



HAL
open science

Difficultés et ressentis des soignants dans la prise en charge des toxicomanes aux opiacés en milieu carcéral en Savoie en 2011

Cédric Arrivé, Émilie Serman

► **To cite this version:**

Cédric Arrivé, Émilie Serman. Difficultés et ressentis des soignants dans la prise en charge des toxicomanes aux opiacés en milieu carcéral en Savoie en 2011. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00625728

HAL Id: dumas-00625728

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00625728v1>

Submitted on 17 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2011

Thèse N°

Titre :

Difficultés et ressentis des soignants dans la prise en charge des toxicomanes aux opiacés en milieu carcéral en Savoie en 2011.

Thèse présentée pour l'obtention du

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Par

Cédric Arrivé, né le 18.03.1981

Emilie Serman, née le 25.11.1982

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble le 04 juillet 2011

Devant le jury composé de :

Président du Jury : M. le Pr. DEMATTEIS Maurice

Membres :

M. le Pr. BOUGEROL Thierry

M. le Pr. ESTURILLO Gérard

M. le Dr DE GOËR Bruno

M. le Dr GALES Briec

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

| NOM | PRENOM | DISCIPLINE |
|---------------------------|----------------------|--|
| ALBALADEJO | Pierre | ANESTHESIE - REANIMATIONS |
| ARVIEUX-BARTHELEMY | Catherine | CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE |
| BACONNIER | Pierre | BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE SANTÉ PUBLIQUE |
| BAGUET | Jean-Philippe | CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE |
| BALOSSO | Jacques | RADIOTHERAPIE CANCEROLOGIE |
| BARRET | Luc | MEDECINE LEGALE |
| BAUDAIN | Philippe | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| BEANI | Jean-Claude | DERMATOLOGIE-VENERELOGIE |
| BENHAMOU | Pierre Yves | ENDOCRINO DIABETO |
| BERGER | François | CANCEROLOGIE |
| BLIN | Dominique | CHIRURGIE CARDIAQUE |
| BOLLA | Michel | CANCEROLOGIE |
| BONAZ | Bruno | HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE |
| BOSSON | Jean-Luc | SANTÉ PUBLIQUE |
| BOUGEROL | Thierry | PSYCHIATRIE |
| BRAMBILLA | Elisabeth | ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| BRAMBILLA | Christian | PNEUMOLOGIE |

| | | |
|----------------------|--------------------|--|
| BRICHON | Pierre-Yves | CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE |
| BRIX | Muriel | CHIR. MAXILLO-FACIALE |
| CAHN | Jean-Yves | CANCEROLOGIE |
| CARPENTIER | Patrick | MEDECINE VASCULAIRE |
| CARPENTIER | Françoise | SAMU |
| CESBRON | Jean-Yves | IMMUNOLOGIE |
| CHABARDES | Stephan | Neurochirurgie |
| CHABRE | Olivier | ENDOCRINOLOGIE |
| CHAFFANJON | Philippe | CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE |
| CHAVANON | Olivier | CHIRURGIE CARDIAQUE |
| CHIQUET | Christophe | OPHTALMOLOGIE |
| CHIROSEL | Jean-Paul | ANATOMIE |
| CINQUIN | Philippe | SANTE PUBLIQUE |
| COHEN | Olivier | DELEGATION - HC FORUM (création entreprise) |
| COUTURIER | Pascal | GERIATRIE |
| CRACOWSKI | Jean-Luc | Laboratoire de Pharmacologie |
| DE GAUDEMARIS | Régis | MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL |
| DEBILLON | Thierry | PEDIATRIE |
| DEMATTEIS | Maurice | Clinique de Médecine légale et d'Addictologie |
| DEMONGEOT | Jacques | SANTE PUBLIQUE |

| | | |
|-------------------|----------------------------|--|
| DESCOTES | Jean-Luc | CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE |
| ESTEVE | François | Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences |
| FAGRET | Daniel | CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE POLE 13 IMAGERIE |
| FAUCHERON | Jean-Luc | CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE POLE 6 DIGIDUNE |
| FAVROT | Marie Christine | DPT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE |
| FERRETTI | Gilbert | CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE POLE 13 IMAGERIE |
| FEUERSTEIN | Claude | GIN |
| FONTAINE | Eric | CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE |
| FRANCOIS | Patrice | DPT DE VEILLE SANITAIRE POLE 17 SANTE PUBLIQUE |
| GARNIER | Philippe | |
| GAUDIN | Philippe | CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR GERIATRIE CHISSE |
| GAY | Emmanuel | CLINIQUE NEUROCHIRURGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| GRIFFET | Jacques | Chirurgie infantile |

| | | |
|-------------------|----------------------|---|
| HALIMI | Serge | CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO-NUTRITION POLE 6 DIGIDUNE |
| HOMMEL | Marc | CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE |
| JOUK | Pierre-Simon | DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT |
| JUVIN | Robert | CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE |
| KAHANE | Philippe | CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE |
| KRACK | Paul | CLINIQUE DE NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE |
| KRAINIK | Alexandre | CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE |
| LANTUEJOUL | Sylvie | DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES PÔLE 14 BIOLOGIE |
| LE BAS | Jean-François | CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM POLE 13 IMAGERIE |
| LEBEAU | Jacques | CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |

| | | |
|-------------------|----------------------|--|
| LECCIA | Marie-Thérèse | CLINIQUE DERMATOLOGIE- VENERELOGIE- PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE |
| LEROUX | Dominique | DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE |
| LEROY | Vincent | CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE |
| LETOUBLON | Christian | CLINIQUE CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE POLE 6 DIGIDUNE |
| LEVERVE | Xavier | LABORATOIRE THERAPEUTIQUE UFR BIOLOGIE BAT 72 UJF BP 53X |
| LEVY | Patrick | PHYSIOLOGIE POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE |
| LUNARDI | Joël | BIOCHIMIE ADN- POLE 9 COUPLE/ENFANT |
| MACHECOURT | Jacques | CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE |
| MAGNE | Jean-Luc | CLINIQUE CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE |
| MAITRE | Anne | Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE - POLE 14 BIOLOGIE |

| | | |
|-----------------------------------|----------------------|--|
| MASSOT | Christian | CLINIQUE MEDECINE INTERNE POLE 8 PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE |
| MAURIN | Max | DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE |
| MERLOZ | Philippe | CLINIQUE CHIR. ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| MORAND | Patrice | DPT DES AGENTS INFECTIEUX / VIROLOGIE POLE 14 BIOLOGIE |
| MORO-SIBILOT | Denis | PNEUMOLOGIE PHTISIOLOGIE BUREAU HD11 |
| MOUSSEAU | Mireille | ONCOLOGIE MEDICALE POLE 5 CANCEROLOGIE |
| MOUTET | François | CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE |
| PASSAGIA | Jean-Guy | ANATOMIE POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| PAYEN DE LA GARANDERIE | Jean-François | CLINIQUE REANIMATION POLE 2 ANESTHESIE- REANIMATION |
| PELLOUX | Hervé | DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE POLE 14 BIOLOGIE |
| PEPIN | Jean-Louis | CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE - POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE |

| | | |
|-----------------|--------------------|--|
| PERENNOU | Dominique | CLINIQUE MPR POLE 12 REEDUCATION & PHYSIOLOGIE |
| PERNOD | Gilles | CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE- POLE PLURIDISCIPLINAIRE DE MEDECINE - POLE 8 |
| PIOLAT | Christian | Clinique de chirurgie infantile |
| PISON | Christophe | CLINIQUE PNEUMOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE |
| PLANTAZ | Dominique | CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT |
| POLACK | Benoît | DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE POLE 14 BIOLOGIE |
| POLLAK | Pierre | NEUROLOGIE POLE 10 PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE |
| PONS | Jean-Claude | CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT |
| RAMBEAUD | J Jacques | CLINIQUE UROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE |
| REYT | Emile | CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| RIGHINI | Christian | CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| ROMANET | J. Paul | CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE POLE 3 TETE & COU & CHIR. |

| | | |
|-------------------|----------------------|--|
| SARAGAGLIA | Dominique | CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE |
| SCHAAL | Jean-Patrick | CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POLE 9 COUPLE/ENFANT |
| SCHMERBER | Sébastien | CLINIQUE O.R.L. POLE 3 TETE & COU & CHIR. REPARATRICE |
| SEIGNEURIN | Daniel | DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES POLE 14 BIOLOGIE |
| SELE | Bernard | DPT GENETIQUE & PROCREATION POLE 9 COUPLE/ENFANT |
| SESSA | Carmine | CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE |
| STAHL | Jean-Paul | CLINIQUE INFECTIOLOGIE POLE 7 MEDECINE AIGÛE & COMMUNAUTAIRE |
| TIMSIT | Jean-François | CLINIQUE REANIMATION MEDICALE POLE 7 MED. AIGUE & COMMUNAUTAIRE |
| TONETTI | Jérôme | CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE POLE 11 APPAREIL LOCOMOTEUR & GERIATRIE CHISSE |
| TOUSSAINT | Bertrand | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE POLE 14 BIOLOGIE |

| | | |
|-----------------|----------------------|---|
| VANZETTO | Gérald | CLINIQUE DE CARDIOLOGIE POLE 4 CARDIO VASC. & THORACIQUE |
| VUILLEZ | Jean-Philippe | BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE |
| ZAOUI | Philippe | CLINIQUE NEPHROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE |
| ZARSKI | Jean-Pierre | CLINIQUE HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE POLE 6 DIGIDUNE |

| | | |
|-------------------|-------------------|--|
| BLIN | Dominique | |
| BOLLA | Michel | |
| GARNIER | Philippe | |
| MOREL | Françoise | |
| SEIGNEURIN | Jean-Marie | |

MCU-PH AU 01/09/2010

| NOM | PRENOM | LOCALISATION HOSPITALIERE | | ADRESSE 1 | |
|------------------|---------------|---|-----|--|------------------|
| BOTTARI | Serge | Biologie Cellulaire | CHU | Laboratoire de bioénergétique INSERM U884 | |
| BOUTONNAT | Jean | Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 | CHU | Département de Biologie et Pathologie de la | ADRESSE 2 |

| | | | | | |
|------------------------------|-----------------|---|-----------------|--|------------------------------|
| | | Biologie | | Cellule - Pôle 14: Biologie | |
| BRENIER- PINCHART | M.Pierre | Parasitologie | CHU | Département des agents infectieux Parasitologie Mycologie Pôle 14: Biologie | CHU |
| BRICAULT | Ivan | Radiologie et imagerie médicale | CHU | Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie | CHU |
| BRIOT | Raphaël | Départ. de Cancérologie et d'Hématologie | CHU | Pôle Urgence SAMU | CHU |
| CALLANAN- WILSON | Mary | Génétique | IAB | Génétique | IAB |
| CROIZE | Jacques | Bactériologie-Virologie | CHU | Département des agents infectieux Microbiovigilance Pôle 14: Biologie | CHU |
| DERANSART | Colin | Neurologie LAPSEN | UFR BIOLOGIE | GIN Equipe 9 | Bâtiment E. SAFRA |
| DETANTE | Olivier | Cancérologie et hématologie - Pôle 5 : Cancérologie | CHU | Clinique de Neurologie | CHU |
| DUMESTRE- PERARD | Chantal | Immunologie SUD | CHU | Immunologie | Bâtiment J.ROGET |

| | | | | | |
|-----------------|-------------------|---|-----|--|------------|
| EYSSERIC | Hélène | Médecine Légale | CHU | Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine | CHU |
| FAURE | Anne-Karen | Département de génétique et procréation | CHU | Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant | CHU |
| FAURE | Julien | | | Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant | CHU |
| GARBAN | Frédéric | Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie | CHU | Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancerologie | CHU |
| GAVAZZI | Gaëtan | Médecine interne gériatrique - Pôle 8 : pôle pluridisciplinaire de Médecine | CHU | Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine | CHU |
| GILLOIS | Pierre | Information et informatique Médicale | CHU | Laboratoire TIMC | CHU |

| | | | | | |
|------------------|----------|---|-----|--|------------|
| GRAND | Sylvie | Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.) | CHU | Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie | CHU |
| HENNEBICQ | Sylviane | Biologie du développement et de la reproduction | CHU | Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant | CHU |
| HOFFMANN | Pascale | Gynécologie Obstétrique | CHU | Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant | CHU |
| JACQUOT | Claude | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale | CHU | Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie - Réanimations | CHU |
| LABARERE | José | Dpt de veille sanitaire | CHU | Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique | CHU |
| LAPORTE | François | Pathologie Cellulaire - Pôle 14 Biologie | CHU | Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie | CHU |

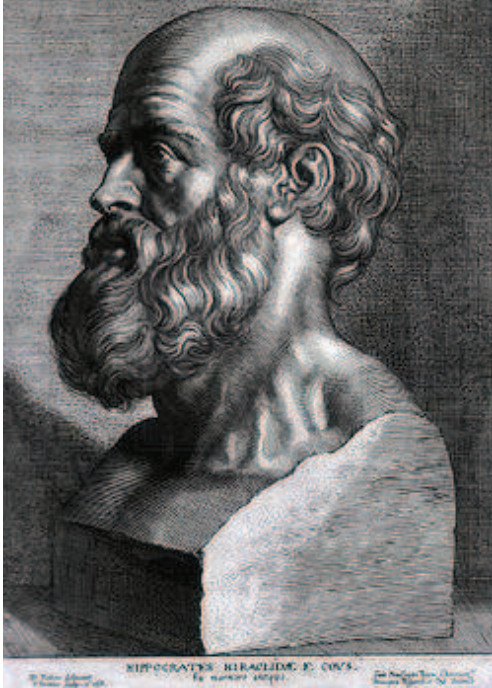
| | | | | | |
|------------------------------|--------------------|--|-----|---|------------|
| LARDY | Bernard | Laboratoire d'enzymologie - 6 ème étage | CHU | Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie | CHU |
| LARRAT | Sylvie | Biochimie et Biologie Moléculaire | CHU | Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie | CHU |
| LAUNOIS- ROLLINAT | Sandrine | Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires | CHU | Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio- respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie | CHU |
| MALLARET | Marie-Reine | Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.) | CHU | Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E | CHU |
| MAUBON | Danièle | Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie | CHU | Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie | CHU |
| MOREAU- GAUDRY | Alexandre | | CHU | Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé | CHU |

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|---|-----|---|------------|
| | | | | Publique | |
| MOUCHET | Patrick | Physiologie | CHU | Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio- respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie | CHU |
| PACLET | Marie- Hélène | Biochimie et Biologie moléculaire | CHU | Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie | CHU |
| PALOMBI | Olivier | Clinique de Neurochirurgie | CHU | Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirurgie réparatrice | CHU |
| PASQUIER | Dominique | UM Ana. Path. 4 - Pôle 14 : Biologie | CHU | Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie | CHU |

| | | | | | |
|------------------|------------------|---|-----|---|-------------------|
| PELLETIER | Laurent | Biologie Cellulaire | CHU | Centre d'innovation biologique | CHU |
| PAYSANT | François | | | Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine | CHU |
| RAY | Pierre | Génétique.BDR | CHU | Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant | CHU |
| RENVERSEZ | J.Charles | Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie | CHU | Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie | CHU |
| RIALLE | Vincent | Information et informatique Médicale | CHU | Laboratoire TIMC | La Tronche |
| SATRE | Véronique | Génétique chromosomique | CHU | Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant | CHU |

| | | | | | |
|------------------------|--------------------|---|-----|--|------------|
| STANKE-LABESQUE | Françoise | Laboratoire de Pharmacologie | CHU | Laboratoire de Pharmacologie | CHU |
| STASIA | Marie-Josée | UM diagnostic & Recherche granulomatose septique - Pôle 14 Biologie | CHU | Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie | CHU |
| TAMISIER | Renaud | Physiologie | CHU | Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie | CHU |
| WEIL | Georges | Biostatistiques et Informatique Médicales | CHU | Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique | CHU |

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciplines et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Maurice Dematteis,

Pour l'honneur que vous nous faites de présider notre thèse. Pour l'intérêt que vous avez porté à notre égard.

Nous vous exprimons nos sincères remerciements et notre profond respect.

À nos Membres du Jury,

Monsieur le Professeur Thierry Bougerol,

Pour avoir accepté sans réserve de juger ce travail. Pour l'intérêt que vous avez porté à notre thèse.

Veillez accepter nos vifs remerciements.

Monsieur le Professeur Gérard Esturillo,

Pour votre engagement à promouvoir la médecine générale. Pour nous avoir encadrés avec autant de disponibilité, de bienveillance et de sincérité tout au long de notre troisième cycle. Pour nous faire l'honneur d'être là ce jour, votre présence était importante pour nous. Merci pour vos engagements sans faille à l'écoute de vos étudiants.

Veillez trouver ici le témoignage de notre considération et de notre gratitude.

Monsieur le Docteur De Goër,

Pour avoir accepté de nous aider grandement dans ce travail et de participer à notre jury. Veillez accepter nos plus sincères remerciements.

À notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Briec Galès,

Pour l'aide et ton soutien tout au long de notre travail. Pour ta sympathie, ta disponibilité, ton œil critique et réellement juste tout du long du développement de ce sujet, sujet qui nous a passionnés. Trouve ici le témoignage de notre amitié.

À Monsieur le Professeur Patrick Imbert,

Pour vos très précieux conseils à propos de la recherche qualitative.

À ceux qui nous ont aidés durant cette thèse,

Mme Maud Genoux, cadre somatique de l'UCSA de Chambéry et Aiton pour nous avoir ouvert les portes de ses services.

Aux équipes des UCSA des deux prisons savoyardes, aux patients incarcérés,

Cédric :

À ma mère, sans qui je ne serais pas l'homme que je suis et dont les conseils avisés me manquent.

À Magnus, pour le bonheur partagé. En espérant que le bonheur dure.

À mon frère, ma belle-sœur, pour leur présence indéfectible dans les adversités, pour leur présence à mes côtés ces trois dernières années.

À ma nièce, que ta vie soit aussi belle que longue.

À mon père, que tu trouves en toi la force de continuer pour ta famille et pour toi-même.

À mes amies,

Marion, Nadine, Alexandra pour tous les moments de joie.

Aux personnes qui ont su être là quand il le fallait.

À tous mes maîtres qui ont su me donner l'envie et la passion de ce métier,

Docteur Stéphane Hominal, Docteur Toufik Didi, Docteur Michèle Bertocchi, Docteur Elisabeth Saligari, Docteur Béatrice Hamon, Docteur Vincent Thouvenin et ses associés.

À toutes les amies infirmières et aides-soignantes qui m'ont donné le goût du travail en équipe.

À ma co-thésarde Emilie pour le travail difficile mais toujours partagé dans la bonne humeur que nous avons fait ensemble. Pour son perfectionnisme et sa « force douce » qui a permis de temporiser ma hardiesse.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 30 |
| I. DEFINITION DE LA TOXICOMANIE | 31 |
| II. REPERES CHRONOLOGIQUES PONCTUANT L’HISTOIRE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA TOXICOMANIE EN MILIEU CARCERAL : | 31 |
| 1. EN MILIEU EXTERIEUR : | 31 |
| 2. EN MILIEU CARCERAL : | 33 |
| III. LA PRISON ET LA MEDECINE CARCERALE EN 2011 : | 36 |
| 1. AU NIVEAU NATIONAL : | 37 |
| 2. AU NIVEAU SAVOYARD : | 37 |
| IV. LES CHIFFRES DE LA TOXICOMANIE EN PRISON : | 38 |
| 1. AU NIVEAU NATIONAL : | 38 |
| 2. SUR LE PLAN EUROPEEN : | 38 |
| 3. AUX ETATS-UNIS : | 39 |
| 4. SUR LES DEUX PRISONS DE CHAMBERY ET D’AITON : | 39 |
| V. LES MODALITES ET DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES A LA MAISON D’ARRET DE CHAMBERY ET AU CENTRE PENITENTIAIRE D’AITON : | 40 |
| 1. MODALITES DE PRISE EN CHARGE ACTUELLE DES TOXICOMANES SUR CES DEUX CENTRES : | 40 |
| A) L’entrée en détention : | 40 |
| B) Prise en charge médicamenteuse : | 41 |
| C) Éducation à la santé : | 42 |
| D) La sortie : | 43 |
| E) Les transferts vers d’autres centres pénitentiaires ou expulsion : | 43 |
| F) Les extractions judiciaires : | 43 |
| G) Extradition : | 43 |
| H) La prise en charge par le psychologue : | 43 |
| 2. DIFFICULTES DES SOIGNANTS DEJA IDENTIFIEES DANS LA PRISE EN CHARGE DES DETENUS TOXICOMANES SUR NOS DEUX PRISONS : | 44 |
| VI. LES DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES EN MILIEU CARCERAL IDENTIFIEES PAR LA LITTERATURE : | 45 |
| 1. DIFFICULTES D’ORDRE GENERAL : | 45 |
| A) Le respect du secret médical et de la relation médecin-malade : | 45 |
| B) Conditions de détention : | 46 |
| C) Conditions d'exercice de la médecine : | 46 |

| | |
|---|-----------|
| D) Mésusage et trafic des psychotropes et des traitements substitutifs : | 47 |
| E) Perception du détenu toxicomane : | 47 |
| F) Du côté des pharmaciens en milieu pénitentiaire : | 47 |
| 2. DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DANS LES DIFFERENTES ETAPES DU PARCOURS CARCERAL : | 48 |
| A) Entrée en prison et repérage des conduites addictives : | 48 |
| B) Diagnostic : | 48 |
| C) Prise en charge et traitement substitutif : | 48 |
| D) Prévention des risques : | 50 |
| E) La continuité des soins à la sortie de prison : | 50 |
| VII. OBJECTIFS DE CETTE ETUDE : | 51 |

MATERIELS ET METHODES 52

| | |
|---|-----------|
| I. TYPE D'ETUDE : | 52 |
| II. POPULATION ET ECHANTILLONNAGE : | 52 |
| III. REALISATION DES ENTRETIENS ET RECUEIL DES DONNEES : | 53 |
| IV. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE : | 54 |

