobre 2006 pris en application de l'article 10 de la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations (Cerfa n° 15059).

L'association s'engage à reverser au Trésor public les fonds non utilisés ou employés à d'autres fins que celles prévues par la présente convention.

Article 8- Information réciproque

Les parties s'engagent à respecter une obligation d'information réciproque concernant les personnes accompagnées par les bénévoles, tout en respectant l'obligation du secret médical.

L'administration, par l'intermédiaire de ses services pénitentiaires s'engage à informer les intervenants du CEID des interdictions et restrictions de communication avec l'extérieur, la famille et l'entourage des personnes prises en charge, conformément aux dispositions de sécurité.

Article 8- Autre engagement

L'association CEID, communique sans délai à l'administration toute nouvelle déclaration enregistrée au registre national des associations et fournit la copie de toute nouvelle domiciliation bancaire.

L'association CEID s'engage à faire figurer de manière lisible le ministère de la Justice dans tous les documents produits dans le cadre de la convention

En cas d'inexécution ou de modification des conditions d'exécution et de retard pris dans la mise en œuvre de la présente convention par l'association, pour une raison quelconque, celle-ci doit en informer l'administration sans délai par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 9 : Evaluation

Selon les modalités détaillées à l'annexe 2 :

L'administration pénitentiaire procède, conjointement avec l'association CEID, à l'évaluation des conditions de réalisation du programme d'actions auquel elle a apporté son concours sur un plan quantitatif comme qualitatif.

L'évaluation porte notamment sur le respect des obligations mentionnés à l'article 1, sur l'impact du programme d'actions au regard de l'intérêt général.

L'association CEID s'engage à fournir, au moins trois mois avant le terme de la convention, un bilan d'ensemble, qualitatif et quantitatif, de la mise en œuvre du programme d'actions.

Article 10 –Responsabilité civile :

Le CEID déclare être couvert en responsabilité civile pour les dommages susceptibles d'être causés par ses membres à l'occasion de leurs interventions au sein des établissements pénitentiaires par l'assurance :

Article 11 –Contrôles de l'administration

L'administration pénitentiaire contrôle à l'issue de la convention que la contribution financière n'excède pas le coût de la mise en œuvre du programme d'actions.

Conformément à l'article 43-IV de la loi n° 96-314 du 12 avril 1996 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, l'administration peut exiger le remboursement de la partie de la subvention supérieure aux coûts éligibles du projet augmentés d'un excédent raisonnable

prévu par l'article 3.5 ou la déduire du montant de la nouvelle subvention en cas de renouvellement.

Pendant et au terme de la convention, un contrôle sur place peut être réalisé par l'administration, dans le cadre de l'évaluation prévue à l'article 8 ou dans le cadre du contrôle financier annuel. L'association s'engage à faciliter l'accès à toutes pièces justificatives des dépenses et tous autres documents dont la production serait jugée utile dans le cadre de ce contrôle conformément au décret du 25 juin 1934 relatif aux subventions aux sociétés privées. Le refus de leur communication entraîne la suppression de la subvention conformément à l'article 14 du décret-loi du 2 mai 1938.

Article 12- Sanctions

En cas d'inexécution ou de modification substantielle et en cas de retard significatif des conditions d'exécution de la convention par l'association sans l'accord écrit de l'administration, celle-ci peut respectivement ordonner le reversement de tout ou partie des sommes déjà versées au titre de la présente convention, conformément à l'article 43-IV de la loi n° 96-314 du 12 avril 1996, diminuer ou suspendre le montant de la subvention, après examen des justificatifs présentés par l'association et avoir préalablement entendu ses représentants.

Tout refus de communication ou toute communication tardive du compte rendu financier mentionné à l'article 6 entraîne la suppression de la subvention en application de l'article 112 de la loi n°45-0195 du 31 décembre 1945. Tout refus de communication des comptes entraîne également la suppression de la subvention conformément à l'article 14 du décret-loi du 2 mai 1938.

L'administration en informe l'association par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 13 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de **deux ans** à compter de sa signature. Elle prend fin au plus tard le 31 décembre 2017. Elle pourra être prolongée par voie d'avenant.

L'un ou plusieurs signataires de la convention ont la possibilité de proposer une modification de ses termes, par avenant et sous réserve de l'accord unanime des signataires.

En cas de désaccord, ou de non-respect des engagements pris, l'un ou plusieurs signataires de la présente convention ont la possibilité de la dénoncer en donnant un préavis de trois mois et en informant l'ensemble des signataires par lettre recommandée avec accusé réception.

Article 14 – Résiliation de la convention

La présente convention ne peut être résiliée de plein droit par l'une des parties qu'en cas de non-respect par l'autre d'une ou plusieurs des obligations résultant de la présente convention. Cette résiliation ne devient effective que deux mois après l'envoi par la partie qui souhaite mettre fin à la convention d'une lettre recommandée avec accusé de réception exposant les motifs de la résiliation, à moins que dans ce délai la partie défaillante n'ait satisfait à ses obligations ou n'ait apporté la preuve d'un empêchement consécutif à un cas présentant les caractères de la force majeure.

Article 15 – Recours

En cas de difficulté sur l'interprétation ou l'application de la présente convention, les parties s'efforcent de chercher toute voie de conciliation l'amiable. Faute d'accord entre les parties dans un délai raisonnable, les litiges sont portés devant le tribunal administratif de Paris.

Pour la Direction Régionale
des Services pénitentiaires de Bordeaux

le Directeur Régional



Alain POMPIGNE

Pour l'Agence régionale de Santé
Nouvelle Aquitaine

le Directeur Général



Michel LAFORCADE

Pour le Comité d'Etudes et d'Information
sur la Drogue et les Addictions

Le Directeur Général



Jean-Michel DELILE

ANNEXE 1.

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET CONDITIONS DE L'ÉVALUATION

■ Indicateurs :

Objectifs	Indicateurs	Valeur attendue
Ouverture de l'URUD au CD de Neuvic	Date d'ouverture de l'URUD	Juin 2017
Prises en charges de personnes détenues présentant une conduite addictive	Nombre de personnes reçues par années civiles	20 en 2017 30 en 2018

■ Conditions de l'évaluation :

L'assemblée générale de l'association se tient ordinairement au mois de juin. Le rapport d'activité et le bilan financier validés à cette occasion présentent l'ensemble des activités ainsi que le bilan chiffré sur la période (article 6).

La périodicité de l'évaluation :

Comme le préconise dans sa page 11 le guide de l'évaluation établi par la délégation interministérielle à l'innovation sociale et à l'économie sociale,, l'évaluation se fait au 31 décembre sur la base de l'année civile écoulée.

Les modalités de l'évaluation :

L'association élabore un document préparatoire qui analyse et commente les résultats obtenus au cours de l'année N à partir des indicateurs précisés ci-dessus. Ce document est transmis à la direction de l'administration pénitentiaire et sert de support à l'entretien d'évaluation qui se déroule au plus tard le 31 août de l'année N+1.

