

## **Rapport INED-Sidaction**

### ***Prévention et réduction des risques et des dommages en prison et à la sortie***

#### *1. Présentation de la recherche*

L'étude s'est intéressée à la prévention et de réduction des risques et des dommages (RdRD) en milieu carcéral et dans les structures accueillant les sortants de prison ou plus généralement les personnes faisant des allers-et-retours entre la prison et l'extérieur (hommes et femmes). Le risque était entendu au sens large de contracter le VIH ou une IST. Les problématiques de l'addiction et de la sexualité ont été privilégiées comme prismes d'approche. Ont été examinées l'existence ou a contrario l'absence de dispositifs de prévention et de RdRD, leurs modalités de fonctionnement, les représentations et les logiques organisant les pratiques des professionnels et des bénévoles, et les difficultés qu'ils rencontrent. Une attention particulière a été portée aux liens entre le dedans et le dehors, tant en termes de rupture que de continuité, ainsi qu'aux relations inter et intra groupes.

#### *2. Méthodologie*

Les références consultées – environ 150 ouvrages, articles et rapports de recherche francophones et anglophones– s'inscrivent dans 4 champs principaux : la santé, la prison, la sexualité et les professions. Une fiche de notes a été rédigée pour chacune d'elles.

Un journal de terrain de 80 pages a été tenu au cours de l'enquête. Initialement, une trentaine de sortants de prison et autant de professionnels devaient être interviewés. En raison des nombreux obstacles rencontrés dans les établissements pénitentiaires avec les équipes soignantes et le SPIP (voir infra) –et ce en dépit d'ailleurs des autorisations accordées sans difficulté par l'Administration Pénitentiaire– l'enquête a été modifiée pour se concentrer sur les professionnels et les bénévoles.

75 gradés, membres du personnel de direction, médecins généralistes, membres du personnel infirmier, psychologues, psychiatres, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, conseillers d'insertion et de probation, hôteliers, responsables associatifs, chargés de projet, coordinateurs et animateurs de prévention santé ont été interviewés (parfois à plusieurs reprises), individuellement et/ou collectivement. Les entretiens ont duré de 40 minutes à 3h et ont été réalisés de manière préférentielle sur le lieu de travail des personnes, mais parfois également au café ou par téléphone. Tous les échanges ont été enregistrés et intégralement retranscrits.

Les espaces investigués dans et hors des murs sont des Unités Sanitaires (UCSA et SMPR), des CSAPA, des CAARUD, des CHRS, des associations de réinsertion, des associations de prévention, des centres de santé communautaires, des COREVIH, des hôtels sociaux et des SPIP (milieu ouvert et fermé). Le regard n'a intentionnellement pas été circonscrit aux lieux à visée explicitement sanitaire et médicale. De multiples observations –parfois participantes– ont été conduites à l'occasion des journées passées en prison et dans les structures, des réunions professionnelles, des groupes de parole, des ateliers de prévention ou encore des conventions. Les échanges ont été enregistrés ou ont été notés manuellement.

Outre l'enquête principale réalisée auprès des professionnels et des bénévoles, 27 entretiens ont été réalisés auprès de femmes détenues durant leur incarcération ou après leur libération, certaines ayant été suivies à l'intérieur puis à l'extérieur. Enfin de nombreux échanges informels ont été menés avec les usagers des structures extérieures fréquentées.

### 3. Résultats

#### 3. 1. Une mission peu définie et peu attribuée, mais investie et appropriée par certains

A l'exception des CAARUD et des associations spécifiques, la prévention et la RdRD apparaissent comme une mission résiduelle, en prison comme dans les structures extérieures. L'accès aux droits, au soin, au logement ou au travail sont pensés comme prioritaires pour les (futurs) sortants de prison. De fait, la prévention et la RdRD se tiennent dans les interstices de ces objectifs, bien souvent sur des temps et dans des espaces qui ne leur sont pas spécialement consacrés. L'accent est mis sur l'importance de la parole, à l'occasion d'échanges informels et dans des situations impliquant un dépassement des rôles statutaires respectifs. Cela requiert donc du temps, une certaine proximité et l'instauration d'une relation à laquelle se prêtent mal des entrevues ponctuelles.