RESULTATS..... 56

| | |
|---|-----------|
| I. LE PATIENT TOXICOMANE EN PRISON : | 57 |
| 1. COMMENT LES TOXICOMANES SONT-ILS DECRITS ET CONSIDERES EN PRISON ? | 57 |
| A) Lourdeur des problèmes sociaux et psychiatriques : | 57 |
| B) Le sens de la toxicomanie en prison selon les soignants : | 59 |
| C) La perception des toxicomanes par les soignants : | 59 |
| D) La perception des toxicomanes par les surveillants et par les autres détenus : | 61 |
| E) Autodévalorisation des toxicomanes : | 62 |
| 2. LE TRAFIC DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION : | 62 |
| A) Le trafic est une importante difficulté : | 62 |
| B) Les produits rentrants : | 63 |
| C) Culpabilité des soignants et sensation d'être « des dealers » : | 63 |
| D) Un nouveau mode d'entrée dans la toxicomanie : | 64 |
| E) Un trafic dangereux pour la santé des détenus : | 65 |
| F) Un trafic favorisé par un repérage des toxicomanes : | 65 |
| G) Une pression exercée sur les toxicomanes substitués : | 66 |
| H) Manque de volonté commune pour réduire le trafic : | 66 |
| I) Un trafic toléré pour avoir une paix sociale : | 67 |
| II. LES PARTICULARITES DU SOIN LIEES A LA PRISON : | 67 |
| 1. DES SOIGNANTS CIRCONSPETS SUR LE ROLE POSITIF DE LA PRISON DANS LE PARCOURS DU TOXICOMANE : | 67 |

| | |
|--|----|
| 2. LE SECRET MEDICAL EST DIFFICILEMENT RESPECTE EN PRISON : | 70 |
| A) À la maison d'arrêt de Chambéry : | 70 |
| B) Au centre pénitentiaire d'Aiton : | 70 |
| C) Difficulté dans la protection du secret médical vis-à-vis des surveillants : | 71 |
| D) Les patients peuvent rompre le secret médical : | 71 |
| E) Les patients craignent que les soignants transmettent des informations médicales aux autorités pénitentiaires : | 71 |
| F) Les toxicomanes sont sollicités par les autres détenus pour dealer : | 72 |
| G) Le manque de secret médical incite les toxicomanes à arrêter la substitution : | 72 |
| 3. LES DIFFICULTES LIEES AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION : | 72 |
| A) Un traitement de substitution controversé : | 72 |
| B) Les modalités de dispensation des traitements substitutifs sont remises en cause : | 73 |
| C) Les dangers des associations de psychotropes et de traitements substitutifs : | 75 |
| D) Le mésusage des traitements substitutifs : | 77 |
| E) Les échecs des traitements de substitution : | 79 |
| 4. LES DIFFICULTES A L'ENTREE : | 82 |
| A) Difficultés pour identifier les vrais toxicomanes : | 82 |
| B) Réel danger en cas d'erreur d'identification : | 84 |
| C) Une identification à l'entrée qui étiquette les toxicomanes : | 84 |
| D) Le problème des entrées le week-end : | 85 |
| E) Des ordonnances extérieures associant benzodiazépines et traitement substitutif : | 86 |
| 5. LES DIFFICULTES A LA SORTIE DE PRISON : | 86 |
| A) Des patients très angoissés : | 86 |
| B) Un manque de préparation de la sortie : | 86 |
| C) Défaut de communication entre professionnels : | 87 |
| D) Une date de sortie inconnue : | 88 |
| E) Des patients perdus de vue : | 88 |
| F) D'importants problèmes socio-économiques non résolus : | 89 |
| G) Un risque de rechute très élevé à la sortie : | 89 |
| H) Difficultés pour trouver un prescripteur à l'extérieur : | 90 |
| 6. LA DIFFICULTE D'OBTENIR L'ADHESION DU PATIENT AU PROJET THERAPEUTIQUE : | 91 |
| A) Une substitution imposée en prison : | 91 |
| B) Un soin bas seuil : | 92 |
| C) Un suivi pour bénéficier de remises de peine ou dans le cadre de l'obligation de soins : | 92 |
| 7. LES RELATIONS ENTRE LES SOIGNANTS ET LES PATIENTS TOXICOMANES : | 94 |
| A) Une relation de confiance difficile à instaurer : | 94 |
| B) Un manque de temps pour améliorer les relations : | 95 |
| C) Absence d'intimité avec le patient : | 96 |
| D) Une omniprésence du système pénitentiaire : | 96 |
| E) Une forte pression sur les soignants pour obtenir les traitements désirés : | 96 |
| F) Les soignants, parfois uniquement vus comme des prescripteurs : | 97 |
| G) Une relation médecin malade déséquilibrée avec un pouvoir médical augmenté : | 98 |

| | |
|---|------------|
| H) Le mode de vie des toxicomanes est trop méconnu des soignants : | 98 |
| I) Un sentiment de répulsion envers certains détenus : | 98 |
| 8. LES RELATIONS ENTRE LE MONDE MEDICAL ET LES AUTORITES PENITENTIAIRES ET JUDICIAIRES : | 99 |
| A) Relations entre le monde médical et l'autorité pénitentiaire : | 99 |
| B) Relations entre le monde médical et l'autorité judiciaire : | 102 |
| 9. LES DIFFICULTES DE GESTION DES RISQUES INFECTIEUX : | 102 |
| A) Plusieurs prises de risque possibles : | 102 |
| B) Ignorance ou minimisation des injections : | 103 |
| C) Des conseils de prévention des risques difficiles à faire passer : | 103 |
| D) Le temps de l'incarcération est-il un temps de prise de risque ? | 104 |
| E) Une dévalorisation des patients contaminés : | 105 |
| F) Un programme d'échange de seringues qui rencontre des barrières : | 105 |
| G) La culture médicale en milieu pénitentiaire face à la politique de réduction des risques : | 106 |
| 10. DIFFERENCES OBSERVEES ENTRE LE CENTRE PENITENTIAIRE D'AITON ET LA MAISON D'ARRET DE CHAMBERY : | 106 |
| A) Les différences de communication entre soignants : | 106 |
| B) Les différences de relation entre soignants et surveillants : | 107 |
| C) Les différences de relation entre les détenus et les surveillants : | 108 |
| D) Les différences de suivi médical : | 108 |
| E) Les différences de suivi psychologique : | 109 |
| F) Les différences de temps de l'équipe psychiatrique : | 109 |
| G) Les différences de mentalité des soignants : | 109 |
| H) Les différences de respect du secret médical : | 110 |
| I) Les différences concernant l'activité des infirmières psychiatriques : | 111 |
| J) Les différences de profil des détenus : | 112 |
| K) Des modalités de dispensations différentes : | 113 |
| III. LES PARTICULARITES LIEES AUX EQUIPES DE SOINS :..... | 114 |
| 1. MANQUE DE FORMATION DES SOIGNANTS EN ADDICTOLOGIE : | 114 |
| A) Des connaissances limitées en toxicomanie : | 114 |
| B) Une formation en addictologie jugée non indispensable : | 114 |
| C) Un manque de formation des médecins généralistes à l'extérieur : | 115 |
| 2. DES DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES : | 115 |
| A) Au sein de l'équipe psychiatrique : | 115 |
| B) Au sein de l'équipe somatique : | 117 |
| C) Un temps d'éducateur insuffisant : | 117 |
| 3. LES DIFFICULTES DE COMMUNICATION ENTRE MEDECINS ET INFIRMIERS : | 118 |
| A) Au sein de l'équipe somatique : | 118 |
| B) Au sein de l'équipe psychiatrique : | 119 |
| 4. LES DIFFICULTES DE COMMUNICATION ENTRE L'EQUIPE SOMATIQUE ET PSYCHIATRIQUE : | 120 |
| A) Manque de communication : | 120 |
| B) Désaccord entre infirmiers au sujet de la dispensation des traitements : | 121 |

| | |
|---|-----|
| 5. LES DIFFICULTES DE COMMUNICATION ENTRE LE MONDE MEDICAL EN PRISON, L'ASSOCIATION LE PELICAN ET LE SPIP | 121 |
| A) Entre les soignants du milieu carcéral et l'association Le Pélican : | 121 |
| B) Entre le monde médical en prison et le SPIP : | 122 |
| 6. MANQUE DE COORDINATION ET DEPHASAGE DANS LES PRISES EN CHARGE: | 122 |
| A) Absence de réunions interservices : | 122 |
| B) Défaut de coordination globale sur le projet de soin des patients : | 123 |
| C) Les soignants ne connaissent pas leurs rôles respectifs : | 125 |
| D) Un investissement différent entre les deux équipes : | 125 |
| E) Déphasage dans la prise en charge entre infirmiers : | 126 |
| F) Déphasage dans la démarche de soins entre médecins : | 126 |

DISCUSSION129

I. AVANT-PROPOS :.....129

| | |
|--|-----|
| 1. POURQUOI CE SUJET ? | 129 |
| 2. POURQUOI AVOIR CHOISI CETTE METHODOLOGIE D'ENQUETE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS EXPLORATOIRES ? | 129 |
| 3. CHOIX DE L'AXE DE TRAVAIL : | 129 |
| 4. DIFFICULTES RENCONTREES : | 130 |

II. LIMITES ET BIAIS DE LA METHODE :130

| | |
|--|-----|
| 1. LA SELECTION DE LA POPULATION : | 130 |
| 2. LE REFUS D'ETRE INTERVIEWE : | 131 |
| 3. LE REFUS D'ETRE ENREGISTRE, RETRANSCRIT OU PUBLIE : | 131 |
| 4. LES BIAIS LIES A L'INTERVIEWER : | 131 |

III. À PROPOS DE NOS RESULTATS :.....132

| | |
|--|-----|
| 1. DIFFICULTES DEJA SOULEVEES PAR LA LITTERATURE : | 132 |
| 2. NOS SOIGNANTS NE SE PLAIGNENT PAS DE DIFFICULTES IDENTIFIEES PAR D'AUTRES AUTEURS : | 133 |
| 3. NOUS AVONS EGALEMENT EU DES RESULTATS NOUVEAUX NON OBSERVES DANS LA LITTERATURE : | 134 |
| A) La communication est nécessaire pour proposer une prise en charge commune : | 134 |
| B) Manque de coordination et nécessité d'harmonisation : | 136 |
| C) Le problème des produits rentrants : | 138 |
| D) Les pressions exercées sur les toxicomanes de la part de la justice et des familles : | 139 |
| E) Les pressions reçues par les soignants : | 139 |
| F) Le problème de la barrière de la langue : | 140 |
| G) Manque de temps des équipes psychiatrique et somatique : | 140 |
| H) Le faible niveau socio-intellectuel des patients toxicomanes : | 141 |
| I) Prévention du risque infectieux : | 142 |
| J) Obligation de soins : | 144 |

| | |
|---|-------------------|
| K) Gagner la paix sociale en tolérant les prises de produits illicites : | 144 |
| 4. DES RESENTIS DIFFERENTS SELON LES CATEGORIES PROFESSIONNELLES : | 145 |
| A) Les infirmières somaticiennes : | 145 |
| B) Les médecins somaticiens : | 147 |
| C) Les infirmières de psychiatrie : | 148 |
| D) Les psychiatres : | 148 |
| E) En somme : | 149 |
| IV. LES PISTES DE TRAVAIL : | 149 |
| V. EN RESUME: | 150 |
| | |
| <u>CONCLUSION.....</u> | <u>153</u> |
| | |
| <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | <u>155</u> |
| | |
| <u>REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES.....</u> | <u>158</u> |
| | |
| <u>ANNEXE</u> | <u>160</u> |
| | |
| <u>VERBATIM.....</u> | <u>170</u> |

LEXIQUE

AFR Association Française pour la Réduction des risques liés à l'usage de drogues

BHD Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques des Usagers de Drogues

CD Centre de détention

CH Centre hospitalier

CHS Centre hospitalier spécialisé

CIP Conseiller d'insertion et de probation

CISIH Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine

CP Centre pénitentiaire

CSAPA Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

DHOS Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DGS Direction Générale de la Santé

IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales

IGSJ Inspection Générale des Services Judiciaires

MA Maison d'arrêt

MILDT Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

OFDT Observatoire français des drogues et toxicomanies

ORS PACA Observatoire Régional de Santé région Provence-Alpes-Côte d'Azur

PES Programme d'échange de seringues

RDR Réduction des risques

RPS Remise de peine supplémentaire

SMPR Service Médico-Psychologique Régional

SPIP Service pénitentiaire d'insertion et probation

UCSA Unités de consultations et de soins ambulatoires

UDVI Usager de drogue par voie intraveineuse

VHB Virus de l'hépatite B

VHC Virus de l'hépatite C

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

La médecine carcérale du vingt et unième siècle se veut être une médecine non dérogatoire, basée sur le principe d'égalité des soins pour tous les citoyens. La prison doit n'être, comme le disait Valéry Giscard d'Estaing, uniquement qu'une « *privation de la liberté d'aller et de venir et rien d'autre* » (1).

De manière rétrospective, l'ancien garde des sceaux Robert Badinter expliquait : « *la santé des détenus est un problème constant qui a fait des progrès considérables. Nous sommes arrivés avec des difficultés inouïes à mettre fin à ce que l'on a appelé « la médecine pénitentiaire », qui était une médecine de sous-hommes. Nous fûmes confrontés à des réactions corporatistes intenses. En 1983, nous avons rattaché les établissements pénitentiaires à l'inspection de l'administration de l'assistance publique. Le regard de cette inspection fut enfin posé sur la médecine carcérale et, de ce jour, tout fut rendu possible, avec des progrès successifs qui n'ont jamais cessé, car l'on a compris qu'il ne pouvait exister une médecine pratiquée pour tous et une médecine carcérale et un traitement carcéral des maladies. Il existe des maladies pénitentiaires, mais c'est autre chose. Devant la maladie, tout être humain doit être également traité* » (2).

Les principes fondamentaux sont clairs pour tous les soignants du milieu pénitentiaire. Mais face à une réalité toute autre faite de surpopulation carcérale, de violence entre détenus, de trafics de drogues intra-muros, confrontés à une surreprésentation des maladies psychiatriques et au vieillissement de la population carcérale, les soignants, même les plus motivés, risquent de perdre la foi.

Dans ce contexte, quelles sont les difficultés rencontrées par le personnel de santé en milieu pénitentiaire, pour prendre en charge les patients toxicomanes incarcérés en 2011 ? Cette étude tend à donner la parole aux soignants, pour faire un constat des difficultés de prise en charge des toxicomanies, en 2011, au sein des unités somatiques et psychiatriques de la maison d'arrêt de Chambéry et du centre pénitentiaire d'Aiton. Ce travail s'intègre suite à une formation de l'équipe sur les questions de toxicomanies, datant du 02-12-2010, et servira aux équipes de soin pour envisager des pistes de travail, afin d'améliorer les prises en charge.

I. Définition de la toxicomanie :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la définition stricte de la toxicomanie correspond à quatre éléments :

- une envie irrésistible de consommer le produit (*addiction*) ;
- une tendance à augmenter les doses (*tolérance*) ;
- une *dépendance* psychologique et parfois physique ;
- des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques).

Une explication possible de la toxicomanie est celle proposée par le Professeur Claude Olievenstein : « *la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel* » (3).

Pour notre étude, nous nous intéressons aux toxicomanies aux opiacés et à leur prise en charge en milieu carcéral.

II. Repères chronologiques ponctuant l'histoire de la prise en charge de la toxicomanie :

1. En milieu extérieur :

La loi n°70-1320 du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, définit la politique française en matière de drogues et place l'utilisateur de drogues dans un double objectif : d'une part, la répression de l'usage et du trafic de drogues et d'autre part, l'offre d'une série de soins.

La circulaire DGS n°14 du 7 mars 1994, relative au cadre d'utilisation de la Méthadone® dans la prise en charge des toxicomanes, définit les modalités de prescription et de délivrance du traitement en milieu extérieur. La Méthadone® est donc primoprescrite en Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST), depuis cette date. Ensuite, grâce à la circulaire ministérielle DGS/DHOS n° 2002/57 du 30.01.2002, l'initiation de la Méthadone® a pu être réalisée dans les établissements de santé, en plus des CSST, puis relais possible par un médecin de ville ou du CSST, qui sera choisi en accord entre le patient et le prescripteur initial.

La circulaire DGS/SP3 n°04 du 11 janvier 1995, relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes, permet de poursuivre le plan de lutte contre la drogue, avec notamment le recours à la prescription de Méthadone®, le développement des lieux de contact avec les toxicomanes marginalisés pour faciliter l'accès aux soins de ce public, l'implication de l'hôpital et des médecins libéraux dans la prise en charge des toxicomanes par le développement de réseaux Toxicomanie/Ville/Hôpital.

La circulaire DGS/SP3/95 du 31.03.1995 autorise l'accompagnement de la mise sur le marché des médicaments de traitement des pharmacodépendances aux opiacés, avec mise en place de comité de suivi départementaux et formation des professionnels. Elle précise que la prescription de Subutex® est possible par tout médecin.

Les traitements substitutifs aux opiacés ont une efficacité démontrée et incontestable en France depuis 1995. La conférence de consensus de Juin 2004, *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution*, rend compte d'une réduction de la mortalité grâce aux traitements substitutifs aux opiacés, particulièrement nette quant au nombre de décès par surdoses liées à l'héroïne, divisé par plus de cinq entre 1994 et 2002. En 8 ans, entre 1996 et 2003, on peut estimer que près de 3 500 vies ont ainsi été sauvées (4). Il est également prouvé que les traitements substitutifs favorisent l'abstinence ou un mode de consommation stable ; dans le groupe de patients recevant de la Méthadone®, la consommation auto-rapportée d'héroïne est trois fois plus faible, ainsi que le taux d'urine positive à cette substance, par rapport au groupe de patients traités sans substitution opiacée (5). On retrouve, en outre, une baisse de la criminalité grâce aux substitutifs ; il existe une diminution du nombre de jours de délits par semaine chez des patients substitués par Méthadone® pendant une durée de 57 mois (6). Enfin, il est important de rappeler que les traitements substitutifs par Subutex® ou Méthadone® ont permis une diminution des pratiques à risque de maladie transmissible. En effet, chez des patients n'ayant jamais été substitués auparavant, et qui reçoivent pendant deux ans un traitement par Buprénorphine Haut Dosage, il existe une réduction de 52% à 11.5% d'injecteurs (7). Dans une étude australienne, parmi les patients qui débutent un traitement par Méthadone®, la proportion d'injecteurs quotidiens décroît de 78% à 7% après un an de traitement (8). Les traitements substitutifs n'ont plus à prouver leur efficacité pour l'individu toxicomane et pour la société, depuis 1995, en milieu extérieur. Il convient à présent de rappeler l'historique de la prise en charge de la toxicomanie en prison.

2. En milieu carcéral :

La question de la santé en prison est restée bien longtemps une question annexe à la problématique du monde carcéral. C'est avec l'émergence du VIH dans les années 1980 que les autorités politiques ont réorganisé le système de santé pénitentiaire, et la question de la prise en charge des toxicomanies a pointé, devant le risque de maladies transmissibles découlant de la toxicomanie intraveineuse. Les réformes du cadre de santé des prisonniers sont le fruit de ce contexte épidémiologique.

L'arrêté du 14 décembre 1986 fixe l'organisation des services médico-psychiatriques régionaux (SMPR) et leur donne une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en milieu pénitentiaire. Suite à cet arrêté, les premières antennes d'addictologie sont créées en 1986 dans les maisons d'arrêt de Fresnes et Lyon. Puis le modèle est repris et développé. Les antennes d'addictologie sont placées sous la responsabilité des SMPR ou du secteur de psychiatrie générale.

Les modalités de prise en charge des toxicomanes en milieu carcéral sont rapidement précisées par la circulaire DGS du 03/11/1987 : accueil de tous les entrants en vue d'un dépistage, recueil des données épidémiologiques, information et orientation éventuelle en vue d'un sevrage et/ou d'un suivi de ces personnes, coordination des actions mises en œuvre en direction des toxicomanes, préparation à la sortie avec le dispositif spécialisé extérieur.

Aux termes du décret du 29 juin 1992, les antennes de lutte contre la toxicomanie deviennent des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), acquérant le même statut et la même dénomination que les centres de soins extérieurs, avec pour mission la prise en charge médico-psychologique, sociale et éducative des toxicomanes comprenant l'aide à l'insertion et à la réinsertion.

La loi 94-43 du 18 janvier 1994 est fondamentale et instaure le principe de la protection sociale pour tous les détenus (avec affiliation dès leur incarcération au régime général de la sécurité sociale) et transfère la responsabilité de l'organisation, ainsi que la pratique des soins de l'administration pénitentiaire vers le service public hospitalier, et donc du ministère de la justice vers le ministère de la santé.

Les pratiques en médecine carcérale s'appuient très largement sur le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, qui accompagnait la circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et révisé en 2004.

La circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996, relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes, consacre le principe de la poursuite du traitement de substitution à l'entrée en prison, à travers le Subutex® ou la Méthadone®.

Dans les suites de cette circulaire, le rapport remis au ministre de la Justice par le professeur Gentilini en novembre 1996 préconise que les antennes toxicomanies puissent initier un traitement par Méthadone®. Ce rapport inspire la circulaire " santé justice " du 5 décembre 1996, qui permet aux détenus d'être " initiés " à la substitution par Buprénorphine. Cette circulaire prévoit que de l'eau de javel à 12° doit être distribuée aux détenus par l'administration pénitentiaire et doit figurer sur la liste des produits cantinables, dans le but de limiter l'infection par le VIH en milieu carcéral. Depuis le 15 décembre 1997, l'eau de javel est distribuée systématiquement aux détenus.

Le Livre de Véronique Vasseur *Médecin-chef à la prison de la Santé* en 2000 (9) fait l'effet d'une bombe et pousse les acteurs politiques à mener des enquêtes parlementaires sur les conditions d'incarcération.

Les sénateurs Jean-Jacques Hyest et Guy-Pierre Cabanel (ancien doyen de la faculté de médecine de Grenoble) rapportent cette commission d'enquête n°449 le 29 juin 2000, rapport intitulé *Prisons : une humiliation pour la République*. Découlent de ce rapport la création des unités de visite familiale et le développement du placement des détenus sous surveillance électronique en alternative à l'incarcération.

La note interministérielle du 09 août 2001, relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, décrit cinq grandes missions :

- 1- Repérage des situations d'abus et/ou de dépendance.
- 2- Proposition d'une prise en charge adaptée aux besoins de la personne.

Elle stipule :

- pour les personnes dépendantes aux opiacés, une prescription d'un traitement de substitution doit être envisagée dès l'entrée en détention, qu'il s'agisse de la poursuite d'un traitement initié à l'extérieur ou de la proposition d'un nouveau traitement ;
- pour les personnes dépendantes à l'alcool ou aux psychotropes détournés de leur usage, ainsi que pour les personnes dépendantes aux opiacés mais qui ne bénéficient pas d'un traitement de substitution, un traitement médicamenteux dans un but de sevrage doit être accessible ;
- des mesures d'accompagnement social et éducatif sont indispensables, quel que soit le traitement choisi ;

- la nécessité d'un responsable de projet «addictions », qui coordonne les actions.
- 3- Développer la prévention, notamment celle des risques associés à la consommation de produits.
- 4- Favoriser les aménagements de peine.
- 5- Préparer la sortie.

La circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 permet la primo-prescription de la Méthadone® par les médecins exerçant en établissement de santé, dont les médecins des UCSA.

L'instruction du 17 novembre 2010, relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, émanant du secrétariat d'État à la Santé, reprend les concepts développés dans la note du 09 août 2001 et définit les modalités de coordination et l'organisation de la prise en charge des addictions. L'accent est mis sur le repérage des personnes ayant des problèmes d'addiction lors de la visite médicale d'entrée, au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Le diagnostic doit être posé par un professionnel spécialisé en addictologie. Doit être défini un projet de soins adapté qui comprend « le suivi du sevrage, la prescription et le suivi de traitements de substitution, la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques, le suivi psychologique » ; la prise en charge doit être assurée selon les besoins du patient et les organisations locales de l'offre de prise en charge, par un médecin addictologue hospitalier de rattachement de l'UCSA ou un professionnel d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie de proximité (CSAPA).

L'instruction insiste sur la préparation à la sortie (dont la mise en relation avec un partenaire extérieur pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de la libération), sur la réduction des risques infectieux, ainsi que sur la politique de réduction des risques et les actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Le texte stipule la nécessité d'une prise en charge globale avec coordination de l'ensemble des intervenants et pilotage de cette organisation par une personne exerçant à l'UCSA, ou par convention, à une personne du service assurant les soins psychiatriques ou du service médico-psychologique régional (SMPR). L'instruction ajoute la notion d'évaluation annuelle de cette nouvelle organisation.

En termes de politique de réduction des risques, un petit retour en arrière est également nécessaire.

En 1989, Médecins du Monde met en place le programme d'échange de seringues dans les rues de Paris. Ce programme se fait dans la clandestinité jusqu'en 1995, les autorités finissant par signer un décret autorisant l'échange de seringues dans la rue.

Les textes de loi autorisent la mise en place des programmes de réduction des risques dans leur intégralité, y compris les programmes d'échange de seringues. Ainsi, la loi du 18 janvier 1994 ordonne l'équivalence des soins en milieu libre et en milieu clos.

Les recommandations internationales de réduction des risques (notamment la Commission des Droits de l'homme des Nations Unies, 1996) adaptées en milieu carcéral sont claires. Les gouvernements ont la responsabilité morale et juridique de prévenir la propagation du VIH parmi les détenus et le personnel carcéral, et de prendre soin de ceux qui sont infectés.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 (article 7) et le décret de 2005 reconnaissent que la réduction des risques passe par la distribution de seringues stériles.

Selon l'article 20 de la loi pénitentiaire du 6 Mars 2009, l'administration pénitentiaire doit favoriser la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires.

En 2011, en France, il n'existe toujours pas de programme d'échange de seringues en milieu carcéral, malgré les recommandations internationales et un arsenal législatif qui n'irait pas à son encontre. La désinfection à l'eau de javel est le seul moyen de prévention des risques proposé aux détenus, afin de diminuer les risques infectieux liés au partage des seringues.

III. La prison et la médecine carcérale en 2011 :

Sur le plan législatif et même sur le plan des pratiques, la médecine carcérale a changé en trente ans. Quels sont ses moyens actuels pour prendre en charge les patients ?

1. Au niveau national :

Il est indéniable qu'il existe un fond de surpopulation carcérale avec 60544 détenus au premier janvier 2011 (soit 58600 hommes pour 1944 femmes) pour une capacité théorique d'accueil de 56358 (un total de 84 354 incarcérations en 2010) (10).

La densité carcérale est assez hétérogène au premier janvier 2011 avec :

- 5 établissements ou quartiers d'une densité supérieure ou égale à 200 %;
- 17 établissements ou quartiers d'une densité supérieure ou égale à 150 et inférieure à 200 %;
- 52 établissements ou quartiers d'une densité supérieure ou égale à 120 et inférieure à 150 %;
- 34 établissements ou quartiers d'une densité supérieure ou égale à 100 et inférieure à 120 %;
- 129 établissements ou quartiers d'une densité inférieure à 100 % (10).

Au niveau de la démographie médicale carcérale : le personnel de santé en milieu pénitentiaire au premier janvier 2011 était constitué de 2447 professionnels (10). Le ministère de la Santé ne communique pas de chiffres sur d'éventuels problèmes de densité médicale carcérale.

2. Au niveau savoyard :

On constate en 2009 une surpopulation carcérale (uniquement adulte homme) avec un taux d'occupation de 135% pour le secteur de la maison d'arrêt du centre pénitentiaire d'Aiton. Pour le secteur de détention du CP d'Aiton, il n'existe pas de surpopulation (90% de taux d'occupation) (11). Pour la maison d'arrêt de Chambéry la surpopulation existe bel et bien : 212% chez les adultes hommes, pas chez les adultes femmes (fermeture du quartier femmes en Novembre 2010) et légère surpopulation pour les mineurs hommes (117%) (12).

Concernant la démographie médicale locale :

En 2009, pour l'équipe de soins somatique (UCSA) des deux établissements, les postes de médecin budgétés sont pourvus (hormis 0.1 emploi temps plein (ETP) de médecins spécialistes pour le centre pénitentiaire d'Aiton), de même pour les postes d'infirmiers somatiques, pour les postes de pharmacien et de secrétaires médicales (11,12).

Concernant l'équipe psychiatrique dépendant du Centre hospitalier spécialisé de Bassens, il manque 0.2 emploi temps plein de psychiatres en 2009 sur Aiton. Tous les postes de psychologues sont pourvus. On note un léger déficit en personnel infirmier psychiatrique de 0.45 ETP pour l'année 2009 (11,12).

À noter que l'activité de consultation est stable d'année en année pour les UCSA de Savoie : sur le CP d'Aiton, le nombre de consultations médicales généralistes et spécialistes confondues est de 6805 consultations annuelles contre 6935 en 2008 (11). Il en est de même sur la MA de Chambéry avec 3467 consultations toutes spécialités confondues en 2009 contre 3166 en 2008 (12).

IV. Les chiffres de la toxicomanie en prison :

1. Au niveau national :

L'enquête de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) concernant la santé des personnes entrées en prison, en 2003, montre que 33.3% des entrants déclarent une utilisation prolongée et régulière d'au moins l'une des 178 drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'incarcération (contre 32% relevé par une enquête similaire de la DREES en 1997), le plus souvent du cannabis (29.8%), puis de la cocaïne (7.7%), puis de l'héroïne, morphine ou opium (6.5%, alors que la même étude de 1997 notait que 14.4% des entrants en prison déclaraient cette consommation), puis des médicaments utilisés de façon toxicomaniaque (5,4%), puis de très nombreuses autres substances (LSD, ecstasy, colles, solvants...) pour 4% des entrants (13).