L'évaluation est réalisée par le référent de l'association à la Sous-direction des Missions (SDMI) de la direction de l'administration pénitentiaire.

ANNEXE 2 : BUDGET PREVISIONNEL 2016

CHARGES	Montant	PRODUITS	Montant
CHARGES DIRECTES		RESSOURCES DIRECTES	
60 - Achats		70 - Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services	
Prestations de services	19 000		
Achats matières et fournitures		74- Subventions d'exploitation	
Autres fournitures	2 691	Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s)	
61 - Services extérieurs		- DGS	
Locations		- DAP	
Entretien et réparation		• MSA	
Assurance		- MILDECA	99 000
Documentation	1000	-Département(s) :	
62 - Autres services extérieurs			
Rémunérations Intermédiaires et honoraires	10 000	- Commune(s) :	
Publicité, publication			
Déplacements, missions	500	Organismes sociaux (détailler) :	
Services bancaires, autres		-	
63 - Impôts et taxes			
Impôts et taxes sur rémunération,		- Fonds européens	
Autres impôts et taxes		-	
64- Charges de personnel			
Rémunération des personnels	41 651	L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés)	
Charges sociales	24 158	Autres établissements publics	
Autres charges de personnel		Aides privées	
65- Autres charges de gestion courante		75 - Autres produits de gestion courante	
66- Charges financières		Dont cotisations, dons manuels ou legs	
67- Charges exceptionnelles		76 - Produits financiers	
68- Dotation aux amortissements		78 - Reprises sur amortissements et provisions	
CHARGES INDIRECTES			
Charges fixes de fonctionnement			
Frais financiers			
Autres			
TOTAL DES CHARGES	99 000	TOTAL DES PRODUITS	99 000
CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES			
86- Emplois des contributions volontaires en nature		87 - Contributions volontaires en nature	
Secours en nature		Bénévolat	
Mise à disposition gratuite de biens et prestations		Prestations en nature	
Personnel bénévole		Dons en nature	
TOTAL	99 000	TOTAL	99 000
L'association sollicite une subvention de ...99 000.00. € qui représente %..... % du total			

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

ANNEXE 4

Lettre de mission relative à la mise en place d'une "équipe-projet" sur le site du CD de Neuvic

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

Lettre de mission adressée

au chef d'établissement du centre de détention de Neuvic,

au directeur fonctionnel du service pénitentiaire d'insertion et de la probation de la Dordogne,

au directeur du centre d'étude et d'information sur la drogue de Bordeaux

Messieurs,

Que ce soit en France ou dans les autres pays européens, la prison accueille de nombreux usagers de drogues sans pouvoir empêcher totalement la consommation de stupéfiants durant la détention. Cette situation limite l'efficacité des actions de réinsertion et de réduction de la récidive. Elle confronte les acteurs sanitaires à des enjeux de santé publique.

Les possibilités de prescription de traitements de substitution aux opiacés permettent, dans le cadre d'un projet thérapeutique, une prise en charge des personnes toxicomanes aux opiacés. Les personnes détenues dépendantes à d'autres substances sont soumises à un sevrage lors de leur entrée en détention ou poursuivent illégalement leur consommation. La prise en charge française principalement orientée, depuis les années 1990, vers la réduction des risques tend parfois à exclure le maintien de l'abstinence des offres de prise en charge.

Les conduites addictives et les comportements délictuels sont souvent associés. L'addiction à une drogue est une problématique sociétale multi dimensionnelle dont la prise en charge concerne autant le champ médical, psychologique, sociologique que judiciaire.

Ainsi, tenant compte des expériences étrangères, de celles menées au travers des communautés thérapeutiques et des programmes de prévention de la récidive et afin d'initier une nouvelle forme de prise en charge des usagers de drogues incarcérés, nous souhaitons, en lien avec la direction de l'administration pénitentiaire, créer, au sein du centre de détention de Neuvic, une unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD).

Cette unité aura pour objectif principal de proposer, aux usagers de drogues souhaitant maintenir leur abstinence aux produits, une prise en charge pluridisciplinaire prolongée orientée vers la réinsertion. Elle proposera aux personnes détenues volontaires un programme thérapeutique et de prévention de la récidive organisé en groupe et en individuel faisant appel à des professionnels et des groupes de pairs.

Elle s'articulera avec le module de respect mis en œuvre dans l'établissement.

Nous souhaitons vous confier le pilotage tripartite d'une équipe projet chargée de la construction et de la mise en œuvre de ce projet. Cette équipe sera composée, autour de vous, du directeur pénitentiaire d'insertion et de probation de l'antenne du SPIP dans l'établissement, du responsable local d'enseignement, des responsables des unités sanitaires somatique et psychiatrique, d'un représentant du TGI, du référent du projet de la DISP de Bordeaux et du référent santé des personnes détenues de l'ARS d'Aquitaine.

Votre équipe aura pour mission :

- d'établir les objectifs de l'unité, les procédures de fonctionnement, le budget d'ouverture et de fonctionnement ;
- de construire et d'animer les groupes de travail permettant de définir les objectifs et procédures de fonctionnement de l'unité ;
- de définir les actions nécessaires à l'ouverture de l'unité;
- de porter le projet auprès des différentes institutions;
- de définir les modalités d'évaluation du projet et de sa construction.

Les groupes de travail que vous animerez pourront naturellement consulter les experts identifiés sur cette thématique.

Nous souhaitons que vous puissiez engager ce travail dès le mois de janvier 2016 afin d'être en mesure d'ouvrir cette nouvelle unité de réhabilitation pour usagers de drogues à l'automne 2016.

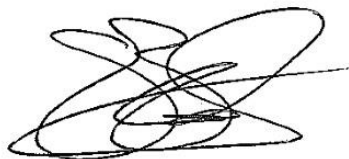
Vous nous informerez régulièrement de l'avancée de vos travaux et vous nous solliciterez si besoin pour arbitrer toute orientation nécessaire à l'élaboration de ce projet.

Nous vous remercions de votre engagement et vous assurons de notre complet soutien dans votre mission.

A Bordeaux, le 13 janvier 2016

Sophie Bleuet

Directrice interrégionales des services
pénitentiaires de Bordeaux



Michel Laforcade

Directeur général de l'ARS Aquitaine



Michel LAFORCADE

100

101

102

103

104

105

ANNEXE 5

Bilan de fonctionnement de la CT d'Argentan

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

APTE/

Une thérapie de groupe pour dépendants toxicomanes et alcooliques en prison : l'expérience d'APTE au Centre de Détention d'Argentan

Peut-on se libérer d'une poly toxicomanie médicamenteuse entre les quatre murs d'une prison ? Le traitement de l'alcoolisme doit-il faire partie du processus de réinsertion proposé par la société à ses délinquants ? Des détenus au passé violent peuvent-ils apprendre une forme d'entraide positive grâce aux groupes thérapeutiques ? Telles sont quelques-unes des multiples questions soulevées par l'expérience tout à fait novatrice menée par l'association APTE du 11 mai 1998 au 31 décembre 2001 au Centre régional de détention d'Argentan.

