

USAGES DE DROGUES EN PRISON

Pratiques, conséquences et réponses



Caroline
Protais,

Julien
Morel d'Arleux,

Marie
Jauffret-Roustide

Décembre 2019

Remerciements

À Virginie Gautron (membre du collège scientifique de l'OFDT), Camille Lancelevée et Laurent Plancke (Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France) ainsi que Julie-Émilie Adès et Ivana Obradovic pour leurs relectures.

Merci à Isabelle Michot pour l'important travail de bibliographie réalisé dans le cadre de ce numéro.

Conception graphique : Frédérique Million

Crédits photos couverture : © lettas / © Ademoeller / © Orlando Bellini - Fotolia.com

INTRODUCTION	4
ESTIMER ET COMPRENDRE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN PRISON	7
<i>Les consommations importantes des personnes détenues</i>	<i>7</i>
<i>La diversité des motivations pour consommer en prison et de leurs effets sur les trajectoires</i>	<i>12</i>
<i>Des conséquences sanitaires, psychologiques et sociales délétères</i>	<i>14</i>
LES RÉPONSES : ENTRE LOGIQUE PÉNITENTIAIRE ET LOGIQUE SANITAIRE	17
<i>Limites et ambivalences des réponses pénitentiaires</i>	<i>17</i>
<i>Les réponses sanitaires : les tensions liées à l'exercice en milieu carcéral</i>	<i>20</i>
CONCLUSION	27
REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES	28
BIBLIOGRAPHIE	29
LISTE DES SIGLES	39

INTRODUCTION

Depuis la fin des années 1980 et plus encore la fin des années 1990, la question des drogues¹ en prison est plus prégnante dans le débat social français. Deux moments s'avèrent déterminants dans cette nouvelle orientation : la création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en 1986 et des antennes toxicomanie en 1987 ; le transfert, en 1994, de la prise en charge de la santé des personnes détenues au ministère de la Santé par l'intermédiaire d'unités de consultations et de soins ambulatoires rattachées à l'hôpital public. Ces deux événements rendent davantage visibles les addictions en milieu carcéral. Les personnes incarcérées apparaissent alors comme présentant une situation sanitaire plus fragile que la population générale (Chan-Chee et Verdot, 2018). De nombreux travaux ont également souligné l'importance des conduites addictives dans ce public (Facy, 1997 ; Gentilini et Tcheriatchoukine, 1996 ; INSERM, 2010 ; Jean, 1996 ; Kensey et Cirba, 1989 ; Mouquet, 2005 ; Rotily et Delorme, 1999).

Cette question a donné lieu à plusieurs directives gouvernementales par voie de textes législatifs ou réglementaires. Depuis 1999, les plans nationaux de lutte contre la drogue et la toxicomanie successifs, fixant les feuilles de route des ministères et organismes gouvernementaux, prennent en compte à différents niveaux ce nouvel enjeu (Obradovic et al., 2011). En 2017, la stratégie nationale de santé des personnes placées sous main de justice et le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 préconisent un renforcement de la politique de prévention, de l'accès aux soins et de réduction des risques et des dommages en milieu carcéral, tout autant que la réinsertion des sortants de prison. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 réaffirme la nécessité de diffusion des outils de réduction des risques en milieu pénitentiaire (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé). À l'échelle internationale, le sujet fait également l'objet d'une mobilisation importante des chercheurs et des pouvoirs publics, de nombreux auteurs européens, américains et australiens soulignant également l'importance de la consommation de drogues des personnes incarcérées ainsi que leur surexposition aux risques infectieux (Adams et al., 2015 ; Altice et al., 2016 ; Carpentier et al., 2012, 2018 ; Dolan et al., 2015, 2016 ; EMCDDA, 2012 ; Kinner et Rich, 2018 ; Moazen et al., 2018 ; Pont et al., 2018 ; Sánchez et al., 2018 ; Semaille et al., 2013).

L'objectif de ce numéro de Théma est de documenter cette question des drogues en prison en France² (encadré page 1) afin d'évaluer l'ampleur du phénomène en termes de consommations et de présenter les principaux défis sur le sujet.

Les enquêtes et mobilisations professionnelles publiées depuis vingt ans révèlent différents enjeux. Le premier concerne la santé des personnes incarcérées : comment proposer un cadre de soin visant les conduites addictives, leur prévention et leurs conséquences équivalant à celui proposé en milieu libre ? Le second est d'ordre méthodologique et scientifique. Les enquêtes en milieu carcéral sont caractérisées par des conditions difficiles de recueil de l'information (de Galembert et al., 2017) et questionnent la validité des données produites

1. Sera défini comme « drogue » tout produit ayant un effet psychoactif, à l'exception de la cigarette : les stupéfiants seront étudiés, mais aussi l'alcool et les médicaments détournés du cadre de prescription (médicament de substitution aux opioïdes, benzodiazépines, principalement).

2. L'EMCDDA, agence de l'Union européenne, doit publier en 2020 une synthèse sur la question des drogues en prison (EMCDDA, à paraître).

sur le sujet. Le problème de l'accès aux personnes incarcérées, dans une institution où le contrôle est permanent ; celui de la disponibilité sur une plage horaire longue, alors que la journée des détenus est ponctuée par les promenades, les heures des repas, des activités (Rostaing, 1997) constituent de réelles difficultés. Un écueil central concerne par ailleurs la difficulté à obtenir une parole « vraie », malgré le recueil du consentement formel des interviewés. Les travaux de sociologie carcérale montrent que les personnes incarcérées peuvent se saisir du cadre de l'entretien pour produire un discours dont l'effet escompté est la revalorisation de soi et la construction de l'image d'un individu « respectable » (Le Caisne, 2004). La surpopulation, la promiscuité, la rapidité à laquelle se répandent les rumeurs produisent pareillement un cadre peu propice à l'instauration d'un climat de confiance avec l'enquêté³. Ces conditions particulières de déclaration sont a priori renforcées, sur la question des substances psychoactives théoriquement interdites en prison, lorsque les personnes sont interrogées en établissement. Le droit disciplinaire pénitentiaire proscriit en effet la présence de substances stupéfiantes (l'usage, la détention et le trafic sont également sanctionnés par la loi pénale à l'extérieur⁴), mais aussi d'alcool et la consommation de médicaments hors cadre de prescription (voir encadré 2). En s'exprimant sur un sujet interdit, la crainte des sanctions et de la stigmatisation de la part d'autres personnes incarcérées est susceptible de constituer un obstacle à l'enquête (Fernandez, 2010 ; Maguet et al., 2007 cité dans INSERM, 2012 ; Rotily et al., 1998b). Dans ce contexte, garantir l'anonymat des réponses et la confidentialité devient un véritable défi.

Ces deux enjeux, sanitaire et scientifique, invitent à dresser un état des lieux des connaissances produites depuis 20 ans sur la question des consommations, leurs conséquences et les réponses qui leur sont apportées (voir repères méthodologiques). Les travaux étudiés révèlent une littérature abondante mais dispersée. Ils sont produits par trois types de personnes : des professionnels de santé et du travail social, des acteurs institutionnels et des scientifiques en provenance du monde médical ou des sciences humaines et sociales⁵. Les méthodologies utilisées dans ces articles sont inégales et disparates, les études sont menées à l'échelle nationale, d'un ou de quelques établissements pénitentiaires, ce qui rend les comparaisons délicates au cours du temps ou selon les espaces géographiques. Cette dispersion présente toutefois l'avantage de dévoiler des facettes diverses du sujet en termes d'objectifs, d'angles d'analyse et de représentations. Ce numéro de Théma est organisé en deux parties : les usages et leurs conséquences (I) ; les modalités de réponses qui leur sont apportées en contexte français (II).

Encadré I - La situation des prisons en France et en Europe

En 2019, environ 70 000 personnes étaient détenues en France dans 187 établissements pénitentiaires (DAP, 2019). Les personnes incarcérées peuvent être détenues en maison d'arrêt, lorsqu'elles sont en attente de jugement, condamnées à une courte peine (inférieure à 2 ans selon le code de procédure pénale, CPP) ou avant leur affectation en établissement pour peine. Les établissements pour peine sont, quant à eux, répartis, selon leur niveau de sécurité, entre les centres de détention, dont le régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation, et les maisons centrales qui présentent les

3. Pour plus de détails sur ce point et de manière générale, les difficultés méthodologiques et éthiques liées à l'enquête en « terrain difficile », voir Boumaza et Campana, 2007.

4. En France, l'usage illicite de stupéfiant est un délit passible de peines allant jusqu'à un an d'emprisonnement et une amende de 3 750 euros (article L.3421-1 du Code de la santé publique - CSP), voire cinq ans de prison et une amende de 75 000 € dans certaines circonstances aggravant l'infraction réalisée. Le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites et le fait de faciliter l'usage illicite de stupéfiants sont punis de dix ans maximum d'emprisonnement et de 7,5 millions d'euros d'amende (article L.222-37 du Code pénal). La cession ou l'offre est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende, mais la peine d'emprisonnement est portée à dix ans dans certaines circonstances (article L.222-39 du Code pénal). Les peines maximales pour trafic peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 millions d'euros (article L. 222-34 du Code pénal).

5. Il est à noter que certains acteurs professionnels peuvent également avoir une affiliation universitaire.

conditions de sécurité les plus élevées. Depuis 2004, la population pénale a fortement augmenté (+ 18 %) : la majorité des maisons d'arrêt sont en situation de surpopulation (densité carcérale moyenne de 140 % en 2019), mais le taux d'occupation est très variable d'un établissement à l'autre. Les établissements pour peine bénéficient d'un principe de *numerus clausus* et ne sont pas en situation de surpopulation, sauf situation spécifique presque exclusivement en Outre-mer, et ont un taux d'occupation moyen de 90 % pour les centres de détention et de 75 % pour les maisons centrales.

Le taux d'incarcération en France se situe dans la médiane des 49 États membres du Conseil de l'Europe : 103,5 personnes incarcérées pour 100 000 habitants contre 103,2 pour les pays du Conseil de l'Europe. La France est toutefois plus marquée par la surpopulation carcérale que la plupart de ses voisins : 116 personnes incarcérées pour 100 places contre un niveau médian de 92 (Aebi *et al.*, 2018).

Les personnes détenues sont principalement jeunes (âge médian 31,7 ans), de sexe masculin (96 %), de nationalité française (80 %) et la durée moyenne de détention est de 11,5 mois⁶ (DAP, 2018). En 2016, plus de 14 % des personnes détenues ne parlent pas français ou de façon rudimentaire et 23 % ne le lisent pas ou avec des difficultés (DAP, 2017). Par ailleurs, les prisons françaises comptabilisent de plus en plus de personnes incarcérées pour les différentes infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) : environ 9 000 en 2018, selon les sources du ministère de la justice, soit près de 20 % de l'ensemble des personnes détenues condamnées (contre 5 200 en 2004, 13,9 % [DAP, 2014])⁷.

Encadré 2 - Les drogues selon le droit pénitentiaire

L'introduction et la détention de produits stupéfiants constituent chacune une faute du premier degré (les plus graves : art. R. 57-7-1 CPP) alors que la consommation de stupéfiants, d'alcool ou de médicaments sans prescription est une faute du deuxième degré (art. R.57-7-2 CPP).

La commission d'une faute peut donner lieu à la saisine d'une commission de discipline, présidée par le chef d'établissement, assisté d'un personnel de surveillance et d'un assesseur extérieur (depuis 2011). La personne détenue mise en cause peut être défendue (si elle le souhaite) par un avocat, depuis novembre 2000. La commission de discipline peut prononcer des sanctions qui vont de l'avertissement (art. R. 57-7-33 1 CPP) au placement en « cellule disciplinaire » (art. R. 57-7-33 7 CPP) ou de « confinement » (art. R. 57-7-33 6 CPP) en passant par l'interdiction de cantiner (art. R. 57-7-33 3 CPP), de suivre des activités culturelles, sportives ou de loisirs (art. R. 57-7-33 CPP), ou encore la suspension du permis de visite. La commission est libre des sanctions, qui ne sont pas graduées en fonction du degré de la faute (à l'exception de la durée de l'encellulement au quartier disciplinaire ou de cellule de confinement, qui ne peut excéder 20 jours dans le cadre des fautes du premier degré pour les stupéfiants).

Par ailleurs, au-delà des poursuites disciplinaires, l'introduction, la détention, la cession ou la consommation de stupéfiants peuvent entraîner des poursuites pénales et des retraits de crédits de réduction de peine.

6. Quoique ce chiffre traduise mal la très grande diversité des situations individuelles, entre des périodes d'incarcération très courtes et des condamnations à des peines supérieures à 5 ans

7. Ces données ne révèlent toutefois qu'une part des liens entre drogues et infractions dans la population pénale : une étude menée en 1994 mettait en évidence que 85 % des usagers d'autres drogues que le cannabis (héroïne et crack notamment) mis en cause par les services de police l'avaient été aussi dans d'autres actes de délinquance (Barré *et al.*, 1994).

ESTIMER ET COMPRENDRE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN PRISON

La littérature sur la consommation de substances psychoactives en prison comprend des études visant à quantifier les consommations et à estimer les risques sanitaires ainsi que des données qualitatives cherchant à éclairer les ressorts des consommations et leurs conséquences. Compte tenu de la complexité du recueil de données en milieu carcéral, il est cependant difficile d'obtenir des statistiques régulières et il est intéressant de pouvoir croiser les données quantitatives avec des enquêtes qualitatives. Celles-ci offrent à ce jour une perception plus unifiée des motivations pour consommer.