Les professionnels des structures à visée explicitement sanitaire et médicale n'investissent pas nécessairement davantage la mission de prévention et de RdRD que les acteurs des autres structures, quand bien même les seconds estiment que cette responsabilité échoit aux premiers. Il en résulte une forme de relégation et un grand flou entourant l'attribution de cette mission, sur lesquels achoppe l'entreprise d'orientation dont se prévalent les acteurs.

Il ressort de l'étude que certains professionnels et bénévoles se saisissent à titre individuel de la prévention et de la RdRD, et prennent en ce sens des initiatives personnelles, indépendamment de leurs missions premières. Ainsi des éducateurs spécialisés (a fortiori lorsqu'ils sont rattachés aux Unités Sanitaires) ou des conseillers d'insertion et de probation peuvent avoir dans les faits une action beaucoup plus importante en ce domaine que le personnel soignant. Les acteurs occupant des postes à responsabilité sont davantage en capacité d'imposer leurs actions et leur vision des choses, là où d'autres professionnels expriment le sentiment de devoir lutter contre leur hiérarchie. Au sein des structures et des équipes, ces personnes sont néanmoins le plus souvent identifiées comme des personnes-ressources vers lesquelles sera systématiquement orienté le public concernant ces problématiques. L'investissement de la mission de prévention et de RdRD repose finalement davantage sur des convictions et un engagement personnels que sur des missions clairement identifiées et objectivées.

#### 3. 2 Une absence générale de coordination

L'absence de coordination vient entraver l'efficacité et la portée des dispositifs et des messages de prévention et de RdRD. Les acteurs œuvrent chacun de leur côté (ou avec un ou plusieurs « alliés » d'un réseau très local) sans que cette mission ne vienne s'inscrire dans un plan d'action général. Ils ne sont que rarement au courant de ce qui a été entrepris, de ce qui existe déjà ou même de la venue d'autres acteurs susceptibles de les aider. Cette absence de coordination s'observe tout à la fois entre les différentes catégories d'acteurs, au sein des équipes, au sein du milieu fermé, au sein du milieu ouvert, et entre milieu fermé et milieu ouvert. Elle est à lier à trois aspects.

Le premier est l'absence de réflexion générale et de dialogue sur le sujet, eu égard notamment au caractère potentiellement illégal et contre-réglementaire de certaines pratiques de RdRD. Si cette situation est paroxystique en milieu carcéral, on observe également une atomisation des pratiques dans les structures externes, en particulier dans les CSAPA. Au sein des prisons, le secret médical apparaît ensuite comme un élément venant bien souvent gangréner les relations entre l'UCSA, le SMPR et le SPIP ; le SMPR en particulier choisissant de se couper des autres acteurs –y compris de leurs collègues de l'UCSA à l'Unité Sanitaire– pour éviter d'avoir à divulguer des informations. Il en résulte des conflits parfois violents, une méconnaissance des autres pratiques professionnelles et un refus de collaborer.

Enfin les différences de représentation associées à la RdRD concourent à fractionner les pratiques et génèrent des sentiments d'abandon et des affrontements pouvant conduire à la démission. Les situations sont très hétérogènes : si dans certains établissements pénitentiaires sont placés des « roule ta paille » dans les kits pour sortants de prison, ce type d'outil n'est pas toujours accessible

dans les CSAPA à l'extérieur. La question de l'échange de seringues cristallise ces tensions, en particulier au sein des Unités Sanitaires. L'étude arrive au constat que les plus grandes réticences semblent surtout se retrouver du côté des soignants ; médecins, infirmières et psychiatres éprouvant beaucoup de difficultés à concilier leur mission de soin avec la RdRD.