Si cette première en France génère de nouvelles réflexions sur le soin offert aux toxicomanes et alcooliques incarcérés, elle ouvre surtout des pistes très encourageantes pour les différents acteurs concernés par une telle aventure : l'administration pénitentiaire, le personnel soignant, les formateurs, le juge d'application des peines, les thérapeutes animant les groupes de parole... et bien évidemment, premiers concernés, les détenus. Ce sont ces ouvertures possibles que nous souhaitons vous présenter.

Le Contexte : une poly -toxicomanie croissante en prison

Il peut sembler paradoxal d'évoquer thérapie et sevrage pour des personnes détenues, et coupées des tentations du monde extérieur. L'incarcération n'est-elle pas justement ce qui protège l'individu de ses propres errances ?

Le nombre croissant de poly toxicomanes actifs en prison prouve le contraire. Un récent rapport d'état¹ révèle que :

- 32 % des personnes entrant en détention déclarent une utilisation prolongée et régulière de drogues (drogues illicites et produits détournés de leur usage)

¹ Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

- 33,3 % déclarent une consommation excessive d'alcool

- 25,6 % des entrants déclarent fumer du cannabis²

Ce rapport, déposé fin 2000, met surtout en évidence que certaines consommations se poursuivent en détention. Le produit le plus répandu après le tabac est le cannabis, puis le Temgesic et le Subutex, produits de substitution. Enfin, ce bilan note que « dans la continuité de ce qui se passe à l'extérieur, la prison connaît aussi une augmentation importante des poly consommations avec, comme en milieu libre, un brouillage de la frontière entre drogues illicites et médicaments psychoactifs. »

Face à cette vague d'intoxication massive, la santé publique tente de réagir : en 1996, la consommation d'alcool a été officiellement interdite en prison. En 1998, la distribution systématique, gratuite et régulière d'eau de javel a été un aveu indirect de la nécessité pressante de contrecarrer les risques liés aux échanges de seringues.

Du point de vue des soins proposés aux détenus dépendants, c'est la politique de substitution, en prison comme hors les murs, qui est favorisée en France. Les détenus toxicomanes peuvent recevoir ou continuer à se voir prescrire leur traitement de substitution pendant toute la durée de leur incarcération. D'autre part, l'aspect psychologique de leur dépendance est prise en charge lors d'entretiens individuels avec les psychiatres ou les psychologues qui peuvent demander à voir, notamment lorsqu'ils souhaitent une prescription de tranquillisants ou d'anxiolytiques.

Dans ce paysage, le centre régional d'Argentan, établissement moderne de 600 places, n'échappe pas aux problèmes de consommation que rencontrent toutes les maisons d'arrêt.

Hubert Moreau, directeur, précise qu'à Argentan « 41 % des détenus sont incarcérés pour des crimes et délits sexuels, dont 60 % d'entre eux ont été condamnés à cause de la problématique liée à l'alcool. D'autre part, un nombre important de détenus ont été condamnés pour

² Rencontre nationale sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues en prison, Paris, 19 12 01

vol vraisemblablement commis à cause de dépendance à la toxicomanie ».

Mais en décembre 2001, seuls 2 détenus sur 540 étaient inscrits au programme de substitution.

Comment alors suivre tous ceux qui ne sont pas identifiés comme toxicomanes mais consomment cannabis et médicaments entre les quatre murs de leur cellule ? Tout le monde le sait : « le système des yoyos », vente « élastique » d'une fenêtre de cellule à l'autre est parfaitement au point en prison. Les détenus, en faisant circuler des petites quantités de haschich ou des produits de substitution dans un pot de yaourt au bout d'un fil arrondissent leurs fins de mois difficiles et continuent à se droguer. Le deal en prison existe, ce qui signifie que la consommation continue malgré l'incarcération.

Un rapport confidentiel de l'inspection générale des services judiciaires révélé par *Justice* (la revue du syndicat de la magistrature) et repris par *le Monde*³ confirmait d'ailleurs « une surconsommation de médicaments psychotropes induisant une large prescription et générant des trafics ». Une réalité « admise pratiquement partout, depuis le détenu qui se fait prescrire sans consommer pour ensuite redonner les médicaments à un autre, jusqu'à la remise, qui est extrêmement aisée, de comprimés lors des parloirs ».

Comment peuvent alors faire ceux qui veulent « s'en sortir » ? Ont-ils une chance d'échapper à l'abrutissement feutré que procurent les drogues illicites et légales circulant sous leurs nez ?

L'Inspiration: Le Minnesota Modèle

« Se sortir de l'alcool comme de la drogue », « Echapper aux produits », « Soigner la dépendance » sont des thèmes éminemment chers à la psychiatrie américaine. Sur le continent Nord Américain, l'immense succès des groupes d'entraide « Alcooliques Anonymes », qui depuis les années 30 se sont étendus à toutes les formes de dépendance-drogue, jeu, boulimie...- a généré à la fin des années 40 la création d'un modèle thérapeutique qui en est directement inspiré, « le Minnesota Modèle ».

³ Le Monde daté du 9.11.1996

L'histoire veut qu'un grand alcoologue, le Dr Anderson, de Minneapolis (dans l'Etat du Minnesota), alors officiant à l'hôpital Wilmar, s'était intéressé aux résultats thérapeutiques tout à fait étonnants qu'obtenaient les quelques Alcooliques Anonymes qui se réunissaient de manière informelle dans une salle de son service. En 1950, après avoir assisté à de multiples réunions de ces groupes marginaux et atypiques, il créa un modèle qui se voulait être un amalgame du projet Alcooliques Anonymes et de sa propre expérience de psychiatre alcoologue. Des premiers, il garda le rôle thérapeutique fondamental des anciens alcooliques, la force du groupe. De ses années de clinique, il garda la psychologie behavioriste et la notion de soin.

Tous les grands centres de désintoxication aux USA- Hazelden ou le Betty Ford Center, par exemple- s'inspirent de ce programme.-

Voici les concepts qui fondent ce « Minnesota Modèle » mis au point par le Dr Anderson :

- L'alcoolisme ou la toxicomanie sont des formes différentes d'une seule et même maladie, car tous les comportements de dépendance présentent les mêmes caractéristiques cliniques et les mêmes mécanismes neurobiologiques.
- Pour guérir d'un tel syndrome, qui est à la fois physique et émotionnel, les malades dépendants disposent notamment de deux outils incontournables :

Le groupe d'entraide: en se réunissant et en s'identifiant les uns aux autres, en rencontrant des « anciens »- alcooliques ou toxicomanes abstinents depuis des mois ou des années - on apprend à mieux connaître sa maladie et on trouve le courage de ne pas consommer.