À noter l'existence d'une polytoxicomanie pour 10,5% des interrogés en 2003 contre 14.6% en 1997 (13). Les entrants déclarant une utilisation de drogues illicites par voie intraveineuse, au cours des 12 mois précédant l'incarcération, représentent 2.6% des interrogés en 2003 contre 6,2% en 1997 (13).

Une enquête réalisée en 2000 au centre pénitentiaire de Marseille met en évidence que 14% des toxicomanes ayant recouru à la voie veineuse pour s'injecter des drogues au cours des trois mois précédant leur incarcération avaient déclaré s'en être également injectés au cours des trois premiers mois de l'incarcération actuelle (14).

2. Sur le plan européen :

Les chiffres sont très disparates. D'après l'OMS (15), les niveaux de consommation de drogues illicites dans les prisons de l'Union Européenne varient fortement, de 22 à 86 %. Une consommation régulière de drogues ou une dépendance avant l'emprisonnement est signalée par 8 à 73 % des détenus.

Toutes les enquêtes réalisées dans les prisons européennes ont relevé l'existence d'injections de drogues parmi les usagers (13-85%) et de partage de matériel d'injection en détention (50-100%) (16).

3. Aux Etats-Unis :

Le bureau fédéral des statistiques de la justice estime que près de 50% des détenus présentent un problème d'addiction, toutes addictions confondues (17).

4. Sur les deux prisons de Chambéry et d'Aiton :

Il n'existe pas d'évaluation du pourcentage de toxicomanes à l'entrée.

En Savoie, au centre pénitentiaire d'Aiton (11) au 20.04.2010, le nombre de patients sous traitement par Méthadone® était de 16, ceux sous Buprénorphine était de 25 (sur un effectif total le 20.04.2010 non rapporté, mais d'environ 500 détenus).

À la maison d'arrêt de Chambéry, on recense, au 19.04.2010, 4 patients sous traitement par Méthadone® (3.66% de la population carcérale) et 4 sous Buprénorphine (3.66%) pour un effectif total de 109 détenus (12).

On note une diminution des prescriptions (en valeur absolue : flacons ou comprimés) de traitement substitutif en 2009 par rapport à 2008 de 21% pour la Buprénorphine et 31% pour la Méthadone® pour le CP d'Aiton (11), mais on reste sur une phase globale de croissance de prescriptions de 2003 à 2009. Cette baisse en 2009 est probablement liée à la réduction du nombre de détenus dans les deux prisons cette année-là (200507 journées de détention en 2008, contre 178063 en 2009 soit une diminution de 11% du nombre de journées de détention), suite à l'ouverture d'autres établissements pénitentiaires dans la région. La maison d'arrêt de Chambéry, au contraire, voit une explosion de la prescription de traitements substitutifs avec + 55% pour la Méthadone® en 2009 par rapport à 2008, ce chiffre étant à relativiser du fait du faible nombre de personnes sous substitution à la MA de Chambéry. On retrouve surtout une augmentation des posologies de Méthadone®, et une augmentation de 24% des prescriptions de Buprénorphine (6598 comprimés en 2009 contre 5302 en 2008) (12).

V. Les modalités et difficultés de prise en charge des toxicomanes à la maison d'arrêt de Chambéry et au centre pénitentiaire d'Aiton :

1. Modalités de prise en charge actuelle des toxicomanes sur ces deux centres :

Il n'existe pas de parcours de soins systématique du toxicomane.

A) L'entrée en détention :

La consultation d'entrée est réalisée systématiquement sur le plan somatique par médecin et infirmier de l'UCSA, de même sur le plan psychiatrique par infirmier psychiatrique et psychiatre (11,12). À noter qu'en pratique, contrairement à ce qui est stipulé dans les rapports d'activité annuelle des deux prisons, les détenus ne voient pas systématiquement un psychiatre à l'entrée.

L'entretien médical somatique d'entrée :

La question des addictions est abordée lors de cette consultation d'entrée. Si un traitement substitutif aux opiacés est déjà prescrit, après vérification auprès du médecin traitant ou par défaut auprès de la pharmacie déclarée par le patient, le médecin prescripteur du service décide ou non de poursuivre le traitement.

Si le patient déclare une addiction aux opiacés à l'extérieur non substituée, le médecin peut, éventuellement après réalisation du dosage urinaire des opiacés, réaliser une primo-prescription d'un traitement substitutif. À noter que l'analyse d'urine n'est obligatoire que dans le cadre d'un traitement par Méthadone®.

Le médecin de l'UCSA recherche les polytoxicomanies, les note sur la « fiche de codage et suivi de consultation » en abus ou dépendance, et propose un dépistage sérologique en fonction des risques pris par le patient (Cf. Annexe 6).

L'entretien infirmier somatique d'entrée :

L'entretien infirmier, en l'absence de médecin dans la structure, est cadré par un protocole du CH de Chambéry intitulé « *protocole à la réception d'un toxicomane sous traitement de substitution, en l'absence de médecin* » (Cf. Annexe 1).

À Chambéry comme à Aiton, l'entretien infirmier d'entrée se déroule de manière standardisée selon la fiche : « *état de santé entrant* », qui comprend l'item « toxiques » et « injections », de

même que la vérification d'un dépistage éventuel des maladies infectieuses avec item « dépistage VIH, hépatite B, hépatite C, syphilis », ainsi que l'item « vaccination hépatite B et DTP » (Cf. Annexe 2).

Si le patient déclare un traitement substitutif, l'infirmier essaie de contacter le médecin déclaré par le patient ou à défaut la pharmacie.

Un livret d'accueil est remis à chaque détenu par l'UCSA de la maison d'arrêt de Chambéry et du centre pénitentiaire d'Aiton, avec une note qui rappelle au patient la tenue au secret médical de tout le personnel soignant et la tenue au secret professionnel du surveillant présent à l'UCSA. Ce livret comprend la fiche protocole de désinfection en restauration collective par eau de javel (Cf. Annexe 4), fiche qui ne contient aucune référence explicite à la désinfection des seringues. L'eau de javel est donnée systématiquement et gratuitement dans le kit d'entrée à tout détenu (et est distribuée tous les mois).

Est joint une fiche « Attention à toute exposition au sang » (Cf. Annexe 5) dans laquelle est fait cas du partage de matériel pour tatouage et du contact avec du sang, mais aucunement des seringues. Le sujet est abordé de manière très laconique page 4 du livret : « même s'ils sont interdits par la loi, il est possible de trouver des moyens pour tenter de faire le point sur les consommations, voire de s'en libérer : cannabis, opiacés, cocaïne... Parlez-en au service médical » (Cf. Annexe 3).

B) Prise en charge médicamenteuse :

La prescription du traitement substitutif ne fait l'objet d'aucun contrat thérapeutique écrit entre médecin et patient. La prescription de Subutex® est faite sur des ordonnances normales pour des durées n'excédant pas vingt-huit jours. La prescription de Méthadone® est réalisée sur des ordonnances normales pour une durée de quatorze jours. Les prescriptions sont reportées par le médecin de l'UCSA sur le cahier de prescription des stupéfiants.

À la maison d'arrêt de Chambéry, le traitement substitutif, qu'il s'agisse de Méthadone® ou de Subutex®, est dispensé quotidiennement à l'infirmerie de l'UCSA : le patient vient de lui-même tous les jours prendre son traitement devant l'infirmier somatique. La prise effective de la Méthadone® est bel et bien surveillée par l'infirmier. Celle du Subutex® n'est pas contrôlée. En effet, il faut cinq à dix minutes pour que le comprimé se délite sous la langue, le patient le met donc dans la bouche puis quitte les locaux de l'UCSA.

Au centre pénitentiaire d'Aiton, le traitement par Subutex® du matin est dispensé quotidiennement par un infirmier de l'UCSA en cellule (la veille au soir tous les jours, sauf samedi et dimanche la veille vers midi), en théorie en mains propres au patient.

Le Subutex® est mis dans un sachet avec les autres traitements par le préparateur de la pharmacie de l'UCSA, comme tout autre traitement. L'infirmier ne contrôle pas le traitement préparé. Le détenu a la charge de contrôler par lui-même l'exactitude de son traitement. La prise effective du Subutex® n'est pas surveillée. La Méthadone® est délivrée quotidiennement à l'infirmierie de l'UCSA et sa prise effective est vérifiée par un infirmier. Le CP d'Aiton respecte la législation européenne et bénéficie du label RPE (règles pénitentiaires européennes) : ainsi, les entrants disposent d'un pavillon spécifique qui permet une surveillance rapprochée et une « adaptation » au monde carcéral du nouveau détenu. Les patients du « quartier entrants » viennent prendre tous leurs traitements quotidiennement à l'UCSA, sans surveillance effective de la prise de leurs médicaments (exception faite de la Méthadone®).

Les demandes de prise en charge par l'UCSA pour toxicomanie émanant d'un détenu sont transmises par moyen écrit, via les surveillants, ou directement par écrit par le détenu qui laisse son mot dans une boîte aux lettres prévue à cet effet, ou le transmet directement à l'UCSA.

Une des particularités des deux prisons étudiées, c'est que ce sont les médecins généralistes qui prescrivent la majorité des traitements de substitution, les psychiatres consultant plus particulièrement les toxicomanes ayant des pathologies psychiatriques avérées sous-jacentes. En discutant de manière informelle avec les soignants, on se rend compte que dans plusieurs prisons, ce sont exclusivement les psychiatres qui prescrivent les traitements substitutifs, par exemple à la maison d'arrêt de la Santé à Paris, la maison d'arrêt de Lyon-Corbas, et au centre pénitentiaire les Baumettes à Marseille.

C) Éducation à la santé :

Des ateliers d'éducation à la santé sont réalisés par un médecin de l'UCSA sur les deux prisons avec un temps médecin imparti à cette formation. Ces ateliers sont dirigés vers tous les détenus et différents thèmes sont abordés, dont la prévention des risques.

Les infirmiers somatiques disposent également d'un temps dédié aux ateliers d'éducation à la santé. Un infirmier, un jour par semaine, dix mois sur douze, est détaché à la préparation et à la réalisation d'ateliers aux thèmes variés. De même, sont organisés des cafés santé, à raison

d'un tous les deux mois. L'éducation aux toxicomanes est également faite par médecins et infirmiers lors des entretiens individuels de suivi.

D) La sortie :

Un intervenant du Pélican est présent le lundi à Chambéry. La sortie est préparée avec l'aide de l'association le Pélican basée sur Chambéry et Albertville, qui vient en prison rencontrer les patients. Le jour de la sortie, le patient dispose du traitement pour le jour et le lendemain et une ordonnance d'une durée maximale de 14 jours pour la Méthadone® et 28 jours pour le Subutex®. Un rendez-vous de suivi en milieu extérieur est proposé par l'équipe du Pélican. Le patient est également orienté vers son médecin traitant.

E) Les transferts vers d'autres centres pénitentiaires ou expulsion :

Il existe une fiche de liaison pour les soignants.

F) Les extractions judiciaires :

Le traitement substitutif est géré par l'escorte (gendarmerie).

G) Extradition :

Certains pays ne pratiquent pas la substitution (cas d'un patient extradé vers la Tchéquie).

H) La prise en charge par le psychologue :

De nombreux patients viennent sur recommandation du juge ou de l'avocat, dans l'espoir d'une remise de peine, soit sur insistance de la famille, soit après conseil de l'UCSA, mais rarement sur demande spontanée. Les consultations durent en moyenne trente minutes. À Aiton, l'attente pour un rendez-vous est de trois à quatre mois, beaucoup moins à Chambéry.

2. Difficultés des soignants déjà identifiées dans la prise en charge des détenus toxicomanes sur nos deux prisons :

Le médecin responsable de l'UCSA d'Aiton notait dans le rapport d'activité annuelle « les difficultés principales restent l'exiguïté et l'entretien des locaux, le matériel de dentisterie, le secrétariat » (11).

Le médecin responsable de la MA de Chambéry notait les difficultés de vécu de l'équipe médicale vis-à-vis de la mort naturelle d'un détenu (12). Elle précise que les locaux de l'UCSA restent exigus, mais ont été agrandis avec la récupération d'une cellule adjacente, ce qui permet une meilleure fluidité dans l'organisation, dans le respect de la confidentialité des entretiens et des soins. Le problème de l'entretien des locaux reste entier, faute de moyens (12). Elle rajoute que la nuit, les portes des cellules ne peuvent être ouvertes que par le gradé d'astreinte à son domicile avec des délais d'intervention allongés, ce qui pose le problème de la sécurité en cas d'urgence vitale à court terme (12). Elle précise que les rapports avec l'administration pénitentiaire restent bons et cordiaux (12).

Le chef de service du secteur de psychiatrie notait un manque de bureaux disponibles dédiés à l'activité de psychiatrie pour le CP d'Aiton (11) et un manque d'espaces adaptés pour des thérapies de groupe spécifiques à la psychiatrie à la MA de Chambéry (12).

Le cadre de santé de l'équipe somatique note quant à elle une absence de complément de temps de secrétariat ayant un retentissement néfaste sur l'activité infirmière. De même, le manque de personnel d'entretien spécialisé est problématique, le ménage réalisé par les détenus ne répondant pas aux normes d'hygiène d'un lieu de soins (12).

Sur le CP d'Aiton, les difficultés sont l'hygiène et l'exiguïté des locaux, les rendez-vous non honorés (3). Les détenus sous traitement de substitution sont de plus en plus nombreux et leur prise en charge est spécifique et lourde (3).

En somme, les différents intervenants décrivent, dans les rapports d'activités, des problèmes organisationnels plus que des problèmes spécifiques à la prise en charge de la toxicomanie. Notre enquête tentera d'approfondir ce dernier aspect.

VI. Les difficultés de prise en charge des toxicomanes en milieu carcéral identifiées par la littérature :

Selon le rapport DGS/DHOS décembre 2001, il existe une nette disproportion entre sujets toxicomanes substitués en milieu libre et en milieu carcéral (56% contre 18% en milieu carcéral en décembre 2001, sur l'estimation qu'approximativement 30% de la population carcérale est représentée par des usagers de drogues).

Suite à la publication le 14 janvier 2000 du livre très médiatisé du Docteur Véronique Vasseur *Médecin-chef à la prison de la Santé* (9), une commission d'enquête sénatoriale sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires est chargée de faire le point sur les conditions de détention en France. Elle vilipende les prisons françaises en les qualifiant de « honte de la République », tout en soulignant les progrès incontestables dus à la mise en place de la loi de 1994. Elle pointe cependant des difficultés concernant l'inadaptation des locaux des services de soins, la médiation des personnels de surveillance dans l'accès aux soins, la complexité des transferts prison-hôpital, la difficile coopération entre l'administration pénitentiaire et le monde médical, la difficile coordination entre les soins somatiques et psychiatriques. Le rapport dénonce une multiplicité d'acteurs dans la lutte contre la toxicomanie (SMPR, CSST, UCSA, CISIH, associations, ...) qu'il qualifie de contreproductive, et recommande la mise en place de règles plus satisfaisantes de coordination entre les différents services.

Ces constats que font les politiques, les scientifiques les rapportent depuis longtemps et la littérature médicale en témoigne.

1. Difficultés d'ordre général :

A) Le respect du secret médical et de la relation médecin-malade :

Une relation de confiance réciproque est la base pour la prise en charge du patient toxicomane. La particularité de l'exercice médical en milieu carcéral est la présence d'un tiers, le surveillant pénitentiaire, auquel il est indispensable d'expliquer à minima son rôle, sans dévoiler le secret médical (18). La qualité de la relation médecin patient dépend en partie du respect du secret professionnel.

De la même façon, les soignants interviewés dans l'enquête du Docteur Sirot, portant sur la prise en charge des détenus toxicomanes dans les établissements pénitentiaires de l'Oise en 2003, soulèvent le problème de la confidentialité imparfaite des soins, avec repérage rapide par les autres détenus de celui qui va chercher quotidiennement son traitement. Les surveillants en poste dans la structure de soins sont manifestement au courant de la liste des patients substitués. Seuls deux médecins interviewés pensent que cela peut remettre en jeu l'alliance thérapeutique entre le médecin et le patient (19).

Le CCNE, comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, dans son avis numéro 94 *La Santé et la médecine en prison* de 2005, relève aussi qu'« une relation de confiance entre le médecin et le patient ne peut pas s'établir si le même médecin est à la fois celui qui écoute et soigne le patient et celui qui autorise la poursuite d'une sanction disciplinaire qui peut mettre en jeu la santé mentale du détenu ». Cette réflexion renvoie à l'article D.381 du Code de procédure pénale, qui précise que « les médecins chargés des prestations de médecine générale (...) réalisent en outre les visites aux détenus placés au quartier disciplinaire (...) les visites au quartier d'isolement ».

B) Conditions de détention :

Dans l'étude du Docteur Sirot, les soignants pointent du doigt les conditions de détention avec une surpopulation carcérale chronique, et par conséquent des détenus novices (sur le plan des addictions) qui sont mis en cellules avec des plus expérimentés, ce qui favorise les échanges de pratiques (avec tous les risques infectieux qui peuvent en découler) (19).

Il est fait également état du manque de travail proposé aux détenus, avec manque d'activité et une déstabilisation des détenus sur le plan psychique (19).

Le rapport de l'Assemblée nationale en 2000, intitulé *La France face à ses prisons*, soulignait que « la surpopulation carcérale pénale n'est bien évidemment pas non plus étrangère à la survenue de plus en plus fréquente d'actes d'auto-agressions, d'agressions entre détenus, de phénomènes de racket et d'actes de violence envers les surveillants ».

C) Conditions d'exercice de la médecine :

L'enquête qualitative du Docteur Sophie Sirot de 2003 retient comme freins à la prise en charge des toxicomanes des difficultés pour recruter du personnel médical pour des raisons de condition d'exercice dans un milieu mal connu, avec une rémunération peu attractive, et un

manque de reconnaissance de la médecine en milieu pénitentiaire (19). Elle retient également la difficulté de faire comprendre au personnel soignant en milieu carcéral l'intérêt du traitement substitutif, ainsi que le manque de coopération entre somaticiens et psychiatres.

D) Mésusage et trafic des psychotropes et des traitements substitutifs :

Les dangers du traitement substitutif exprimés par les professionnels du soin dans l'enquête du Docteur Griguère sont : le trafic (pour 77.46 % des interrogés), le détournement de son usage par injection ou sniff (35.21%), association à d'autres produits (28.17%), objet de racket et monnaie d'échange (14.08%), stockage et risque d'overdose (9.86%), création d'une dépendance nouvelle (8.45%), traitement trop banalisé par l'utilisateur (7.04%), risque de passer pour un dealer (2.82%) (20).

E) Perception du détenu toxicomane :

Un résultat surprenant de l'enquête du Docteur Sirot est la perception qu'ont certains soignants du détenu toxicomane ; ainsi, un médecin d'une UCSA confie à l'interviewer : « *Ils sont tellement menteurs, c'est dans l'héroïne. Ça fait partie de leur caractère. Le mensonge est dans l'opium* » (19).

Une étude de 2001 menée dans les établissements pénitentiaires de France métropolitaine (20) soulignait que, pour 9,86% des professionnels interrogés, l'utilisateur de drogues est perçu négativement comme manipulateur, pervers ou violent. Dans cette même enquête, les soignants pensent que la prise en charge des usagers de drogues en prison peut amener un mieux, souvent (8%), parfois (36%) ou jamais (8%).

F) Du côté des pharmaciens en milieu pénitentiaire :

En prison, le pharmacien note que le rapport des détenus avec le médicament est complexe (forte demande, détournement d'usage...) et dans les maisons d'arrêt, la confidentialité des traitements et la préparation à la sortie sont difficiles (21).

L'informatisation des soins en milieu carcéral a souvent été très faible. En 2006, la moitié des UCSA n'avait pas accès à internet et le dossier pharmaceutique était informatisé dans seulement 20% des cas, souvent partiellement. À l'image de ce qui se passe pour les autres

services hospitaliers, l'analyse pharmaceutique des prescriptions, l'information sur le bon usage et la délivrance nominative des traitements par la pharmacie à usage intérieur ne sont pas assurées partout dans les UCSA (21).

2. Difficultés de prise en charge dans les différentes étapes du parcours carcéral :

A) Entrée en prison et repérage des conduites addictives :

Dès l'entrée, il est proposé au patient de faire le point sur sa toxicomanie, son mode de début, son rapport aux produits, et de faire un travail sur lui-même afin de percevoir l'image qu'il a de lui et ses rapports à sa famille, à la société et à son avenir.

Les médecins psychiatres notent une difficulté au repérage : le déni de la conduite addictive ou le refus de prise en charge (18). Bien souvent, les toxicomanes refusent de se confronter à eux-mêmes, c'est même souvent pour cela qu'ils commencent à consommer des produits et n'acceptent pas l'offre de soins. Dans ce cas, ils sont revus ultérieurement dans l'espoir d'une évolution et d'une prise de conscience de la nécessité d'un tel travail psychologique, soit par eux-mêmes, soit sur la pression de leur entourage ou de leur avocat (22).

B) Diagnostic :

Il est difficile de trouver des articles dans lesquels ressort une difficulté à poser le diagnostic de la toxicomanie du détenu. Pourtant, entre ceux qui sous-estiment leur consommation ou cachent leur polyconsommation, et ceux qui surdemandent une prise en charge à visée de détournement toxicomaniaque de la substance, on peut penser que le diagnostic précis ne doit pas être aisé.

C) Prise en charge et traitement substitutif :

Le rapport de 2001 de l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) rapporte des refus de prescrire d'un certain nombre de médecins, par rapport aux traitements de substitution, tout en soulignant des pratiques très différentes d'un établissement à l'autre et des difficultés inhérentes à la vie

carcérale, compliquant l'accès au traitement (trafics, difficultés de prise en charge globale accompagnant les traitements de substitution) (23).

La même difficulté est rapportée par le Docteur Griguère dans son étude nationale de 2001, avec un refus de prescrire des médecins ou d'inscrire une prise en charge dans la pluridisciplinarité, exprimé par 17,39% des professionnels interrogés (20).

Dans l'enquête qualitative du Docteur Sirot de 2003 (19), les soignants expriment que le plus difficile réside dans l'obtention de l'adhésion du patient au projet thérapeutique en milieu carcéral. Le problème est l'indication de prescription basée sur le désir de soin.

Le traitement substitutif pose des problèmes de gestion du traitement, notamment la remise du traitement les dimanches et jours fériés avec les risques de trafic que cela entraîne (18).

Les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels en matière de prescription des traitements substitutifs sont mal connues. L'expérience de terrain laisse supposer qu'elles sont probablement insuffisantes. Il semble ainsi que certains médecins soient favorables à la poursuite, mais défavorables à une primo-prescription, notamment lors de condamnations à des peines de moyenne ou de longue durée (16).

Il existe de nombreuses barrières au traitement de substitution aux opiacés rapportées par les auteurs américains : manque de moyens, d'infrastructures, de personnel médical spécialisé (médecins formés en addictologie). Ils ajoutent que le personnel de santé en milieu pénitentiaire est souvent non désireux de prendre le temps nécessaire pour surveiller la prise effective de chaque dose de Buprénorphine, afin de prévenir l'extraction de la bouche et le mésusage (17).

Les auteurs Heino Stöver et Ingo Ilja Michels, dans un article sur la prise en charge des toxicomanies en milieu carcéral en Europe, ajoutent qu'il existe « une compréhension carencée de la dépendance aux opioïdes en tant que maladie chronique et récurrente, certains docteurs pourraient penser que cette conduite hédoniste indiquerait une faiblesse de caractère » (22).

En prison, la dispensation du traitement de substitution répond à un mode tout à fait spécifique excluant la responsabilisation du patient vis-à-vis de son traitement. En effet, le médicament est donné de manière quotidienne (96%) souvent au sein du service de soin (48%). La prise effective du traitement est vérifiée dans 40% des cas (20).

D) Prévention des risques :

La note interministérielle du 09 août 2001 affirmait déjà la nécessité d'une large diffusion, par les personnels sanitaires, des modalités d'utilisation de l'eau de javel comme produit de désinfection des matériels d'injection. En effet, utilisée sans respecter strictement son protocole d'usage, l'eau de javel perd son efficacité. Elle recommandait donc que ce protocole soit rendu accessible par des brochures d'informations et des affiches.

En 2003, dans les établissements pénitentiaires de l'Oise, la distribution d'eau de javel à 12° chlorémique est effective, mais l'interviewer n'a pu vérifier si les protocoles de désinfection du matériel d'injection étaient à disposition des détenus. Le dépistage sérologique VIH, VHB et VHC est proposé systématiquement (19).

E) La continuité des soins à la sortie de prison :

Les jours après la sortie de prison sont des journées à haut risque pour la santé des ex-détenus. Dans la semaine qui suit la libération, il existait, parmi la population masculine anglaise et galloise sortie de prison entre 1998 et 2000, une surmortalité vingt-neuf fois supérieure à celle de la population générale, avec plus de 90 % de ces décès liés à l'usage de drogues (24) (nous ne savons pas si les personnes décédées étaient substituées ou non en prison). La préparation à la sortie de prison est donc une étape cruciale dans le soin apporté aux détenus traités pour une addiction aux opiacés.

Les soignants des établissements pénitentiaires de l'Oise soulevaient, en 2003, le problème de la libération anticipée (« il peut arriver que rien ne soit fait car le détenu est libéré avant que ne soit prévenu l'UCSA ») et des transferts imprévus (« il faut prévoir le relais lors de la sortie pour éviter la rupture de soins alors qu'on ne maîtrise pas le parcours judiciaire qui peut s'arrêter avec un transfert imprévu ») (19).