### *3.3 Des pratiques restreintes, à destination d'individus au profil spécifique*

La mission de prévention et de RdRD s'observe essentiellement dans le cadre de la problématique des addictions. Les professionnels, à quelques exceptions près (et là encore indépendamment de leurs missions premières), minorent ou occultent la problématique de la sexualité; et ce bien que précarité, addictions, abus sexuels, misère sexuelle et prostitution s'avèrent étroitement enchevêtrées dans les parcours de vie des (futurs) sortants de prison. Si les risques liés aux addictions sont tout autant abordés en individuel qu'en collectif, la question des risques sexuels est quant à elle circonscrite à quelques actions collectives ponctuelles déléguées à des personnes reconnues comme spécialistes. Le libre accès à des outils comme les préservatifs ou les plaquettes d'information n'est que rarement accompagné de discours. Les acteurs mettent en avant non pas une gêne à aborder le sujet, mais leur volonté de ne pas se montrer intrusifs dans la sphère de l'intime. Au cœur d'une réflexion plus générale à propos de leur profession, la question du contrôle et de ses frontières est en effet systématiquement pensée en lien avec les notions d'autonomie et d'acteur sanitaire.

Un triple processus concourt à dessiner un profil de (futurs) sortants de prison à destination desquels sont adressés, voire réservés, les messages et les dispositifs de prévention et de RdRD. Un processus de restriction spatiale tout d'abord, les CSAPA et les CAARUD –et dans une moindre mesure l'Unité Sanitaire– se voyant échoir la responsabilité d'assurer une telle mission. Est ensuite mis en œuvre un processus d'identification des personnes susceptibles d'avoir ou d'avoir eu des pratiques à risque, qui sont alors orientées vers ces espaces. S'observe enfin un processus de sélection par lequel les acteurs incitent ou enjoignent à certaines personnes triées sur le volet de participer à des ateliers et à des groupes de parole. Par voie de conséquence, les messages et les dispositifs de prévention et de RdRD concernent avant tout dans les faits les personnes malades, infectées, en situation de vulnérabilité et de précarité, ayant des addictions, jeunes et estimées « récupérables » ou « voulant s'en sortir ». Non seulement cela induit en miroir l'exclusion de ceux qui ne s'inscrivent pas dans ce profil, mais cela met par ailleurs en lumière que la prévention et la RdRD ne sont finalement pensées que pour une partie seulement des (futurs) sortants de prison.

## Résumé grand public

L'étude s'est intéressée à la prévention et de réduction des risques et des dommages (RdRD) en milieu carcéral et dans les structures accueillant les sortants de prison ou plus généralement les personnes faisant des allers-et-retours entre la prison et l'extérieur (hommes et femmes). Des entretiens ont été réalisés avec 75 professionnels et bénévoles appartenant à l'Administration Pénitentiaire, à des Unités Sanitaires (UCSA et SMPR), à des CSAPA, à des CAARUD, à des CHRS, à des associations de réinsertion et de prévention, à des centres de santé communautaires, à des COREVIH, à des hôtels sociaux et à des SPIP (milieux ouvert et fermé).

A l'exception des CAARUD et des associations spécifiques, la prévention et la RdRD apparaissent comme une mission résiduelle, en prison comme dans les structures extérieures. L'accès aux droits, au soin, au logement ou au travail sont pensés comme prioritaires pour les (futurs) sortants de prison. De fait, la prévention et la RdRD se tiennent dans les interstices de ces objectifs. Une forme de relégation et un grand flou entourent l'attribution de cette mission, sur lesquels achoppe l'entreprise d'orientation dont se prévalent les acteurs. Son investissement repose finalement avant tout sur des convictions et un engagement personnel, indépendamment de la mission de soin.