L'abstinence : Elle n'est pas seulement le but de la thérapie, elle est ce qui soutient celle-ci. Elle est une condition et l'un des moyens permettant un réel travail sur soi. C'est grâce à cet état d'abstinence qu'on retrouve des émotions refoulées depuis des années, et qu'on peut apprendre à considérer sa vie avec un nouveau regard.

Ce programme thérapeutique implique l'abstinence complète d'alcool et de drogue, la mise à jour des émotions refoulées grâce à des travaux écrits, le suivi de cours didactiques sur des thèmes concernant comme « la culpabilité » ou « le déni »

Cette forme de thérapie de groupe, parce qu'elle donne des résultats tout à fait intéressants, a généré dans toute l'Europe l'ouverture de centres directement inspirés du Minnesota Model.

La pratique : APTE, à Bucy-le - Long

En France et à ce jour, un seul centre propose cette thérapie novatrice et éprouvée dans le reste du monde. Situé dans l'Aisne, près de Soissons, cet établissement est géré par l'association APTE, Aide et Prévention des toxicodépendances par l'entraide. Imaginé par Kate Barry (fille de Jane Birkin) qui a elle-même pu se rétablir d'une pharmaco - dépendance grâce au Modèle Minnesota, il fonctionne depuis 1994.

La prise en charge des alcooliques et toxicomanes y est résidentielle. Leur cure s'étend sur huit semaines. Les patients y sont à la fois accompagnés dans leur sevrage, et leur rétablissement sur plusieurs semaines est soutenu par un travail de groupe quotidien.

L'originalité d'APTE est d'avoir intégré le modèle américain tout en ayant soin de préserver les spécificités françaises : ainsi, là où les centres américains choisissent des thérapeutes ayant, tous, eu des problèmes de dépendance à la drogue ou à l'alcool, l'association APTE choisit elle de mixer thérapeutes dépendants et non dépendants.

Là où les centres américains font état d'une certaine spiritualité – en intégrant notamment le terme de « Dieu » dans le processus thérapeutique, l'établissement français insiste sur sa laïcité. La seule « force supérieure » qui soit invoquée dans ce lieu, c'est celle du groupe.

En mai 96, un reportage sur ce Centre de Bucy, intitulé « La maison de Kate », a été diffusé sur France 2 révélant au grand public l'existence de méthodes novatrices dans la lutte contre les pharmaco-dépendances.

Parmi les téléspectateurs ayant découvert ce reportage, le docteur Jérôme Petitdidier, médecin coordinateur de la Société d'Investissement de Gestion et de Services (SIGES) a été particulièrement passionné. Alors chargé de réaliser une étude sur la faisabilité d'une thérapie destinée aux personnes dépendantes en prison, ce qu'il découvre du centre de Bucy via la télévision l'intéresse au plus haut point. Le projet d'amener les services proposés par APTE jusqu'au milieu carcéral germe en lui. Mais comment adapter cette thérapie en prison ?

Faire une place à la thérapie en prison.

Plus de deux ans de préparation, un investissement massif de la part de la SIGES, d'Apte et de quelques établissements pénitentiaires donnent peu à peu corps à cette expérience hors du commun. Une fois le centre de détention idoine trouvé (CD régional d'Argentan), il a fallu insérer le modèle thérapeutique dans ce cadre rigide, fermé sur lui-même et peu enclin à se remettre en question.

Pour mener à bien un tel projet, l'expérience des autres pays s'est avérée capitale. Le Dr Petitdidier a visité le Metro Davidson County Detention Center de Nashville (Tennessee) où le programme « life line » aide les détenus toxicomanes et alcooliques. Les responsables d'APTE, quant à eux, sont rentrés en contact avec l'organisation britannique RAPI (Rehabilitation for Addicted Prisoners Trust) qui propose le même type de programme dans cinq établissements pénitentiaires en Angleterre et qui s'enorgueillit d'avoir aidé 500 détenus à devenir abstinents. Peri Eaton, responsable thérapeutique d'Apte, a fait un stage en Grande-Bretagne. Peu à peu s'est dessiné un format de thérapie adapté à la vie carcérale. Il s'est installé au centre de Détention d'Argentan.

Le voici dans ses grandes lignes :

- **Lieu** : Une aile de bâtiment séparée du reste de la détention est attribuée à la thérapie. Le bâtiment E1, choisi pour le projet, accueille donc les thérapeutes, les groupes de parole, et est aussi le lieu d'hébergement des détenus inscrits au programme.

- **Durée de la thérapie** : trois mois, suivis d'une période de post-cure de trois à six mois pendant laquelle le patient, même s'il a quitté le bâtiment thérapeutique, peut assister à des groupes de parole, et continue avec l'aide des thérapeutes un travail écrit et de préparation de sa sortie.
- **Nombre de patients intégrés à la thérapie** : 15, divisés en deux groupes de 8 personnes environ années par un ou deux thérapeutes.
- **Conditions d'admission** : une information sur la thérapie étant donnée à tout détenu entrant au centre d'Argentan, les personnes intéressées font une demande d'entretien individuel aux thérapeutes par écrit. Toutes les demandes d'entretien sont honorées. Au cours de l'entretien, le thérapeute décide de l'entrée ou non de la personne dans le programme.
- **Tests d'urine** : Les patients intégrés se sont engagés à accepter à tout moment un prélèvement d'urine pour analyse. Ces résultats sont dans tous les cas «partagés» en groupe par le détenu concerné. En cas de résultats positifs, l'exclusion de la thérapie est immédiate.

Dans l'aile thérapeutique, appelée stop tout est centré sur la thérapie. Celle-ci est considérée comme la priorité des priorités. La semaine d'un patient se décline entre des heures de travail en groupe, des entretiens individuels et des sources didactiques sur la maladie de la dépendance. Des heures de sport sont prévues chaque jour. Chaque vendredi, des « messagers » des Alcooliques anonymes ou « Narcotiques Anonymes » viennent raconter leur expérience d'anciens toxicomanes ~~aux détenus~~.

D'autre part, en dehors de la thérapie de groupe, des travaux écrits sont demandés aux patients. Tout détenu dépendant est notamment amené à rédiger un « récit de vie » ou à lister toutes les conséquences qu'a pu avoir sa consommation dans son parcours, et ce à travers des exemples très précis et concrets.

Un règlement intérieur propre à l'aile STOP a été fixé. Parmi ses articles :

- **La participation** à toutes les activités thérapeutiques programmées et aux travaux écrits est **obligatoire**
- La répétition de conduites d'oppositions, de fuites, de manipulation ou de refus de la part des détenus en thérapie est susceptible elle aussi, d'entraîner l'exclusion.
- L'équipe de l'aile STOP garantit la totale confidentialité.

NB : En trois ans de fonctionnement, 1 seul détenu a été renvoyé de la thérapie pour motif disciplinaire.