Les consommations importantes des personnes détenues

Les sources quantitatives sur les usages en détention sont peu nombreuses, avec des méthodologies inégales, souvent anciennes, et elles fournissent parfois des données divergentes sur un même sujet (voir tableaux 1 et 2). Par ailleurs, les usages des femmes ou des mineurs sont particulièrement peu documentés (voir encadré 3). L'ensemble des écrits étudiés montre que les personnes incarcérées présentent des usages plus importants qu'en population générale.

Des usages de drogues à l'entrée de prison supérieurs à la population générale

Les études nationales réalisées au début des années 2000 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé (DREES) montraient qu'un tiers des nouvelles personnes incarcérées déclaraient une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'entrée en prison, principalement le cannabis (voir tableau 1).

Les études conduites dans les années 2010 en région Picardie (Fauchille et al., 2017) dans le centre pénitentiaire (CP) de Liancourt (Sannier et al., 2012) et en région Nord-Pas-de-Calais (Plancke et al., 2017) fournissent des données plus récentes (voir tableau 1). Les premiers résultats de l'enquête en région Nord-Pas-de-Calais, réalisée dans 8 maisons d'arrêt sur 653 personnes, estiment à 22,7 % la proportion de personnes dépendantes à l'alcool dans les 12 derniers mois selon le MINI, et à 26,3 % celle d'entrants dépendants à une ou plusieurs drogues dans les 12 derniers mois.

Les enquêtes au CP Liancourt et en Picardie fournissent à ce jour des résultats plus détaillés. Elles mettent toutes deux en évidence des proportions de consommateurs de cannabis au moment de l'incarcération bien supérieures aux données nationales de 2005, estimant que les expérimentateurs représentaient 30 % de la population des 18-64 ans et les usagers réguliers seulement 3 %. La part des consommateurs⁸ de ce produit s'élèvent, dans ces enquêtes, à 53 % (sur l'ensemble de la vie avant l'incarcération) au CP Liancourt et à près de 40 % (dans les 12 mois précédant l'incarcération) sur l'ensemble de la Picardie. Concernant les autres substances, les proportions sont très différentes d'une enquête à l'autre (voir tableau 1).

8. Ces deux enquêtes abordent par ailleurs la question de la consommation de manière différente : l'enquête réalisée à Liancourt ne distingue pas les expérimentations des usages occasionnels et réguliers, alors que l'enquête réalisée en région Picardie combine une approche généraliste et la distinction entre usages occasionnels et usages réguliers (voir tableau 1).

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

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

Source : compilation produite par l'OFDT sur la base de la revue de la littérature.

nd : données non disponibles

Si ces enquêtes fournissent des données récentes, elles ont été menées de manière locale et ne permettent pas de produire de tendances nationales. Les résultats qu'elles proposent sont par ailleurs assez diversifiés. Ils s'expliquent principalement par des méthodes de recueil de l'information distinctes, des variations dans les traitements statistiques réalisés et des variations de la formulation des questions posées pour récolter une information similaire.

L'étude COSMOS, réalisée de 2015 à 2016 sur l'ensemble des établissements de la région Pays-de-la-Loire, et dont les résultats viennent de paraître (Rousselet et al., 2019) obéit à une méthodologie permettant davantage de maîtriser les biais de déclaration. Les questionnaires ont été administrés par des enquêteurs extérieurs dans un espace garantissant la confidentialité des informations. Ses résultats sont à peu près concordants avec les données recueillies dans les établissements de Liancourt et de Lyon-Corbas concernant la consommation de cannabis, mais ils divergent de manière importante concernant les autres produits (voir tableau 1). Il reste difficile de savoir si ces disparités sont liées aux méthodologies d'enquête adoptées ou à des réalités de terrain contrastées.

Des consommations qui se prolongent durant l'incarcération

Plusieurs études indiquent que les consommations se prolongent en détention (Rotily et ORS PACA, 2000). L'INSERM a mené une enquête nationale portant sur les troubles psychiatriques en prison, en 2003-2004, auprès de 800 personnes incarcérées tirées au sort (Duburcq et al., 2004 ; Falissard et al., 2006). L'abus/la dépendance aux drogues (12 derniers mois) concernait, selon les estimations, 18,4 % des personnes détenues, l'abus/la dépendance à l'alcool 27,9 % et l'abus/la dépendance aux deux substances 11,2 % (Falissard et al., 2006 ; Lukasiewicz et al., 2007). Ces estimations d'abus ou de dépendance atteignent 40 % parmi les personnes incarcérées depuis moins de 6 mois (Duburcq et al., 2004).

Quelques enquêtes datant des années 2010 existent, mais n'ont pas, non plus, de vocation nationale, et leurs résultats sont disparates pour les raisons déjà évoquées plus haut (voir tableau 2). Elles ne distinguent pas les entrants en prison des autres détenus et souffrent par ailleurs de biais importants propres à la collecte des données en milieu carcéral présentés en introduction. Les deux principales enquêtes (Sahajian et al., 2017 ; Sannier et al., 2012) mises en place par l'unité sanitaire de l'établissement de Lyon-Corbas et de Liancourt (déjà citées plus haut) ont été réalisées selon les mêmes modalités : les soignants ont proposé des questionnaires auto-administrés aux personnes incarcérées en cellule. Au regard du taux d'occupation important en maison d'arrêt, cette modalité de passation garantit peu la confidentialité et conduit à s'interroger au sujet de la validité des réponses obtenues.

Les deux enquêtes principales permettent toutefois d'apporter quelques données préliminaires de quantification des consommations. Pour mémoire, selon le Baromètre santé mené en population générale en 2014, 10,6 % des 18-64 ans déclarent une consommation dans l'année de cannabis, 1,1 % une consommation de cocaïne, 0,2 % une consommation d'héroïne, 0,3 % une consommation de LSD, 0,1 % une consommation de colles et solvants (Beck et al., 2015). Les enquêtes réalisées dans les années 2010 au sein des deux établissements pénitentiaires témoignent d'une consommation de cannabis avoisinant 40 % (dont 16,3 % d'usage quotidien, à Liancourt), une consommation de cocaïne variant entre 7 % et 10 % et une consommation d'héroïne autour de 8 %. Selon le recueil de données réalisé à Liancourt, près de 7 % des personnes incarcérées consommaient des médicaments morphiniques à visée non thérapeutique et près de 9 % des benzodiazépines non prescrites. Sur ce point, les résultats de l'enquête effectuée à la maison d'arrêt (MA) de Lyon-Corbas sont à peu près concordants (voir tableau 2). Les proportions de polyconsommateurs (usagers d'au moins deux produits) sont quant à elles très différentes d'une enquête à l'autre (voir tableau 2), sans que l'on puisse savoir si cette variation est liée à la spécificité de l'établissement pénitentiaire de Liancourt ou à la diversité des méthodes de recueil des données adoptées. L'association la plus couramment rapportée concerne le cannabis et les benzodiazépines.

L'étude COSMOS, déjà citée, présente des résultats concordants concernant la consommation de cannabis, mais qui divergent de manière importante sur les autres produits, les usages d'alcool, de cocaïne et d'héroïne apparaissant comme très faibles (voir tableau 2).

Ces différentes enquêtes n'apportent, en revanche, aucune donnée chiffrée sur la présence de nouveaux produits de synthèse (NPS) au sein des prisons françaises alors qu'elle est mise en évidence dans certains pays européens où les NPS sont plus diffusés (Royaume-Uni, Allemagne, Suède, pays Baltes...) (EMCDDA, 2018).

Concernant les modes d'administration des produits, l'enquête réalisée à la MA de Lyon-Corbas estime que, parmi les consommateurs d'au moins un produit illicite autre que le cannabis, le mode d'administration privilégié était le sniff (pour 60 % d'entre eux) et l'injection (pour 30 % d'entre eux). L'enquête COSMOS montre que 3 % des personnes interrogées déclarent des pratiques de sniff et moins de 1 % des pratiques d'injection. Plusieurs rapports et études ont témoigné de modes de consommation modifiés en contexte carcéral : la voie nasale devient la plus fréquente, même si l'injection est susceptible de persister (Michel et al., 2011 ; Michel et al., 2018 ; Stankoff et al., 2000). De même, quelques études et synthèses des enquêtes existantes ont montré chez certaines personnes incarcérées un transfert des drogues illicites vers les médicaments (Bouhnik et al., 1999 ; INSERM, 2010, 2012 ; Stankoff et al., 2000), voire le report d'une consommation de cocaïne/crack et d'opioïdes vers le cannabis et les médicaments (Protais et al., 2019). L'enquête réalisée à Liancourt et l'étude COSMOS mettent en évidence des consommations de médicaments psychotropes hors

cadre de prescription variant de 10 à 15 % des répondants. Cette dernière met en évidence une modification claire des usages, les usages des produits stupéfiants baissant au cours de l'incarcération au profit des médicaments psychotropes pris dans le cadre d'une prescription ou issus du troc entre détenus.

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

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

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

Le suivi des consommations via l'analyse des eaux usées faite par le laboratoire de pharmacologie de Paris-Sud en partenariat avec l'OFDT se base sur une méthodologie différente et originale qui permet de pallier les biais de déclaration des précédentes enquêtes référencées. Après une étude préliminaire conduite dans trois prisons françaises (Néfau et al., 2017), les collectes se sont poursuivies en 2017 dans deux établissements en métropole et un établissement d'outre-mer (Kinani et al., 2018). Une forte présence de tétrahydrocannabinol (THC), marqueur de la consommation de cannabis, a été retrouvée dans les prélèvements. En moyenne, les niveaux de consommation estimés correspondent à environ 2,7 joints par jour et par personne (entre 2 et 3,2 selon les établissements), soit des niveaux 10 à 20 fois plus élevés qu'en population générale. Les autres produits détectés, en moindres quantités, sont la cocaïne, la MDMA, la morphine (qui peut à la fois être marqueur de la consommation de morphine et d'héroïne), l'EDDP (marqueur de la méthadone) et enfin la buprénorphine (commercialisée sous le nom de Subutex®). Les quantités consommées estimées de cocaïne et de MDMA restent globalement comparables aux niveaux de consommation en population générale. L'alcool n'est pas présent en quantité suffisante pour être quantifié. Concernant les médicaments de substitution aux opioïdes (MSO), les quantités de marqueurs retrouvés dans les eaux usées sont en adéquation avec ce qui a été délivré par l'unité sanitaire. Cette enquête présente toutefois certaines limites : elle ne concerne que trois établissements ; elle ne permet pas de distinguer les différents types de résidents (surveillants et intervenants notamment,

des autres types de personnes incarcérées) ; elle a été réalisée à 3 moments distincts, ce qui donne lieu à des mesures parfois différentes sans qu'elles puissent être expliquées. Cette étude soulève également des interrogations éthiques, dans la mesure où elle s'effectue sans le recueil du consentement des personnes, courant ainsi le risque, pour certains commentateurs de l'enquête, d'être utilisée à des fins de surveillance et de contrôle des corps (Lancaster et al., 2019). Enfin, elle ne rend pas compte du phénomène du détournement des médicaments psychotropes prescrits. Cependant, si elle inclut dans les prélèvements la consommation des encadrants/intervenants (surveillants et autres), ceci ne peut être considéré comme un biais, compte tenu du ratio surveillants/personnes incarcérées qui s'élève à 1 pour 100 voire 150 en maison d'arrêt et à 1 pour 30/40 en établissement pour peine. Au-delà des interrogations et des limites méthodologiques posées, l'ensemble des résultats va dans le sens d'une consommation de cannabis importante, pour ne pas dire « endémique » en détention et largement sous-estimée dans l'ensemble des enquêtes déclaratives de consommation. Cette étude vient ainsi confirmer le ressenti de nombreux professionnels et des principaux acteurs de la prison sur ce sujet (Protais et Jauffret-Roustide, 2019).

Encadré 3 - Les consommations de drogues des femmes et des mineurs incarcérés

Les données concernant les consommations de ces deux populations spécifiques et le statut des substances psychoactives dans ces quartiers pénitentiaires sont rares.

Les enquêtes épidémiologiques nationales datant des années 2000 (voir supra) sont les seules données sur la question. L'enquête de la DREES de 2003 (Mouquet, 2005) proposait des données sur les mineurs entrant en prison : elle témoignait de niveaux de consommation d'alcool et de cannabis bien plus élevés qu'en population générale. Vingt pour cent des mineurs nouvellement incarcérés déclaraient avoir une consommation d'alcool excessive, 8 fois sur 10 sur un mode discontinu. De même, ils étaient près de 40 % à déclarer un usage habituel de stupéfiants dans les 12 mois précédant l'incarcération, principalement le cannabis (alors qu'en population générale, selon l'enquête ESCAPAD de 2003, environ un garçon de 17 ans sur 7 déclarait une consommation régulière de cette substance). À l'inverse, le recours à d'autres produits restait rare : 2 % des moins de 18 ans entrant déclaraient une utilisation régulière d'opioïdes.

Concernant les femmes, la même enquête de la DREES constatait des consommations plus élevées qu'en population générale : 17 % des entrantes déclaraient une consommation excessive d'alcool (quatre fois plus élevée qu'en population générale), près de 20 % témoignaient d'une utilisation régulière de drogues illicites dans les 12 mois précédant l'incarcération. L'enquête révélait que ces consommations étaient plus proches de celles des hommes incarcérés, que de celles de la population générale, élément confirmé par l'enquête de 2015 en Picardie déjà citée. Concernant les médicaments, la consommation des femmes (14 %) était 1,6 fois supérieure à celle des hommes à l'entrée en détention et 3 fois supérieure à celle des femmes en population générale. On constate ce même décalage en population générale (OFDT, 2019), mais il est renforcé en prison. Parmi les enquêtes plus récentes, seule l'enquête réalisée en région Picardie propose une focale sur les femmes, mais ses résultats restent partiels : elle estime à 17 % les consommatrices régulières de drogues, principalement du cannabis, l'usage des autres produits n'étant pas abordé.