L'absence de coordination vient entraver l'efficacité et la portée des dispositifs et des messages de prévention et de RdRD. Les acteurs œuvrent chacun de leur côté sans que cette mission ne vienne s'inscrire dans un plan d'action général, en particulier entre le dedans et le dehors. Cette situation renvoie tout à la fois à l'absence de réflexion générale et de dialogue sur le sujet, eu égard notamment au caractère potentiellement illégal et contre-réglementaire de certaines pratiques de RdRD ; au secret médical qui vient gangréner les relations entre les différentes catégories d'acteurs carcéraux ; et aux différences de représentation associées à la RdRD qui concourent à fractionner les pratiques et génèrent des sentiments d'abandon et des affrontements, les plus grandes réticences semblant surtout se retrouver du côté des soignants.

La prévention et la RdRD s'observent essentiellement dans le cadre de la problématique des addictions. Les professionnels, à quelques exceptions près, minorent ou occultent la question des risques sexuels, non pas en raison d'une gêne à aborder le sujet, mais car ils ne veulent pas se montrer intrusifs dans la sphère de l'intime. Les messages et les dispositifs de prévention et de RdRD concernent avant tout dans les faits les personnes malades, infectées, en situation de vulnérabilité et de précarité, ayant des addictions, jeunes et estimées « récupérables » ou « voulant s'en sortir ». Non seulement cela induit en miroir l'exclusion de ceux qui ne s'inscrivent pas dans ce profil, mais cela met par ailleurs en lumière que la prévention et la RdRD ne sont finalement pensées que pour une partie seulement des (futurs) sortants de prison.

## Perspectives du projet de recherche

L'étude a mis en lumière des points très intéressants concernant la façon dont la prévention et la RdRD sont mises en œuvre auprès des (futurs) sortants de prison, en milieu carcéral comme dans les structures les accueillant après leur libération. Ces résultats dessinent 4 perspectives.

La première renvoie à la nécessité de mener une recherche s'intéressant aux (futurs) sortants de prison. Outre l'étude de leurs relations avec les professionnels et les bénévoles, cela permettrait de comprendre comment ils accueillent les messages et les dispositifs de prévention et de RdRD, les entretiens conduits avec les femmes et les échanges informels avec les usagers des structures extérieures dessinant déjà plusieurs pistes de réflexion : minimisation de certaines prises de risque, faible identification des messages délivrés et des personnes-ressources, priorisation –à l'instar des professionnels et des bénévoles– d'autres problématiques et sentiment d'exclusion des dispositifs. Afin de pallier aux profondes difficultés rencontrées lors de la mise en place du suivi des sortants de prison (voir infra), il serait fécond de s'adresser directement aux structures extérieures pour le recrutement des enquêtés, afin que les rapports conflictuels entre l'UCSA, le SMPR et le SPIP en prison ne constituent pas des freins incontournables. Le suivi des personnes d'une structure à l'autre montrera les différentes étapes de la prise en charge dans toutes ses dimensions, dans une perspective à la fois temporelle et spatiale.

Le problème d'absence généralisée de coordination entre les acteurs investissant la mission de prévention et de RdRD –en particulier au sein des établissements pénitentiaires et entre le dedans et le dehors– démontre la nécessité d'un acteur externe assurant ce rôle de coordinateur. La coordination ne constitue-t-elle pas justement l'une des missions des COREVIH ? Il paraît fécond de développer des commissions Prison dans les COREVIH qui en sont encore dépourvues et que les commissions déjà en place s'efforcent de créer du lien entre les différents acteurs et d'apaiser les conflits. Si l'organisation de réunions s'avère compliquée aux dires des acteurs (surcharge de travail et déplacements), on pourrait imaginer par exemple la création d'un annuaire recensant l'ensemble des partenaires et favorisant leur mise en lien, ainsi que le déplacement d'agents coordinateurs dans les diverses structures et équipes. Les COREVIH pourraient mettre en place un plan d'action général subsumant les initiatives locales dans un fonctionnement en réseau. Le sentiment d'abandon exprimé par les acteurs qui pratiquent la RdRD en prison témoigne de leur besoin de ne pas œuvrer seuls dans le non-dit et dans l'illégalité : à charge pour les COREVIH –instance publique si tant est qu'il est nécessaire de le rappeler– de faire remonter ce besoin et d'œuvrer pour une homogénéisation des pratiques.