Des résultats immédiats sur la vie carcérale

Très rapidement, grâce à la thérapie, des effets positifs sur la vie collective dans l'AILE expérimentale sont apparus :

- L'emploi du temps des détenus en thérapie les amène à une certaine restructuration, et à l'apprentissage du cadre. Il faut savoir qu'en prison rien n'oblige les détenus à se lever le matin, par exemple. Celui qui veut rester au lit jusqu'à midi le peut. En se rendant au premier groupe de thérapie à 9h le matin, chaque patient peut retrouver le goût d'une vie plus « normale ».

L'entrée régulière dans la prison d'acteurs « de l'extérieur » (thérapeutes et messagers des fraternités « Anonymes ») donne aux détenus le sentiment qu'on s'inquiète d'eux. Leur sentiment d'isolement diminue.

- Les relations entre les détenus et l'Administration Pénitentiaire se sont modifiées. Conscients que la direction de la prison s'inquiète de leur condition physique et psychologique et veut bien s'adapter, de façon très concrète, à leur besoin de thérapie, les détenus posent un autre regard sur cette administration qui prouve soudain qu'elle les considère comme des êtres humains dignes d'être soignés. Quant aux surveillants, ils savent que les détenus en thérapie sont volontaires dans leur démarche de guérison. Cet élément est un début de responsabilisation qui ne peut qu'être bénéfique et fait vraiment partie de la réinsertion. D'autre part, les gardiens constatent très vite que l'Aile STOP est le seul endroit de la prison où, marque de confiance extrême, les portes des cellules restent ouvertes une bonne partie de la journée.

- Le travail d'honnêteté demandé dans le groupe thérapeutique a en effet des répercussions sur les rapports des détenus entre eux : ils osent s'avouer des événements de leur vie qu'ils ont toujours caché, et apprennent ainsi à se faire confiance. Une certaine entraide naît. Cette resocialisation perceptible dans la vie carcérale préfigure celle qui s'étendra à tous les domaines de leur vie, lorsqu'ils retrouveront la liberté.

Une expérience chahutée

Ces résultats se sont installés peu à peu. Mais l'expérience a connu plusieurs époques, et certaines se sont révélées très difficiles pour APTE.

Parmi les « coups durs » que l'association a dû essuyer, et dont elle a du se relever, citons de façon chronologique :

En mai 99, un an seulement après la mise en place du programme en prison, Péri Eaton, concepteur et principal responsable du projet, a un très grave accident de voiture sur la route Argentan - Paris. Il se retrouve immobilisé, en arrêt maladie, pour de longs mois.

En juillet 99 une expertise est commanditée par la MILDT. Les deux psychiatres dépêchés, les professeurs Batelet Bailly, qui passent une seule journée au centre, remettent fortement en cause la notion de dépendance.

juillet 99 Tony Pace de Rapt, l'association anglaise qui travaille dans les prisons en Grande Bretagne, vient passer trois jours au CD d'argentan pour faire un bilan du travail d'APTE. Ses conclusions ne vont pas du tout dans le même sens que l'expertise française : lui appelle à plus de rigueur, plus d'engagement, plus de structure car il ne fait aucun doute pour lui que les détenus sont dépendants. Il regrette même que les thérapeutes acceptent parfois dans les groupes des patients dont l'abstinence n'est pas certaine. Il ajoute : « le système français apparaît comme étant assez archaïque : Il n'existe aucun autre programme thérapeutique dans aucune autre prison ; l'équipe est trop préoccupée par le langage psychiatrique employé par les psychiatres ». En conclusion, il reproche encore le trop grand flou d'une expérience naissante, qui a du mal à s'imposer en France et ne déclare pas avec suffisamment de force ses principes de base. Ainsi, il regrette « qu'aucun ordre de mission avec des principes et une éthique ferme ne soit affiché partout dans la prison et clairement

énoncé aux détenus ». Autrement dit, il appelle à une proclamation claire et affirmée du modèle thérapeutique.

En ce qui concerne les tests d'urine, il regrette que le Subutex, principal médicament de substitution et objet de trafic entre les détenus, ne soit pas « dépistable ». « Les tests, affirme-t-il, ne sont pas conduits de manière aussi rigoureuse et avec autant de soins qu'à Downview. » En gros, il considère que la thérapie n'est pas assez sévère (horaires pas assez stricts, manque de structure, manque de limites....) : « Des instructions claires doivent être instituées pour que les patients prennent clairement conscience de ce qu'on attend d'eux ». D'autre part, il regrette le manque de soutien pour les détenus qui ont terminé le programme de thérapie. Lui qui connaît dans son pays l'installation du programme à grande échelle trouve l'adaptation française encore trop frileuse. Ainsi, il poussera APTE à affirmer de plus en plus ses choix originaux et à contre-courant.

Entre juillet 99 et février 2000 : différents thérapeutes se succèdent à Argentan. L'équipe se sent un peu délaissée. Il lui faut s'adapter à cette situation loin de Paris et de Soissons. Une demande de thérapeute encadrant est lancée dans tous les pays.

Eté 2000 : un cadre arrive du Québec pour coordonner le projet d'Argentan, signe son contrat...et démissionne 14 jours plus tard.

Avril 2001 : passage d'une gestion privée de la santé en prison à une gestion publique.

Octobre 2001 : le mouvement de grève des surveillants de prison empêche au moins 17 jours de thérapie.

5. Points de vue

**Equipe Soignante d'Argentan : Bérangère Hazé,
Psychologue :**

« Je suis arrivée au centre de détention d'Argentan en février 2000, mais j'avais déjà eu une connaissance du milieu carcéral à travers certains stages, notamment au service formation d'Argentan. J'étais déjà sensibilisée au modèle anglo-saxon car j'avais fait un stage au Canada. J'ai rapidement souhaité suivre la formation théorique et pratique que propose APTE aux différents intervenants de la prison, et je travaillais à mi-temps. Je sais que les débuts ont été difficiles pour APTE, car l'aile thérapeutique, cette unité de vie avec ses propres lois, a d'abord été vécue comme un « corps étranger » par les détenus, d'abord, qui étaient agressifs. Puis les choses se sont installées. Il y a eu aussi une évolution de la population pénale, qui a été un peu plus vieillissante.

La valse des thérapeutes de APTE a aussi fragilisé le projet, mais au bout d'un an et demi, deux ans, je pense que l'aile a été acceptée et même reconnue.

A ce jour -fin décembre 2001- et alors que l'aile STOP est officiellement fermée depuis le 28/12, on mesure l'empreinte qu'elle laisse en tant que projet thérapeutique : le chef d'établissement a tenu à maintenir les détenus qui le souhaitaient, ensemble, dans l'unité de vie. Ce signe de reconnaissance est fondamental pour eux.

L'empreinte est aussi énorme par rapport à la substitution : ici la politique de distribution est très contrôlée, très rigoureuse. Quant aux détenus, on sent chez eux une véritable volonté de continuer les groupes de parole. C'est donc un état d'esprit qui demeure. Les détenus concernés sont très impliqués et nous ont écrit pour pouvoir continuer à se réunir. Quand l'environnement reconnaît la portée des efforts individuels, le résultat est au bout du compte vraiment positif, surtout en prison ».