Dans son rapport de 2005 sur les conditions de détention en France, l'Observatoire International des Prisons constate également que les conditions dans lesquelles s'effectue la libération des détenus toxicomanes s'avèrent extrêmement aléatoires (25).

Par ailleurs, le psychiatre note une difficulté inhérente au malade lui-même : bien souvent, les toxicomanes s'inventent une situation extrêmement favorable où, à leur sortie, les attendent hébergement dans la famille et travail chez un proche. Malheureusement, la réalité est souvent bien différente et il est indispensable de les mettre en garde ; ce projet de sortie peut être fantasmagique et il faut les aider à réaliser que la sortie sera moins facile que prévue (18).

VII. Objectifs de cette étude :

Les équipes soignantes, en milieu carcéral, décrivent de forts ressentis dans la prise en charge des toxicomanes et de nombreuses difficultés, que nous avons pu identifier dans la littérature. Lors de la réunion de service des unités somatiques des prisons d'Aiton et de Chambéry du 25 mars 2010, la question des modalités de dispensation du Subutex® a été abordée et a fait émerger des opinions disparates entre soignants. Cette réunion a abouti à une journée de formation sur les prises en charge de patients souffrant de toxicomanies. Celle-ci a été réalisée le 02-12-2010 à l'espace de santé publique du centre hospitalier de Chambéry, et a permis aux soignants de refaire le point sur leurs prises en charge. L'intérêt des traitements substitutifs a été également à nouveau démontré. Suite à cette journée de formation, les soignants des UCSA des deux prisons se sont demandé comment les choses pouvaient être améliorées, et ont souhaité réaliser un travail de recueil des difficultés qu'ils pouvaient exprimer. Ils nous ont donc proposé ce sujet.

Notre objectif est ainsi d'évaluer les difficultés et les ressentis des équipes soignantes dans la prise en charge des toxicomanes aux opiacés, sur le centre pénitentiaire d'Aiton et la maison d'arrêt de Chambéry.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude :

Cette étude est une enquête qualitative par entretiens à usage exploratoire. L'ouvrage utilisé comme guide méthodologique pour sa réalisation est *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* d'Alain Blanchet et Anne Gotman (26).

L'entretien exploratoire est retenu comme méthode d'investigation car elle est la plus adaptée compte tenu de la faible connaissance du sujet.

II. Population et échantillonnage :

Description des deux prisons :

D'après le site internet du ministère de la Justice, la maison d'arrêt de Chambéry, ouverte en 1936, est un établissement de type "cellulaire", constitué d'une grande nef à deux niveaux de cellules, et d'une petite nef comportant également deux niveaux. La maison d'arrêt est située à environ deux kilomètres du centre ville.

Une maison d'arrêt reçoit les prévenus (détenus en attente de jugement) ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine n'excède pas, en principe, un an lors de leur condamnation définitive.

Il n'y a plus de détenues femmes depuis novembre 2010. La capacité d'accueil théorique donnée par le Ministère de la justice est de 68 places. La maison d'arrêt de Chambéry est un petit établissement de 136 détenus (4).

Le centre pénitentiaire d'Aiton, ouvert le 15 juillet 1992, est un établissement à "gestion déléguée". Il est situé au carrefour des vallées de la Maurienne et de la Tarentaise, à vingt kilomètres d'Albertville et quarante kilomètres de Chambéry. Il comprend un quartier maison d'arrêt d'une capacité d'accueil de 230 places et un quartier centre de détention d'une capacité d'accueil de 200 places. Il reçoit uniquement des détenus hommes majeurs.

Population soignante :

Les soignants dans cette enquête sont les médecins généralistes, psychiatres, infirmiers somatiques et psychiatriques, psychologues et éducateurs du Pélican, tous travaillant sur le centre pénitentiaire d'Aiton et/ou sur la maison d'arrêt de Chambéry, au sein des structures somatique, psychiatrique et de l'association du Pélican.

Corpus :

L'échantillonnage est réalisé de manière semi-arbitraire ; l'interviewer a appelé à trois reprises dans le service de l'UCSA de Chambéry et, de même, à trois reprises dans le service de l'UCSA d'Aiton. Les soignants qui y étaient présents ces jours-là ont été invités à participer à l'enquête. Bien sûr, les participants ont ensuite été sélectionnés en tenant compte de leur catégorie socio-professionnelle et de leur lieu de travail, pour éviter de surreprésenter une ou plusieurs professions, ou la population soignante d'une des deux prisons.

Les interviews ont été menées jusqu'à saturation des données. Les deux thésards et leur directeur de thèse ont conclu à cette saturation des données au bout de quatorze interviews.

Sexe :

Sur quatorze soignants interviewés, on retrouve douze femmes et deux hommes.

Âges :

Il n'a pas été demandé aux participants.

Le mode d'accès aux interviewés :

Il était direct par l'intermédiaire du cadre de santé et par demande de participation téléphonique.

III. Réalisation des entretiens et recueil des données :

Réalisation des entretiens :

La prise de contact a été faite d'abord avec le cadre de santé qui a organisé une demi-journée de prise de contact à la maison d'arrêt de Chambéry et une journée au centre pénitentiaire d'Aiton, pour présenter l'enquête et l'interviewer. L'enquête a été présentée par l'interviewer aux soignants pendant la visite des deux prisons, puis l'enquête a de nouveau été explicitée, par écrit, à tous les soignants des deux équipes somatique et psychiatrique, par lettre transmise par courrier interne aux différents soignants (Cf. Annexe 7).

Restitution des entretiens :

Les enquêtes ont été enregistrées sur dictaphone avec cassettes (appareil de médiocre qualité). Les enregistrements étaient donc de qualité disparate sur le plan technique. La retranscription des interviews a été réalisée à chaque fois en binôme par les deux co-thésards, qui écoutaient

l'enregistrement et ne retranscrivaient que s'il était compréhensible pour les deux. Chaque interview a donc été restituée le plus fidèlement possible.

Après retranscription, chaque interviewé a eu libre accès à son entretien, et une seule personne a souhaité faire des corrections (ablation d'un morceau de phrase sans changement de sens de son interview).

Ensuite les interviews ont été anonymisées et adjointes en annexe du travail (Cf. Verbatim).

Interprétation des résultats :

Pour l'interprétation, le Comité Scientifique du Département de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Grenoble, sur exigence du Professeur Patrick Imbert, nous a demandé de réaliser une triangulation des données, aussi appelée contrôle par autres chercheurs, qui permet de solliciter la réaction d'au moins deux chercheurs, au regard du résultat. La thèse a donc été réalisée à deux, nous avons ainsi doublé les analyses pour, ensuite, confronter les significations dégagées. Les résultats sont donc le fruit d'un travail de confrontation des interprétations entre les deux doctorants. Le Professeur Patrick Imbert tenait particulièrement à cette triangulation afin de garantir la qualité de l'enquête qualitative.

IV. Méthodologie de la recherche bibliographique :

La recherche bibliographique nous a amené à consulter de manière chronologique les sites suivants :

- Pubmed ;
- Google Scholar ;
- BIUM (bibliothèque interuniversitaire de médecine) ; buim-paris5.fr ;
- Bibliothèque universitaire médecine Grenoble ;
- Observatoire français des drogues et toxicomanies OFDT ; ofdt.fr ;
- Observatoire internationale des prisons ;
- Site du ministère de la Justice ; justice.gouv.fr ;
- APSEP association des professionnels de santé exerçant en prison ; sante-prison.com ;

La recherche bibliographique sur support papier nous a amené à prendre nos sources auprès de :

- Bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Grenoble ;
- rapports d'activité 2009 de la maison d'arrêt de Chambéry et du centre pénitentiaire d'Aiton.

RESULTATS

Quatorze interviews ont été effectuées avant d'arriver à saturation des données. Leur durée a varié de 15 à 75minutes.

Nous avons interrogé quatre infirmiers somatiques, dont deux exerçant sur la MA de Chambéry et deux exerçant sur le CP d'Aiton ; trois infirmiers psychiatriques, dont une exerçant sur la maison d'arrêt de Chambéry exclusivement et les deux autres sur le CP d'Aiton et la maison d'arrêt de Chambéry. Nous avons également interviewé une psychologue exerçant sur les deux prisons ; trois médecins somatiques, dont un exerçant sur la MA de Chambéry et deux exerçant sur le CP d'Aiton ; deux médecins psychiatres, un exerçant sur la maison d'arrêt de Chambéry et l'autre sur les deux prisons ; et une éducatrice du Pélican exerçant sur la MA de Chambéry.

L'ensemble des entretiens s'est déroulé sur le lieu de travail en prison, sauf pour deux soignants. Nous avons enregistré un refus explicite et un refus implicite d'interview. Toutes les personnes enquêtées ont donné leur accord pour que leurs entretiens soient utilisés dans ce travail. Il a volontairement été décidé d'enlever les données nominatives, afin d'éviter l'identification des participants.

Toutes les interviews figurent dans le verbatim en fin de thèse.

Les résultats ont été répartis en trois groupes :

- Difficultés émanant du patient toxicomane en prison.
- Contraintes du soin en milieu carcéral.
- Particularités liées aux équipes soignantes.

Les idées ont été classées dans ces chapitres par souci de clarté, mais il peut arriver qu'une citation contienne plusieurs idées et soit donc intégrée dans différents paragraphes.

I. Le patient toxicomane en prison :

1. Comment les toxicomanes sont-ils décrits et considérés en prison ?

A) Lourdeur des problèmes sociaux et psychiatriques :

Les soignants évoquent un faible niveau intellectuel et une précarité sociale chez les patients toxicomanes incarcérés. Est relatée également une prévalence élevée des pathologies psychiatriques.

A.1) Les patients ont un faible niveau intellectuel :

Le niveau d'instruction serait assez modeste parmi les détenus usagers de drogue.

E2 : « *Oh oui, c'est pas flamboyant (le niveau intellectuel des patients). Ça fait une difficulté supplémentaire bien sûr* ».

E11 : « *Que moi je dirais qu'en prison, le niveau intellectuel moyen est quand même un peu plus faible qu'à l'extérieur. Bon parce que je veux dire, il n'y a pas que des lumières* ».

A.2) Les toxicomanes sont perçus comme étant dans une grande détresse socio-psychologique :

Ils rencontrent une problématique sociale majeure :

E1 : « *C'est des gens dans la plupart du temps dans une grosse difficulté* ».

E5 : « *C'est aussi des gens qui sont en grande difficulté* ».

E6 : « *C'est une problématique sociale immense* ».

E14 : « *Souvent ce sont des gens qui sont assez désinsérés socialement, souvent ce sont des gens qui n'ont pas trop de famille, pas de boulot, voire qui n'ont pas de toit* ».

Ce sont des personnalités fragiles :

E1 : « *C'est des gens qui sont hyper fragiles* ».

E2 : « *C'est quand même des personnes qui sont particulièrement... Euh... Fragiles dans l'ensemble, avec un parcours souvent familial, social, jalonné de difficultés* ».

A.3) Les toxicomanes ont souvent des pathologies psychiatriques sous-jacentes :

Les problèmes psychiatriques semblent plus marqués chez les patients toxicomanes aux opiacés, notamment des troubles de la personnalité, des troubles de l'adaptation et une personnalité dépendante.

E4 : « *Il y a quand même majoritairement des problèmes psy, en amont de la toxicomanie* ».

E11 : « *On a pas mal de patients dépendants qui ont soit des troubles graves de la personnalité, pas tellement des psychotiques qui sont addicts. On a des gens qui ont des troubles adaptatifs, des comportements, cette espèce d'état limite, je dirais à expression psychopatisée, je pense que ça représente (...). Mais il y en a quand même beaucoup qui sont dans des carences à la fois éducatives, affectives, avec des troubles de la construction de la personnalité* ».

Un autre psychiatre décrit également une prévalence marquée de psychopathes et parle de la présence de sujets schizophrènes.

E14 : « *Après, la prison, en majorité c'est quand même des psychopathes, mais ça peut arriver qu'on voie des schizophrènes, ou d'autres gens qui ont des troubles anxieux, des troubles de la personnalité (...). La majorité ce sont des psychopathes* ».

Pour l'équipe psychiatrique, ce sont aussi des personnes très angoissées et intolérantes à la frustration.

E4 : « *On a des gens excessivement angoissés, avec des troubles du sommeil qui s'installent... Des gens qui inversent le rythme nuit jour... Des gens qui sont intolérants à la frustration, et il faut qu'ils la gèrent leur frustration* ».

E11 : « *Moi je pense que ces gens sont assez intolérants aux frustrations, c'est des gens qui n'arrivent pas à différer les demandes et la satisfaction des besoins, ces gens sont un peu dans le tout de suite, donc face au stress, face à l'anxiété, face aux frustrations* ».

D'ailleurs, le patient utilise la toxicomanie pour apaiser les manifestations psychiatriques.

E10 : « *Quelquefois il y a à la fois la toxicomanie et des troubles psychiatriques. Il peut y avoir aussi un patient qui arrive et qui est étiqueté comme toxicomane, et en fait je me rends compte que la toxicomanie sert à masquer, enfin masque dans tous les cas les troubles d'ordre psychotiques* ».

B) Le sens de la toxicomanie en prison selon les soignants :

B.1) Un besoin d'évasion et une échappatoire à la réalité :

E2 : « *C'est plutôt cette spirale de toujours chercher à s'évader, finalement ils sont prêts à faire n'importe quoi pour atteindre je sais pas quoi, visiblement pour échapper à la réalité* ».

E11 : « *C'est la recherche de la défonce. C'est de couper avec la réalité, de se mettre dans un état sub-comateux, qui leur permet d'échapper aussi à la réalité de la prison* ».

B.2) Une toxicomanie antalgique :

La personne se drogue en prison pour apaiser ses souffrances.

E8 : « *Il y a un côté « atténuer la douleur », mais d'où vient la douleur ? C'est probablement du style de vie carcérale (...). Oui, je pense, pour calmer la douleur en prison (...). La consommation d'héroïne c'est quand même très particulier, ce n'est pas une drogue pour faire la fête (...). Voilà. L'héroïne, c'est vraiment pour calmer une douleur* ».

B.3) Une toxicomanie pour faire passer le temps :

E9 : « *Il y a des personnes qui se toxicomanisent, je parle des médicaments et tout ça, pour faire passer le temps. Se shooter pour que ça passe vite* ».

B.4) Un refuge pour supporter la violence de la prison :

E11 : « *Bon il y a l'enfermement, la surpopulation, ce côté violent de la prison, il y a de la violence entre les détenus, la violence de l'administration, la violence de la justice, qui font que des personnalités un peu vulnérables, je dirais fragiles, vont vite se réfugier je dirais dans la... Dans les brumes pharmacologiques* ».

C) La perception des toxicomanes par les soignants :

C.1) Les toxicomanes sont vus comme manipulateurs, ce qui perturbe le lien de confiance avec l'équipe soignante :

Dans un climat de trafic et de mésusage, de nombreux soignants jugent le patient toxicomane comme étant manipulateur. En effet, il serait prêt à mentir pour obtenir ce qu'il veut au niveau des médicaments.

E1 : « *Pas facile du tout du tout, parce que je les trouve très doués (...). Ils inventent beaucoup de choses, ils sont très imaginatifs. Ils arrivent à nous rouler quoi. Je trouve qu'ils ont un esprit, comment dire... On voit qu'ils ont l'habitude de... De truander quoi. On le sent (...). C'est assez difficile. On le sait qu'ils nous roulent* ».

E1 : « *Quelque part, à force je leur fais plus confiance* ».

E2 : « *Ils sont filous, ils sont malins bien plus que nous* ».

E3 : « *Ils sont malins* ».

E6 : « *Pour moi, le toxicomane est quelqu'un de manipulateur* ».

E7 : « *On est plus dans le contrôle à Chambéry. Les gens ne sont pas forcément en difficulté, ils veulent nous avoir plus souvent entre guillemets. Ils essaient de nous manipuler plus qu'ils ne sont en difficulté quand ils viennent nous demander, quand ils négocient des choses comme ça*».

E12 : « *On se fait avoir, qu'on se fait... Il ne faut pas que je sois dupe, que je me fais souvent bananer...* ».

E14 : « *Après, c'est vrai que desfois on a l'impression de se faire entourlouper. On a des pseudo-syndromes de manque* ».

Les toxicomanes inventent des stratagèmes pour se faire amener des drogues en prison.

E3 : « *C'était leur maman dans le gâteau mais je pense que les mamans ne savaient même pas qu'elles ramenaient ça, c'était la copine qui faisait le gâteau qui mettait un sachet dedans. Et la maman ramenait un gâteau à son fils, rires. Il faut voir ce qu'ils sont capables d'inventer* ».

Il existe une autre forme de manipulation : les toxicomanes ont des discours différents selon les soignants auxquels ils s'adressent.

E3 : « *Et ce qui était étonnant, c'était que le patient disait des choses très différentes suivant le professionnel, et en fait, c'était pas un hasard. C'est-à-dire que à tel professionnel, il allait plutôt nous la jouer violon, pauvre petit malheureux calimero, à tel autre, ça allait être plutôt un costaud* ».

E5 : « *Ce qu'il n'obtiendra pas là, ce que fait également le toxicomane dehors, il viendra le chercher là, il fait sa sauce, et puis il va obtenir tout ce qu'il veut* ».

C.2) Un même soignant peut être ambivalent :

E1 : « *Ils sont malheureux. Ils ont mal, ils souffrent* ».

E1 : « *C'est vrai que des fois ils ont une attitude qui ne donne pas envie de les aider* ».

C.3) Certains soignants rapportent des propos dépréciatifs envers les toxicomanes :

E7 : « *Je trouve que la perception à Chambéry, c'est plus souvent contre le patient qu'avec eux* ».

E12 : « *À Chambéry, il y a certaines infirmières de vieille formation qui étaient pour à la limite on les met dans une cellule et ils font leur syndrome de manque en une semaine, et après, tout ira mieux. Bon, voilà, ça va pas ça* ».

C.4) Certains soignants peuvent culpabiliser les toxicomanes :

E3 : « *Une autre infirmière qui était plus dure, très culpabilisante, même les détenus n'aimaient pas prendre leur traitement devant elle quoi. Tellement ils se sentaient agressés, il y a des regards en fait, il y a des façons de présenter le traitement* ».

C.5) La toxicomanie n'est pas toujours vue comme une maladie :

E3 : « *Parce qu'on a aussi notre culture judéo-chrétienne, c'est vraiment empreint de notre culture. Je crois que c'est... On a mis longtemps avant de faire accepter que l'alcoolisme était une maladie et on est dans le même genre, c'est faire accepter que la toxicomanie c'est une maladie. Une vraie maladie, enfin pas... On est quand même très arriéré je trouve sur la maladie mentale* ».

C.6) Les toxicomanes seraient dans une situation de perpétuel échec :

E2 : « *Je trouve ça un peu désolant, finalement c'est des gens qui en sortiront jamais. On a l'impression que oui, ils vont diminuer, que ci, que là, et puis qu'ils vont sortir, et qu'ils vont s'en sortir, et puis finalement on les revoit trois mois après, ils ont replongés (...). Il y a quelque chose d'inscrit en eux, qui les pousse finalement vers l'échec, et de retourner dans ce système* ».

E9 : « *On sait que c'est difficile le sevrage, que c'est souvent voué à l'échec, et que... C'est ce côté-là qui est embêtant* ».

D) La perception des toxicomanes par les surveillants et par les autres détenus :

D.1) Une stigmatisation des toxicomanes :

Les préjugés sont fréquents et amènent certains patients à ne plus vouloir se soigner, afin de ne plus être étiquetés.

E1 : « Ils sont très catalogués par les surveillants. « Les toxico, euh, on peut rien en faire », on entend dire : « il fera jamais rien, c'est un toxico », ils ont l'étiquette ».

E3 : « T'as des remarques hein : « ouais c'est qu'un tox ». Comme dans la population générale. Il y a des gens qui supportent pas (...). Il y a des gens qui n'osent pas nous demander de traitement de substitution, parce qu'ils ont peur d'être stigmatisés (...). Donc ils préfèrent faire un manque en maison d'arrêt et puis ne pas avoir l'étiquette toxicomane ».

E9 : « Et souvent en prison, le but est de se dire c'est une contrainte de venir au médical le matin, ils sont étiquetés de ce fait ».

E11 : « Il y en a certains, c'est en tout cas la majorité dominante qui est anti-médicaments, qui va stigmatiser les cachetonnés entre guillemets ».

D.2) Une mise à l'écart par les autres détenus :

E6 : « Déjà, les traitements psy, il ne faut pas savoir que tu as un traitement psy, il faut pas savoir qu'on voit un psy. Les « cachetonnés », en détention, ça le fait pas (...). C'est des zombies, c'est des... Ils sont malmenés, personne ne veut d'eux en cellule ».

E) Autodévalorisation des toxicomanes :

E10 : « Moi ce que je renvoie à la personne, c'est le pourquoi. « Pourquoi vous vous réduisez à cette toxicomanie ? Pourquoi vous dites que vous n'êtes qu'un toxicomane ? » ».

2. Le trafic du traitement de substitution :

A) Le trafic est une importante difficulté :

La majorité des interviewés sont mal à l'aise de savoir que les patients vont échanger ou revendre les traitements de substitution, mais également les psychotropes. Ces médicaments servent en fait de monnaie d'échange.

E2 : « Moi ce qui me dérange peut-être le plus c'est dans la prise des produits de substitution, à savoir qu'on donne certaines fois des traitements, je parle surtout des comprimés, et on sait pas trop ce qu'ils en font. Certaines fois ils le prennent mais certaines fois, ils échangent. Donc là je trouve que c'est un peu dérangeant quelque part ».

E3 : « Ils sont malins, s'ils ont pas d'argent, s'ils ont besoin de tabac, s'ils ont besoin de sous, ça peut être une molécule d'échange, que ce soit les opiacés, comme... Enfin moins les neuroleptiques, comme les somnifères, comme les benzos quoi. C'est une monnaie d'échange ».

E6 : « *Donc, au niveau de l'observance, j'ai pas de recul, parce que des fois je leur fais pas prendre devant moi non plus. Je sais pas ce qu'ils prennent, s'ils le prennent, s'ils prennent pas, si c'est pour trafiquer, ou autre. C'est le gros problème* ».

E12 : « *Après, le Subutex®, c'est plus difficile, parce que de toute façon c'est des traitements qui sont moins cadrés, parce que tu as encore plus le doute sur : « est-ce qu'ils dealent ou pas ? » (...). Bon, après, ça fait chier qu'il y ait du deal* ».

E14 : « *Donc les principales difficultés qu'on a là-bas c'est des gens souvent qui traficotent dans la prison* ».

Les benzodiazépines sont les produits les plus recherchés au marché parallèle, notamment le Rivotril®. La Buprénorphine est également très convoitée.

E11 : « *Donc on peut se dire quand même que la Buprénorphine fait partie des produits qui sont très demandés. On en a d'autres qui sont très demandés, bon, les benzodiazépines, voire surtout oui les benzos, ouais. Le Rivotril® en particulier, rires. Et je dirais en produit phare en tête des addictions* ».

B) Les produits rentrants :

Le trafic de drogues n'est pas seulement alimenté par la pharmacie hospitalière, puisque des produits rentrent en prison d'une autre façon.

E1 : « *Bon, maintenant, il y a certainement des comprimés qui rentrent* ».

E11 : « *Par contre, il faut savoir que ça passe aussi par les parloirs. Donc il y a un tas de produits qui arrivent en prison et qui ne viennent pas de la pharmacie hospitalière* ».

E12 : « *Bon, après, ça fait chier qu'il y ait du deal, mais je pense aussi qu'il y en a par les parloirs* ».

C) Culpabilité des soignants et sensation d'être « des dealers » :

Certains soignants, notamment les infirmières somatiques, ont le sentiment de participer au « deal » parce que les traitements de substitution sont l'objet de trafic inter-détenus.

E1 : « *Le problème c'est le trafic. J'ai l'impression d'être... D'ailleurs ils le disent : « les dealeuses en blouse blanche* ». C'est pas facile à accepter ».

E2 : « *J'ai l'impression en fait de cautionner, dans l'aspect de deal. Voilà, je trouve que c'est quand même contraire au vrai sens de la profession* ».

E3 : « *Et euh donc là certaines infirmières sont mal à l'aise, elles ont l'impression d'être dans le deal* ».

E10 : « *Souvent j'entends le médecin dire : « je ne suis pas un dealer ». Des fois, c'est ce que ça renvoie quoi* ».

Une infirmière somatique est tellement gênée par le trafic qu'elle pose la question du sevrage sans substitution.

E1 : « *Pour moi il y a tellement de trafic avec, j'ai énormément de mal, je préfère carrément qu'ils arrivent toxicomanes, et puis arriver à faire un sevrage correct, que de passer par ça (...). Autant les sevrer tout de suite (...). Quand il n'y avait pas de traitement de substitution, on s'en sortait pas plus mal que maintenant. C'est ce trafic du traitement de substitution qui me dérange* ».

Les toxicomanes qui font du trafic ne sont pas toujours bien estimés par les soignants.

E3 : « *Un toxicomane qui se soigne bien, qui prend bien son traitement, ça va. Un qui va détourner, pour essayer d'avoir un peu plus par ci, un peu plus par là, il va être mal accueilli quelque part, je pense* ».

D) Un nouveau mode d'entrée dans la toxicomanie :

Le trafic pousse certains détenus vers de nouvelles conduites addictives, à savoir une toxicomanie aux produits de substitution.

E4 : « *Après, ça me met en colère si effectivement c'est quelqu'un qui n'a jamais consommé de Subutex®, et qui va en récupérer, parce qu'à ce moment-là il est angoissé, qu'il est pas bien, et qu'un détenu va lui en refourguer. Là, oui, ça me dérange énormément* ».