Sur les questions des usages en cours d'incarcération, seule l'enquête de 2004 sur la santé mentale des personnes incarcérées fournit des données concernant les femmes. Dans cette étude, 26,5 % d'entre elles présentaient un abus/une dépendance à au moins une substance (stupéfiants ou médicaments psychotropes) et 18,4 % à l'alcool.

La diversité des motivations pour consommer en prison et de leurs effets sur les trajectoires

Outre ces données, quelques travaux qualitatifs (de socio-anthropologues de la prison) ou des témoignages de professionnels (principalement soignants) en contact direct avec les usagers incarcérés permettent de mieux comprendre ces consommations.

Consommer en prison : des raisons multiples

Les drogues offrent un espace pouvant être vécu par les détenus comme une « respiration » par rapport au cadre pénitentiaire qui exerce un contrôle permanent sur les personnes. L'introduction frauduleuse et la consommation de substances psychoactives constituent pour eux des moyens d'affirmer leur liberté, tout autant que des supports pour mieux vivre la détention et pour créer du lien, même si les produits sont également susceptibles de générer des tensions.

La dimension « auto-thérapeutique » est la première à être décrite et la plus couramment mentionnée dans la littérature (Canat, 2012 ; Chantraine, 2004 ; Guerlais et al., 2015 ; INSERM, 2012 ; Jaeger et Monceau, 1996 ; Tissot, 2016). Le contexte carcéral, marqué par la rupture des liens familiaux et de toutes habitudes initiées à l'extérieur, mais aussi le stress de l'information judiciaire en cours, la promiscuité et l'ambiance de « prédation » entre détenus (Chantraine, 2004 ; Rostaing, 2006) peuvent renforcer la recherche de produits psychoactifs, en particulier pour des personnes ayant déjà expérimenté ces produits ou qui en faisait un usage régulier avant l'incarcération. Par ailleurs, la consommation de ces substances aide à mieux supporter l'enfermement, à combattre l'angoisse, à combler un manque, à se calmer, ou encore à se contenir (Bouhnik et al., 1999 ; Guerlais et al., 2015 ; INSERM, 2012 ; Tissot, 2016). Enfin, la prison met en place un rapport au temps spécifique dans lequel le « vide » domine (Chantraine, 2004 ; Cunha, 1997). Ainsi, la consommation « passe-temps » est couramment mise en évidence par les personnes incarcérées (Fernandez, 2010 ; Guerlais et al., 2015 ; INSERM, 2012). Ce nouveau rapport au temps peut produire un état « apathique », caractérisé par l'effacement de soi derrière la contrainte carcérale (Chantraine, 2004), avec une tentative d'anesthésie des émotions soutenue par l'usage de produits (Fernandez, 2010 ; Jaeger et Monceau, 1996 ; Maguet et al., 2007, cité dans INSERM, 2012).

Pour autant, toutes les consommations en milieu carcéral ne traduisent pas un mal-être : certaines s'inscrivent dans un contexte de partage de moments ludiques, voire festifs, entre personnes incarcérées (Chantraine, 2004). Aussi, la dimension sociale de la consommation de produits psychoactifs en prison est essentielle et régulièrement soulignée dans la littérature : les substances psychoactives permettent non seulement la reconnaissance entre pairs au sein d'un groupe (Bouhnik et al., 1999 ; Escots et Fahet, 2004 ; INSERM, 2012), tout autant qu'elles sont le moyen de s'inscrire dans un réseau de partage et d'échanges entre personnes détenues (Guerlais et al., 2015 ; INSERM, 2012 ; Monod, 2017 ; Tissot, 2016). Dans cet univers caractérisé par la privation, un système de troc de biens (Canat, 2012 ; Fernandes Pereira et Simon, 2017 ; Guerlais et al., 2015 ; Harcouët et Hazebroucq, 2000 ; Lécu, 2006 ; Sirot, 2003) dans lequel les substances psychoactives prennent une place très importante (Protais et Jauffret-Roustide, 2019) se met en place. Si les drogues jouent une fonction essentielle dans la vie sociale en prison, elles engendrent aussi des situations de violences diverses (menaces, racket, agressions physiques...) et contribuent aux tensions qui sont régulièrement décrites au sein de l'univers carcéral (Chauvenet et al., 2008).

La consommation de drogue en prison : un support de reconstruction personnelle ou de dégradation psychique et sociale ?

Afin de replacer l'expérience carcérale dans le parcours global de l'usager, des sociologues se sont penchés sur les effets de la prison sur les trajectoires des consommateurs. En croisant les différents travaux sur la question, on peut reconstruire plusieurs types de parcours suivants.

■ Les trajectoires séquencées :

La période d'incarcération marque un temps d'arrêt dans le parcours de vie des personnes. L'individu profite de la période de détention pour se « mettre au vert », « se requinquer » en prison (Bouhnik et al., 1996 ; Chantraine, 2004 ; Hagège, 2017), malgré la contrainte qu'elle représente par ailleurs. Il s'agit ici d'une période de réduction des usages et d'accès aux soins pendant laquelle la prison est vue comme une « opportunité » pour les soignants et comme « une pause » pour les personnes du point de vue de leur santé (Hagège, 2017). « La prison vient davantage fonctionner comme régulateur des pratiques de consommation, elle devient un élément structurant de ces trajectoires. Cette pause va leur permettre de se reprendre, de se rééquilibrer, et ils la vivent comme un break salutaire » (Bouhnik et al., 1996, p. 301).

■ Les trajectoires continues :

La période d'incarcération est inscrite dans le cours de la vie des personnes. Elle est perçue comme un risque « inhérent » à un parcours marqué par la délinquance et la consommation de drogues. La prison est pleinement intégrée à la représentation que l'individu se fait de sa biographie, et ce d'autant plus qu'il existe un « étiquetage » des personnes régulièrement mises en cause par les services de police et de justice. Il est ainsi démontré par les recherches de sciences sociales que les juges prononcent plus facilement des peines de prison à l'encontre des habitués des tribunaux que lorsqu'ils sont face à un primodélinquant (Allaria et Boucekine, 2019 ; Chantraine, 2004 ; Leroy, 2019 ; Mahi, 2018). Les personnes tentent alors de continuer leur consommation quasiment à l'identique en détention. La poursuite de l'usage devient fonction de leur capacité à faire entrer des produits illicites via leur réseau de connaissances à l'extérieur, ou ceux d'autres personnes incarcérées avec lesquelles des alliances sont nouées.

■ Les trajectoires « ascendantes »⁹ :

Certaines personnes incarcérées profitent de leur incarcération pour se construire un statut en prison, via un tissu de relations qui leur permet de perdurer dans une activité de trafic, voire de renforcer leur trajectoire délinquante. Pour les entrants dans la carrière, la prison peut véritablement constituer un « rite de passage » : « apprentissage culturel d'un "rôle délinquant", acquisition de "techniques" supplémentaires » (Chantraine, 2004). Pour certains, l'obtention de ce « statut » s'accompagne d'une réduction de l'usage, le produit restant consommé uniquement dans le cadre d'une consommation festive et contrôlée (Fernandez, 2008). Ce type de conduite apparaît comme une attitude de distinction par rapport « au voleur toxicomane, "qui fait pitié" » (Chantraine, 2004). Pourtant, il n'est pas démontré que cette distanciation avec l'usage de drogue se produit pour toutes les personnes incarcérées répondant à ce type (Protais et Jauffret-Roustide, 2019). Il peut s'agir également d'un effet de présentation de soi, pour montrer « qu'on maîtrise », plutôt que d'une réalité incontestable (Benso et Gérôme, à paraître).

9. Du point de vue des personnes inscrites dans ce type de trajectoires.

La trajectoire ascendante concerne également les individus qui décident de se saisir d'un moment de rupture dans les consommations, permis par l'incarcération, pour engager une « bifurcation » (Bessin et al., 2010) de leur existence et se « reconstruire » (Chantraine, 2004 ; Fernandez, 2008 ; Protais et Jauffret-Roustide, 2019).

■ Les trajectoires « descendantes » :

La prison participe d'un processus de dégradation, un « hiatus » dans la vie de ceux qui y entrent (Hagège, 2017) : soit parce qu'elle vient rompre l'ensemble des ancrages sociaux de la personne à l'extérieur ; soit parce qu'elle met un point d'arrêt à une dynamique de réinsertion initiée avant l'incarcération ; soit encore parce qu'elle devient le support d'expériences douloureuses venant déstabiliser la personne (ces trois causes n'étant pas exclusives les unes des autres). Dans ce contexte, certaines personnes incarcérées sont susceptibles d'être « remises en contact avec les logiques de prises de produits et de pratiques délinquantes » (Bouhnik et al., 1996). D'autres s'inscrivent dans une position régressive, de repli (Fernandez, 2010 ; Jaeger et Monceau, 1996 ; Maguet et al., 2007, cité dans INSERM, 2012) dans laquelle vient s'inscrire une consommation « apathique ». Certaines prennent le statut de « soumis » (Chantraine, 2004), vivant repliés dans leur cellule pour fuir les menaces. Ces personnes, que les détenus disent « victimisées » (Protais et Jauffret-Roustide, 2019), évoluent en général entre des affectations en secteurs spécifiques (unité fermée en établissement pour peines, quartier arrivants, quartier d'isolement...), qui peuvent être présentées par les personnels pénitentiaires comme inscrites dans une logique de protection, et un retour en détention classique où ils subissent cet étiquetage négatif (Chantraine, 2004 ; Protais et Jauffret-Roustide, 2019). Ces prisonniers sont susceptibles d'osciller entre une consommation « compulsive » et des périodes de manque, lorsqu'ils font face à une pénurie de produits (Fernandez, 2008), qui peut potentiellement être palliée par une consommation de médicaments psychotropes hors du cadre de la prescription (les détenus se les procurent auprès des services de médecine de la prison, dont ils détournent les prescriptions, ou sur le marché noir).

Des conséquences sanitaires, psychologiques et sociales délétères

Les effets de la consommation de drogues sont connus. Les études sur la question dévoilent un univers à hauts risques somatiques et psychologiques, qui a également des conséquences sociales négatives pour les personnes.

Initiations problématiques et risques infectieux

Les profils des personnes détenues et leurs pratiques de consommation, de même que les facteurs structurels liés aux conditions d'incarcération (promiscuité, surpopulation, et accès limité aux outils de réduction des risques [voir infra et Michel et Jauffret-Roustide, 2019]) confrontent les personnes incarcérées à des dangers spécifiques. Outre le détournement de médicaments qui expose aux risques d'une prise non contrôlée, l'initiation à certains produits est un autre élément rapporté. Les enquêtes réalisées à Lyon-Corbas et à Liancourt estiment entre 8 % et 15 % la proportion de détenus déclarant avoir débuté la consommation d'au moins une substance psychoactive en prison.

Par ailleurs, les modes d'administration sont plus difficilement sécurisés qu'en milieu libre, en raison de l'absence d'accès aux matériels de réduction des risques. L'étude menée à la fin des années 1990 dans 4 prisons françaises mettait en évidence que 7 % des détenus pratiquant ce mode d'administration en prison déclaraient s'y être initiés dans cet espace

(Rotily et ORS PACA, 2000). Plus récemment, l'enquête Coquelicot menée en 2011-2013 montrait que, parmi les personnes rapportant avoir réalisé une injection en prison, 2,7 % des personnes déclaraient avoir réalisé cette pratique pour la première fois durant l'incarcération (Michel et al., 2018).

D'une façon générale, les modes d'usage ont évolué ces vingt dernières années avec le développement de mesures de réduction des risques et l'accès aux traitements de substitution (Cadet-Taïrou, 2019). Toutefois, l'enquête Coquelicot réalisée entre 2011 et 2013 (Michel et al., 2018) montrait que parmi les individus interrogés qui avaient relaté des antécédents d'incarcération et d'injection, 14 % avaient signalé des pratiques d'injection à l'intérieur de la prison, dont 40,5 % avec un partage d'aiguilles ou de seringues¹⁰. Les enquêtes plus anciennes indiquaient alors que, si la plupart des personnes détenues concernées cessent de s'injecter des produits en détention (Stankoff et al., 2000), les autres semblaient en réduire la fréquence, en augmentant toutefois les quantités. L'enquête menée à Lyon-Corbas montre par ailleurs que seulement 12 % des injecteurs déclaraient stériliser leur matériel avec de l'eau de javel.

Les détenus sont également plus souvent infectés par le VIH et/ou le VHC, si bien que les risques de contamination en cas de partage du matériel sont importants (Rotily et al., 1998a). La surexposition aux maladies infectieuses en prison est d'ailleurs un phénomène plus général, qui dépasse les seuls injecteurs (DGS, 2011 ; DHOS, 2004 ; Sanchez, 2006) : bien qu'en recul, les prévalences d'infection par le VIH varient, selon les sources, entre 0,6 % et 2,0 % (3 à 4 fois plus qu'en population générale), tandis que celles du VHC se situent entre 4,2 % et 6,9 % (4 à 5 fois plus) (DHOS, 2004 ; Meffre, 2006 ; Remy, 2004 ; Semaille et al., 2013).

Au total, qu'elles soient amorcées ou poursuivies en prison, les consommations de stupéfiants pèsent fortement sur l'état de santé des intéressés : accidents en cas d'association des médicaments à d'autres produits, état de manque aigu, apparition ou renforcement de pathologies somatiques psychologiques ou psychiatriques, risques infectieux, abcès (Obradovic et al., 2011).