Administration pénitentiaire (Directeur, ce dispositif particulier a fait l'objet de de nombreux contrôles, de nombreux rapports, à chaque fois manque de relation entre association APTE et autres différents acteurs de l'établissement) Surveillants, Juge d'application des peines, Formateurs Soignants Thérapeutes APTE

Détenus : un témoignage positif, 1 un détenu qui a quitté l'aile/ la suite possible (exemple de Christian)

Dominique écrit à Christopher le 03 02 02 : « ça a été assez dur pour moi pendant les fêtes car même sans le vouloir, j'ai pensé à mes enfants et ma femme. Pour tenir le coup, j'ai appliqué les choses que j'ai apprises en thérapie. Tu sais, depuis que je suis passé par là, ça a carrément changé ma façon de voir la vie et je suis encore plus à l'écoute des personnes. J'espère que cela va s'appliquer quand je serais un homme libre; Pour Christopher, le thérapeute qui a su nous écouter dans cet endroit où il y a pas mal de sourds ».

Texte collectif lu par les détenus au pot le 20 12 01 :

« Nous étions dans une prison de dépendance et nous avons vécu avec pendant des années, en faisant du mal à nos familles et nos amis. Aujourd'hui nous en sommes libérés grâce au choix que nous avons pris de devenir abstinents en faisant cette thérapie... nous nous aidons mutuellement et allons continuer à la faire, cela nous permet de mieux vivre notre incarcération que ce soit dans la tristesse ou dans la joie. La pénitencière a deux rôles : la garde et la réinsertion pour nous la réinsertion première est l'abstinence complète et la fin de cette thérapie nous désole. Nous ne comprenons pas la raison exacte de cet arrêt brutal. Nous tenons aussi à remercier M. Moreau ainsi que toute l'équipe du bâtiment, sans oublier toutes les personnes que nous ne connaissons pas et qui ont contribué au bon fonctionnement de ce projet. »

Le bilan des inspireurs du projet

Dr Jérôme Petitdidier

« Je suis médecin, et je suis pragmatique. J'aime ce qui marche. En ce sens, mon voyage à Nashville, où j'ai découvert le Minnesota Model tel qu'il pouvait être appliqué en prison a été déterminant : là-bas, dans deux unités de 120 patients, j'ai constaté que les détenus en thérapie étaient comme « humanisés », On pouvait communiquer avec eux et sortir des rapports dominants/ dominés qui s'installent d'

habitude en prison. J'ai donc été très motivé pour adapter cette forme de thérapie en France. Ici, tout le monde sait que la thérapie d'inspiration psychanalytique ne peut réellement fonctionner : Les détenus changent de prison tous les 6 mois. Dans de telles conditions, comment pourraient-ils faire une psychanalyse ou même créer une relation durable et constructive avec un psy ? Comment un entretien d'une demie - heure par semaine pourrait-il les protéger de la drogue quand ils sont renvoyés à l'issue de l'entretien à leurs compagnons d'incarcération qui consomment abondamment drogues et médicaments ? Quant aux alcooliques, on pense qu'ils sont guéris parce qu'il n'y a plus d'alcool en prison. Mais que faire de leur rechute systématique et des conséquences dramatiques lors des permissions de sortie ? A Argentan, j'ai vu des détenus changer. Pourtant, l'administration nous a bien souvent envoyé « les pires », les « irrécupérables », et la thérapie a quand même fonctionné. Peu à peu, les partenaires sur le terrain nous ont soutenu car ils ont eu des preuves des changements en cours : les surveillants qui au départ ricanait à propos de la thérapie de groupe se sont peu à peu déclarés volontaires pour aller travailler dans l'aile ; les aménagements de peines, qui d'habitude sont très rares pour les toxicomanes se sont multipliées. Les détenus ayant fréquenté l'aile thérapeutique en ont gardé un comportement beaucoup plus social.

Je réfléchis désormais à monter un autre projet de ce type. Je ne milite pas pour que le Minnesota modèle soit le programme phare en prison, mais je crois qu'il a sa place dans une cellule thérapeutique pluridisciplinaire. A côté des médecins et des psychologues, les thérapeutes d'APTE, avec leur connaissance approfondie des mécanismes de la dépendance, ont une place fondamentale. Malheureusement, la politique actuelle, très centralisée condamne toutes les expériences de terrain sur lesquelles elle n'a pourtant qu'un regard très vague. Pour comprendre la force de ce programme en prison, il faut s'immerger pendant quelques temps dans ce lieu et interroger tous les acteurs concernés. Un effort que nos administrations de tutelle n'ont ni le temps, ni le désir de faire ».

ANNEXE 6

Lettre adressée à l'URUD par la mère d'un résident

REÇU LE
10 JAN 2018
n° 73

Monsieur le Directeur,

Après beaucoup d'hésitations, j'ai pris la décision de vous envoyer ce courrier. Je suis la maman de

Je ne revlendrai pas sur les faits, ni sur le jugement qui l'ont conduit à cette détention. L'objet de mon courrier n'est pas non plus de vous retracer le parcours de mon fils, néanmoins, je souhaite préciser que depuis toujours je me suis efforcée de l'accompagner par mon éducation, mon soutien et ma bienveillance. Sa famille et moi-même n'avons jamais perdu espoir de jours meilleurs pour lui et nous n'avons jamais relâché notre accompagnement.

Par cette lettre, je souhaite vous faire part de mon ressenti sur l'accompagnement de durant son incarcération et plus particulièrement de sa prise en charge/soin au sein de l'URUD.

Je souhaite vous exprimer ma satisfaction de cette prise en charge/soin. Enfin, « a pu, a dû » se soigner physiquement mais surtout psychologiquement. Jusqu'à présent et malgré les jonctions de soins, aucune démarche n'avait jamais réellement débuté.

Je suis sa maman, et depuis plusieurs années, j'avais le sentiment de le voir se noyer devant moi sans pouvoir le sauver. Je me sentais seule dans l'accompagnement et le soutien de à la fois assistante sociale, psychologue, agence bancaire... assurant les démarches administratives, le paiement des différents prélèvements.... J'avais le sentiment d'être son curateur et je n'arrivais pas à le contraindre à prendre soin de lui.

Le programme dont a bénéficié au sein de l'URUD, que je crois expérimental, a été très positif. Même si la décision d'y adhérer a été difficile à prendre pour lui, je crois que cela a été une chance.

Au fil des moments passés avec lui au parloir, j'ai vu qu'il changeait, que sa lecture des événements et situations était plus lucide et réelle, qu'il était plus calme et posé, qu'il était plus affirmé et plus armé pour faire face aux difficultés et rencontres de la vie. La coordination et le travail des différents intervenants (psychologue, médecin...) lui ont permis de trouver un équilibre physique et psychologique, d'améliorer sa posture face aux sollicitations (même en incarcération, elles sont malheureusement très nombreuses !!), de stopper ses consommations, de travailler sur les raisons pouvant les expliquer, de se projeter et réfléchir à son avenir...