E10 : « *Il y a des gens qui sont pas forcément toxicos mais qui du coup le deviennent* ».

E11 : « *C'est que je pense qu'il y a beaucoup de nouvelles toxicomanies comme ça qui se font je dirais d'entrée avec des traitements substitutifs. Les gens ne sont pas passés je dirais par l'héroïne et ses dérivés, et ils se retrouvent je dirais toxicomanes à la Buprénorphine d'entrée. Je pense que c'est la majorité maintenant* ».

E11 : « *Je dirais qu'il y a une certaine incitation sociale dans la population carcérale pour prendre des produits* ».

E14 : « *Donc les principales difficultés qu'on a là-bas c'est des gens souvent (...) qui n'en prenaient pas auparavant mais qui commencent à en prendre dans la prison, par l'intermédiaire d'autres détenus et tout ça* ».

La création d'une dépendance, chez des détenus initialement non toxicomanes, provoque de la culpabilité chez les soignants.

E1 : « *J'ai l'impression par moments de créer d'autres toxicos, parce que je sais qu'ils partent avec et qu'ils vont aller le distribuer. Quelque part, je suis à la base de la toxicomanie du suivant* ».

E2 : « *On lui procure un outil de manipulation sur d'autres personnes* ».

E) Un trafic dangereux pour la santé des détenus :

Le trafic des traitements substitutifs ou des psychotropes peut mettre en danger des personnes non identifiées comme toxicomanes.

E3 : « *Quelqu'un est en danger avec le traitement d'un autre (...). Si je prescris admettons des anxiolytiques pour un détenu, et que c'est son codétenu qui le prend* ».

Certains se mettent à distance de leur responsabilité de prescripteur vis-à-vis des conséquences du trafic.

E3 : « *« Si vous les prenez pas, vous avez le droit, mais ne faites pas un stock dans votre cellule, parce que si votre codétenu, pour une raison X ou Y prend tout votre traitement, c'est vous qui êtes responsable de son décès » ».*

Les détenus prennent n'importe quel médicament au marché noir, ce qui est d'autant plus dangereux qu'on ne peut pas savoir ce qu'ils ont consommé. Une soignante avoue même leur conseiller de prendre du cannabis plutôt que les traitements des voisins.

E4 : « *On va avoir des gens qu'on va retrouver dans des états pas possibles sans savoir ce qu'ils ont pris, et sans moyen de repérer ce qu'ils ont pu prendre, parce que... Parce que c'est pris au black (...). Moi ça m'est arrivé d'avoir des gens mal comme ça et de me retrouver à leur dire : « bah, tant qu'à faire, si vous avez de quoi fumer un joint, faites-vous un joint, plutôt que d'aller récupérer les cachetons du voisin » ».*

F) Un trafic favorisé par un repérage des toxicomanes :

Du fait même des soins quotidiens apportés aux patients toxicomanes, ces derniers font l'objet d'un repérage par les autres détenus.

E1 : « *Il y a, du fait qu'ils viennent tous les jours, à heure régulière à l'infirmierie, c'est obligé, les autres : « c'est des drogués » ».*

E3 : « *À mon avis, ils doivent le savoir, ceux qui sont sous métha, ils passent tous les jours à l'infirmierie, il n'y a pas beaucoup de raisons pour passer tous les jours à l'infirmierie, donc ils doivent bien le savoir. Ceux qui sont sous Subutex®, pareil ».*

E7 : « *Ça les stigmatise, les autres savent très bien pourquoi ils viennent »*

Une infirmière d'Aiton soulève le problème d'un signe distinctif sur les sachets dans lesquels est mise la Buprénorphine distribuée en cellule. Les autres détenus savent donc vers qui se tourner pour faire du trafic.

E6 : « *Et l'histoire des fameux losanges, ça c'est tout à fait personnel, mais ça veut dire qu'on sait qui prend quoi... À partir du moment où il y en a un qui a eu des losanges, il sait qui a, qui va aller demander, il sait qui... Justement pour faire un peu au black ».*

G) Une pression exercée sur les toxicomanes substitués :

Les détenus mettent la pression sur les patients pour obtenir des traitements de substitution.

E3 : « *Peut-être une pression en disant : « bah, file-moi une partie de ton traitement » ».*

E3 : « *À mon avis, s'ils ont cette étiquette là aussi après, ça le met en danger entre guillemets d'être soumis à des pressions de deal, d'échange, de revivre ce qu'ils vivent dans la rue, en milieu fermé ».*

E7 : « *Ils ont la pression des autres détenus vis-à-vis de la Méthadone® : « tu vas me la refiler » ».*

H) Manque de volonté commune pour réduire le trafic :

Une infirmière somatique a l'impression que personne ne veut vraiment s'engager dans une lutte contre le trafic et suggère une solution.

E2 : « *Personne ne veut rien faire, je ne vois pas pourquoi moi je ferais vraiment quelque chose. C'est vrai que sinon il faudrait vraiment une vraie démarche collective, c'est-à-dire on en parle en équipe, et puis on décide, bah finalement la bupré on l'écrase, on la fait prendre sous la langue, on attend dix minutes, voilà. Ça pourrait se faire dans ses conditions. Visiblement personne ne le demande ».*

I) Un trafic toléré pour avoir une paix sociale :

L'administration pénitentiaire semble fermer les yeux sur ce trafic, pour que les détenus restent calmes.

E4 : « *Je pense qu'il y a un taux circulant autorisé entre guillemets où tout le monde ferme les yeux, parce que tant qu'il y a ça, on sait que... Voilà, la prison reste tranquille* ».

E5 : « *Le système les contraint à tricher encore plus, dans un double langage : « mais moi, ça m'arrange si tu l'as, parce que tu vas être plus tranquille, et moi je suis plus tranquille aussi du coup » ».*

Les consommations de cannabis ont l'air d'être officieusement autorisées.

E4 : « *Le nombre de fois où on passe devant les cellules, on n'a pas besoin d'ouvrir la porte parce que le shit sent à dix mètres. Tout le monde se regarde en faisant comme si de rien n'était. Je veux dire, il y a des fois où nous on doit être positif aux émanations (...). Bon, en même temps, on sait que tant qu'il fume son pète, il va pas taper à la porte, il ne va pas agresser le surveillant, il ne va pas...* ».

Il existe un manque volontaire de surveillance des produits rentrants en prison de la part de l'administration pénitentiaire.

E10 : « *Déjà, il n'y a pas suffisamment de contrôle ! Pour les choses qui rentrent, les drogues et tout ça, voilà, je pense que c'est volontaire, pour acheter une paix sociale* ».

II. Les particularités du soin liées à la prison :

1. Des soignants circonspects sur le rôle positif de la prison dans le parcours du toxicomane :

La prison serait-elle une difficulté supplémentaire que l'on rajoute aux toxicomanes ?

E2 : « *Finalemment se retrouver incarcéré c'est une situation qui n'est pas facile. Donc nous finalemment on se retrouve ici à vouloir leur faire faire une démarche supplémentaire, alors qu'ils sont déjà ici en punition. C'est peut-être aussi pour ça qu'on n'a pas tellement de réels résultats. Moi je trouve pas tellement qu'on a de résultats* ».

E5 : « *C'est déjà des gens qui n'y arrivent pas lorsqu'ils sont dehors, on leur remet une bonne louche de difficultés sur la figure, on va penser qu'ils vont s'en sortir* ».

La prison est une source de souffrance pour les détenus.

E8 : « *La douleur en prison, c'est une douleur sociale... Mais d'où vient la douleur ? C'est probablement du style de vie carcérale* ».

E10 : « *Les pressions, les menaces, la coupure avec la famille, la perte de liberté, le courrier qui met trop de jours à arriver...* ».

Une soignante a parfois l'impression de n'être qu'un palliatif aux conditions de vie carcérale qu'elle juge « pas normales ».

E5 : « *Aider les gens à supporter ce que je trouve pas normal et pas supportable, c'est pas normal, ce n'est pas ma fonction, je ne suis pas là pour ça, et parfois on est réduit à que ça* ».

La prison ne serait pas un milieu adapté pour prendre en charge les patients toxicomanes.

E8 : « *Ce sont des gens jeunes, qui, pour moi, n'ont pas grand-chose à faire en prison, ce ne sont pas des gens violents, et les enfermer ça ne sert pas vraiment à grand-chose (...). Enfermer quelqu'un pendant trois ans, ils pourraient très bien soigner leurs abcès et leur permettre de se mettre en rupture avec leur milieu sans les enfermer pendant trois ans. Voilà, le discours bienveillant de la justice, j'ai un regard très critique là-dessus. Ça permet à des gens de changer de vie, mais de façon complètement disproportionnée et inhumaine et inadaptée. Très inadaptée* ».

Une obligation de soins, comme c'est le cas en prison, semble inutile sans la volonté du patient. Il serait plus judicieux de développer les centres de soins à l'extérieur plutôt que d'enfermer les toxicomanes.

E8 : « *Je pense que les obligations de soins, s'il n'y a pas de volonté de la personne, ça ne sert à rien. Déjà les obligations de soins à l'extérieur, ça ne sert à rien je pense, en plus une incarcération, je trouve que c'est... Je préférerais qu'on développe les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues) ou les centres de soins à l'extérieur plutôt que l'on incarcère les gens* ».

La prison favorise les conduites toxicomaniaques.

E5 : « *La prison aggrave la toxicomanie plutôt que de la réduire, c'est pas la solution du tout* ».

E8 : « *Ça majore je pense le fait d'avoir besoin de produits, pour ceux qui en avaient déjà besoin à l'extérieur, ça le majore, c'est d'autant plus pour ça que c'est débile de les enfermer* ».

La prison est un lieu d'incitation à la toxicomanie, par effet d'appartenance à un groupe.

E11 : « *Je dirais qu'il y a une certaine incitation sociale dans la population carcérale pour prendre des produits, mais il y a l'autre partie de cette population qui va plutôt être incitatrice, d'autant plus que je dirais que quelqu'un va être un peu plus paumé, dépendant, en demande de soutien* ».

E11 : « *C'est souvent des personnalités un peu dépendantes, je veux dire que s'ils se rattachent à un groupe où ça utilise des produits, où ça cachetonne entre guillemets, ils vont être d'autant plus vulnérables par rapport à ça. Dans un problème d'identification au groupe, de reconnaissance, d'appartenance* ».

La prison crée de nouveaux toxicomanes, qui vont s'initier à la consommation de produits pour diminuer leur mal être.

E4 : « *C'est une des difficultés des soignants, ces gens à un moment donné qui (...) sont pas forcément... Voilà, repérés comme toxicomanes, ou substitués (...). Ici, ils vont consommer ce qu'ils vont trouver pour gérer leurs angoisses* ».

E10 : « *Les personnes qui sont rentrées et n'avaient pas forcément de problèmes de toxicomanie, qui parce qu'elles sont mal en prison, elles sont amenées à prendre du Subutex®, ça pose question* ».

E11 : « *Bon il y a l'enfermement, la surpopulation, ce côté violent de la prison, il y a de la violence entre les détenus, la violence de l'administration, la violence de la justice, qui font que des personnalités un peu vulnérables, je dirais fragiles, vont vite se réfugier je dirais dans la... Dans les brumes pharmacologiques* ».

La prison aurait des effets pervers, dans le sens où les patients vont apprendre à tricher et dealer.

E5 : « *Vraiment les gens toxicomanes, les mettre qu'avec des délinquants, quel profit peuvent-ils en tirer ? Aucun ! Au contraire ! Que des aspects négatifs, d'ailleurs eux-mêmes ils le disent : « ici, on apprend, on connaît encore mieux les trucs ». Le système les contraint à tricher* ».

La prison aggraverait la marginalisation des toxicomanes.

E8 : « *On marginalise encore plus. En plus, ils ont un statut de toxicomanes, ils vont avoir un statut d'anciens tolards* ».

La maison d'arrêt de Chambéry serait un lieu où l'on rend les détenus passifs, à cause du manque d'activités proposées.

E5 : « *Le milieu est pas stimulant du tout, c'est vraiment mortifère (...). Il n'y a vraiment plus grand-chose... La réaction la plus majoritaire chez les détenus face à ce manque d'activités, c'est plus un repli sur soi, une passivité, plutôt que de l'agressivité* ».

2. Le secret médical est difficilement respecté en prison :

A) À la maison d'arrêt de Chambéry :

A.1) Les patients sont repérés par leur visite quotidienne à l'UCSA :

De nombreux soignants notent que les patients sont très vite remarqués par l'ensemble des détenus mais aussi par les surveillants. Le secret médical n'est donc pas maintenu.

E1 : « *Y a, du fait qu'ils viennent tous les jours, à heure régulière à l'infirmerie, c'est obligé, les autres : « c'est des drogués ». Là il y a plus de secret professionnel ou médical* ».

E3 : « *À mon avis, ils doivent le savoir, ceux qui sont sous Métha®, ils passent tous les jours à l'infirmerie, il n'y a pas beaucoup de raisons pour passer tous les jours à l'infirmerie, donc ils doivent bien le savoir. Ceux qui sont sous Subutex®, pareil* ».

E5 : « *Tout se voit ici, tout se sait, tout se voit, tout se sait très vite, tout se voit très vite* ».

E6 : « *À Chambéry, ils vont peut-être moins venir parfois parce que tout le monde voit* ».

E7 : « *Ça les stigmatise, les autres savent très bien pourquoi ils viennent* ».

A.2) Des locaux exigus et mal insonorisés :

E1 : « *Même les patients en salle d'attente, je suis sûre ils entendent ce qui se passe ici (lieu d'interview : UCSA de la maison d'arrêt de Chambéry). Je suis sûre que ça s'entend (...). Et il y a un espace sous la porte* ».

E2 : « *Moi, personnellement, en tant que soignant, j'aime bien avoir mon patient, et entretenir une relation individuelle. Alors qu'ici, c'est très difficile. Il y a la porte ouverte, il y a... Des choses qui font qu'on donne le produit, et puis voilà... Ou alors sinon ce qu'on a envie de dire, c'est entendu (...). Par d'autres oreilles, et j'en ai pas forcément envie* ».

B) Au centre pénitentiaire d'Aiton :

Les traitements substitutifs y sont distribués dans des sachets marqués d'un losange, repérables par les surveillants et les autres détenus.

E6 : « Bah les surveillants ne sont pas fous non plus, ils repèrent le petit losange, donc du coup, ça va être : « oh, là, il faut qu'il l'ait, sinon il va nous péter un câble ». On rentre pas dans le secret médical ! (...). Donc tout le monde voit qui prend quoi ».

C) Difficulté dans la protection du secret médical vis-à-vis des surveillants :

La position du soignant n'est pas évidente envers le surveillant qui, de facto, est physiquement présent et demandeur d'informations. Mais, parfois, il faudrait savoir expliquer quelques symptômes au surveillant, dans le but d'améliorer sa relation avec les détenus.

E4 : « Après ils essayent d'avoir des infos du secret médical pour certains, pour d'autres non (en parlant des surveillants). Après, je pense que c'est plus... Enfin moi, dans tous les cas, ce que j'essaye de faire, c'est leur donner plus d'éléments de compréhension. Effectivement, du point de vue psychiatrique, on a quand même une vision des gens avec des signes bien précis. Ces signes, pour nous, c'est de la pathologie, pour eux ça va pas être parce qu'ils « veulent emmerder le monde quoi ». À partir du moment où on leur explique à quoi correspondent ces signes sans forcément rentrer dans des choses très pointues et de l'ordre du secret professionnel, ça permet de dédramatiser et ça peut permettre que la communication continue entre le détenu et le surveillant ».

D) Les patients peuvent rompre le secret médical :

Ils dévoilent facilement leurs problèmes de santé aux autres détenus, mais pensent que ce sont les soignants qui n'ont pas préservé le secret médical.

E1 : « C'est vrai qu'ils se parlent beaucoup entre eux. Quelque part, ils disent facilement ce qu'ils ont aussi (...). Ils ne se rendent pas compte qu'ils disent un peu ce qu'ils ont. Et ils ont l'impression que c'est nous qui trahissons ».

E) Les patients craignent que les soignants transmettent des informations médicales aux autorités pénitentiaires :

E4 : « En arrière plan, il y a toujours : « peut-être qu'ils vont dire, peut-être que s'ils notent, ben, peut-être que le directeur a accès ou que le juge a accès » ».

F) Les toxicomanes sont sollicités par les autres détenus pour dealer :

Les patients substitués, parce qu'ils sont repérés facilement par le reste des détenus, reçoivent une pression pour faire du trafic.

E6 : « À partir du moment où il y en a un qui a eu des losanges, il sait qui a, qui va aller demander, il sait qui... Justement pour faire un peu au black. Après, ça a un coût, je sais plus ce que c'est, j'ai plus les dosages en tête, mais je crois que ça équivalait à un paquet de cigarettes, voilà ».

G) Le manque de secret médical incite les toxicomanes à arrêter la substitution :

E3 : « Donc ils préfèrent faire un manque en maison d'arrêt et puis ne pas avoir l'étiquette toxicomane ».

E7 : « Ah oui, il y a des gens qui m'ont dit qu'ils se sont mis en sevrage brutal pour pas qu'ils soient pris pour des toxico ».

3. Les difficultés liées aux traitements de substitution :

A) Un traitement de substitution controversé :

Le traitement substitutif serait accusé de générer un trafic.

E1 : « Quand il n'y avait pas de traitement de substitution, on s'en sortait pas plus mal que maintenant. J'avais moins l'impression, il n'y avait pas de trafic. C'est ce trafic du traitement de substitution qui me dérange ».

Le traitement de substitution est jugé utile seulement si les toxicomanes sont dans une démarche de soins.

E1 : « S'ils sont vraiment dans le but de s'en sortir, oui, c'est un mieux. Si c'est juste pour avoir leur machin et qu'on leur foute la paix... Ceux qui sont dans le soin, oui ça va ».

Le traitement de substitution peut être un mode d'entrée dans l'addiction pour certains détenus initialement non toxicomanes.

E10 : « *Après, les personnes qui sont rentrées et n'avaient pas forcément de problèmes de toxicomanie, qui parce qu'elles sont mal en prison, elles sont amenées à prendre du Subutex® , ça pose question* ».

E11 : « *C'est que je pense qu'il y a beaucoup de nouvelles toxicomanies comme ça qui se font je dirais d'entrée avec des traitements substitutifs. Les gens ne sont pas passés je dirais par l'héroïne et ses dérivés, et ils se retrouvent je dirais toxicomanes à la Buprénorphine d'entrée. Je pense que c'est la majorité maintenant* ».

Le traitement de substitution est perçu comme une addiction parmi tant d'autres.

E2 : « *Apparemment les conséquences sont toujours les mêmes, quand c'est plus les piqûres, c'est la Méthadone®, et puis après c'est l'alcool. Je trouve que c'est un peu frustrant quand même* ».

B) Les modalités de dispensation des traitements substitutifs sont remises en cause :

B.1) Un contrôle de la prise des traitements substitutifs majoritairement critiqué :

Il est mal vécu par beaucoup d'infirmiers, qui ont l'impression de « faire du flicage ».

E2 : « *Et puis finalement, je me dis après tout je suis pas là pour faire le gendarme* ».

E4 : « *Je suis tombée dans un truc de fou à ce moment-là : on m'a demandé de vérifier la prise, et on se retrouvait à noter sur le cahier où on marque les prises, je me suis retrouvée à lire ce que marquaient les collègues, et je voyais « bouchon vert, bouchon rouge... ». Et là je me suis dit : « c'est quoi ? ». Et en fait, elles avaient fliqué parce que les détenus avaient tous les trucs pour partir avec leur Subutex®. Donc ils mettaient un bouchon sous la langue. Donc ils jetaient le cachet, ça tombait dans le bouchon, soit ils le vendaient derrière, soit ils le prenaient à d'autres heures, soit ils le sniffaient ou... Mais moi me retrouver dans le rôle de l'infirmière qui va noter : « bouchon rouge, bouchon vert », non c'est pas possible ça* ».

E9 : « *Je dirai plus qu'on est un peu gendarme parfois (...). C'est de regarder la personne prendre son traitement qui est difficile* ».

Ce contrôle « flique » les détenus, et une infirmière n'a, de ce fait, plus l'impression d'être dans une démarche de soins.

E4 : « *Il y a un côté, je trouve en tant que soignant, si on est que dans le geste, de donner le cachet, je vérifie le dosage, et je vérifie qu'il l'a bien mis dans la bouche, c'est que du flicage, et*

on est plus dans le soin. On peut faire ça, mais ça veut dire qu'on fait plein de choses autour (...). Si c'est distribuer pour distribuer, et dire: « ah vous l'avez pas mis dans la bouche, c'est pas bien », moi je suis pas contente (...). Mais c'est fou, comment on peut être dans le soin dans un truc comme ça ? ».

La surveillance de la prise des traitements semble nuire à l'instauration d'une relation de confiance entre soignants et patients.

E7 : « C'est un climat de suspicion, et c'est vrai que c'est déjà difficile d'enlever cette image de suspicion, même quand nous... Sauf que là c'est difficile de parler de confiance alors qu'on demande de venir nous voir tous les jours et qu'on regarde s'ils ont bien pris ».

E7 : « Parfois ils me le disent : « oui, vous me dites la confiance, machin, tout ce que vous voulez, mais tous les jours on vient là » ».

Le contrôle de la prise des traitements substitutifs, ainsi que la dispensation quotidienne, déresponsabilise les patients et ne les prépare pas à l'autonomie quand ils sortiront de prison.

E7 : « Parce qu'on est dans le contrôle, moi je trouve que ce n'est pas les responsabiliser. Ce n'est pas les remettre dans un rôle où ils sont acteurs de leur soin. On les infantilise et surtout on les suspecte (...). C'est encore plus scinder l'extérieur et l'intérieur, l'extérieur où vous aurez toute votre Méthadone® pour une semaine, et ici, quotidiennement. Et de plus on surveille votre prise ».

Pour une infirmière somatique, cette surveillance avec visite quotidienne à l'UCSA est inutile, dans la mesure où cela n'empêche pas les mésusages.

E1 : « Le Subutex® ou la Buprénorphine maintenant, euh, de les voir partir avec, on a beau leur expliquer c'est comme ça que ça doit se prendre, et pas autrement, et quand vous voyez qu'ils le mettent dans la poche ou alors qu'ils le recrachent ou... Et puis qu'ils le prennent n'importe comment, je trouve un peu ridicule qu'ils viennent ici. Autant qu'on leur donne carrément comme un autre comprimé ».

B.2) Le manque de contrôle favorise le mésusage :

On retrouve aussi l'idée inverse, à savoir qu'il n'y a pas assez de surveillance de la prise des traitements substitutifs, dans le sens où cela va faciliter les mésusages, les erreurs de prise ou le trafic.

E10 : « *En plus, sur Aiton, on n'a pas de regard sur la bonne prise du traitement, parce que le traitement est distribué en cellule (...). Parce qu'on sait pas ce que devient le traitement qu'on a donné. On ne sait pas s'il est pris, comment il est pris. S'il est réellement pris, s'il est revendu. S'il est sniffé. S'il est pris en plusieurs prises* ».

E14 : « *Je pense que le mieux c'est de prendre un traitement devant l'infirmier, comme ça...* »

B.3) Un passage quotidien à l'UCSA qui nuit au respect du secret médical :

La dispensation quotidienne des traitements à l'UCSA de la maison d'arrêt de Chambéry est critiquée, parce qu'elle contribue grandement à rompre le secret médical.

Cf. chapitre 2 : Le secret médical est difficilement respecté en prison.

B.4) Une dispensation qui ne laisse pas de temps pour créer un lien avec le patient :

À cause d'une délivrance des médicaments « à la chaîne », les infirmières n'ont pas le temps d'améliorer les relations avec les malades.

E2 : « *Sur le plan personnel, j'aimerais avoir plus de temps à leur consacrer, au moment de la distribution, parce que bon, c'est un petit peu...* ».

E6 : « *De toute façon, je distribue, je n'ai pas le temps. La distribution, ça a été fait à un certain moment où ils avaient estimé qu'on avait une demi-heure pour les faire. Il y a quand même six ailes à faire, et le nombre de détenus a augmenté (...). Le problème c'est qu'il y en a de plus en plus (...). On n'a pas de temps et c'est systématique parce qu'on n'est jamais dans les clous* ».

E10 : « *Parce qu'en fait, le rapport qu'on a à la toxicomanie, il se réduit dans la préparation et la distribution des traitements par Buprénorphine* ».

C) Les dangers des associations de psychotropes et de traitements substitutifs :

C.1) Le problème des polyintoxications :

De nombreux interviewés parlent de polyintoxications avec des produits qui, associés, sont potentiellement dangereux.

E1 : « *Ils associent quand même beaucoup de comprimés. Ils cherchent à en avoir énormément, ils prennent du Lexomil® avec ces médicaments alors que c'est incompatible avec* ».

E2 : « *Les cocktails qu'ils peuvent se faire...* ».

E6 : « *Le problème que j'ai moi actuellement moi en détention, ça concerne l'Effergal® par exemple. Parce qu'ils font de l'alcool, donc on a déjà eu de l'Eludril® qui a été supprimé parce qu'ils faisaient macérer les fruits dedans, du coup l'Eludril® maintenant c'est que le dentiste. À petites doses. Là, apparemment, il y a des trucs de macération qui se font avec l'effervescence, ils sont chimistes* ».

E11 : « *Il y a souvent des polytoxicomanies, les gens utilisent un petit peu tout ce qu'ils trouvent. Certains c'est parfois caricatural, parce que le moindre comprimé finalement peut satisfaire la demande toxicomaniaque, ils prennent n'importe quoi, y compris les neuroleptiques, c'est la recherche de la défonce* ».

E14 : « *Ça peut être soit des problèmes de ces gens toxicophiles qui sont dans un problème de surenchérissement de prescription de benzo, de choses comme ça, donc des médicaments qui sont quand même contre-indiqués avec ce genre de traitement* ».