Stigmatisation et victimisation

L'usage détourné de médicaments psychotropes et de substitution ainsi que le trafic causeraient des violences entre personnes incarcérées, générant des règlements de comptes, des menaces et du racket (Canat, 2012 ; Chantraine, 2004 ; Fernandez, 2010 ; Monod, 2017 ; Protais et Jauffret-Roustide, 2019 ; Tissot, 2016).

En détention, des détenus considérés comme « faibles » sont susceptibles de faire l'objet de violences physiques et psychologiques et d'être utilisés à des fins de profit personnel par d'autres. Ceux qui sont perçus comme des « pointeurs » (criminel sexuel, Le Caisne, 2004) ou des « toxico » (Tissot, 2016; Protais et Jauffret Roustide, 2019) peuvent être pris en victime par les autres. Celui qui fait l'objet de cette dernière caractérisation est vu par les autres personnes incarcérées comme un consommateur de longue date, dépendant aux « drogues dures » ou/et aux médicaments psychotropes. C'est pourtant davantage la présentation de l'individu qui intervient dans cette catégorisation que le produit consommé : la personne sera perçue comme telle si la consommation a causé des dommages visibles sur le long terme, comme le ralentissement psychique, la somnolence ou la dégradation physique.

10. Il peut s'agir d'un partage de seringues avec aiguilles serties déjà utilisées, et dans le cas des seringues avec aiguilles détachables (non serties), du partage du corps de la seringue uniquement, du partage de l'aiguille uniquement, ou encore du partage des deux.

Khosrokhavar (Khosrokhavar, 2004) témoignait déjà de l'assujettissement dont certaines personnes incarcérées pouvaient faire l'objet de la part des réseaux de trafic en détention. L'enquête Circulation, consommation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral (Circé¹¹ ; Protais et Jauffret-Roustide, 2019) montre que ce type de rapport s'inscrit dans le temps et débute parfois par une modalité d'échange prenant la forme d'un « don pervers ». Certains donnent en effet des produits en apparence gratuits à ceux qu'ils auront repérés comme « toxicos » pour les inscrire par la suite dans une situation de redevabilité et de dépendance à leur égard. Le « don » est ici détourné de sa fonction première, afin de produire une situation d'emprise. Certains surveillants témoignent alors de personnes escaladant les grillages des cours de promenades pour aller chercher des colis « projetés » de l'extérieur (contenant le plus souvent du cannabis ou des téléphones portables), destinés à certains autres détenus, contre un « joint ». Les risques pris en réalisant cette action interdite par la réglementation pénitentiaire ne sont pas compensés par la maigre rétribution accordée. Lorsque cette situation d'emprise s'accompagne de sévices physiques, ces relations s'inscrivent dans une violence au long cours (Gandilhon, 2010 ; INSERM, 2012 ; Monod, 2017 ; Protais et Jauffret-Roustide, 2019), faite de pressions et de maltraitements. Pour ces personnes incarcérées, la période de détention s'inscrit alors dans des trajectoires « descendantes », telles qu'elles sont décrites plus haut.

Les consommateurs ayant vécu l'incarcération sont ensuite les plus précarisés

L'étude du profil des consultants des structures de soins en addictologie témoigne d'une forte représentation des personnes passées par la prison dans leur file active. Les données du Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) visant à suivre les caractéristiques des personnes prises en charge dans les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) exploitées par l'OFDT montrent qu'en 2017, 27 % des personnes suivies ont déjà été incarcérées au cours de leur vie (OFDT, 2018). De même, dans le cadre de l'enquête ANRS-Coquelicot¹², 60 % en 2004 et 61 % en 2011 déclaraient au moins une période de détention (Jauffret-Roustide et al., 2006 ; Jauffret-Roustide et al., 2013). Enfin, 17 % des usagers qui fréquentent les CAARUD interrogés dans l'enquête ENa-CAARUD témoignent d'au moins une incarcération dans l'année.

L'enquête ENa-CAARUD indique par ailleurs que les usagers les plus précarisés présentent un risque plus important d'avoir connu la prison que les autres. L'enquête de Pauly (Pauly et al., 2010), qui a comparé des personnes pharmacodépendantes ou sous traitement de substitution entrant en établissement pénitentiaire et vues en CSAPA, montre que les facteurs associés à l'incarcération sont la précarité ainsi qu'un usage problématique de médicaments détournés.

11. L'étude Circé menée par l'OFDT et le Cermes3 a été conduite entre 2016 et 2018. Elle éclaire la question du marché des drogues en prison. Cette recherche sociologique dresse un état des lieux des substances psychoactives (stupéfiants, médicaments détournés de leur usage et alcool) présentes en détention. Le rapport étudie la manière dont ces substances sont introduites, mais aussi l'organisation du marché, les relations sociales qui le sous-tendent et qu'il génère, ainsi que les réponses apportées par l'administration pénitentiaire et les unités sanitaires.

12. Cette enquête a été réalisée en 2004 et 2011 par le Cermes3 et l'Institut de veille sanitaire dans 5 agglomérations françaises auprès d'une population de plus de 1 500 usagers ayant injecté ou sniffé (quel que soit le produit) ou fumé du crack, au moins une fois au cours de leur vie. Les personnes ont été recrutées dans des dispositifs susceptibles d'accueillir des usagers de drogues (CSAPA, Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues [CAARUD], services hospitaliers, médecins généralistes [uniquement en 2004-2006] et équipes de rue).

LES RÉPONSES : ENTRE LOGIQUE PÉNITENTIAIRE ET LOGIQUE SANITAIRE

Les institutions pénitentiaire et sanitaire n'apportent pas une réponse identique à l'usage de substances psychoactives en prison. S'il paraît convenu que le premier acteur cité engagerait des mesures disciplinaires et le second utiliserait la compréhension et le traitement des conséquences délétères des consommations pour prévenir les usages, les rôles sont, dans les faits, bien moins figés. La spécificité du milieu carcéral entrave par ailleurs, à certains égards, le principe de l'égalité des soins entre le milieu libre et le milieu carcéral.

Limites et ambivalences des réponses pénitentiaires

Plusieurs études se sont intéressées aux réponses sanitaires à la consommation de drogues en prison. En revanche, la littérature documentant les mesures adoptées par l'administration pénitentiaire pour contrer l'entrée et l'usage de substances reste parcimonieuse. Seuls un rapport réalisé en 1996 (Jean, 1996) et l'enquête Circé (Protais et Jauffret-Roustide, 2019) fournissent directement des données étendues sur la question. Là où l'étude de 1996 restait centrée sur les actions de type sécuritaire, celle de 2019 témoigne de l'ambivalence de l'administration pénitentiaire à l'égard du phénomène des drogues.

Le cadre : interdiction formelle et sécurité « passive »

Le droit disciplinaire pénitentiaire interdit la présence de substances stupéfiantes, mais aussi d'alcool et la consommation de médicaments hors cadre de prescription (voir encadré 1). Tous les faits constatés ne passent toutefois pas devant la commission de discipline (Rostaing, 2014). À un premier niveau, le surveillant ayant observé la faute rédige un compte rendu d'incident (CRI), puis l'officier décide, dans le cadre d'une enquête, s'il y a matière à poursuivre ou non et la direction, au regard des éléments fournis, d'un éventuel renvoi devant la commission. Le signalement des incidents repose donc sur un triple pouvoir discrétionnaire.

De manière quasi-consensuelle, les surveillants expliquent qu'une commission de discipline ne peut se tenir sur une simple présomption de consommation. « Il faut des preuves », disent ainsi la majorité des interviewés dans le cadre de l'enquête Circé. Les agents usent dès lors de fouilles pour saisir des produits, la possession faisant office à leurs yeux de preuve tangible. Les personnels pénitentiaires ne font analyser la substance trouvée que dans le cas d'une saisie de poudre suspecte/comprimés, s'attribuant la capacité de reconnaître de la résine de cannabis ou de l'herbe. Lorsqu'une saisie est réalisée, un compte-rendu d'incident est rédigé et la commission de discipline peut être réunie.

Enfin, les sanctions liées à la détention ou à la consommation de stupéfiants peuvent donner lieu à des poursuites pénales (selon la politique menée par les procureurs de la République). Dans ce cas, elles sont susceptibles d'avoir un impact sur les crédits de réduction de peine retirés (ou non) par le magistrat chargé de l'application des peines, après avis de la commission d'application des peines où siègent le parquet, des représentants des personnels de détention, du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et de la direction.

Pour lutter contre les trafics et la détention de stupéfiants, les personnels pénitentiaires ont principalement recours à des fouilles de trois types : intégrales, par palpation ou des locaux. Le régime juridique des fouilles a été modifié par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (article 57) afin de limiter le recours aux fouilles intégrales, en particulier à l'issue des parloirs (CGLPL, 2017, p. 30). Ces fouilles « à corps » consistent à déshabiller la personne détenue, lui

faire soulever les jambes (mais pas à lui demander de se pencher en avant ni de tousser). Les fouilles par palpation visent à toucher les vêtements de la personne détenue pour s'assurer qu'il n'est pas en possession d'un produit interdit. Les fouilles des locaux concernent principalement les cellules mais peuvent aussi être organisées dans un secteur de détention spécifique (« fouille sectorielle ») ou dans l'ensemble de l'établissement (« fouille générale »).

Dans le quotidien de la détention, ces mesures de contrôle sont pratiquées à différents moments :

- lors du parloir, les personnes incarcérées qui ne font pas l'objet d'une fouille intégrale « ciblée » font l'objet d'une palpation ;
- lors de la promenade, la fouille la plus couramment pratiquée est celle par palpation. Quelques fouilles intégrales peuvent toutefois être effectuées, dans le cas de détenus ayant par exemple ramassé des projections ;
- concernant les fouilles de cellule, chaque surveillant peut en réaliser s'il soupçonne qu'une infraction disciplinaire est en cours (et normalement sur accord de l'encadrement). Par ailleurs, dans chaque établissement, il est prévu qu'un surveillant réalise deux fouilles de cellule durant son service (plus ou moins approfondies, en fonction des agents) et le notifie sur l'outil informatique de gestion de l'activité commune aux établissements pénitentiaires. Il existe également des fouilles « sectorielles » programmées soit par la direction de l'établissement, soit par le directeur interrégional, durant lesquelles toutes les cellules d'un bâtiment, d'un étage ou d'une unité sont examinées. Dans certains établissements, elles ont lieu une à deux fois par mois.

Cependant, les modalités d'application de l'article 57 de cette loi régissant les différents régimes de fouille ont généré de nombreuses tensions parmi les personnels pénitentiaires (voir infra), incitant l'administration à diversifier ses réponses.

L'intervention sur l'architecture des établissements est le deuxième élément permettant de contrôler l'entrée et la consommation de substances interdites. Au cours des années 2000, la question du contrôle des échanges en prison a été au cœur des politiques pénitentiaires. Si l'architecture carcérale est très fortement inspirée des modèles du XIX^e siècle (Badinter, 1992 ; Salle, 2016), la construction de nouveaux établissements depuis ces 30 dernières années a conduit à la mise en service d'environ 30 000 places de prison supplémentaires, en renforçant la sécurité extérieure (« périmétrique » ou « passive ») des bâtiments de détention, via des mesures architecturales et matérielles, permettant de sectoriser les espaces et d'isoler davantage les lieux d'activités de l'extérieur. Depuis la fin des années 2000, des réflexions sont engagées pour développer les actions pour lesquelles le facteur humain est renforcé grâce, notamment, à une intensification de la relation surveillant/détenu (Icard, 2016 ; Milhaud, 2017 ; Scheer, 2016). Cette approche novatrice, désignée comme « sécurité active », a été consacrée par les règles pénitentiaires européennes dès 2006 (Conseil de l'Europe, 2006).

Pourtant, le renforcement de la sécurité « passive » n'a pas permis de lutter réellement contre l'introduction de substances ou d'objets interdits en détention qui se produit à l'occasion des parloirs, par des projections extérieures ou par certains professionnels et intervenants au sein de l'établissement (Bouagga, 2015 ; Milhaud, 2017 ; Protais et Jauffret-Roustide, 2019 ; Touraut, 2012).

La diversité des réponses adoptées par l'administration pénitentiaire

En 1996, les réponses de l'administration pénitentiaire étaient jugées partielles et insuffisantes face au problème de la consommation et de la variété des stratégies déployées

par les personnes incarcérées pour introduire des produits, notamment du cannabis, qui représentait autour de 70 % des saisies en région Île-de-France, Provence-Alpes –Côte d’Azur et Nord-Pas-de-Calais (Jean, 1996). Vingt ans après, Circé permet de dresser un inventaire de l’ensemble des solutions pratiques apportées aux actes en lien avec les drogues, dans le contexte ou en marge du cadre présenté dans la section précédente. L’enquête distingue une gamme de réponses « officielles », « renforcées », et certaines réponses construites au cours des interactions entre surveillants et personnes incarcérées.

Les réponses « officielles » sont essentiellement de type disciplinaire, visant à appliquer le droit pénitentiaire. En 1996, les commissions disciplinaires se réunissaient dans 93 % des cas et donnaient lieu à une sanction dans 95 % des situations (Jean, 1996). En 2018, les directions des établissements interrogées dans le cadre de l’enquête Circé se disent dans l’incapacité de donner suite à l’ensemble des incidents liés à la drogue (consommation, échanges, trafic, etc.), tant ces derniers se sont généralisés à leurs yeux. Ils continuent toutefois de privilégier les réponses disciplinaires lorsque des produits stupéfiants sont découverts (Bouagga, 2015 ; Fernandez, 2010 ; Protais et Jauffret-Roustide, 2019).