Cette prise en charge/soin au sein de l'unité de réhabilitation pour usagers de drogues lui a également permis d'être occupé chaque jour par diverses activités, avec des contraintes et obligations. Elle lui a aussi offert des moments agréables, passés avec les autres détenus, les surveillants ou les animateurs de l'unité.

Je souhaite remercier tout particulièrement : (Je ne connais pas les noms de famille) dont m'a souvent parlé. Ces professionnels de l'URUD ont été pour lui des personnes ressources, des tiers privilégiés, qui l'ont accompagné dans le travail thérapeutique « en profondeur ».

Je salue également la présence et l'accompagnement de l'aumônier catholique : Elle a su, dans un autre registre, plus spirituel, écouter et guider :

Enfin, après ces 6 mois passés à l'URUD, je partage la satisfaction de s'intégrer à partir du 15 janvier une formation « espaces verts ». Outre le développement des connaissances et compétences, cette formation lui permettra de rythmer ses journées, de s'occuper physiquement et psychologiquement.

Je souhaitais donc par ce courrier vous dire ma satisfaction que ait pu intégrer l'URUD. J'espère que cette unité perdurera aux bénéfices des détenus, de leurs proches et de la société. En effet, outre les conséquences pour les consommateurs, les dommages collatéraux causés par la drogue sont majeurs et dramatiques pour les familles et les citoyens.

La prise en charge/soin à l'URUD, la coordination et l'accompagnement des différents intervenants a donné du sens à l'incarcération de Pierre et je vous en remercie.

Je suis néanmoins réaliste et lucide. La route qui mène à la guérison sera longue et difficile et se prolongera hors les murs du centre de détention. Je formule toutefois l'espoir que la prise en charge/soin dont a bénéficié augmentera ses chances de réadaptation sociale et limitera les risques de récurrence d'actes en lien avec la consommation de produits.

Je vous remercie de l'écoute attentive que vous m'accordez par la lecture de cette lettre et me tiens à votre disposition si vous l'estimez nécessaire.

Je vous prie de croire, Monsieur, en l'assurance de mes respectueuses salutations.

ANNEXE 7

Courrier du docteur V adressée au directeur du centre pénitentiaire
de CD de Neuvic

Dr V.

Médecin Coordonnateur

Médecine Générale

Addictologie

DU Prise en Charge des infections
par VIH et Hépatites.

Neuvic, le 24 octobre 2017
Monsieur le Directeur
Centre de Détention de Neuvic

Monsieur le Directeur,

En réponse à votre sollicitation de donner un avis, du point de vue des soignants de l'Unité Sanitaire, quant à l'expérience en cours sur l'URUD, je puis vous indiquer les réflexions suivantes, qui émanent des échanges lors des staffs hebdomadaires au fils des situations qui ont pu se présenter à l'Unité Sanitaire lors des demandes de soins des personnes détenues incluses ou exclues de ce programme, ou lors des délivrances de médicaments comme il est d'usage pour l'ensemble de l'établissement.

Ces réflexions ne peuvent qu'être critiques, j'en prends, au titre de ma fonction de médecin coordonnateur, l'entière responsabilité.

Les remarques veulent souligner l'inadaptation de ce projet, certes séduisant dans le principe, qui fait les frais d'une porosité problématique entre l'URUD et la détention ordinaire. Vous ne serez donc pas étonné de voir apparaître, dans ce que je puis exprimer, certaines difficultés pour les soignants de l'Unité Sanitaire, toutes fonctions confondues.

Pour éclairer ce que le comité de pilotage, lors de sa réunion du 21 juin 2017 qualifiait de « complexe » dans la relation des acteurs institutionnels, impliqués dans l'URUD, avec l'UCSA

Il est opportun de rappeler ce qui a été clairement exprimé lors de la première réunion de ce comité qui avait pour objet de présenter le projet.

- URUD acronyme de Unité de Réhabilitation d'Usagers de Drogues
- Initiative de l'Administration Pénitentiaire avec pour *PRESTATAIRE*, le C.E.I.D organisme déjà partenaire de l'établissement au titre de CSAPA référent dans le suivi médico-social des personnes en soins pour addiction aux substances psycho-actives.
- Le CEID a pour mission d'animer et accompagner les personnes admises à l'URUD sur la base du concept de **communautés thérapeutique**.
- Il s'agit d'une expérience pilote sur le territoire national, bénéficiant d'un financement
- par l'ARS qui avalise par le fait une continuité des soins, tant sur le plan thérapeutique que préventif, dans le cadre de l'offre de soins aux personnes détenues relevant de son autorité.

A l'origine sont indiquées les modalités de sélection des personnes susceptibles de bénéficier de l'URUD et les critères d'inclusion.

- **le recrutement est envisagé sur l'ensemble du territoire national**

- **les personnes concernées sont réputées être à l'équilibre, avec ou sans traitement de substitution, abstinents et observants dans les soins proposés et sans co-morbidité psychiatrique.**
- **Avoir un reliquat de peine de six mois minimum, durée de séjour à l'URUD , fixée par le CEID pour intégrer le parcours de réhabilitation.**
- **Que le projet d'application de la peine soit déjà construit, en prévision de la sortie de l'URUD : aménagement de peine, retour à l'établissement d'origine, fin de peine ...**

Quelques semaines après la mise en place de cette unité, il est clairement apparu que :

- le dossier d'admission, préalablement pensé et établi au sein de l'UCSA, en vue d'être validé par une commission d'admission, avec données médicales sous pli confidentiel, ce dossier s'avère inutile :

- l'affectation est décidée par le chef d'établissement lors de la CPU hebdomadaire, en présence du personnel administratif du CEID dédié à l'URUD, avec pour seul avis médical l'appréciation portée lors de la visite médicale prévue dans le parcours des arrivants.

Il n'y a donc pas à ce stade de discernement- sur le plan clinique - et le chef d'établissement n'est pas tenu de tenir compte de cet avis médical.

- **le recrutement est exclusivement de fait réalisé à partir des effectifs du CD de Neuvic.**

Depuis début juillet, il a été demandé – par moi-même au titre de la fonction de médecin coordonnateur - au Docteur Diennet de se consacrer exclusivement dans le cadre de ses consultations au sein de l'UCSA aux personnes susceptibles d'être intégrées à l'URUD

- pour valider sur le plan addictologique et psychologique leur candidature
- en assurer le suivi clinique et thérapeutique
- **Il convient donc de souligner que c'est une mise à disposition de temps médical dédié à l'UCSA au profit de l'URUD qui ne bénéficiait d'aucune supervision médicale.** A cet effet, il est convenu par convention tacite que les consultations se déroulent dans le bureau médical de l'UCSA.
- Les consultations mobilisent également un temps infirmier de l'UCSA

Cette disposition de mise à disposition de personnel médical et de local de consultation est apparue, par défaut, indispensable pour le bénéfice des personnes en soins au sein de l'URUD, même si elle comporte le risque d'une confusion entre Unité Sanitaire et URUD quant à la position de soignants – partenaires de l'administration-, ayant une déontologie propre, portée notamment par la confidentialité dans les entretiens singuliers et le soin – et la position d'éducateurs et animateurs de communauté thérapeutique – prestataires de l'administration, ayant pour mission d'accompagner un parcours dans le cadre de

l'application de la peine avec séances de groupe en présence de personnel pénitentiaire -.