C.2) La prescription d'associations dangereuses est mal vécue :

Que ce soit prescrire ou donner des associations médicamenteuses à risque, cela est vécu comme une difficulté par les soignants. Les patients sont surtout demandeurs de benzodiazépines, malgré les mises en garde des médecins.

E1 : « *C'est pas nous qui les prescrivons, mais le fait de les donner, c'est vrai que c'est dérangent, parce qu'on sait que c'est pas compatible, mais si on le donne pas, ils pètent les plombs (...). Quand je vois qu'ils font un mélange de Lexomil®, Seresta®, Xanax®, tout ça avec la Buprénorphine et la Méthadone®, ça me dérange énormément (...). Parce que leur donner du Rivotril® et tout ça, alors qu'on doit pas en donner, là ça me dérange de leur donner la Bupré avec des médicaments comme ça, alors que normalement il faut pas les donner. C'est le médecin qui le prescrit, mais quand vous voyez quelque chose qui va pas, c'est aux infirmières de le dire aux médecins* ».

E10 : « *J'ai vu le médecin mettre en garde le patient du risque, voire mortel, mais le patient demandait quand même cette association, donc voilà, on finit par céder avec quand même des rendez-vous rapprochés pour en reparler* ».

E11 : « *C'est un peu embêtant. C'est vrai que bon, bah c'est embêtant de prescrire les deux quand même, et que ça engage notre responsabilité de prescripteur sur le plan médico-légal, ça peut avoir d'éventuelles conséquences, mais des fois on n'a pas trop le choix. C'est-à-dire que la personne est là, on va accéder à sa demande (...). On leur dit que c'est dangereux. À la limite, on sort même le Vidal en expliquant les risques* ».

Les détenus sont fortement dépendants aux benzodiazépines ; un médecin explique sa difficulté à leur faire accepter de diminuer les posologies.

E3 : « *L'un des premiers produits qu'on va essayer, parlons de moi, que je vais essayer de diminuer, si le patient est d'accord, ça va être les benzos. Pour après diminuer... Quitte à augmenter la Buprénorphine ou le Subutex® (...). Il rentrait, il sortait, il rentrait, il sortait. Et très accroché aux benzodiazépines. À chaque fois qu'il sortait de maison d'arrêt, il avait, allez, trois Tranxène® cinquante prescrits, en plus de sa Méthadone® ou de son Subutex®. Et donc, à chaque fois, c'était une bataille de mois et de mois, pour parvenir à ce qu'il accepte de baisser ses benzodiazépines* ».

Les patients peuvent se fâcher si le médecin refuse de prescrire des benzodiazépines avec les traitements de substitution.

E14 : « *Ils nous demandent des prescriptions, et alors, là effectivement ils ne sont pas contents. Donc ça peut arriver que dans certains cas les patients deviennent menaçants et agressifs verbalement* ».

E14 : « *Ce sont les gens qui arrivent avec vingt Seresta®50 dans la rue, associés au Subutex®, des trucs comme ça. On peut pas le reconduire, effectivement, il y en a qui rouspètent* ».

C.3) Ces associations sont parfois prescrites pour avoir une paix sociale en prison :

E1 : « *Si on le donne pas, ils pètent les plombs* ».

E1 : « *On est obligé de les donner sinon ils font un scandale. Il y en a qui deviennent mauvais. Si on leur donne ce qu'ils veulent, tout va bien, sinon... Ou alors ils essayent de récupérer ailleurs. Et ils deviennent agressifs* ».

D) Le mésusage des traitements substitutifs :

Le Subutex® n'est en effet pas toujours pris comme il se doit. De nombreux soignants identifient des mésusages qui les mettent mal à l'aise.

E1 : « *Il y en a qui le prennent très mal aussi (...). Ils font bien comme ça les arrange, et le Subutex® ou la Buprénorphine maintenant, euh, de les voir partir avec, on a beau leur expliquer : « c'est comme ça que ça doit se prendre, et pas autrement », et quand vous voyez qu'ils le mettent dans la poche ou alors qu'ils le recrachent ou... Et puis qu'ils le prennent n'importe comment* ».

E2 : « *Moi ce qui me dérange peut-être le plus c'est dans la prise des produits de substitution, à savoir qu'on donne certaines fois des traitements, je parle surtout des comprimés, et on sait pas trop ce qu'ils en font. Certaines fois ils le prennent mais certaines fois, ils échangent. Donc là je trouve que c'est un peu dérangeant quelque part* ».

E6 : « *Donc, au niveau de l'observance, j'ai pas de recul, parce que des fois je leur fais pas prendre devant moi non plus. Je sais pas ce qu'ils prennent, s'ils le prennent, s'ils prennent pas* ».

E10 : « *On sait pas ce que devient le traitement qu'on a donné. On ne sait pas s'il est pris, comment il est pris. S'il est réellement pris, s'il est revendu. S'il est sniffé. S'il est pris en plusieurs prises* ».

E10 : « *On sait aussi qu'ils le prennent pas toujours forcément, même en le prenant devant nous (...). Et puis, souvent, moi ce que j'observe en pratique, quand je reçois quelqu'un par exemple sur signalement, quelqu'un qui ne va pas bien, qui demande, qui a un traitement de substitution, qui demande à avoir plus, je me rends compte qu'en fin de compte il y a un mésusage de ce traitement* ».

Les soignants pensent que les mésusages se limitent la plupart du temps au sniff, à l'inhalation, ou aux prises multiples dans une même journée.

E1 : « *Je sais bien qu'il y a beaucoup de choses qui rentrent, mais l'injection non. Le sniff oui* ».

E4 : « *Injections, je ne suis pas sûre qu'il y en ait tant que ça. Des mésusages de Subu, qu'ils vont sniffer, des choses comme ça, il y en a énormément. Après, on va avoir aussi des consommations de médicaments sniffés* ».

E11 : « *Les mésusages qu'on a sont essentiellement avec la Buprénorphine, alors c'est souvent soit sniffé soit inhalé. Moi à ma connaissance, je n'ai jamais vu un détenu qui s'injectait* ».

D'après un soignant, le mésusage est sous-estimé par beaucoup de ses collègues, en particulier les injections.

E8 : « *Et les modes de consommation, surtout les modes, par rapport au mésusage de Subutex®, je pense qu'il y a beaucoup plus d'injections qu'on ne le pense* ».

Une infirmière somatique ignore même complètement l'existence du mésusage des traitements substitutifs.

E2 : « *On m'a dit qu'on pouvait écraser la Bupré et se l'injecter (...). S'il y a des injections ? J'en ai aucune idée. Vraiment aucune. Les pailles, je sais pas non plus s'il y en a qui rentrent ou pas dans la prison* ».

E) Les échecs des traitements de substitution :

E.1) La pharmacocinétique des substitutifs est mal comprise par les patients :

Malgré les efforts d'explication des soignants, les traitements de substitution sont pris en plusieurs fois au lieu d'une seule.

E1 : « *La plupart du temps, ils le prennent très mal le Subutex®, alors que ça se prend qu'en une fois, mais ça ils ont du mal à le comprendre* ».

E1 : « *C'est parce qu'ils ont tellement l'habitude de le prendre n'importe comment dehors, qu'ici ils essayent de continuer. On n'arrive pas à leur faire comprendre qu'il faut prendre leur traitement en une seule fois. À l'extérieur, ils le prennent en trois quatre fois* ».

E10 : « *On sait pas ce que devient le traitement qu'on a donné. On ne sait pas s'il (...) est pris en plusieurs prises* ».

E.2) Une diminution trop hâtive des doses :

Les patients réduisent bien trop rapidement les posologies des traitements substitutifs.

E1 : « *Et il y en a beaucoup qui veulent arrêter leur traitement très vite, pour plus avoir cette étiquette de toxicomanes, ou ici ou par le juge, et qui descendent beaucoup trop rapidement, ils ont tellement de pression qu'ils vont beaucoup trop vite, parce qu'ils ont la famille, il y en a qui changent de dose toutes les semaines* ».

De plus, les patients veulent diminuer les traitements substitutifs au lieu des benzodiazépines, ce qui accroît le risque d'échec.

E3 : « *En général, j'essaye de travailler avec les détenus en expliquant pourquoi, parce que souvent, ils veulent baisser leur Méthadone® ou leur Buprénorphine, et je vois qu'ils sont sous trois Seresta® cinquante. Donc, euh, moi j'essaye de prioriser avec eux, en leur disant que c'est peut-être plus judicieux de commencer à baisser les benzos, et après, peut-être les opiacés si c'est nécessaire quoi* ».

E7 : « *Très souvent, les gens en prison ont envie de diminuer leur traitement, enfin leur traitement par Subutex®, et là je les incite vraiment à diminuer d'abord les benzodiazépines, et ensuite de diminuer le Subutex®* ».

E.3) Un arrêt trop précoce de la substitution :

Plusieurs raisons expliquent que les patients cessent trop rapidement de prendre leur traitement substitutif :

Ils reçoivent la pression de leurs codétenus :

Pression venant de ceux qui ne supportent pas les « cachetonnés » :

E1 : *« Il y en a certains qui sont en cellule et qui ont un traitement même anxiolytique, et qui ont la pression de leur codétenu qui leur dit : « arrête de prendre ça, t'en as pas besoin ». Il y a tellement de pression de part et d'autre qu'il prend plus rien du tout alors qu'il est mal ».*

E11 : *« Il y en a certains, c'est en tout cas la majorité dominante qui est anti-médicaments, qui va stigmatiser les cachetonnés entre guillemets ».*

Des pressions à cause de préjugés que peuvent avoir les autres détenus :

E3 : *« Des fois t'as des remarques hein : « ouais c'est qu'un tox ». Comme dans la population générale. Il y a des gens qui supportent pas ».*

E6 : *« Il y a le problème que déjà, entre cachetonnés, ils ne se supportent pas. Déjà, les traitements psy, il ne faut pas savoir que tu as un traitement psy, il faut pas savoir qu'on voit un psy. Les cachetonnés, en détention, ça le fait pas... C'est des zombies, c'est des... Ils sont malmenés, personne ne veut d'eux en cellule ».*

E6 : *« Ils dérangent en tout cas. Ils dérangent. Faut pas être un cachetonné ».*

Pression de « racket » de la part des autres usagers de drogues :

E3 : *« Peut-être une pression en disant « bah, file-moi une partie de ton traitement ». (...)Du deal avec des gros bras peut-être ».*

E3 : *« S'ils ont cette étiquette-là (étiquette de toxicomane) aussi après, ça le met en danger entre guillemets d'être soumis à des pressions de deal, d'échange, de revivre ce qu'ils vivent dans la rue, en milieu fermé ».*

E5 : *« Entre détenus déjà : du racket, des gens qui sont extrêmement mis à mal par d'autres détenus. Les gens faibles sont repérés très vite ».*

Ils rencontrent aussi la pression de leurs familles et de l'autorité judiciaire :

E1 : *« Et il y en a beaucoup qui veulent arrêter leur traitement très vite, pour plus avoir cette étiquette de toxicomane, ou ici ou par le juge, et qui descendent beaucoup trop rapidement, ils ont tellement de pression qu'ils vont beaucoup trop vite, parce qu'ils ont la famille ».*

E3 : *« Par contre il y a les familles (...). Et par contre, par contre, c'est la pression des familles. C'est-à-dire que les détenus disent : « bah, euh, bon je suis en prison, mais au moins il faut que*

je montre à ma famille que je suis clean ». Donc ils ont une envie impérieuse de baisser et d'arrêter ».

E7 : « Ils disent très souvent qu'ils veulent arrêter pour être sevré, pour faire plaisir au juge et à la famille quand ils vont sortir ».

E12 : « Et eux, ils ont de la part de la justice, et aussi de la famille souvent, que si tu prends encore de la Méthadone® par exemple, tu ne t'en es pas sorti ».

D'après un médecin, les juges considèrent qu'un patient qui se soigne, c'est un patient qui ne prend plus de traitement substitutif. Ce préjugé conduit les patients à se sevrer, et augmente donc le risque de récurrence.

E12 : « Les juges travaillent à l'inverse de nous, ils mettent la pression aux gens pour qu'ils arrêtent le traitement de substitution, et ça, ça me désespère, ça me met très en colère, parce qu'ils font... Nous on rame pour dire aux gens : « substituez-vous, travaillez sur vous, et au moins, vous n'aurez pas cette difficulté de gérer le manque quoi ». Et le juge, ils mettent les gens en situation de récurrence, parce que la juge très souvent elle dit aux gens : « vous voyez, vous ne vous en sortez pas, vous êtes encore sous Méthadone® ». Et tu vois, moi ça me met super en colère. Tu vois, quand les gens demandent une conditionnelle, elle dit : « alors, est-ce qu'ils se soignent ? », « oui, ils se soignent ». « Mais vous êtes encore sous cent-vingt milligrammes ! » ».

Ils peuvent avoir une pression plus forte émanant de leur communauté ethnique :

Il serait honteux d'être toxicomane parmi les communautés maghrébines.

E3 : « Il y a des gens qui n'osent pas nous demander de traitement de substitution, parce qu'ils ont peur d'être stigmatisés. Au moins pour les gens du Maghreb dans le Nord, c'était honteux d'être toxicomane quand même, au sein de leur communauté ».

Ils n'ont plus envie d'être stigmatisés :

Entre autres, à cause de leur venue chaque matin à l'UCSA :

E9 : « Et souvent en prison, le but est de se dire c'est une contrainte de venir au médical le matin, ils sont étiquetés de ce fait. Donc le but est : « je veux arrêter ». Mais c'est pas une bonne... C'est pas la raison de vouloir arrêter ».

C'est une des principales raisons d'arrêt trop précoce :

E1 : « Et il y en a beaucoup qui veulent arrêter leur traitement très vite, pour plus avoir cette étiquette de toxicomane ».

Ils ont l'illusion de changer de vie à la sortie de prison, et de stopper toute substitution :

E11 : « *Et il y a beaucoup de sujets qui ont un traitement substitutif et qui gardent l'illusion que dès qu'ils sortiront, ils arrêteront. C'est un petit peu comme si la prison c'était le temps de l'intoxication, et que ailleurs ce sera mieux quoi. Je pense que c'est une illusion* ».

D'autres patients profitent de leur incarcération pour se sevrer, en oubliant qu'à l'extérieur, le maintien du sevrage sera plus difficile :

E12 : « *Il y a des gens, bah, ils baissent, et c'est dommage, parce qu'on leur dit : « arrêtez en prison », c'est hyper facile d'arrêter la Méthadone® en prison. On les voit tous, ils reviennent. Et tu vois, ah mince, il était là en 2009, moi j'avais écrit : « veut arrêter la Méthadone®, je le déconseille ». Et puis il revient, il a récidivé, c'est un peu déprimant quoi* ».

E.4) Des rechutes trop fréquentes :

E1 : « *Des fois on se dit c'est bon ils vont s'en tirer, et tout ça, et des fois de les voir revenir et qu'ils ont redégringolé, c'est loupé* ».

E2 : « *Je trouve ça un peu désolant, finalement c'est des gens qui n'en sortiront jamais. On a l'impression que oui, ils vont diminuer, que ci, que là, et puis qu'ils vont sortir, et qu'ils vont s'en sortir, et puis finalement on les revoit trois mois après, ils ont replongé* ».

E.5) La dose des traitements de substitution est parfois compliquée à trouver :

E11 : « *Des fois je dirais trouver la bonne dose pour substituer, ce n'est pas toujours facile* ».

4. Les difficultés à l'entrée :

A) Difficultés pour identifier les vrais toxicomanes :

Ils peuvent surestimer ou inventer une consommation d'opiacés ou d'opioïdes.

E11 : « *Bon c'est vrai que souvent les gens ils arrivent, ils disent qu'ils sont dépendants aux opiacés ou qu'ils ont développé une toxicomanie aux produits de substitution, et puis on n'a pas de traces pour vérifier cette réalité-là (...). C'est vrai qu'il y a des demandes dévoyées, il y a des problèmes de doses aussi* ».

E14 : « *Donc les principales difficultés qu'on a là-bas c'est des gens souvent (...) qui arrivent, avec soi-disant des traitements qu'ils prenaient dans la rue, et qui nous mettent devant le fait accompli, en nous disant qu'il fallait les reconduire* ».

Ils peuvent, au contraire, sous-estimer ou nier toute consommation.

E1 : « *Il y en a un il y a pas longtemps, qui disait qui ne prenait rien. (...).Le lendemain, j'arrive au boulot, et on me dit il faudrait que tu vois un tel, il va pas bien du tout. J'y vais, et il me dit : « je suis en manque ». Je l'ai regardé, il avait des sueurs, des douleurs un peu partout* ».

Les soignants n'arrivent pas forcément à savoir ce que le toxicomane prenait comme traitement substitutif à l'extérieur.

E1 : « *On voit bien qu'il prend quelque chose. On le sait, mais quoi exactement, non* ».

Il est encore plus compliqué d'établir la véracité de la dépendance lorsque, à l'extérieur, la personne prenait des traitements de substitution de manière illégale.

E12 : « *Ce qui est embêtant, c'est quand ils en ont pris de façon entre guillemets illégale dehors* ».

Les patients ne sont pas toujours initialement en état d'exprimer leur prise de toxiques.

E4 : « *Et puis, quelqu'un qui arrive après 48h ou 72h de garde à vue, fatigué, épuisé, ou qui a fait moins de garde à vue mais qui arrive encore par exemple avec les vapeurs d'alcool ou sous produit, les informations qu'il va pouvoir nous donner et dont on a besoin rapidement pour pouvoir l'aider en cas de risque de manque ou autre, et bien ces infos, elles ne vont pas être faciles à récupérer, parce qu'il n'aura pas forcément la capacité d'exprimer les choses clairement* ».

Une autre barrière au repérage à l'entrée peut être la langue.

E4 : « *Quand on a un détenu qui ne parle pas français... Voilà, par exemple. Alors pour le peu qu'il soit toxicomane en plus (...).C'est du coup, bah, tant pis, ça se termine en mime, en dessin*».

Il existe donc une difficulté à identifier les vrais toxicomanes aux opiacés, ce qui peut amener les soignants à réaliser une analyse urinaire.

E3 : « *Si le détenu arrive un vendredi soir, en disant : « ben, je suis sous traitement Subutex® ou Méthadone® », mais qu'il n'a pas d'ordonnance, il sait plus quelle pharmacie, ou pas moyen de contacter la pharmacie, bon là, c'est quitte ou double. Soit effectivement on va mettre*

en place le traitement en faisant, enfin les toxiques urinaires, on met en place le traitement, et on lui dit bien si dans les urines on trouve rien, on arrêtera le traitement. Ou soit, le détenu nous dit : « bah finalement j'en ai pas trop besoin », et puis on arrête. Enfin, c'est à voir quoi. Mais c'est ce truc un peu compliqué ».

E11 : « Bon d'abord la première difficulté, c'est établir la véracité de la dépendance, parce que bon on a parfois des demandes qui sont un peu utilitaires, c'est-à-dire qu'on applique ce qui est un peu un consensus ici, c'est-à-dire faire un dépistage urinaire pour s'assurer de la véracité de la prise, de la réalité de la prise. Ça arrive des fois qu'on fasse parfois un dépistage, et en fait il y a zéro en opiacés ».

Lorsque les futurs détenus passent par les gardes à vue avant l'entrée en prison, ils peuvent se faire prescrire des substitutifs. Les analyses d'urine seront alors positives à l'entrée, sans que l'on sache si le patient était réellement sous traitement de substitution à l'extérieur, ni à quelle dose.

E2 : « Là où il faut se méfier, c'est les gens qui passent en garde à vue, qui se font prescrire des traitements de substitution en garde-à-voir, sauf qu'en réalité, c'était pas de vrais toxicos, ou alors qu'ils ont majoré leur dose ».

E12 : « Non, si, le souci, c'est quand ils ont fait de la garde à vue, et qu'ils ont du Subutex®, tu ne sais pas s'ils en avaient avant, tu ne peux plus vérifier sur un prélèvement urinaire, parce qu'il va être positif quoi ».

B) Réel danger en cas d'erreur d'identification :

Les soignants doivent faire face à un risque vital en cas de prescription de Méthadone® chez patient qui se déclare faussement toxicomane.

E3 : « C'est-à-dire que, il y a eu un cas mais ça c'est pas ici, dans une autre maison d'arrêt, où il y a un médecin qui a mis en place un traitement Méthadone® à une personne qui en fait n'en avait pas, et qui a fait une détresse ou une overdose ou quelque chose comme ça, et là le médecin n'ayant rien pour justifier sa prescription, bah je crois qu'il est tombé ou il est en cours de jugement quoi ».

C) Une identification à l'entrée qui étiquette les toxicomanes :

Une infirmière psychiatrique n'est pas d'accord avec le repérage tel qu'il est fait à l'entrée, car il catalogue les toxicomanes.

E4 : « Et les indications se font d'une manière qui me paraissent folles, on va mettre, on va faire une liste et à côté on va mettre alcool toxicomanie, je suis désolée, mais c'est pas comme ça que ça se passe. Déjà pour moi, la personne arrive, elle prend le cahier d'entrant et on voit si les gens ont rempli toxico... Donc ça c'est quelque chose que par exemple moi je me refuse à remplir. Je suis désolée, je ne veux pas étiqueter comme ça, on n'est pas HIV positif ou tuberculeux, ou je sais pas trop quoi ».

D) Le problème des entrées le week-end :

Les patients ne sont pas toujours substitués le soir même, malgré l'existence d'un protocole infirmier. En effet, il y aurait une certaine sacralisation des produits de substitution par les infirmiers, au point d'attendre l'avis du médecin pour donner les traitements.

E8 : « Ce qui est un peu embêtant, c'est quand un toxicomane arrive le week-end à 19 heures, par contre on a un protocole (...). Selon le protocole que l'on a, on devrait lui donner quarante milligrammes de Méthadone® ou huit milligrammes de Subutex®, ou alors la dose qu'il nous dit si c'est inférieur à ce dosage-là. Mais bien souvent, on appelle le médecin qu'on a, bien souvent on lui donne Seresta®, Spasfon®, et il est revu par le médecin le lendemain. Et après, le médecin le met sous substitution. On pourrait dès le soir même le mettre sous substitution (...). L'entrée, hors heures de présence médicale, parfois on les substitue pas le soir même, on attend le lendemain (...). Il y a un peu une sacralisation de ces produits aussi, je pense parmi le personnel de soin. Ce sont des choses qu'on n'ose peut-être pas faire immédiatement, alors que peut-être parfois il aurait besoin ».

La première dispensation des traitements substitutifs, quand les patients arrivent pendant le week-end, est donnée la veille pour le lendemain. Il existe donc des risques d'erreur de prise par le patient.

E9 : « En maison d'arrêt c'est particulier, c'est donné le soir pour le lendemain matin. En sachant que souvent quand ils arrivent en fin de semaine, le week-end, ils l'ont le vendredi soir pour le samedi matin, le samedi matin pour le dimanche matin, et le dimanche matin pour le lundi matin, et souvent ils peuvent s'embrouiller. C'est facile aussi : « bah oui, je me suis embrouillé, j'ai pas tout compris », faut bien être explicite ».

E) Des ordonnances extérieures associant benzodiazépines et traitement substitutif :

Les entrants ont des ordonnances de médecins extérieurs qui mélangent benzodiazépines et traitements substitutifs, et ils ne veulent pas se défaire de cette habitude.

E12 : « Ce qui me met en colère, c'est que tous les gens arrivent de dehors, avec des ordonnances... Les médecins dehors qui prescrivent n'importe quoi, qui sont reconnus sur la place publique comme ça, sauf qu'après toi tu arrives, et tu dis : « bah non, je ne vais pas donner des Benzodiazépines ». Et bah les mecs ils disent : « ah bah non, docteur machin, il prescrit... ». Voilà, mais ça c'est en toxicomanie, il y a plein de gens qui ne sont pas formés et qui font n'importe quoi. Et après toi tu arrives derrière et c'est pas évident ».

5. Les difficultés à la sortie de prison :

A) Des patients très angoissés :

La sortie est une source de stress importante pour les personnes toxicomanes.

E7 : « Il y a des angoisses des patients énormes (...). Des angoisses très nombreuses à la sortie, vis-à-vis de la question : « qu'est-ce qui va se passer ? » ».

Les patients peuvent refuser la prise en charge proposée à la sortie tellement ils sont anxieux.

E7 : « Oui ou qu'il y ait des choses qui soient prévues avant, mais qu'il a tout fait flancher ».

B) Un manque de préparation de la sortie :

Il n'y a pas assez de préparation et cela aggrave l'angoisse des patients.

E2 : « Non, il n'y en pas vraiment. Le patient va sortir avec son ordonnance. Pour lui, c'est qu'une continuation. Il y a des risques d'overdose. Non, il n'y a pas de préparation ».

E7 : « De tous les patients, les patients toxicomanes, enfin, moi je suis plus inquiète sur les patients toxicomanes, qui, quand ils vont sortir, ne vont pas avoir de... Pour eux, c'est des sorties sèches, sans préparation avant ».

C) Défaut de communication entre professionnels :

Les diverses équipes médicales et le SPIP ne se concertent pas suffisamment pour bien préparer la sortie des patients.

C.1) Manque de coopération entre les différents intervenants pour préparer la sortie :

La coordination pour le projet à la sortie est compliquée à mettre en œuvre.

E4 : « Préparer la sortie d'un toxicomane, c'est pas toujours évident (...).Bon il y a le SPIP qui est là justement pour voir tout ce qui est sortie et autres, ça demande de regrouper énormément de personnes, de professionnels différents, et c'est toujours pareil, la concertation n'est pas facile ».

Il peut y avoir beaucoup d'intervenants, ce qui peut être contre-productif.

E13 : « Je me dis au final la personne va sortir avec quoi ? Des fois il y a tellement de monde que, du coup, on construit rien du tout ».