Les réponses « renforcées » sont complémentaires des premières, tout en restant ancrées dans la logique de la sécurité passive. Elles varient selon les structures. Pour lutter contre les projections extérieures, les programmes immobiliers depuis le milieu des années 2000 (programme 13 200 et suivants) prévoient des « glacis » autour des établissements pour limiter l’accès aux cours de promenade (fossés, grillages périmétriques...). Pour les structures plus anciennes, l’aménagement de l’espace pour limiter les projections, en installant par exemple des filets plus hauts que de coutume autour des cours de promenade, s’effectue grâce à des financements spécifiques de la direction interrégionale des services pénitentiaires ou directement par l’administration centrale.

Par ailleurs, la question du contrôle des familles et de la fouille des personnes détenues à l’issue des parloirs mobilise de manière importante les services pénitentiaires. Depuis l’adoption de la loi pénitentiaire, la question du rétablissement des fouilles intégrales à l’issue des parloirs est revendiquée de manière constante par les organisations syndicales de surveillants, principalement pour lutter contre l’introduction de produits et de matériel interdits en détention. Ainsi, l’article 57 de la loi de 2009 a fait l’objet de deux modifications législatives pour permettre le rétablissement de ce type de fouille, lorsque les circonstances s’y prêtent (lois du 3 juin 2016 et du 23 mars 2019). Concernant la lutte contre l’introduction de stupéfiants et/ou d’alcool, ces mesures de contrôle ont néanmoins un impact limité, certains produits pouvant être consommés durant le parloir et d’autres dissimulés in corpore durant celui-ci.

D’autres mesures spécifiques destinées à renforcer les opérations de contrôle avant les parloirs sont également mises en œuvre en lien avec le Parquet, les services de police ou de gendarmerie : intervention de brigades cynophiles avant les parloirs ; patrouille des forces de l’ordre autour des établissements pour dissuader les projeteurs ; ouverture d’enquête judiciaire avec mise sous écoute de trafiquants présumés... Plus récemment, des équipes pénitentiaires spécialisées destinées à renforcer la sécurité dans les établissements ont été mises en œuvre avec pour mission d’intervenir également sur le domaine périmétrique pour éviter les intrusions et les projections¹³.

13. Pour illustrer les différentes mesures prises au cours des années 2010, voir la présentation du Plan sécurité du 3 juin 2013, la note d’application du 2 août 2017 ou les protocoles signés entre le ministère de la Justice et les organisations représentatives des personnels de surveillance en décembre 2015 et janvier 2018.

Enfin, les réponses « de contexte » s'inscrivent dans la relation entre surveillants et détenus. Elles révèlent la limite des réponses d'ordre disciplinaire en mettant en lumière leur incapacité à couvrir l'ensemble des actes liés à la drogue, tout autant qu'à conformer les personnes incarcérées aux attentes du milieu carcéral. De fait, nombre de travaux de sociologie montrent que l'ordre se négocie en prison entre surveillants et détenus (Chauvenet, 1996 ; Rostaing, 1997, 2014). Quelques travaux ont déjà montré que la drogue peut jouer un rôle pacificateur (Hyst et Cabanel, 2000 ; Stankoff et al., 2000). C'est également en jouant sur une tolérance variant en fonction des personnes incarcérées et du contexte que certains surveillants obtiennent la paix sociale (Protais et Jauffret-Roustide, 2019). Cette permissivité est susceptible de se généraliser dans certaines maisons d'arrêt des grandes agglomérations, du fait de la peur ressentie par les personnels de surveillance au quotidien, pour partie due à la surpopulation.

L'enquête Circé montre que la tolérance du milieu carcéral à l'égard des drogues atteint un paroxysme lorsque ce système de transaction s'effectue avec certains détenus ayant du pouvoir en détention, potentiellement détenteurs du marché de stupéfiants à l'intérieur de l'établissement. La lutte contre les réseaux de trafic au niveau de la direction est alors susceptible d'entrer en tension avec la « négociation de l'ordre » que mènent les surveillants au sein des bâtiments. Cette étude confirme par ailleurs que certains agents (minoritaires, selon les personnes interrogées) participent aux activités illégales liées aux drogues, leurs motivations étant, la plupart du temps, financières.

Les réponses sanitaires : les tensions liées à l'exercice en milieu carcéral

Les réponses sanitaires sont mieux documentées que celles de l'institution pénitentiaire. Les travaux qualitatifs sur la médecine en prison et ceux qui portent plus directement sur la prise en charge des addictions montrent que la pratique dans ce contexte spécifique suscite des interrogations et des problèmes affectant les prises en charge.

L'organisation des soins en prison : les « impensés » de l'émancipation de la tutelle pénitentiaire

L'organisation du système de santé des personnes détenues en France est régie par la loi du 18 janvier 1994 qui prévoit leur affiliation au régime de l'Assurance maladie et l'intervention, dans chaque établissement pénitentiaire, du service public hospitalier pour assurer les consultations, le suivi médical ou les hospitalisations. Ce décloisonnement a débuté pour les soins psychiatriques en 1986, avec la transformation en services médico-psychologiques régionaux (SMPR) des 26 unités créées en 1968 (centres médico-psychologiques régionaux). À partir de 1987, 16 antennes toxicomanie (devenues, depuis 2008, CSAPA en milieu pénitentiaire) dépendant à l'origine des unités psychiatriques se sont implantées en milieu carcéral. Ces prises en charge ont été complétées sur le plan somatique à partir de 1994 par la création d'unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA, devenues unités sanitaires en 2012) rattachées à l'hôpital public dans chacun des établissements pénitentiaires. Les UCSA ont été chargées de la mise en œuvre, dès 1998, de l'accès aux traitements de substitution aux opiacés, après leur autorisation en milieu libre (1995) et actuellement près de 8 % des personnes détenues bénéficient d'une telle prescription (Brisacier, 2019).

Ce décloisonnement en matière de soins s'est poursuivi dans les années 2000, avec l'ouverture d'unités hospitalières dédiées au sein des hôpitaux pour les soins somatiques (unités hospitalières sécurisées interrégionales, UHSI) et les soins psychiatriques (unités hospitalières spécialement aménagées, UHSA), permettant l'hospitalisation des personnes incarcérées.

Enfin, dans le cadre du plan santé-justice 2010-2014, ont été institués des CSAPA « référents » auprès de chaque établissement pénitentiaire. Ces derniers ont pour mission d'améliorer, l'accompagnement des personnes détenues présentant des conduites addictives, tout en préparant la sortie en facilitant la continuité des prises en charge (Fédération Addiction, 2019).

Si l'action des CSAPA concerne désormais la quasi-totalité des établissements pénitentiaires (voir encadré 3), l'intervention des CAARUD reste beaucoup plus restreinte : seul un tiers d'entre eux rapportent des actions en prison (Cadet-Taïrou et Dambélé, 2014 ; Joël, 2018).

Encadré 3 - L'activité des CSAPA en milieu pénitentiaire

En 2016, 202 CSAPA ont indiqué intervenir en milieu carcéral (Palle et Rattanatray, 2018). Parmi eux, 172 ont fourni des données sur le nombre de personnes suivies, dont 11 intervenants exclusivement en prison (anciennes antennes toxicomanies créées à la fin des années 1980). Ces centres sont intervenus dans 162 établissements différents. Certains interviennent dans plusieurs structures, mais inversement, plusieurs d'entre eux sont également susceptibles d'intervenir dans un même établissement.

Cette activité a concerné environ 28 150 personnes, dont 8 754 personnes pour les seuls CSAPA en milieu pénitentiaire. La file active moyenne s'établit à 164 personnes, alors que la médiane se situe à 95. Cette importante différence s'explique pour une large part par la taille beaucoup plus élevée des files actives dans les centres situés exclusivement en prison. Le CSAPA de Fleury-Mérogis indique ainsi avoir pris en charge 2 700 personnes, celui de Fresnes et celui des Baumettes environ 950 personnes chacun. Parmi les autres structures, seules cinq déclarent une file active supérieure à 400 (Nancy, Nanterre [2], Toulon-La Farlède, Perpignan).

Les prises en charge par les CSAPA se font à l'initiative soit des personnes détenues (31 % en 2016), soit de l'unité sanitaire (37 %), soit du SPIP (21 %). Les produits à l'origine des prises en charge sont d'abord l'alcool (44 %), puis le cannabis (23 %) et enfin les opiacés (14 %).

Dans le cadre de leurs missions d'accompagnement des personnes détenues après leur incarcération, plus de la moitié des sortants ont été orientés vers un service du CSAPA référent (24 %) ou vers une structure de soin en addictologie classique (33 %). Les rapports d'activité des CSAPA entre 2014 et 2016 montrent une stabilité de ces différents indicateurs.

L'arrivée des personnels hospitaliers, par leur nombre, a créé un changement majeur pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues (Halley des Fontaines et al., 2018 ; Lancelevée, 2016 ; Le Bianic et Malochet, 2011). Les différentes évaluations de la réforme de 1994 (Branchu et al., 2015 ; Moreau, 2010) et des différents plans santé/justice mis en œuvre depuis 25 ans attestent de la nette amélioration de la prise en charge sanitaire, mais aussi de difficultés persistantes concernant l'organisation et l'accès aux soins : faible disponibilité des soignants compte tenu de leur surcharge de travail, annulation d'extractions médicales programmées en vue de consultations de spécialistes à l'hôpital de rattachement, etc. Ces dernières difficultés s'expliquent par l'état sanitaire des personnes incarcérées, plus dégradé qu'en population générale, et sont accentuées par la surpopulation (en maison d'arrêt) et/ou l'éloignement géographique des centres pénitentiaires (principalement pour les établissements pour peine).

Par ailleurs, la prise en charge médicale des personnes détenues reste marquée par les « impensés » de la réforme de 1994 (Lechien, 2001). Les soignants ont une culture professionnelle bien distincte des personnels pénitentiaires : ils poursuivent des objectifs de santé physique et psychique, leurs pratiques sont encadrées par le respect du secret médical et de la confidentialité des données personnelles. Ces différences sont susceptibles de générer des conflits de territoires et des tensions interprofessionnelles avec les personnels d'insertion et de probation, les personnels de détention et les intervenants extérieurs lors de la mise en œuvre d'actions spécifiques. Les travaux existant sur le sujet (Lancelevée, 2016 ; Lechien, 2001) montrent que les professionnels du soin perçoivent le secret médical comme constamment menacé par les autorités pénitentiaires. Le champ d'application de ce principe éthique varie toutefois d'un professionnel à l'autre ainsi qu'en fonction des situations (Lancelevée, 2016). Cette question est particulièrement prégnante dans le cadre de prises en charge interdisciplinaires au sein desquelles la définition du périmètre des compétences est l'objet de débats et de controverses (Touraut, 2019).

Dans le cadre du plan gouvernemental 2013-2017, des dispositifs spécifiques de prise en charge pluridisciplinaire des personnes incarcérées présentant des addictions ont également été mis en œuvre, notamment l'expérimentation de l'Unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD) et le développement de programmes de prévention de la récidive (PPR), dont certains visent spécifiquement les personnes détenues souffrant d'addictions¹⁴ (voir encadré 4). La stratégie nationale de santé des personnes placées sous main de justice (ministère des Affaires sociales et de la Santé, ministère de la Justice, 2017) et le plan national de mobilisation contre les addictions porté par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA, 2018) sont venus conforter la mise en œuvre de ce type d'actions en promouvant les échanges entre les différents professionnels. Toutefois, les réponses publiques apportées à la question des drogues varient encore d'un service à l'autre. Ainsi, des expériences fondées sur une approche communautaire comme l'URUD mise en place en 2017 au centre de détention de Neuvic ou le Programme de mobilisation pour favoriser l'accès aux soins (PMAS) de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas restent principalement portés par les professionnels qui les ont initiés (Protais, 2018) : l'administration pénitentiaire à Neuvic et le SMPR à Lyon-Corbas.

Encadré 4 - Quelques dispositifs spécifiques visant les personnes incarcérées présentant des conduites addictives

Développés à la fin des années 2000 au sein des SPIP et animés par les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, les programmes de prévention de la récidive (PPR) ont comme objectif de mobiliser les personnes condamnées (en milieu ouvert ou fermé) sur les problématiques liées à leur passage à l'acte (Moulin et Palaric, 2014). Dans le cadre des plans gouvernementaux de lutte contre les addictions (2008-2011 et 2013-2017), l'administration pénitentiaire a encouragé, avec le soutien de la MILDECA, la mise en œuvre de PPR organisés autour des problématiques addictives. Toutefois, leur mise en place est confrontée à différents obstacles dont les difficultés d'articulation avec les problématiques criminologiques.

Le programme de mobilisation pour favoriser l'accès aux soins (PMAS) est un dispositif implanté à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas lors de la mise en service de cet établissement. Il vise à favoriser le recours aux soins en « améliorant la santé globale » du détenu et le mettant dans une « dynamique de changement » (selon le livret d'accueil du PMAS) grâce à un cycle de 5 semaines non renouvelable. Le dispositif propose un cadre rythmant la vie carcérale avec un certain nombre d'activités permettant de se mettre dans une dynamique

14. De même, l'administration pénitentiaire a noué des partenariats avec les Alcooliques anonymes et les Narcotiques anonymes pour permettre l'intervention de pairs-aidants auprès des personnes condamnées.

journalière. Il incite également à développer certaines premières ressources pour résister à l'envie de consommer, mais aussi à s'inscrire dans un processus de changement (développement des compétences psychosociales, apprentissage de nouveaux modes de résolution des conflits interpersonnels et psychiques...).