Dans l'attente de recrutement- toujours non pourvu - de personnel infirmier et psychologue, pouvant faire le lien avec le médecin prescripteur notamment de médicaments, il est fait appel à l'assistance d'une éducatrice de l'URUD/CEID pour accompagner les consultants : cette présence, cohérente dans le cadre de la communauté thérapeutique avec l'accord du patient, l'est moins dans le cadre ordinaire du soin car est de nature à créer une équivoque quant au rôle infirmier au sein de l'US

A ce constat du point de vue de l'UCSA, on peut encore noter :

- Depuis l'ouverture de l'URUD, un certain nombre de personnes ont été exclues de l'Unité pour raisons disciplinaires.
- Que pour ces personnes le retour en détention n'est pas simple, qui semble accentuer la stigmatisation de « toxico » voire de « balances »
- La proposition d'intégrer l'URUD semble s'être étendue aux usagers problématiques de l'alcool et a fait l'objet d'une promotion par voie d'affichage dans la détention.

Il semble donc

- que la mise en place de l'URUD répond en priorité à une directive pénitentiaire à laquelle le CEID se doit de répondre par contrat en tant que prestataire avec une certaine obligation de d'atteindre un objectif de taux d'occupation significatif.

- que les critères d'admission se trouvent donc ramenés à un simple compatibilité selon le profil de peine au détriment d'une évaluation clinique, psychologique voir psychiatrique des candidats dans le cadre d'un parcours thérapeutique

- que, par conséquent, cette unité est plus proche d'un concept **de communauté éducative que thérapeutique**

A ce stade, en effet, de l'évaluation de l'expérience - puisqu'il s'agit d'une expérience - c'est l'approche initialement décrite comme thérapeutique qui alimente la complexité du lien avec l'unité de soin, en raison même d'un conflit déontologique propre à l'éthique de soins en milieu carcéral.

Ce constat et ces remarques ont pu être exprimés le 8 septembre 2017 à la personne de l'OFDT mandatée par le Comité de Pilotage pour une évaluation de l'URUD.

Son rapport revêt un réel intérêt et l'on ne peut que regretter que l'échéance qui lui a été fixée pour être remis estle mois de juin 2018 !

La perspective d'une telle unité ne peut, à mon avis se concevoir que « hors les murs », même sous écrou en PSE , pour que le passage sur une telle unité puisse être préalablement préparée dans les meilleurs conditions, et se présenter comme un sas adapté à la réhabilitation espérée dans un cadre encore contenant mais sans le régime propre à un Centre de Détention.

En vous remerciant de recevoir cette note pour ce qu'elle est, c'est-à-dire portant le souci de ne pas mettre en échec des personnes pour qui le lien thérapeutique en détention reste fragile, au seul motif qu'il faut « occuper » numériquement une unité expérimentale et en dépit des indicateurs d'inadapation au projet, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en l'assurance de mes sentiments respectueux.

Docteur V

Praticien Hospitalier

Médecin coordonnateur de l'UCSA

URUD

Unité de Réhabilitation pour Usagers de Drogues

Rapport d'activité

12 octobre 2018

Accueils

- Au 12/10/18
- L'unité a réalisé 44 accueils.
- 43 personnes différentes. Une personne a été accueillie deux fois.
- Tous les résidents déclarent faire une démarche personnelle.

Origine géographique

- 4 sont originaires de la Dordogne. (9 %)
- 30 des autres départements de la Nouvelle-Aquitaine. (70 %)
- 9 des autres régions. (21 %)

Hébergement

- 26 sont sans domicile. (60 %)
- 10 sont dans un logement précaire. (23 %)
- 7 bénéficient d'un logement durable. (17 %)

Ressources

- 5 ont un emploi. (12%)
- 1 perçoit une allocation chômage. (2 %)
- 13 perçoivent le RSA. (30 %)
- 5 perçoivent l'AAH. (12 %)
- 19 sont sans ressources. (44 %)

Produits à l'origine de la prise en charge

- 18 pour alcool (42 %)
- 14 pour opiacés (33 %)
- 7 pour cocaïne (17 %)
- 1 pour amphétamines (2 %)
- 1 pour médicaments détournés (2 %)
- 1 pour traitement de substitution détourner (2 %)
- 1 pour jeux d'argent (2 %)
- 80 % des résidents consomment du THC.
- 19 patients déclarent avoir déjà eu recours à l'injection. (44 %)

Durées de séjour

- Sur les 35 patients sortis de l'unité
- 5 patients ont séjourné moins d'un mois. (15 %)
- 11 entre 1 et 3 mois. (31 %)
- 12 entre 3 et 6 mois. (34 %).
- 7 entre 6 et 12 mois. (20 %)

Fins de prise en charge

Sur les 44 accueils :

- 9 personnes sont actuellement accueillies. (20 %)
- Depuis l'ouverture l'équipe pluridisciplinaire a arrêté 14 prises en charge pour détention d'armes ou de produits stupéfiants (trafic), pour non-implication dans la vie communautaire et/ou dans le projet de soin, ou pour un comportement inadapté au sein de l'unité. (32 %)
- 4 ont mis fin à leur parcours de leur propre initiative, souvent en prétextant des situations conflictuelles avec d'autres résidents et/ou des raisons

- financières (statut d'indigent et souhait d'accéder au travail rémunéré). (9 %)
- 17 personnes ont terminé le programme. (39 %)

Orientations

Sur les 17 personnes qui ont terminées le programme :

- 4 personnes n'étaient pas en fin de peine. Deux ont été orientés sur la bâtiment C « Module Respect » (avec formation horticole pour l'un, une demande d'aménagement de peine en cours pour l'autre), 1 sur le bâtiment D (secteur calme avec travail) et le dernier a été transféré dans un autre CD pour rapprochement familial. (23 %)
- 4 personnes ont été orientées vers des communautés thérapeutiques ou des centres thérapeutiques résidentiels. (23 %)
- 3 vers des CHRS avec suivi ambulatoire. (18 %)
- 6 avaient une solution d'hébergement personnelle et ont été orientés vers un suivi ambulatoire. (36 %)

Démarches entreprises

En dehors de l'animation quotidienne des ECM et des entretiens individuels, l'équipe pluridisciplinaire a accompagné :

- 3 demandes d'emploi/réinsertion professionnelle : 2 ont abouti la 3e est en cours.
- 2 demandes de formation, 1 a aboutie, la deuxième est en cours.
- 30 demandes d'hébergement dont 19 ont abouti.
- 13 demandes d'ouverture de droits dont 10 ont abouti.