C.2) Manque de lien avec les associations à l'extérieur :

Une infirmière de psychiatrie explique ne pas avoir assez de rapport avec les associations extérieures, à part l'association Le Pélican.

E4 : « Ce qui est difficile aussi, c'est un peu tous ces liens entre dedans, dehors, effectivement c'est pas toujours simple d'avoir des liens avec les équipes qui ont déjà pris en charge un détenu. Si c'est sur le Pélican, ça va mais d'autres structures c'est pas toujours évident ».

En revanche, un infirmier somatique décrit un défaut de communication avec l'association Le Pélican, quant à l'organisation de la sortie.

E8 : « Le Pélican était mobilisé, mais pas la personne qui vient en prison. Donc moi j'ai appelé le Pélican : « voilà il sort à telle date, ce serait bien de prévoir des rendez-vous ». Je ne sais même pas s'il y a quelqu'un du Pélican qui est venu les voir en prison, ce n'est même pas écrit sur les dossiers (...). Enfin de toute façon, moi je n'ai jamais parlé avec la personne du Pélican qui vient ici ».

C.3) Manque d'échange et de compréhension avec le SPIP :

E7 : « *Je pense qu'on n'est pas assez en communication avec les gens du SPIP. On ne se comprend pas. Moi très souvent je ne comprends pas les décisions du juge, mais j'ai pas accès à tous les dossiers. Je comprends pas, je comprends pas le rôle du SPIP* ».

E11 : « *Le SPIP, les relations sont assez distantes, c'est pas toujours très facile* ».

D) Une date de sortie inconnue :

Les soignants ne savent pas à l'avance la date de sortie des patients prévenus, parce qu'il s'agit le plus souvent d'ordres de remise en liberté. Dans ce cas, la sortie se fait en deux heures de temps.

E1 : « *Le problème c'est qu'en maison d'arrêt, on sait pas toujours leur date de sortie (...). S'ils sont pas encore condamnés et que c'est des prévenus, il y a des ordres de remise en liberté. Ça peut se faire dans la journée. Quand ils reçoivent l'ordre de mise en liberté aux greffes, ils ont deux heures pour les mettre dehors* ».

E8 : « *Bien souvent les sorties, soit ce sont des ordres de remise en liberté immédiate, parce que c'est des histoires judiciaires. Bien souvent ils sont incarcérés dans le cadre d'enquête. Dès que l'enquête est résolue, hop, ils libèrent tout le monde, comme ça, sans prévenir. Ils nous appellent à 9h du matin pour les faire sortir à 11h* ».

De plus, les remises de peine décidées tardivement compromettent la continuité des soins.

E3 : « *Le problème c'est quand tu as des remises de peine, admettons t'as prévu un projet cure post-cure, et finalement le détenu part un mois plus tôt, et là tout est à l'eau* ».

E) Des patients perdus de vue :

Les soignants sont frustrés de n'avoir aucune information retour sur les patients une fois qu'ils quittent la prison.

E2 : « *C'est un peu frustrant parce qu'on sait pas trop ce qu'ils deviennent après* ».

E7 : « *Et on ne sait pas en plus, et moi ça me frustre un peu, ce que sont devenus les détenus (...). Oui, et on n'a pas de retour. Est-ce qu'ils continuent le suivi, est-ce qu'ils continuent la substitution, est-ce qu'ils sont en difficulté...?* ».

E11 : « *Après la sortie, nous, on les perd de vue, sauf quelques cas qui sont dans notre secteur. La plupart sont perdus de vue* ».

F) D'importants problèmes socio-économiques non résolus :

À l'extérieur, les patients se retrouvent confrontés à des problèmes financiers, sans travail ni logement stable. Les soignants se sentent dépourvus de moyens pour les aider.

E3 : « *Finally il y a beaucoup de gens qui vont sortir, puis aller chez leurs parents, ou... Chez la maman, ou chez le papa... Ou chez le cousin, en sachant que ça va être du dépannage, et que ça va pas tenir longtemps quoi. Ça c'est un peu dommage* ».

E4 : « *Ce sont souvent des gens qui sont SDF, nous en tout cas, ici, on a pas mal de détenus qui sont toxicomanes et qui sont en précarité. Donc où est-ce qu'ils vont sortir, comment, les projets de sortie, de lieux de vie* ».

E7 : « *Ils vont sortir, ils vont se retrouver sans boulot, parfois SDF, parfois pas de sous ni rien, donc là ça me... Ça m'ennuie* ».

Les détenus n'ont pas toujours de couverture sociale prévue à la sortie, ce qui rajoute une difficulté.

E3 : « *« Mais oui, mais j'ai pas ma CMU, elle est pas en cours tout ça, comment je vais faire ? », donc je le renvoie sur le service social, mais ça a l'air long quoi, et lui ça lui fait peur, il sait que ça va être difficile pour lui* ».

G) Un risque de rechute très élevé à la sortie :

G.1) Lié à l'environnement social du toxicomane :

Les patients vont retrouver leurs copains toxicomanes et leur groupe de dealers.

E1 : « *Mais une fois dehors, c'est des gens un peu fragiles, il y a les copains, quand ils sortent ils ont les mêmes copains, qui sont dans la même galère qu'eux. Et ils se laissent influencer...* ».

E3 : « *Bah le problème en sortant c'est qu'ils fêtent aussi ça, ils sont contents, donc il y a de l'alcool qui se surajoute, donc effectivement c'est un moment où il y a le plus de prise de risque. Et puis, dans le Nord, c'était : « bah, on t'a fait un petit cocktail pour ta sortie ». Donc il y avait le cadeau de sortie* ».

E3 : « *Non, non, c'était les amis à l'extérieur, les amis dealers quoi en fait. Ils voulaient pas perdre un bon acheteur* ».

Les patients vont retrouver les mêmes difficultés socio-financières qu'avant leur arrivée en prison.

E7 : « *Moi je me dis qu'à l'extérieur ce n'est pas du tout la même chose, ils vont sortir, ils vont se retrouver sans boulot, parfois SDF, parfois pas de sous ni rien, donc là ça me... Ça m'ennuie* ».

Pour un infirmier somatique, les soignants ont du mal à faire une prévention efficace des récurrences à la sortie car ils ne connaissent pas le quotidien du toxicomane.

E8 : « *Quand ils vont sortir, on a beau programmer des rendez-vous, les mettre dans des centres et tout ça, on a aucun regard sur le quotidien qu'ils vont vivre dehors, sur le côté comportementaliste du truc. Comment réagir lorsqu'on est face au produit ? Face à des vieux amis, etc ?* ».

G.2) Un risque accru d'overdose à la sortie :

E2 : « *Il y a des risques d'overdose* ».

E3 : « *On l'informe aussi du risque d'overdose, parce que, si vraiment ils sont sevrés, quand ils sortent, ils reprennent les mêmes doses qu'avant, et là c'est là où ils se mettent en danger* ».

E8 : « *Dans les statistiques, c'est les overdoses à la sortie de prison* ».

G.3) Un arrêt trop précoce des substitutifs :

Les détenus veulent stopper le traitement de substitution une fois sortis de prison, malgré les avertissements des soignants.

E11 : « *Et il y a beaucoup de sujets qui ont un traitement substitutif et qui gardent l'illusion que dès qu'ils sortiront, ils arrêteront. C'est un petit peu comme si la prison c'était le temps de l'intoxication, et que ailleurs ce sera mieux quoi. Je pense que c'est une illusion* ».

Les familles des détenus mettent aussi la pression pour que le patient soit sevré à la sortie.

E3 : « *On n'a pas la pression de la juge d'application des peines sur l'obligation d'être sevré en sortant de prison. Par contre il y a les familles* ».

H) Difficultés pour trouver un prescripteur à l'extérieur :

Les soignants ne trouvent pas facilement un médecin généraliste qui accepte de prendre en charge les patients en quartier de semi-liberté.

E11 : « *Bon, après, c'est pas toujours facile, le problème qui se pose, c'est que les gens qui passent en quartier de semi-liberté et qui sont substitués, ils vont continuer la substitution, mais*

nous, on ne peut plus fournir, il faut qu'ils aient un prescripteur extérieur, une pharmacie extérieure, donc ça c'est pas toujours simple à régler ».

6. La difficulté d'obtenir l'adhésion du patient au projet thérapeutique :

A) Une substitution imposée en prison :

Les détenus n'ont pas le choix : ils ne peuvent plus se droguer en prison. Ce n'est donc pas une démarche volontaire de leur part, et c'est une difficulté capitale pour beaucoup de soignants.

E2 : « Ils se retrouvent ici dans un milieu où on va finalement les inciter ».

E3 : « Il y a un écueil en prison, c'est-à-dire que ils ont pas choisi d'être détenus. Ils ont pas choisi d'être sous substitution, d'être sevrés, c'est-à-dire que si tu te rends compte que la personne est encore sous injection, se shooter ou avait besoin d'être complètement défoncée, tout d'un coup en milieu carcéral, on va lui demander : « bah maintenant t'es clean ». Ben non il n'a pas envie, il n'en est pas là lui. Donc c'est nous qui forçons un biais, c'est-à-dire qu'on l'amène à être dans un soin alors que lui, c'est pas sa demande ».

E3 : « Pour le détenu, c'est-à-dire que c'est nous qui imposons un soin et lui, s'il n'en est pas là, quelque part c'est nous qui sommes violents dans notre soin ».

E4 : « Les gens ne sont pas forcément demandeurs. Je veux dire, on a des toxico qui n'ont aucune demande hormis continuer leur conso. Et nous on arrive avec des trucs très tranchés, très... Qui font comme ça, le but est d'arrêter... C'est notre volonté, pas la leur ».

E4 : « Souvent on prend pour argent comptant notre volonté qu'il soit mis sous Subutex®, sous Méthadone®, qu'il soit dans une élaboration de projet de soins, ce qui n'est pas forcément son désir. La personne quand elle arrive ici, elle n'est pas là pour se soigner. On la colle sous Subutex® parce qu'elle n'a pas accès à d'autres produits, mais c'est pas sa demande à la base, la plupart du temps. Et du coup, on impose quelque chose (...). C'est son projet, c'est pas le nôtre (...). On met en place nos projets sans tenir compte du projet du patient ».

La substitution devient presque obligatoire.

E8 : « Quelqu'un qui est sous opiacés, il aura forcément la substitution si ça fait longtemps qu'il en prend ou s'il a déjà la substitution à l'extérieur. Donc c'est quasiment la substitution obligatoire entre guillemets. Pour ces gens-là, c'est pas une démarche comme d'aller frapper à la porte d'un CSAPA, c'est dans ce sens là que c'est moins du soin que l'autre (...). Parce que

le soin est quasiment obligatoire, le terme obligatoire c'est pas vraiment ça, comment dire, elle est proposée de façon quasiment obligatoire ».

E12 : *« Mais nous ici, de fait, ils sont obligés de se substituer, qu'ils le veulent ou non ».*

Le toxicomane n'adhérera pas à un projet de soin qui n'est pas le sien, et les soignants seront insatisfaits.

E4 : *« Le détenu ne sera pas satisfait, car il ne se retrouve absolument pas dans un projet qui n'est pas le sien, les soignants en face sont complètement frustrés ou énervés, parce que les choses ne se passent pas comme on aimerait qu'elles se passent ».*

B) Un soin bas seuil :

Le patient reçoit les traitements de substitution sans pour autant accepter une prise en charge associée et un projet thérapeutique en aval.

E4 : *« Je pense que notre prise en charge pour beaucoup, pas pour tous, est plus un aménagement pour que bah voilà qu'il puisse continuer à consommer en toute légalité j'aurais envie de dire, et sans le mettre à mal. Je pense qu'on est plus là-dedans aujourd'hui, que dans une vraie réflexion, pour amener la personne aux soins ».*

E8 : *« Si, si, ça peut être du soin bas seuil, c'est un accès à la Méthadone® dans un endroit où il n'y a pas de drogues, et où la Méthadone® n'est pas accessible, enfin qu'on ne peut pas aller soi-même chez son médecin ou dans un centre ».*

E9 : *« On établit un relationnel, mais est-ce que cette relation est vraiment une prise en charge ? Est-ce qu'ils le reçoivent eux aussi comme ça ? Est-ce qu'ils viennent simplement chercher le traitement ? ».*

E11 : *« Déjà parce qu'ils sont toujours dans la toxicomanie, ils ne sont pas vraiment dans la substitution. Ce qu'ils cherchent, c'est l'effet apaisant du produit, ils ne sont pas dans une dynamique de soins (...). C'est pas toujours facile, des fois il faut se contenter de répondre à la demande en se disant qu'on n'est pas forcément dans quelque chose de très thérapeutique ».*

C) Un suivi pour bénéficiaire de remises de peine ou dans le cadre de l'obligation de soins :

Le traitement de substitution peut n'être pris que pour bénéficiaire de remises de peine, sans projet de soin en amont.

E4 : « *En gros, le toxicomane, s'il n'a pas rencontré la personne du Pélican par exemple, il obtiendra pas les remises de peine auxquelles il a le droit, parce qu'il n'aura pas rempli le contrat de se faire soigner (...). Effectivement, les détenus sont pas plus cons que la moyenne, c'est-à-dire qu'on leur met un système à portée de main, ils vont l'utiliser, mais derrière... Voilà, ils seraient idiots de pas le faire hein, et par contre derrière ils ne sont inscrits dans rien, profondément* ».

Le traitement de substitution est accepté par les détenus qui sont en obligation de soins, mais il n'y a aucune volonté sous-jacente.

E8 : « *Parfois, on est un peu dans l'ambivalence entre les demandes de la justice d'obligation de soins, et l'avis des gens qui n'ont pas envie d'avoir une obligation de soins (...). Je pense que les obligations de soins, s'il n'y a pas de volonté de la personne, ça ne sert à rien* ».

La prise en charge psychologique n'est parfois suivie que dans le but de recevoir une remise de peine ou dans le cadre de l'obligation de soins.

E5 : « *C'est-à-dire que maintenant on est qu'on le veuille ou non... On le veut pas mais on l'est quand même !... Pris en otage par le biais déjà des obligations de soins. Et puis maintenant, ça va dépasser le cadre des obligations de soins, c'est-à-dire que quelqu'un qui ne va pas voir la psychologue, et ben il va pas prétendre à la totalité de ses remises de peine, il ne va pas prétendre à un aménagement de peine possible, c'est devenu très... Donc on a plein de gens qu'on verrait pas, si on avait pas ces nouvelles règles là* ».

E6 : « *Un suivi psy suffit. Donc il y en a beaucoup qui viennent pour avoir des RPS* ».

Les patients consentent aussi à être suivis par l'association Le Pélican, afin d'obtenir des aménagements de peine.

E13 : « *Après il y a certaines choses sur lesquelles il ne faut pas se leurrer, il y a des personnes qui acceptent la mise en place de suivi, de choses comme ça, parce que voilà ils peuvent avoir aussi des attestations à la clef, des aménagements de peine, des choses comme ça (...). Il y a quinze jours, il y a un détenu qui est venu me voir, voilà il avait besoin, sa demande c'était d'avoir une attestation disant qu'il souhaitait s'engager dans un suivi avec le Pélican. Voilà, en me disant que c'était pour mettre dans son dossier, parce que voilà il allait demander un aménagement de peine* ».

7. Les relations entre les soignants et les patients toxicomanes :

A) Une relation de confiance difficile à instaurer :

Les détenus mettent beaucoup de temps pour faire confiance aux soignants.

E13 : « *Après, par rapport à la question de la relation de confiance, euh, je pense que ça demande du temps, alors déjà dans mon boulot d'éducatif, la relation de confiance demande déjà du temps pour se mettre en place. En prison, je pense que ça demande encore plus de temps. Parce que c'est le contexte qui veut ça aussi, je veux dire, quand on est déjà incarcéré, parler de nouveau sur des pratiques qui seraient pas forcément très claires, qui pourraient les mettre en plus en difficulté, enfin je veux dire le fait de fumer du cannabis, s'ils se font attraper, je veux dire ils vont au mitard* ».

E12 : « *Je pense à un gars avec qui ça s'est hyper mal passé plusieurs fois, et bien maintenant il y a une vraie relation de confiance, mais bon, ça fait deux ans que je le suis* ».

Réciproquement, les soignants n'osent pas faire confiance aux toxicomanes parce qu'ils craignent de se faire manipuler.

E1 : « *Je finis par ne plus leur faire confiance, parce qu'ils sont roublards* ».

E6 : « *Pour moi, le toxicomane est quelqu'un de manipulateur. Donc je suis plus dans la gestion de son discours que, voilà. Je sais ce qu'il cherche, je sais ce qu'il vise* ».

E12 : « *Moi je pars du principe que d'abord, que je vais essayer de créer un lien avec les gens, qu'on va essayer d'avancer, qu'il ne faut pas que je sois dupe, que je me fais souvent bananer...* ».

La relation de confiance est compliquée à établir à cause du contrôle de la prise des traitements.

E7 : « *C'est un climat de suspicion, et c'est vrai que c'est déjà difficile d'enlever cette image de suspicion, même quand nous... Sauf que là c'est difficile de parler de confiance alors qu'on demande de venir nous voir tous les jours et qu'on regarde s'ils ont bien pris (...). « Oui, vous me dites la confiance, machin, tout ce que vous voulez, mais tous les jours on vient là »* ».

Les patients reprochent aux soignants de ne pas faire respecter le secret médical.

E1 : « *Même si on le dit pas à gauche à droite que le patient est toxicomane, il y a certains détenus qui nous reprochent d'avoir dit alors qu'on a rien dit. Parce que ça c'est découvert. Pourquoi ? Parce qu'ils viennent ici (...). Ils ne se rendent pas compte qu'ils disent un peu ce qu'ils ont. Et ils ont l'impression que c'est nous qui trahissons* ».

Un médecin exprime sa difficulté pour obtenir une alliance avec le patient et contre un tiers : la maladie.

E3 : « *Moi je pars du principe que euh le patient et le médecin doivent faire alliance contre un tiers et le tiers c'est la maladie. Et avec les patients toxicomanes bien souvent c'est le... On est dans un tiers inversé, c'est-à-dire que il faut réussir à faire en sorte que le patient puisse considérer le médecin comme une alliance et non pas le patient qui s'allie à ses produits contre le médecin* ».

Une soignante se demande comment faire confiance quand on est obligé de se soigner.

E4 : « *Je pense que c'est vraiment un travail de confiance, et on ne fait pas confiance comme ça. Et comment faire confiance quand on est obligé ? Ça pose plein de questions* ».

Les relations entre soignants et soignés resteraient superficielles.

E8 : « *Il y a régulièrement des pseudo-phlébites ou des trucs comme ça, on ne sait pas d'où ça vient. Ah ouais, il y en a régulièrement. La personne jure, elle jure à tout le monde, elle part à l'hôpital faire des échos et tout ça, elle jure à tout le monde que ce n'est pas une injection. Pourtant c'est une personne sous Subutex®. Ce qui montre bien qu'il n'y a pas de lien thérapeutique très profond en fait (...). Mais bon, on voit bien, lorsqu'on passe dans les couloirs, ils sont trois ou quatre à discuter. Quand on arrive, on n'est pas parmi eux, il y a vraiment une frontière qui n'est pas transgressée* ».

B) Un manque de temps pour améliorer les relations :

E2 : « *Moi, c'est sur le plan personnel, j'aimerais avoir plus de temps à leur consacrer, au moment de la distribution* ».

E7 : « *On n'a pas beaucoup de temps pour les détenus* ».

E8 : « *Disons que dans les centres en ville, on a peut-être plus de temps pour s'occuper des gens au quotidien. Voilà, c'est surtout en fait la lourdeur de la file active qui est un peu particulière* ».

E12 : « *Euh, non, au niveau de l'UCSA, oui, les infirmières elles disent qu'elles manquent de temps tu vois (...). Des fois, les infirmières sont vachement frustrées parce qu'elles voient les gens trois minutes et elles ont quinze personnes dans la salle d'attente, donc c'est sûr que s'il y avait du temps infirmier plus dédié à ça, tu vois, ce serait génial* ».

C) Absence d'intimité avec le patient :

La promiscuité en prison empêche d'avoir une relation personnelle avec le patient.

E2 : « *C'est un lieu où il y a aucune intimité. On est dans la promiscuité. C'est atroce je veux dire. Moi, personnellement, en tant que soignant, j'aime bien avoir mon patient, et entretenir une relation individuelle. Alors qu'ici, c'est très difficile. Il y a la porte ouverte, il y a...(...). Ou alors sinon ce qu'on a envie de dire, c'est entendu par... ».*

D) Une omniprésence du système pénitentiaire :

L'autorité pénitentiaire, omniprésente, complique le lien entre soignant et soigné.

E4 : « *Parce qu'en même temps, il y a ce tiers qui est toujours là ! Même s'il n'est pas là physiquement, il est là dans tous les cas dans la tête, et donc ce tiers, il faut réussir à... À la fois à l'intégrer dans la relation parce qu'il en fait partie, et à la fois, à le laisser en dehors de la relation quand il y a besoin de le laisser en dehors de la relation. Et c'est compliqué ».*

E8 : « *Oui, tout à fait, ce sont des surveillants, ils sont quasiment omniprésents ».*

De plus, les soignants n'ont accès aux patients que par le biais des surveillants.

E4 : « *On est obligé déjà de passer par les surveillants pour avoir accès aux détenus. Donc on est obligé de composer avec ».*

E) Une forte pression sur les soignants pour obtenir les traitements désirés :

Les toxicomanes mettent la pression sur les médecins pour associer des benzodiazépines aux traitements substitutifs.

E5 : « *Il y a une pression des toxicomanes, mais je pense que dehors aussi, sur le médecin, qui est énorme quand même ».*

E10 : « *Je sais que les psychiatres veillent à ce qu'il n'y ait pas un traitement... Veillent à ne pas associer un traitement substitutif avec les benzodiazépines. Mais bon je l'ai quand même vu pratiquer, pour des patients insistants ».*

Certains patients consultent même plusieurs médecins, jusqu'au moment où ils obtiennent l'ordonnance qui leur convient.

E6 : « Dans le sens où ils vont voir le médecin pour avoir leur dosage, tout se passe dans la négociation, mais moi je ne sens pas cette pression. Ils se fâchent, ils vont demander à un autre médecin, ils multiplient les intervenants ».

E11 : « Ils vont s'adresser à plusieurs interlocuteurs, jusqu'au moment où ils auront la réponse qui les satisfait, et qui s'imposera envers et contre tout à tout le monde ».

Les patients exercent également une pression sur les soignants pour régulariser leurs prises d'opioïdes consommés au marché parallèle.

E14 : « Donc les principales difficultés qu'on a là-bas c'est des gens qui (...) commencent à en prendre dans la prison, par l'intermédiaire d'autres détenus et tout ça, et après ils nous mettent devant le fait accompli, en nous disant : « bah voilà, maintenant, je prends quatre grammes de Subutex® ou de Méthadone®, il faut m'en prescrire » ».

Ils utilisent parfois des menaces verbales pour arriver à la prescription souhaitée.

E1 : « Mais on est obligé de les donner sinon ils font un scandale. Il y en a qui deviennent mauvais (...). Et ils deviennent agressifs ».

E14 : « Ils nous demandent des prescriptions, et alors, là effectivement ils ne sont pas contents. Donc ça peut arriver que dans certains cas les patients deviennent menaçants et agressifs verbalement ».

Les pressions peuvent relever du chantage avec menace d'automutilation.

E14 : « Si c'est pas contre nous, c'est contre eux, en disant : « Puisque c'est comme ça, je vais me charcuter ce soir » ».

F) Les soignants, parfois uniquement vus comme des prescripteurs :

Ils peuvent n'être consultés que pour avoir les traitements de substitution.

E8 : « Il y en a d'autres qui sont en réaction par rapport à ça, ce qui est tout à fait compréhensible aussi, ils pensent qu'ils sont dans leur bon droit de se droguer, de prendre tel ou tel produit, ils pensent que la condamnation est injuste et que l'obligation de soins est injuste aussi. Et donc ils ont uniquement un rapport avec nous par rapport aux produits qu'on va leur donner ».

G) Une relation médecin malade déséquilibrée avec un pouvoir médical augmenté :

Le médecin peut décider de diminuer les posologies ou même d'arrêter les traitements, si le détenu ne vient pas à ses consultations.

E12 : « *Après, il y a un truc qui est à double tranchant, on a un pouvoir qu'on a ici qu'on n'a pas dehors. Je te donne un exemple : le gars qui vient pas à son rendez-vous, mais c'est pas inintéressant, tu vois, je pense à un patient qui était sous Subutex®, qui loupait tous ses rendez-vous, donc voilà, je le prolongeais de trois jours, après il ne vient pas, on lui met un mot : « si vous ne venez pas, la prochaine fois, le traitement substitutif sera arrêté, nanana » (...). Mais je crois qu'on a quand même un pouvoir (...). C'est à double tranchant, donc moi je trouve qu'on a plus de pouvoir, qu'il faut faire super gaffe avec ça ».*

H) Le mode de vie des toxicomanes est trop méconnu des soignants :

Les connaissances « ethnologiques » de cette population carcérale sont insuffisantes.

E8 : « *Je ne connais pas ces gens-là. C'est ça le truc, c'est qu'on les substitue et on ne connaît pas la population, et je doute que dans les entretiens psychologiques ce soit vraiment des entretiens sur le rapport à la drogue, sur le rapport à la faille identitaire, des trucs comme ça. Ça ne doit pas être sur les consommations ».*

E8 : « *Je pense qu'au niveau ethnologique, on ne connaît pas du tout leur manière de vivre ».*

I) Un sentiment de répulsion envers certains détenus :

À cause des actes qui les ont amenés en prison, un médecin ne parvient pas toujours à rester objectif dans sa relation avec les détenus.