Enfin, depuis juin 2017 est expérimentée en France une première unité carcérale inspirée du modèle des communautés thérapeutiques (l'Unité de réhabilitation pour usagers de drogues, URUD) au centre de détention de Neuvic. Celle-ci propose une prise en charge intensive basée sur le fonctionnement communautaire visant des objectifs thérapeutiques et de sortie de la trajectoire délinquante. Le programme s'organise autour de divers ateliers, certains portant sur le rapport aux produits, d'autres sur la réadaptation sociale et le maintien de la santé. Il est animé par plusieurs professionnels qui travaillent de concert : professionnels psycho-socio-éducatifs, conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation et surveillants pénitentiaires. Un premier bilan de fonctionnement a été demandé à l'OFDT pour accompagner sa mise en œuvre. Il montre que le dispositif permet, selon les personnes interrogées de pacifier les relations entre personnes incarcérées et surveillants, au titre qu'il fournit des espaces d'expression et de résolution des conflits. Les bénéficiaires témoignent également d'effets perçus comme positifs, comme la mise en place d'un « travail sur soi » et le sentiment d'avoir « avancé » dans sa trajectoire biographique. Ce bilan soulève toutefois des interrogations, concernant principalement l'aspect sélectif du programme et la question de la confidentialité des informations personnelles délivrées à l'occasion des activités organisées dans ce cadre. Cette expérimentation a été prolongée jusqu'en 2020. Des données médico-économiques sont également attendues pour statuer sur l'éventuelle réplique du dispositif.

La réduction des risques en tension : entre logique sanitaire et logique pénitentiaire

Depuis 1993, l'OMS préconise un principe d'équivalence pour la prévention et les soins entre l'univers carcéral et le milieu libre (WHO, 1993). La loi de 1994 a été suivie de la circulaire de 1996 (DGS/DH/DAP n°96-739, 5 décembre 1996) qui définit les mesures de prévention du VIH. Cette circulaire mentionne les préservatifs, les traitements de substitution aux opiacés, mais elle ne mentionne pas l'accès au matériel de consommation à moindre risque (kits sniff, d'inhalation ou d'injection). La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit dans son article 41 que « la politique de réduction des risques et des dommages inclut les personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. » Les tensions entre la logique sanitaire et la logique pénitentiaire rendent complexe l'application des recommandations internationales pour la mise en place d'une politique de réduction des risques. En témoignent notamment les discussions entre acteurs pénitentiaires et sanitaires autour de la loi de 2016, avec un point de tension spécifique concernant la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues. Si ce principe a été rappelé par le plan national de mobilisation contre les addictions (2018-2022, objectif 10.2 ; MILDECA, 2018), les interprétations de l'article 41 de la loi de santé de 2016 divergent. Le champ sanitaire l'a appréhendé comme une nécessité de respecter le principe d'équivalence entre le milieu ouvert et la prison, alors que c'est la notion de « modalités adaptées au contexte carcéral » qui a été retenue par certains acteurs du champ pénitentiaire pour s'opposer à l'introduction de la totalité des outils de réduction des risques en milieu pénitentiaire, dont les programmes d'échange de seringues (Michel et Jauffret-Roustide, 2019).

Ainsi, si certaines mesures axées sur la dimension médicale comme les traitements de substitution aux opiacés se sont développées, d'autres se heurtent à la pluralité de finalités et d'intérêts qui coexistent en milieu pénitentiaire. Le sociologue Fabrice Fernandez a pourtant

montré que les ambiguïtés de positionnement sur la question de la réduction des risques et des dommages conduit les personnes détenues à porter individuellement leur responsabilité des conséquences de la consommation (Fernandez, 2008). L'usager de drogues incarcéré doit alors trouver lui-même les moyens de se procurer du matériel, voire de le rendre stérile. L'enquête PREVACAR menée par l'Institut de veille sanitaire¹⁵ et la DGS en 2010 montre par exemple, que 18 % des professionnels de santé disaient avoir appris que des seringues avaient été retrouvées dans les cellules au cours des 12 derniers mois (DGS, 2011). Dans un même ordre d'idées, dans l'inventaire ANRS-PRIDE² mené par l'INSERM et la Croix-Rouge, 34 % des soignants disent avoir prodigué des soins pour des complications pouvant être attribuées à l'usage de drogues (injection), sans pouvoir toutefois affirmer si ces complications étaient liées à des injections avant ou pendant l'incarcération (Michel et al., 2011).

Le détournement de médicaments psychotropes : des réponses multiples et non concertées

De nombreux travaux soulignent la consommation importante de médicaments psychotropes en milieu carcéral (Jaeger et Monceau, 1996 ; Monceau et al., 1996 ; Pauly et al., 2010) . Une étude menée à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas estime que 37 % des hommes consomment des benzodiazépines (Lerat et al., 2011). L'étude COSMOS publiée en 2019 (Rousselet et al., 2019) montre que 9 % des détenus interrogés usent de MSO, 28 % d'anxiolytiques et 18 % d'hypnotiques. Cette surconsommation serait le résultat de prescriptions plus massives en prison (Harcouët et Hazebroucq, 2000), mais aussi du mésusage (Claudon-Charpentier et al., 2000 ; Harcouët et Hazebroucq, 2000) et du troc (Fernandes Pereira et Simon, 2017 ; Guerlais et al., 2015 ; Harcouët et Hazebroucq, 2000 ; Lécu, 2006 ; Pauly et al., 2010 ; Sirot, 2003) entre personnes incarcérées. Les travaux sur la réaction des soignants au contexte spécifique de l'exercice en milieu carcéral montrent qu'ils mettent en oeuvre différentes stratégies, entre adaptation au milieu carcéral, compréhension des enjeux de santé et sanction des abus.

Les réponses adaptatives consistent en un ajustement des pratiques prescriptives au milieu pénitentiaire. Certains professionnels limitent par exemple la gamme des benzodiazépines prescrites, préférant celles à durée de vie courte (Protais et Jauffret-Roustide, 2019). L'enquête PRIDE² réalisée en 2010 (Michel et al., 2011) estimait que le plafonnement des doses prescrites concernait 17 % des établissements. Une enquête réalisée en 2003 par l'OFDT montrait que pour lutter contre le mésusage, certains services médicaux intervenant en détention avaient instauré « la règle des 8 mg », qui consiste à ne distribuer aux personnes incarcérées que des piluliers de Subutex[®] de moins de 8 mg (Obradovic, 2004). Outre les prescriptions, certains établissements adaptent les modes d'administration en diluant ou pilant certains cachets (Michel et Maguet, 2003). Selon l'enquête PRIDE², 19 % des établissements déclaraient piler ou diluer la buprénorphine haut dosage (BHD) en 2010 (Michel et al., 2011). Ces différentes pratiques ne sont pas conformes aux modes de prescription recommandées comme l'a rappelé le guide publié par la Direction générale de la santé et la MILDECA en 2013 (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies, MILDT, à l'époque) après avoir animé un groupe de travail avec des professionnels (ministère des Affaires sociales et de la Santé et MILDT, 2013). Le passage aux médicaments orodispersibles est également une stratégie communément rapportée par les soignants (Protais, 2015 ; Protais et Jauffret-Roustide, 2019). Certains professionnels interrogés en UHSA expliquent de leur côté modifier le traitement de substitution de certains détenus, suspectés par l'équipe soignante de mésusage en passant de la BHD à la méthadone (Protais, 2015).

15. Intégré à Santé publique France (SpF) depuis 2016.

L'adaptation des modes de distribution fait partie des pratiques répertoriées par la DGS et la MILDECA dans un guide concernant la prescription de médicaments de substitution aux opiacés (ministère des Affaires sociales et de la Santé et MILDT, 2013). Une enquête de l'OFDT réalisée en 2003 montrait que la distribution devant un intervenant de santé, qui est obligatoire concernant la méthadone, était étendue par certaines unités sanitaires à la BHD, voire aux benzodiazépines (Obradovic, 2004). Ces pratiques paraissent actuellement résiduelles, les prescriptions s'effectuant de manière hebdomadaire ou par période de trois jours, excepté pour les personnes détenues affectées en SMPR qui bénéficient d'une distribution 3 fois par jour.

Les réponses compréhensives sont décrites par l'enquête Circé (Protais et Jauffret-Roustide, 2019). Celle-ci montre que les soignants sont nombreux à manifester leur désarroi quant à la question du mésusage et du trafic de médicaments psychotropes en milieu carcéral. Ils évoquent une contradiction évidente entre l'attitude soignante impliquant une relation de confiance avec le patient et la suspicion qu'induit une vigilance à la question du détournement (Le Bianic et Malochet, 2011). Le dialogue avec le détenu dans une attitude compréhensive et bienveillante, lorsqu'un écart à la prescription est suspecté ou constaté, est la réponse principalement valorisée par les professionnels des unités sanitaires rencontrés dans le cadre de cette étude. L'objectif pour les soignants est de réussir à obtenir le consentement de la personne pour redéfinir un rapport acceptable au médicament. Le retour du traitement non pris suivi de la diminution des prescriptions est bien souvent ce qui est négocié par les soignants avec le détenu. Ce positionnement peut être mis en regard du discours des personnes détenues qui soulignent le contrôle dont elles font l'objet par le biais de vérification de la prise de médicament ou de sanctions.

Les réponses sanctionnantes, enfin, consistent à suspendre le traitement, voire la prise charge, lorsqu'un détournement est mis en évidence. Si seule une minorité de professionnels interrogés dans le cadre de Circé révèlent s'inscrire dans ce genre de pratiques, elles ressortent pourtant dans l'enquête de 2015 réalisée en UHSA (Protais, 2015). La majorité des soignants rencontrés exercent également en milieu carcéral classique et quelques-uns disent transposer leurs pratiques en unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA). La méthodologie adoptée dans cette enquête (observation directe et entretiens) révélait par ailleurs, probablement davantage que pour Circé, uniquement basée sur des données déclaratives, des pratiques plus contestables au regard de l'éthique médicale, telle que le recours à la chambre d'isolement comme pratique « punitive » ou le renvoi en détention des patients réitérant dans la consommation de produits stupéfiants.

Préparer la sortie : un enjeu majeur pour les usagers de drogues

Deux études récentes rappellent que la libération est un temps particulièrement sensible pour les usagers (Hagège, 2016 ; Joël, 2018), alors susceptibles de renouer avec les consommations et les pratiques à risques.

La généralisation de l'intervention des CSAPA référents a permis d'améliorer l'articulation entre l'unité sanitaire et le SPIP, même si les professionnels et les bénéficiaires continuent de souligner des problèmes de coordination entre les acteurs (Joël, 2018). Ces difficultés sont renforcées par la diversité des dispositifs d'intervention dont le financement dépend d'institutions multiples (ARS, MILDECA, fonds de prévention de la délinquance...). Pourtant, la présence de référents pour les démarches d'insertion sociale apparaît essentielle pour faciliter la bonne préparation à la sortie et l'accès aux droits (papiers d'identité, accès aux droits sociaux, démarches liées au logement principalement ; Fédération Addiction, 2019).

L'incertitude concernant la date de fin d'incarcération, voire la brièveté de celle-ci pour les courtes peines de prison, peut constituer un facteur de risque pour les prévenus. M. Hagège montre que, s'agissant des traitements de substitution aux opiacés, une sortie programmée est généralement accompagnée de la délivrance d'une ordonnance, voire de médicaments pour quelques jours, réduisant ainsi le risque de rupture de soins (Hagège, 2016).

Ainsi, l'articulation dedans/dehors est un enjeu majeur en matière de santé des personnes détenues et pour l'ensemble des intervenants car près de la moitié (40 %) des personnes qui sont suivies par les SPIP en milieu ouvert (Morel d'Arleux et al., 2018) ont été incarcérées au cours des 5 années précédentes.

CONCLUSION

La question des drogues en milieu pénitentiaire a donné lieu à un nombre significatif de publications françaises qui témoignent d'usages à l'entrée en prison et au cours de l'incarcération plus élevés que pour la population générale, tout particulièrement pour le cannabis. Elles mettent par ailleurs en évidence des motivations d'usage et des effets de l'expérience carcérale sur les parcours de consommation très diversifiés. Alors que, dans certains cas, l'incarcération accroît un processus de dégradation physique et morale, dans d'autres, elle constitue une période de pause dans les usages, permettant un accès au soin qui est parfois difficile en milieu libre du fait de la précarisation des personnes. Les données de quantification des consommations restent toutefois disparates du fait des conditions difficiles de recueil en milieu carcéral. Les enquêtes sur la question mériteraient d'être complétées par des études répétées, neutralisant les biais rencontrés et utilisant systématiquement une méthodologie identique, afin de permettre les comparaisons au cours du temps, entre aires géographiques ou entre types d'établissement.

Les réponses qui sont apportées oscillent entre la logique pénitentiaire, inscrite dans l'objectif de contrôle des comportements, et la logique soignante. Cependant, les frontières des territoires professionnels ne sont pas si claires qu'il y paraît, occasionnant des conflits et controverses concernant la prise en charge des personnes. Ces ambiguïtés sont particulièrement prégnantes concernant le secret professionnel des soignants et l'application des mesures de réduction des risques au milieu carcéral. Ainsi, malgré les évolutions des années 1990/2000, les personnes incarcérées usagères de drogues ne bénéficient pas à ce jour d'un égal accès aux soins et aux mêmes types d'intervention qu'en milieu libre.