Si la prise en charge de la problématique des addictions s'accompagne de la prise de conscience de la nécessité d'une démarche de prévention et de RdRD, la situation est tout autre en ce qui concerne les risques liés à la sexualité. Le sentiment d'immixtion exposé par les acteurs –qui se traduit le plus souvent dans les faits par une occultation totale lors des échanges avec les (futurs) sortants de prison– invite à réfléchir aux moyens d'aborder ce sujet dans le respect de l'intimité des personnes. A l'instar de ce que pratiquent déjà certains professionnels et bénévoles utilisant des affiches humoristiques sur leur lieu de travail, on pourrait envisager des supports visuels propres à faciliter la discussion. La question de la prévention et de la réduction des risques sexuels amène finalement à repenser le contenu des formations des professionnels amenés à suivre les (futurs) sortants de prison et qui dépasse largement la question des spécialités : si ceux-ci se sentent libres de proposer une orientation aux personnes identifiées comme ayant une addiction, pourquoi ne s'autorisent-ils pas à le faire concernant la sexualité ?

Enfin la recherche a mis en exergue les liens étroits unissant la problématique des risques et les autres problématiques dans lesquelles se trouvent pris les (futurs) sortants de prison : logement, travail, stigmatisation, précarité, isolement, accès au soin, violences, etc. La prévention et la RdRD ne peuvent être pensées indépendamment de ces autres dimensions, ce qui conduit une fois de plus à souligner l'importance de la coordination entre les différentes catégories d'acteurs travaillant auprès

de cette population. La situation des personnes faisant des allers-et-retours entre le milieu carcéral et les structures extérieures invite à réfléchir sur la continuité des actions menées non pas seulement entre le dedans-dehors, mais entre le dehors-dedans-dehors. Le discours de professionnels soulagés à propos d'une incarcération perçue comme une pause bénéfique (et donc d'une prison « refuge ») démontrent que le suivi et l'accompagnement de cette population gagneraient à ne pas être envisagés dans une perspective à sens unique focalisée sur la préparation à la sortie sur et les frontières entre la prison et l'extérieur, mais à intégrer les multiples temps et espaces sociaux dans une réflexion générale sur les parcours de vie.

## Modifications du projet de recherche

Initialement, une trentaine de sortants de prison devait faire l'objet d'un suivi longitudinal qualitatif (en sus de l'interview d'un effectif équivalent de professionnels): les entretiens devaient démarrer en prison quelques mois avant la libération des personnes, puis se poursuivre au-dehors sur une période de six mois environ. L'Administration Pénitentiaire m'accorda sans difficulté –en deux mois– les autorisations de mettre en place un tel suivi dans quatre établissements. Cependant une série de difficultés se posa, m'imposant de modifier l'enquête pour me concentrer plutôt sur les professionnels et les bénévoles.

Le premier obstacle fut de trouver un interlocuteur privilégié au sein des établissements afin de mettre en place l'enquête. J'avais clairement présenté mon étude (en insistant sur le terme de prévention plutôt que de RdRD) et exprimé que je cherchais à rencontrer des personnes détenues amenées à fréquenter des structures extérieures médico-sociales ou susceptibles de le faire, et dont la libération devait survenir dans les six prochains mois. Si la direction des établissements me dirigea spontanément vers le SPIP (qui lança au demeurant un mouvement de contestation et de grève suite à un appel intersyndical durant ma recherche), celui-ci m'orienta à son tour vers l'UCSA, qui m'enjoignit plutôt de contacter le SMPR, qui me conseilla plutôt de m'adresser au SPIP ! Dans chaque prison se répéta le même scénario qui dura plus d'une année malgré mes relances incessantes et mon appel à l'aide au chef d'établissement en désespoir de cause.