Dans le prolongement des politiques menées depuis le début des années 2000, les ministères de la Santé et de la Justice ont adopté en 2017 une stratégie de santé des personnes placées sous main de justice, déclinée en juillet 2019 en une feuille de route 2019-2022. Celle-ci prévoit la mise en œuvre de nouvelles enquêtes épidémiologiques, nécessaires pour mieux connaître l'évolution de la situation sanitaire des personnes incarcérées. Elle encourage également la mise en œuvre de réponses innovantes pour les personnes présentant des conduites addictives dans le but de promouvoir les mesures alternatives à l'incarcération, d'améliorer la prise en charge durant l'incarcération et de mieux organiser la poursuite des soins à la sortie.

Repères méthodologiques

Le travail réalisé dans les enquêtes récentes produites par l'OFDT (Protais, 2018 ; Protais et Jauffret-Roustide, 2019) sur la question des drogues en prison a constitué le point de départ de ce *Théma*. Ces deux enquêtes ont permis un premier travail de recension des données tout autant que des focales sur certains sujets évoqués dans ce numéro.

Cette publication s'appuie ensuite sur une revue de la littérature s'apparentant à une revue narrative¹⁶ incluant trois approches complémentaires :

- une recension des articles publiés depuis 20 ans effectuée grâce à une recherche et une veille bibliographique réalisée par une documentaliste sur les principales revues d'addictologie et de psychiatrie ainsi que dans la base CAIRN et celle de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Les mots-clés choisis étaient : « prison ET France ET (médicament* OU drogue*) ». Ils ont le statut de notions génériques, incluant des univers sémantiques proches (milieu pénitentiaire, centre de détention, etc.). La limite de 20 ans a été choisie pour balayer la période 2000-2019 qui est celle lors de laquelle la majorité des écrits sur la question a été produite et le débat social s'est emparé du sujet ;
- une méthode « boule de neige » (consistant à étudier les bibliographies d'écrits « de référence » pour s'assurer que certaines références importantes n'ont pas été oubliées), permettant d'inclure des ouvrages plus généraux, des rapports et enquêtes « de référence » sur la question ;
- une étude plus spécifique des deux revues de la littérature disponibles pour la France, très détaillées sur la question, servant de repère dans l'ensemble des références (INSERM, 2010, 2012 ; Obradovic *et al.*, 2011).

Ces sources ont par ailleurs été complétées par des écrits plus généraux en sciences sociales sur la prison. Au total, près de 300 références (articles scientifiques, rapports et ouvrages¹⁷) ont été exploitées.

16. Une revue narrative ne vise pas l'exhaustivité, à l'inverse d'une revue de littérature systématique. Elle fonctionne selon un effet « boule de neige » visant à regrouper un ensemble de données pertinentes, de manière à apporter une connaissance globale d'un sujet.

17. La bibliographie du présent document n'inclut que les références citées dans le cadre de cette publication.

BIBLIOGRAPHIE

Sites accessibles au 30/12/2019

Adams L.E., Yasmin S., Briggs G., Redden K., Silvas S., Anderson S., Weiss J., Tsang C.A., Henke E., Francies J., Herrick K., Lira R., Livar E., Thompson G., Sunenshine R., Robinson B.F., Bisgard K.M., Komatsu K.K. (2015) Alcohol production, prevention strategies, and inmate knowledge about the risk for botulism from pruno consumption in a correctional facility - Arizona, 2013. *Journal of Correctional Health Care*, Vol. 21, n° 4, p. 335-342.

Aebi M.F., Tiago M.M., Berger-Kolopp L., Burkhardt C. (2018) SPACE I - Prison populations. Survey 2016. Strasbourg, Council of Europe, coll. Council of Europe Annual Penal Statistics, PC-CP (2017)10, 148 p.

Allaria C., Boucekine M. (2019) [L'incarcération des personnes sans logement et en grande difficulté psychique dans les procédures de comparution immédiate](#). *Champ Pénal*, n° 18, doi : 10.4000/champpenal.11327.

Altice F.L., Azbel L., Stone J., Brooks-Pollock E., Smyrnov P., Dvoriak S., Taxman F.S., El-Bassel N., Martin N.K., Booth R., Stover H., Dolan K., Vickerman P. (2016) The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *The Lancet*, Vol. 388, n° 10050, p. 1228-1248.

Badinter R. (1992) *La prison républicaine - 1871-1914*. Paris, Fayard, 429 p.

Barré M.-D., Froment B., Aubusson De Cavarlay B. (1994) [Toxicomanie et délinquance : du bon usage de l'usager de produit illicite](#). Guyancourt, CESDIP, 211 p.

Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S. (2015) [Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014](#). *Tendances*, OFDT, n° 99, 8 p.

Benso V., Gérome C. (à paraître) *Les usages de produits psychoactifs chez les habitants de quartiers populaires de Seine Saint Denis : rapport intermédiaire*.

Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (2010) *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'évènement*. Paris, La Découverte, coll. Recherches, 397 p.

Bouagga Y. (2015) *Humaniser la peine ? Enquête en maison d'arrêt*, PU Rennes, coll. Le sens social, 311 p.

Bouhnik P., Touzé S., RESSCOM (1996) *Héroïne, sida, prison : trajectoires, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés*. Marseille / Seine Saint-Denis. Paris, ANRS, 566 p.

Bouhnik P., Jacob E., Maillard I., Touzé S., RESSCOM (1999) *L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison - Poly-consommations - Substitution. Les « années cachets »*. Paris, Ministère Emploi Solidarité, DGS, Ministère Justice, DAP, 155 p.

Boumaza M., Campana A. (2007) *Enquêter en milieu « difficile »*. Introduction. *Revue française de science politique*, Vol. 57, n° 1, p. 5-25.

Branchu C., Guedj J., D'almeida S., Zientara-Logeay S., De Blasi M., Lopez F. (2015) [Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice](#). Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 176 p.

Brisacier A.-C. (2019) [Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes »](#). Mise à jour 2019. Paris, OFDT, 19 p.

Cadet-Taïrou A., Dambélé S. (2014) [Les CAARUD en 2010. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD](#). Saint-Denis, OFDT, 51 p.

Cadet-Taïrou A. (2019) [Modes d'usage, évolutions récentes](#). In: Drogues et addictions, données essentielles. Paris, OFDT, p. 38-41.

Canat A.-B. (2012) Facteurs influençant la toxicomanie en milieu carcéral. Etude qualitative chez d'anciens détenus recrutés en Centres de Soins pour Toxicomanes. Université Joseph Fournier, Faculté de médecine de Grenoble, Thèse de médecine, 186 p.

Carpentier C., Royuela L., Noor A., Hedrich D. (2012) Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: Issues and challenges. *The Howard Journal of Criminal Justice*, Vol. 51, n° 1, p. 37-66.

Carpentier C., Royuela L., Montanari L., Davis P. (2018) The global epidemiology of drug use in prison (Chapter 2). In: *Drug use in prisoners. Epidemiology, implications, and policy responses*, Kinner S.A., Rich J.D.J. (Dir.), Oxford University Press.

CGLPL (2017) Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2016. Paris, Dalloz, 328 p.

Chan-Chee C., Verdot C. (2018) État de santé des personnes sous main de justice. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 104, p. 13-16.

Chantraine G. (2004) *Par-delà les murs : expériences et trajectoires en maison d'arrêt*. Paris, PUF, 274 p.

Chauvenet A. (1996) L'échange et la prison. In: *Approches de la prison*, Faugeron C., Chauvenet A., Combessie P. (Dir.). Paris, De Boeck & Larcier, p. 45-70.

Chauvenet A., Rostaing C., Orlic F. (2008) *La violence carcérale en question*. Paris, PUF, coll. Le lien social, 347 p.

Claudon-Charpentier A., Hoibian M., Glasser P., Lalanne H., Pasquali J.-L. (2000) La population toxicomane incarcérée : séroprévalences du virus d'immunodéficience humaine et des virus des hépatites B et C peu après la mise sur le marché de la buprénorphine. *Revue de Médecine Interne*, n° 21, p. 505-509.

Conseil de l'Europe (2006) [Règles pénitentiaires européennes](#). Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe, 144 p.

Cunha M.I. (1997) Le temps suspendu. Rythmes et durées dans une prison portugaise. *Terrain*, n° 29, p. 59-68.

DAP (2014) [Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980 - 2014](#). Paris, Direction de l'administration pénitentiaire, Sous-direction des personnes placées sous main de justice, Bureau des études et de la prospective, 73 p.

DAP (2017) [Données-clés de l'enseignement en milieu pénitentiaire. Année 2015-2016](#). Paris, Direction de l'administration pénitentiaire, Pôle enseignement (SDMI2), 13 p.

DAP (2018) [Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France. Situation au 1^{er} janvier 2018](#). Paris, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, 56 p.

DAP (2019) [Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France. Situation au 1^{er} janvier 2019](#). Paris, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, 62 p.

de Galembert C., Henneguelle A., Touraut C. (Organisatrices) (2017) [Prison et méthodes de recherche](#) [Communications de la journée d'étude du 3 décembre 2015]. Criminocorpus.

DGS (2011) [Enquête PREVACAR - Volet offre de soins : VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral](#). Paris, Direction générale de la santé, 88 p.

DHOS (2004) Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire. Résultats de l'enquête de juin 2003. Paris, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 7 p.

Dolan K., Moazen B., Noori A., Rahimzadeh S., Farzadfar F., Hariga F. (2015) People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 26, Suppl. 1, p. S12-S15.

Dolan K., Wirtz A.L., Moazen B., Ndeffo-mbah M., Galvani A., Kinner S.A., Courtney R., McKee M., Amon J.J., Maher L., Hellard M., Beyrer C., Altice F.L. (2016) Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *The Lancet*, Vol. 388, n° 10049, p. 1089-1102.

Duburcq A., Coulomb S., Bonte J., Marchand C., Fagnani F., Falissard B. (2004) [Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral](#) (phase 1 de l'étude épidémiologique). Bourg-La-Reine, CEMKA-EVAL, 283 p.

EMCDDA (2012) [Prisons and drugs in Europe: the problem and responses](#). Lisbon, EMCDDA, coll. Selected issues, 36 p.

EMCDDA (2018) [Rapport européen sur les drogues 2018 : tendances et évolutions](#). Luxembourg, Publications Office of the European Union, 90 p.

EMCDDA (à paraître) *Drugs and prison*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Insights.

Escots S., Fahet G. (2004) [Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage : investigation menée en France en 2002-2003](#). Saint-Denis, OFDT, 115 p.

Facy F. (1997) *Toxicomanes incarcérés : étude épidémiologique auprès des antennes 1992-1995*. Sèvres, EDK, 107 p.

Falissard B., Loze J.Y., Gasquet I., Duburc A., de Beaurepaire C., Fagnani F., Rouillon F. (2006) Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry, Vol. 6, n° 33.

Fauchille E., Zerkly S., Trugeon A., Rovere O., Azzam K., Bauzin M.-P., Belot F., Breme V., Dulot J., Gentil T., Savin M. (2017) [État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex-Picardie. Caractéristiques sanitaire et sociale des nouveaux détenus en 2015](#), ARS des Hauts-de-France ; OR2S, 4 p.

Fédération Addiction (2019) [CSAPA référents en milieu pénitentiaire. Vers une meilleure identification](#). Paris, Fédération Addiction, 11 p.

Fernandes Pereira P., Simon C. (2017) Consommations de substances psycho-actives en milieu carcéral : étude qualitative rétrospective. Psychotropes, Vol. 23, n° 2, p. 35-56.

Fernandez F. (2008) Au risque de rester dedans : le travail de double ajustement des usagers de drogues incarcérés. In: Normes, déviances, insertions, Mauger G., Moreno Pestana J.-L., Roca M. (Dir.). Genève, Séismo, p. 168-189.

Fernandez F. (2010) Emprises. Drogues, errance, prison : figures d'une dépendance totale. Bruxelles, Larcier, coll. Crimen, 374 p.

Gandilhon M. (2010) L'institution carcérale en France au miroir des drogues illicites. Cahiers de la Sécurité et de la Justice, n° 12, p. 153-161.

Gentilini M., Tcheriatchoukine J. (1996) Infection à VIH, hépatites, toxicomanies dans les établissements pénitentiaires et état d'avancement de l'application de la loi du 18 janvier 1994. Rapport au garde des Sceaux et au secrétaire d'Etat à la Santé. Paris, Direction Générale de la Santé (DGS), 83 p.

Guerlais M., Perrouin F., Bronnec M., Legeay B., Mauillon D., Serre P., Chameau P.Y., Bleher Y., Mousande S., Pinot M.L., Jolliet P., Victorri-Vigneau C. (2015) Levons le tabou sur l'évolution des consommations en milieu carcéral. La Lettre du Pharmacologue, Vol. 29, n° 4, p. 121-124.

Hagège M. (2016) Sortir et s'en sortir ? Parcours de santé et vulnérabilité de détenus qui vivent avec le VIH ou une hépatite C en Ile-de-France. Thèse de sociologie, Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS), 721 p.

Hagège M. (2017) L'hépatite C et la prison : une opportunité de soins ? Santé Publique, Vol. 29, n° 4, p. 563-567.

Halley des Fontaines V., Czernichow P. (Coord.) (2018) Santé des personnes sous main de justice. Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 104, p. 9-43.

Harcouët L., Hazebroucq G. (2000) Particularités de l'exercice pharmaceutique en prison : expérience de la pharmacie de l'Unité de consultations et soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt Paris-La Santé. Journal de Pharmacie Clinique, Vol. 19, n° 2, p. 149-156.

Hiest J.-J., Cabanel G.-P. (2000) [Rapport de la Commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 10 février 2000](#). Tomes I et II. Paris, Sénat, coll. Rapport du Sénat n° 449, 775 p.

Icard V. (2016) Vers une conciliation entre sécurité et droit en prison ? Questionner la sécurité dynamique. *Déviance et Société*, Vol. 40, n° 4, p. 433-456.

INSERM (2010) Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 573 p.

INSERM (2012) Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 586 p.

Jaeger M., Monceau M. (1996) La consommation des médicaments psychotropes en prison. Ramonville Saint-Agne, Erès, 141 p.

Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y., Barin F., Emmanuelli J., Semaille C., Quaglia M., Razafindratsima N., Vivier G., Oudaya L., Lefèvre C., Désenclos J.-C. (2006) Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 33, p. 244-247.

Jauffret-Roustide M., Pillonel J., Weill-Barillet L., Léon L., Le Strat Y., Brunet S., Benoit T., Chauvin C., Lebreton M., Barin F., Semaille C. (2013) Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 39-40, p. 504-509.

Jean J.-P. (1996) Groupe de travail sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison et sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés. Rapport à M. le Garde des Sceaux. Paris, Ministère de la Justice, 96 p.

Joël M. (2018) [Prévention et réduction des risques et des dommages en prison et à la sortie](#). Rapport INED-Sidaction, 8 p.

Kensey A., Cirba L. (1989) Les toxicomanes incarcérés : étude socio-démographique des personnes incarcérées. Paris, Ministère de la Justice, coll. Travaux et documents, n° 38, 178 p.

Khosrokhavar F. (2004) *L'Islam dans les prisons*. Paris, Balland.

Kinani A., Karolak S., Lévi Y. (2018) Suivi de la consommation de drogues illicites par l'analyse des eaux usées dans trois établissements pénitentiaires de 2016 à 2017. Rapport de recherche remis à la Direction de l'administration pénitentiaire [non publié].

Kinner S.A., Rich J.D.J. (2018) *Drug use in prisoners. Epidemiology, implications, and policy responses*, Oxford University Press, 304 p.

Lancaster K., Rhodes T., Valentine K., Ritter A. (2019) A 'promising tool'? A critical review of the social and ethico-political effects of wastewater analysis in the context of illicit drug epidemiology and drug policy. *Current Opinion in Environmental Science & Health*, Vol. 9, p. 85-90.

Lancelevée C. (2016) Quand la prison prend soin. Enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. EHESS Paris, Thèse de sociologie.

Le Bianic T., Malochet G. (2011) Soigner, évaluer, contrôler : les dilemmes des soignants en milieu carcéral. In: Prisons sous tensions, Benguigui G., Guilbaud F., Malochet G. (Dir.). Nîmes, Champ Social éditions.

Le Caisne L. (2004) L'économie des valeurs : Distinction et classement en milieu carcéral. L'Année sociologique, Vol. 54, n° 2, p. 511-537.

Lechien M.-H. (2001) L'impensé d'une réforme pénitentiaire. Actes de la recherche en sciences sociales, n° 136-137, p. 15-26.

Lécu A. (2006) Médicaments et prison. Ethique publique, Vol. 8, n° 2.

Lerat M.C., Cabelguenne D., Lassia J., Meunier F., Zimmer L. (2011) Impact of pharmacist and clinician dual intervention on prescribed benzodiazepines in prisoner patients: a retrospective study. Fundamental and Clinical Pharmacology, Vol. 25, n° 6, p. 762-767.

Leroy A. (2019) [Qui oserait passer au feu orange ? Le rôle de l'expertise psychiatrique dans l'ordinaire des demandes d'aménagement des longues peines.](#) Champ Pénal, n° 18, doi : 10.4000/champpenal.11366.

Lukasiewicz M., Falissard B., Michel L., Neveu X., Reynaud M., Gasquet I. (2007) Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, Vol. 2, n° 1.

Maguet O., Calderon C., Anselem S. (2007) Revue de la littérature « drogues et prison ». Rapport à l'OFDT (non publié), CCMO.

Mahi L. (2018) La discipline médicale : ethnographie des usages de normes de santé et de savoirs médicaux dans les dispositifs de la pénalité. Paris 10, Thèse de Sociologie.

Meffre C. (2006) [Prévalence des hépatites B et C en France en 2004.](#) Saint-Maurice, InVS, 176 p.

Michel L., Maguet O. (2003) [L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral.](#) Rapport pour la Commission nationale consultative des traitements de substitution. Paris, DGS, 76 p.

Michel L., Jauffret-Roustide M., Blanche J., Maguet O., Calderon C., Cohen J., Taieb C., Carrieri P., Groupe de travail ANRS PRI²DE (2011) Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 39, p. 409-412.

Michel L., Trouiller P., Chollet A., Molinier M., Duchesne L., Jauffret-Roustide M., ANRS-Coquelicot Study Group (2018) Self-reported injection practices among people who use drugs in French prisons: Public health implications (ANRS-Coquelicot survey 2011-2013). Drug and Alcohol Review, Vol. 31, Suppl. 1, p. S268-S276.

Michel L., Jauffret-Roustide M. (2019) Prisons françaises et risque infectieux : l'urgence de la mise en œuvre du principe d'équivalence pour les mesures de prévention et de réduction des risques. *La Presse Médicale*, Vol. 48, n° 7-8 Pt 1, p. 752-755.

MILDECA (2018) [Alcool, tabac, drogues, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022](#). Paris, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 130 p.

Milhaud O. (2017) Séparer et punir. Une géographie des prisons françaises. Paris, CNRS, coll. Espaces et milieux, 320 p.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, MILDT (2013) [Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral](#), 52 p.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de la Justice (2017) [Stratégie santé des personnes placées sous main de justice](#) (PPSMJ), 29 p.

Moazen B., Saeedi Moghaddam S., Silbernagl M.A., Lotfizadeh M., Bosworth R.J., Alammehrjerdi Z., Kinner S.A., Wirtz A.L., Barnighausen T.W., Stover H.J., Dolan K.A. (2018) Prevalence of drug injection, sexual activity, tattooing, and piercing among prison inmates. *Epidemiologic Reviews*, Vol. 40, n° 1, p. 58-69.

Monceau M., Jaeger M., Gravier B., Chevy P. (1996) Les médicaments psychotropes en prison : de la consommation à la surconsommation. *Nervure - Journal de Psychiatrie*, Vol. 9, n° 1, p. 72-77.

Monod G. (2017) Cannabis et prison. *Pratiques en santé mentale*, Vol. 63, n° 2, p. 39-42.

Moreau F. (2010) La santé dans les prisons françaises. *Pouvoirs*, n° 135 (Prisons), p. 69-86.

Morel d'Arleux J., Lafont M., Vigoureux M. (2018) Rendre visible la probation. *Revue Projet*, n° 365 (Justice : la prison vaut-elle la peine ?), p. 44-52.

Moulin V., Palaric R. (2014) [Les groupes de parole de prévention de la récidive au sein des SPIP](#). *Champ Pénal*, Vol. 11, doi : 10.4000/champpenal.8955.

Mouquet M.-C. (2005) [La santé des personnes entrées en prison en 2003](#). *Etudes et Résultats*, DREES, n° 386, 12 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. (2004) [Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive](#). Rapport, 2003. Saint-Denis, OFDT, 100 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.

OFDT (2018) [RECAP \(Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge\)](#).

OFDT (2019) [Drogues et addictions, données essentielles](#). Paris, OFDT, 200 p.

Palle C., Rattanatrav M. (2018) [Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016](#). Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA. Saint-Denis, OFDT, 109 p.

Pauly V., Frauger E., Roubly F., Sirere S., Monier S., Paulet C., Gibaga V., Micallef J., Thirion X. (2010) Évaluation des conduites addictives chez les personnes entrant en milieu pénitentiaire à partir du programme OPPIDUM du réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP). *L'Encéphale*, Vol. 36, n° 2, p. 122-131.

Plancke L., Sy A., Fovet T., Carton F., Roelandt J.-L., Benradia I., Bastien A., Amariei A., Danel T., Thomas P. (2017) [La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais](#). Lille, F2RSM Psy, 34 p.

Pont J., Enggist S., Stöver H., Williams B., Greifinger R., Wolff H. (2018) Prison health care governance: Guaranteeing clinical independence. *American Journal of Public Health*, Vol. 108, n° 4, p. 472-476.

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.

Protais C. (2018) [L'Unité de réhabilitation pour usagers de drogues du Centre de détention de Neuville](#). Bilan de fonctionnement, septembre 2017-juin 2018. Saint-Denis, OFDT, 140 p.

Protais C., Jauffret-Roustide M. (2019) [Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral. Résultats de l'enquête Circé sur la question du marché des drogues en prison](#). Rapport final à destination de la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la justice. Paris, OFDT, 90 p.

Protais C., Milhet M., Díaz Gómez C. (2019) [Les addictions dans le programme Un chez soi d'abord](#). Enquête APROCHES. Paris, OFDT, 73 p.

Remy A.J. (2004) Le traitement de l'hépatite en prison est possible avec des résultats satisfaisants : résultats définitifs du premier observatoire prison hépatite C (POPHEC). *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, Vol. 28, n° 8-9, p. 784.

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. (2014) L'ordre négocié en prison : ouvrir la boîte noire du processus disciplinaire. *Droit et société*, n° 87, p. 303-328.

Rotily M., Delorme C., Ben Diane M.K. (1998a) Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport final. Marseille, ORS PACA, 150 p.

Rotily M., Delorme C., Ben Diane M.K. (1998b) L'usage de drogues en milieu carcéral : approche épidémiologique. Cahiers de la Sécurité Intérieure, n° 31, p. 195-209.

Rotily M., Delorme C. (1999) L'usage de drogues en milieu carcéral. In: Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances. Paris, OFDT, p. 198-202.

Rotily M., ORS PACA (2000) Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : synthèse. In: Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, Stankoff S., Dherot J. (Dir.). Paris, Direction de l'administration pénitentiaire ; Direction générale de la santé, p. 35-51.

Rousselet M., Guerlais M., Caillet P., Le Geay B., Mauillon D., Serre P., Chameau P.-Y., Bleher Y., Mounsande S., Jolliet P., Victorri-Vigneau C. (2019) Consumption of psychoactive substances in prison: Between initiation and improvement, what trajectories occur after incarceration? COSMOS study data. PLoS ONE, Vol. 14, n° 12, e0225189.

Sahajian F., Berger-Vergiat A., Pot E. (2017) Use of psychoactive substances in prison: Results of a study in the Lyon-Corbas prison, France. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Vol. 65, n° 5, p. 361-367.

Salle G. (2016) L'utopie carcérale. Petite histoire des « prisons modèles ». Paris, Editions Amsterdam, 240 p.

Sánchez F.C., Fearn N., Vaughn M.G. (2018) Prevalence and correlates of in-prison substance use among incarcerated women in Spain. Journal of Ethnicity in Substance Abuse, Vol. 17, n° 3, p. 356-374.

Sanchez G. (2006) Le traitement du VHC en prison : le foie, une bombe sous les barreaux. Journal du Sida, n° 185, p. 9-12.

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.

Scheer D. (2016) Conceptions architecturales et pratiques spatiales en prison. De l'investissement à l'effritement, de la reproduction à la réappropriation. Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, Vol. 2, n° 2, p. 419-427.

Semaille C., Le Strat Y., Chiron E., Chemlal K., Valantin M.A., Serre P., Cate L., Barbier C., Jauffret-Roustide M., Groupe Prevacar (2013) Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. Eurosurveillance, Vol. 18, n° 28, art. 20524.

Sirot S. (2003) Faire face à la toxicomanie en milieu carcéral. Mise en oeuvre de la politique de santé publique : les actions menées dans l'Oise. Editions de l'ENSP (Ecole nationale de la santé publique), Mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique, 56 p.

Stankoff S., Dherot J., DAP, DGS (2000) [Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral](#). Paris, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, 329 p.

Tissot N. (2016) Prise et déprise : faire usage de drogue en prison. Rhizome, n° 62, p. 13-15.

Touraut C. (2012) La famille à l'épreuve de la prison. Paris, Presses Universitaires de France, coll. Le Lien social, 316 p.

Touraut C. (2019) Vieillir en prison. Punition et compassion. Nîmes, Champ social éditions, coll. Sociologie / Questions de société, 260 p.

WHO (1993) [WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons](#). Geneva, World Health Organization, UNAIDS, 9 p.

LISTE DES SIGLES

ARS	Agence régionale de santé
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
MA	Maison d'arrêt
MSO	Médicaments de substitution aux opioïdes
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
PMAS	Programme de mobilisation pour favoriser l'accès aux soins
SpF	Santé publique France
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
UHSA	Unité d'hospitalisation spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
URUD	Unité de réhabilitation pour usagers de drogues
US	Unité sanitaire

Depuis la fin des années 1980, la question des drogues en prison est un enjeu social important. Ce numéro de Théma propose une synthèse des travaux existant sur le sujet afin de documenter l'ampleur et la nature des usages, leurs conséquences et les réponses qui y sont apportées. Ce travail adopte une double approche : une revue de littérature narrative permettant une rétrospective sur 20 ans et la valorisation des derniers travaux de l'OFDT produits sur la question.

L'état des lieux dressé par cette publication Théma est l'occasion de rappeler que, si les usages sont largement supérieurs chez les personnes incarcérées que dans le reste de la population, les réponses apportées se heurtent à des contradictions entre la logique pénitentiaire d'un côté et la logique soignante de l'autre.

Il permet d'apprécier la situation alors que la Feuille de route santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 prévoit la mise en œuvre de nouvelles enquêtes épidémiologiques et de réponses innovantes à l'égard des usagers.

**OFDT - 69 rue de Varenne
CS 70780 - 75700 PARIS CEDEX 07**

www.ofdt.fr

ISBN : 979-10-92728-38-5