Cet échec renseigne sur le flou et la relégation qui entourent la mission de prévention en milieu carcéral, chacun de mes interlocuteurs estimant qu'il n'était pas le mieux placé pour m'aider et qu'un autre service serait plus à même de le faire. Les professionnels ignorent en fait ce que leurs collègues des autres services ont entrepris en terme d'orientation dans le cadre de la préparation à la sortie des personnes détenues. L'absence de coordination entre les acteurs s'observe en outre au travers du fait qu'on ne prit jamais l'initiative de contacter personnellement les personnes auxquelles on m'adressait : c'était à moi de le faire et bien souvent je dus chercher de mon côté le numéro de téléphone ou même le nom des personnes en question.

La seconde difficulté renvoie à la prégnance du secret médical et professionnel au sein des établissements, en particulier dans les Unités Sanitaires. Lorsque je parvins à « imposer » (j'utilise à dessein ce terme au regard de l'insistance, voire du harcèlement, dont je dus faire preuve) mon enquête au SMPR, je me heurtai au refus farouche de divulguer le nom des patients susceptibles de fréquenter une structure d'accueil à l'extérieur (CSAPA, communauté thérapeutique, etc.). J'eus beau souligner que je ne cherchais pas à connaître les pathologies des personnes, on me répondit qu'en dépit des autorisations accordées par l'Administration Pénitentiaire, je devais adresser une demande officielle à l'hôpital dont ils dépendaient ou au Ministère de la Santé, et que je devrais sûrement me contenter de consulter les dossiers. Avec l'assistante sociale d'un SMPR en particulier, la situation dégénéra en une violente altercation au téléphone.

Le troisième problème fut celui de la connaissance de la date de sortie des personnes détenues. Au sein des établissements, personne ne semblait être au fait de la date exacte, celle-ci pouvant changer à tout instant pour une multitude de raisons. Si le SPIP était le plus à même de me renseigner en ce domaine, les autres services en revanche en avaient une méconnaissance totale et travaillaient auprès des personnes détenues sans avoir de vision claire quant à leur perspective de sortie. Cet aspect me fut d'ailleurs confirmé par la suite lors des entretiens menés avec les professionnels. Plus d'une fois avec les femmes que j'eus l'occasion de suivre, j'eus d'ailleurs la surprise d'apprendre que l'une de mes enquêtées avait été libérée ou à l'inverse qu'elle était toujours incarcérée alors qu'elle aurait déjà dû sortir. On imagine dès lors les complications induites dans le cadre d'une orientation vers des structures extérieures le plus souvent surchargées.

Enfin, pour la première fois après dix années de recherches conduites en milieu carcéral féminin, je me trouvai confrontée à la crainte de certains directeurs d'établissement pour mon intégrité physique. Mon enquête impliquant que je revoie à l'extérieur des hommes, on m'opposa l'argument

que cela pourrait être dangereux. Je m'efforçai d'apaiser ces craintes en soulignant désirer rencontrer mes enquêtés uniquement dans les structures où ils seraient suivis, mais cette réticence compliqua et retarda indéniablement la mise en place de l'enquête.

Mes entretiens avec les professionnels et les bénévoles terminés, je me posai la question de réaliser des entretiens avec les usagers / patients des structures extérieures (il me restait alors quelques mois de recherche). J'avais alors mené jusque là de nombreuses observations ainsi que des entretiens informels. Cependant, d'une part l'intérêt principal de l'enquête initiale était précisément de mettre en place un suivi longitudinal afin de suivre leur passage du dedans au dehors (voire à nouveau au-dedans), de mettre en place une relation de confiance et d'approcher les événements qui modifient le rapport aux choses. D'autre part je souhaitais éviter un déséquilibre numérique en termes d'effectifs enquêtés (étant donné le temps qu'il me restait, je n'aurais pu en effet rencontrer autant d'usagers / patients que de professionnels et de bénévoles). C'est pourquoi je choisis plutôt de m'en tenir à ce qui peut être considéré comme une enquête exploratoire.