E12 : « *Je pense qu'il faut qu'on soit super vigilant à ce qu'on ressent vis-à-vis des gens, on n'a pas que des gens qui sont hyper agréables à soigner, on a des gens pour qui on a une répulsion, on a des gens pour qui les faits qu'ils ont commis nous révoltent, et puis on a intérêt à avoir un sacré recul, de se dire : « ouh là là, celui-là, il provoque ça en moi » ».*

8. Les relations entre le monde médical et les autorités pénitentiaires et judiciaires :

A) Relations entre le monde médical et l'autorité pénitentiaire :

A.1) L'administration pénitentiaire, intermédiaire dans la relation de soin :

Le surveillant se retrouve tel un tiers dans la relation soignant soigné. Il a un pouvoir capital : celui d'envoyer ou non le patient à sa consultation médicale. Les soignants ne sont pas prévenus et ne savent jamais pourquoi le détenu n'est pas venu à son rendez-vous.

E3 : « À Aiton, ce qu'ils ont comme difficultés, c'est qu'ils donnent rendez-vous à un détenu et il ne vient pas. Tu peux pas savoir pourquoi il vient pas. Est-ce que c'est le détenu qui veut pas ? Le surveillant qui est pas allé le chercher ? Est-ce que c'est le surveillant qui s'arrange pour qu'il ait pas accès aux soins ? On sait pas trop ».

E11 : « On est dépendant du bon vouloir du personnel pénitentiaire, ça ne se passe pas toujours facilement. Des fois on a des détenus qui n'arrivent pas, et on ne sait pas pourquoi ils n'arrivent pas. Et on prévoit des rendez-vous et ils sont informés, et après ils disent qu'ils n'ont pas été appelés, qu'ils ne sont pas avertis. On ne sait pas ce qu'il s'est passé ».

E12 : « Un gars qui ne vient pas, le problème c'est que tu ne sais pas pourquoi il ne vient pas, tu sais jamais, les surveillants, neuf fois sur dix, ils n'appellent pas les gars ».

Cet abus de prérogatives tel qu'il est rapporté sur le CP d'Aiton n'est pas possible sur la maison d'arrêt de Chambéry, car les surveillants y sont moins nombreux.

E5 : « Et puis il y a également ce qui se passe entre détenus et surveillants, il y a cent-vingt surveillants là-bas (Aiton), à cent-vingt il y a plus de risque d'avoir des gens qui abusent un petit peu de leur prérogative, que sur vingt. C'est beaucoup plus tendu là-bas qu'ici ».

Certains surveillants prennent des excuses de problèmes organisationnels pour ne pas envoyer les patients à l'UCSA. Il arrive aussi qu'ils laissent le choix entre aller faire du sport ou aller en consultation, tout en sachant bien sûr que la personne va choisir le sport.

E9 : « Au niveau, eux, des trucs qu'ils trouvent logiques dans leur travail, parce qu'il y a les mouvements ; le matin par exemple avec le centre de détention, et l'après-midi avec la maison d'arrêt. Et disons par exemple ce monsieur a été mis en mouvement en maison d'arrêt alors qu'il est CD, le surveillant de la maison d'arrêt va dire : « bah non, moi, le CD, moi j'envoie le matin, ils me l'ont prévu l'après-midi et bien je ne l'envoie pas ». Il y a ça, alors il y en a pas beaucoup, mais ça arrive. Il y a après des surveillants de ce que j'entends qui annoncent à la

personne : « c'est médical ou sport », donc il a laissé le choix, donc forcément la personne va au sport, c'est super important pour eux, donc forcément ».

A.2) La question centrale du secret médical dans le rapport soignant-surveillant :

Le jeu de balance est difficile entre, d'une part, préserver le secret médical et d'autre part, répondre aux demandes d'informations des surveillants, pour permettre d'améliorer leur compréhension de la toxicomanie.

E4 : « En même temps, si on ne donne pas un minimum d'informations, je ne vois pas comment on peut faire avancer les choses. Si chacun est un peu dans sa tour d'ivoire en disant : « j'ai le savoir, mais je vous le donne pas, démerdez-vous avec », ça ne fonctionnera pas. Donc à un moment donné, on est obligé de lâcher des petites choses. Alors on ne va pas dire des choses qui sont vraiment de l'ordre de la vie personnelle du détenu, mais bon, quelqu'un qui délire par exemple, ça se voit. On ne va pas dire au surveillant : « non, non, il ne délire pas, je peux pas dire ça parce que c'est secret professionnel ». À un moment donné : « bah, oui effectivement, il délire. Mais ce n'est pas parce qu'il se fout de toi, c'est parce qu'il perçoit les choses de telle et telle façon. Voilà ce que tu peux lui évoquer, voilà ce qui se passe quand tu rentres dans sa cellule... ». On va lui permettre de mieux comprendre, et du coup, ne pas se mettre en danger non plus ».

A.3) L'ambivalence de l'administration pénitentiaire :

Les surveillants accusent les soignants d'être des dealers. Ils s'opposent même au traitement de substitution en raison du trafic que cela peut provoquer. Un médecin considère que cette attitude est hypocrite.

E12 : « Mais tu vois, moi, il y a un truc sur lequel je ne suis pas d'accord à Chambéry, parce qu'ils disaient : « on leur donne le Subutex® et après, ils le dealent en promenade », ou je ne sais pas quoi. « Donc vous êtes des dealers, vous l'UCSA ». Mais moi mon boulot, c'est pas de surveiller la cour de promenade, c'est au surveillant de dire : « je vois ça qui se passe en promenade, je l'interdis et je ne laisse pas faire ». C'est vachement facile de remettre tout sur le médical, c'est pas normal. Nous on peut se tromper évidemment, bien sûr que des fois on se fait bananer, mais il y a une malhonnêteté de l'administration pénitentiaire, qui dit : « puisque ça, ça se passe, en gros, il faut arrêter les pilules » (...). Mais ça c'est quand même une particularité de l'administration pénitentiaire, c'est qu'on veut nous faire porter le bonnet de tout ».

Mais paradoxalement, les surveillants insistent pour que les détenus aient bien leur traitement de substitution, afin d'assurer le calme en prison.

E6 : « Bah les surveillants ne sont pas fous non plus, ils repèrent le petit losange, donc du coup, ça va être : « oh, là, il faut qu'il l'ait, sinon il va nous péter un câble » ».

Ils tolèrent même les prises de produits illicites, en vue de garantir une paix sociale.

E4 : « Je pense qu'il y a un taux circulant autorisé entre guillemets où tout le monde ferme les yeux, parce que tant qu'il y a ça, on sait que... Voilà, la prison reste tranquille (...). Par contre, j'ai l'impression du moins qu'il n'y a pas une vigilance sur ce qui circule (...). Le nombre de fois où on passe devant les cellules, on n'a pas besoin d'ouvrir la porte parce que le shit sent à dix mètres (...). Bon, en même temps, on sait que tant qu'il fume son pète, il va pas taper à la porte, il ne va pas agresser le surveillant ».

E6 : « À un moment, moi je me dis, ils voient bien qui cantine, ils voient bien qu'il y a des trucs, moi je me dis il y a aussi la conscience du surveillant, il y a peut-être un langage commun à trouver. C'est pas que notre problème... Pour l'administration pénitentiaire, tant qu'ils sont calmes et qu'on a la paix ».

E10 : « Pour les choses qui rentrent, les drogues et tout ça, voilà, je pense que c'est volontaire, pour acheter une paix sociale ».

A.4) Les surveillants reprochent aux soignants d'être trop complaisants :

E8 : « C'est quand même très particulier, et c'est ça surtout, c'est que déjà, on est très souvent en porte à faux avec l'administration pénitentiaire, par rapport à des prises en charge où eux nous jugent beaucoup trop humains, sur plein de trucs ».

A.5) La politique de réduction des risques se heurte à l'administration pénitentiaire :

Il n'existe actuellement aucun accord possible sur la mise en place d'un programme d'échange de seringues.

E3 : « Les surveillants (...) ne seraient pas du tout à l'aise avec ça... Considérant que la drogue c'est mauvais ».

E8 : « Alors voilà, si en plus on commence à faire de l'éducation à l'injection, à distribuer des seringues, ce sera la guerre ouverte ».

E12 : « Après, moi, je ne vois pas comment ça peut se mettre en place, dans la mesure où le mec qui va s'injecter, il faudrait vraiment que l'administration pénitentiaire soit... Si le mec il

échange sa seringue, après ils vont lui faire une fouille de cellules, ils vont le mettre au mitard, ça va flinguer tout ton boulot tu vois. Donc oui il y a un vrai problème, vu comment est vécu le milieu carcéral en France, pour l'instant, je pense que les mentalités ne sont pas prêtes à évoluer tu vois ».

B) Relations entre le monde médical et l'autorité judiciaire :

La communication avec la juge ne se fait pas.

E12 : « Et la juge, on a demandé à la rencontrer (...). Bon, alors, elle est tout à fait d'accord pour nous rencontrer très rapidement, ça fait huit mois et elle ne nous a toujours pas rencontrés. Elle n'en a rien à faire ».

9. Les difficultés de gestion des risques infectieux :

A) Plusieurs prises de risque possibles :

Les risques infectieux peuvent être liés au partage direct des traitements substitutifs.

E1 : « Desfois je leur dis, gardez-le carrément dans l'emballage, c'est plus hygiénique. Parce que quand on sait qu'il y a en qui le prennent dans la bouche et qu'ils vont le donner aux autres ».

Mais ils sont également dus aux mésusages par injection et par sniff.

E3 : « Mais la question ça sera : « est-ce que les personnes qui sniffent ou qui s'injectent, où ils trouvent les seringues, est-ce qu'ils les nettoient, est-ce qu'elles sont à usage unique, comment ça se passe ? » ».

Les détenus prennent aussi des risques en s'échangeant les tondeuses, les rasoirs et en se faisant des tatouages.

E3 : « Mais bon, il y a aussi l'échange de rasoir, l'échange des tondeuses (...). Rasoirs, ils sont tous à peu près vigilants. Par contre, tondeuses, ils le sont pas encore. Une tondeuse, ça coûte environ cinquante euros, ils n'ont pas tous cinquante euros, et puis du coup c'est la tondeuse qui passe sur cinq six têtes ».

B) Ignorance ou minimisation des injections :

Les connaissances des soignants sur les mésusages du Subutex® sont limitées, notamment les injections.

E1 : « *Je dis pas que dans les grosses prisons, il n'y en a pas. Mais ici, je pense pas. Je sais bien qu'il y a beaucoup de choses qui rentrent, mais l'injection non* ».

E2 : « *S'il y a des injections ? Je n'en ai aucune idée. Vraiment aucune. Les pailles, je sais pas non plus s'il y en a qui rentrent ou pas dans la prison* ».

E3 : « *On a trouvé qu'une fois une seringue (...). Mais probablement, on n'est pas assez vigilant là-dessus (...). On n'a aucune connaissance du partage de seringues* ».

E4 : « *On a entendu parler de seringues et d'aiguilles qui circulaient il y a quelque temps en arrière, mais c'est pas forcément ce que j'ai le plus entendu ici* ».

E8 : « *Moi, je pense qu'on sous-évalue beaucoup les consommations de produits en prison, notamment...(…). Et les modes de consommation, surtout les modes, par rapport au mésusage de Subutex®, je pense qu'il y a beaucoup plus d'injections qu'on ne le pense* ».

E11 : « *Après, là, je n'ai pas vraiment d'idées sur les pratiques d'injection en prison* ».

Pourtant, des soignants ont déjà noté l'apparition d'abcès ou de pseudo-phlébites chez des patients.

E8 : « *Il y a régulièrement des pseudo-phlébites ou des trucs comme ça, on ne sait pas d'où ça vient. Ah ouais, il y en a régulièrement* ».

E14 : « *On en voit desfois certains qui ont des abcès, tout ça. Donc en général, ils voient le médecin généraliste. Oui, et puis ils s'injectent plein de choses (...). Il y en a beaucoup qui s'injectent des trucs* ».

Une infirmière somatique est gênée par la possibilité d'existence d'injections en prison.

E1 : « *Ici... J'aime mieux me dire que non. Pour moi, non. Mais je préfère me dire que non* ».

C) Des conseils de prévention des risques difficiles à faire passer :

Les détenus ne tiennent pas compte des recommandations des soignants concernant les règles d'hygiène.

E9 : « *Souvent, eux, ils le mettent à la javel sans nettoyer, donc je leur dis qu'il faut quand même le nettoyer avant et tout ça. Donc eux pensent bien faire je crois. Donc ils ont du mal à*

m'écouter. Après moi j'essaye de faire passer le message en disant que ce n'est pas que javel et qu'il faut nettoyer avant, qu'il faut le faire deux fois. Mais je pense qu'ils pensent bien faire ».

La barrière de la langue peut être une difficulté pour la réduction des risques.

E3 : « C'est plus dur quand il y a la barrière de la langue. Donc effectivement, si on trouve pas de traducteur, les conseils de prévention ou de soins et d'hygiène, on est pas sûr que ça passe bien ».

Les soignants manquent de temps pour informer les détenus.

E7 : « On n'a pas beaucoup de temps pour les détenus (pour faire de la prévention de risques infectieux) ».

La communication sur les conduites à risque est difficile, parce qu'il n'y a pas assez de confiance entre les professionnels de santé et les prisonniers.

E8 : « On ne fait pas de réduction des risques. C'est ça aussi, si nous on proposait la réduction de risque, on aurait peut-être un retour des gens nous expliquant leur pratique. Mais on n'en fait pas alors. Donc c'est interdit, donc on ne peut pas le dire. Et quelque part, ils n'ont pas tort. S'ils commencent à raconter à tout le monde, déjà on va arrêter le Subutex®, on va passer à la Méthadone®. Ils seront obligés de venir ici tous les matins prendre leur Méthadone®, ce qui est assez contraignant, voilà ».

D) Le temps de l'incarcération est-il un temps de prise de risque ?

Comme il n'y a pas de dépistage sérologique à la sortie, on ne sait pas si la prison est un lieu où les détenus prennent des risques infectieux.

E3 : « Mais par contre, on ne fait pas de dépistage en sortant, ce qui pourrait être intéressant. De voir si effectivement, le temps d'incarcération a été un temps de prise de risque (...). Non, moi je trouve que ce serait intéressant de faire, au moins pour les centres de détention, un dépistage à l'entrée, un dépistage à la sortie ».

Les sorties précipitées ne permettent pas de réaliser des sérologies aux patients.

E7 : « Et en général, moi c'est vrai que j'ai rarement su longtemps à l'avance que les gens sortaient, parce qu'il faut savoir un mois à l'avance pour qu'on puisse faire la prise de sang, pour qu'on puisse leur donner les résultats ».

Un soignant pose le problème de la rareté des aiguilles, qui augmente finalement les prises de risque.

E8 : « Une rareté qui entraîne des prises de risque ».

E) Une dévalorisation des patients contaminés :

Comme tout se sait en prison, le détenu porteur d'une maladie transmissible est vite montré du doigt.

E3 : « Donc il arrive, il est incarcéré, il comprend pas bien la langue, il sait pas bien parler ou s'exprimer, et puis on lui annonce une séropositivité, et si tout le monde le sait, ça devient un paria, c'est difficile quand même hein ».

F) Un programme d'échange de seringues qui rencontre des barrières :

F.1) Les soignants n'y seraient pas tous favorables :

Un médecin regrette l'absence de programme d'échange de seringues.

E3 : « Moi je le vois quand j'ai travaillé en centre d'hébergement d'urgence pour toxicomanes actifs (...), on faisait le programme d'échange de seringues (...). On faisait tout un travail préventif là-dessus, qu'on peut pas du tout faire en maison d'arrêt, puisqu'ils sont sensés ne pas injecter ni sniffer, donc on peut pas... ».

Mais ce dernier n'est pas souhaité par tous les soignants, que ce soit médecins ou infirmiers.

E3 : « Beaucoup d'infirmières ne seraient pas du tout à l'aise avec ça ».

E8 : « Est-ce que toutes les infirmières, est-ce que tous les médecins seraient d'accord pour faire ça ? ».

E9 : « Enfin disons, pas encourager, mais enfin peut-être encourager, mais moi je n'aurais peut-être pas employé ce terme-là. C'est de mettre le produit plus facilement à disposition et dans ce sens, à la personne plus facilement peut-être ».

E14 : « Je ne suis pas trop favorable au premier abord ».

F.2) L'administration pénitentiaire y serait opposée :

Le programme d'échange de seringues n'est pas souhaité par l'autorité pénitentiaire.

E3 : « *Les surveillants (...) ne seraient pas du tout à l'aise avec ça...* ».

E8 : « *Alors voilà, si en plus on commence à faire de l'éducation à l'injection, à distribuer des seringues, ce sera la guerre ouverte* ».

E12 : « *Si le mec il échange sa seringue, après ils vont lui faire une fouille de cellules, ils vont le mettre au mitard, ça va flinguer tout ton boulot tu vois. Donc oui il y a un vrai problème, vu comment est vécu le milieu carcéral en France, pour l'instant, je pense que les mentalités ne sont pas prêtes à évoluer tu vois* ».

G) La culture médicale en milieu pénitentiaire face à la politique de réduction des risques :

Les soignants n'acceptent pas tous qu'on puisse se droguer et avoir en même temps un suivi médical.

E8 : « *On fait déjà de la réduction des risques, mais on manque du regard de réduction des risques. Je pense que pour beaucoup de soignants, ils n'ont pas en tête que c'est possible de se droguer, et d'avoir un suivi soignant derrière. C'est ça la réduction des risques, c'est accepter que les gens consomment de la drogue, et qu'ils la consomment avec des risques limités par rapport aux maladies infectieuses, et d'overdose (...). On est quand même un service de l'hôpital, on n'est pas une mission humanitaire, pour l'instant on ne fait pas de réduction de risque en prison, ce n'est pas un truc constitutionnel* ».

10. Différences observées entre le centre pénitentiaire d'Aiton et la maison d'arrêt de Chambéry :

A) Les différences de communication entre soignants :

A.1) À la maison d'arrêt de Chambéry :

Il existe un meilleur travail d'équipe entre soignants, y compris avec l'association le Pélican. Cela est notamment lié à la petite taille de la prison et au mode de dispensation à l'UCSA qui laisse plus de temps aux infirmiers.

E6 : « *Sur Chambéry, ça se fait (à propos de la communication entre soignants), ça se fait parce qu'on n'est pas dans la distribution. Donc du coup, on n'est pas dans la vérification. On est un peu déchargé. C'est plus petit, donc avec le Pélican, on se rencontre, on discute, donc on arrive à être complémentaire et à assez communiquer* ».

La communication paraît plus facile entre les infirmières psychiatriques et le SPIP, du fait d'une structure de plus faible dimension.

E10 : « Plus facile à Chambéry parce que c'est petit ».

Il y aurait davantage de temps pour communiquer entre membres de l'équipe psychiatrique à la maison d'arrêt de Chambéry.

E10 : « Sur Chambéry, du temps, beaucoup plus, parce qu'il y a plus de psy et moins de rendez-vous aussi bien au niveau des psychiatres que des infirmiers ».

Pourtant, un psychiatre pense que la communication est moins aisée entre l'équipe somatique et psychiatrique à Chambéry, en raison de l'éloignement des bureaux.

E11 : « Déjà, on n'est pas dans les mêmes locaux, on n'est pas à l'ucsa, nos bureaux sont excentrés, donc l'équipe somatique on la voit très peu. Et le médecin on ne le voit desfois pas du tout. Alors que bon, à Aiton, on est sur des bureaux contigus, on se voit beaucoup plus facilement ».

A.2) Au centre pénitentiaire d'Aiton :

Il semble exister un plus gros clivage entre l'équipe somatique et psychiatrique.

E6 : « Ici (à Aiton), il y a un gros clivage entre l'équipe somatique et psychiatrique ».

Les relations entre les soignants d'Aiton seraient plus franches.

E12 : « Ici, à Aiton, quand on s'entend pas, c'est clair. À Chambéry, c'est plus sournois ».

B) Les différences de relation entre soignants et surveillants :

À la maison d'arrêt de Chambéry, une plus forte incompréhension réside entre les surveillants et les professionnels de santé, qui sont considérés comme des dealers.

E12 : « Si tu veux, à Chambéry, il y a une culture du service médical qui est tout autre que celle d'ici. C'est très compliqué. Mais tu vois, moi, il y a un truc sur lequel je ne suis pas d'accord à Chambéry, parce qu'ils disaient : « on leur donne le Subutex® et après, ils le dealent en promenade », ou je ne sais pas quoi. « Donc vous êtes des dealers, vous l'UCSA » ».

La psychologue explique que les surveillants étant plus nombreux à Aiton, il y a plus de risque que certains abusent de leur pouvoir.

E5 : « *Et puis il y a également ce qui se passe entre détenus et surveillants, il y a cent-vingt surveillants là-bas (Aiton), à cent-vingt il y a plus de risque d'avoir des gens qui abusent un petit peu de leur prérogative, que sur vingt. C'est beaucoup plus tendu là-bas qu'ici* ».

C) Les différences de relation entre les détenus et les surveillants :

La maison d'arrêt de Chambéry est vue comme une prison familiale, où détenus et surveillants se connaissent bien.

E5 : « *C'est marrant parce qu'à chaque fois que je les entends dire ça, que Chambéry c'est familial, eux le disent, moi c'est pas le mot que j'emploierais pour une prison, mais ils trouvent que c'est familial. Ce qu'ils veulent dire, c'est qu'ils connaissent tous les surveillants. C'est des gens qui reviennent quand même très régulièrement. Les surveillants les connaissent bien. Puis il finit par se tisser des liens, qu'à Aiton, non* ».

D) Les différences de suivi médical :

Le suivi des détenus est plus facile à la maison d'arrêt de Chambéry, grâce à la petite taille de la structure.

E1 : « *Ici (maison d'arrêt de Chambéry) on sait pourquoi un détenu ne vient pas, on sait pourquoi il ne vient pas (...). Ici il y a une difficulté en moins, parce qu'on voit tout le monde* ».

En revanche, les peines d'emprisonnement sont plus courtes à Chambéry, le travail thérapeutique ne peut donc pas s'inscrire sur la durée.

E11 : « *Oui, avec certains détenus, qui ont une volonté de réduire les doses, dans un objectif de sortir de la dépendance, on arrive à mettre en place des programmes de sevrage. Mais avec ceux qui sont sur des peines les plus longues. Ceux qui sont là pour deux ou trois mois, je dis que c'est illusoire* ».

Les détenus d'Aiton viennent moins souvent à leur rendez-vous de consultation, sans que les soignants ne sachent réellement pourquoi.

E1 : « *Comment dire, si je compare à Aiton, on envoie les détenus ou les surveillants nous les envoient ou nous les envoient pas, alors qu'ici on sait pourquoi un détenu ne vient pas, on sait pourquoi il ne vient pas, alors qu'à Aiton, on ne sait pas. À Aiton, on dira : « il a pas voulu venir ». Et on voit le détenu et il dira : « non, on m'a pas appelé » ».*

E3 : « *À Aiton, ce qu'ils ont comme difficulté, c'est qu'ils donnent rendez-vous à un détenu et il ne vient pas. Tu peux pas savoir pourquoi il vient pas ».*

E) Les différences de suivi psychologique :

La psychologue trouve que les délais d'attente pour les consultations psychologiques sont nettement plus longs à Aiton.

E5 : « *Ici, à Chambéry, il n'y en a pas. Mais à Aiton, actuellement, il y a une cinquantaine de patients en attente, je dirais deux à trois mois ».*

Mais la prise en charge psychologique serait bien meilleure qu'à Chambéry.

E5 : « *Mais par contre, au niveau du travail de psy, c'est bien meilleur là-bas ce que l'on fait ici (maison d'arrêt de Chambéry) ».*

F) Les différences de temps de l'équipe psychiatrique :

Il existe des différences entre les deux prisons en termes de temps psychiatrique.

E10 : « *Sur Chambéry, du temps, beaucoup plus, parce qu'il y a plus de psy et moins de rendez-vous aussi bien au niveau des psychiatres que des infirmiers ».*

G) Les différences de mentalité des soignants :

La psychologue critique le manque d'investissement des équipes de Chambéry.

E5 : « *Après, entre les deux établissements, il y a d'énormes différences que je m'explique pas complètement (interview dans les locaux de la maison d'arrêt de Chambéry) (...). Mais il y a vraiment, vraiment de grosses difficultés, de grosses différences, au niveau du profil des gens, et de l'engagement qu'ils peuvent avoir dans leur travail thérapeutique. Et ici, c'est quand même pauvre ».*

Il semble que les conceptions et préjugés sur les patients toxicomanes soient plus marqués au sein de l'équipe soignante de Chambéry :

- Certaines infirmières de la maison d'arrêt de Chambéry auraient encore de vieilles idées sur la prise en charge des patients dépendants aux opiacés :

E12 : « À Chambéry, il y a certaines infirmières de vieille formation qui étaient pour à la limite on les met dans une cellule et ils font leur syndrome de manque en une semaine, et après, tout ira mieux. Bon, voilà, ça va pas ça ».

- Est ancrée une histoire du service médical à la maison d'arrêt de Chambéry, où la mentalité fut davantage pénitentiaire que hospitalière :

E12 : « C'est difficile, c'est très difficile, l'administration pénitentiaire où que ce soit, mais à Chambéry, il y a une histoire du service médical qui est autre qu'à Aiton. En fait, quand la médecine est devenue hospitalière, à Chambéry, ils ont repris tout le personnel. Un médecin et deux infirmières. Ces gens-là, le problème c'est qu'ils se sont retrouvés hospitaliers avec une mentalité pénitentiaire, parce qu'avant, ils étaient embauchés par la pénitentiaire, et du coup, ils ont eu du mal à faire le passage : « on est là pour soigner les gens, on n'est pas là pour les punir » ».

- Les soignants à Chambéry sont plus sur la défensive vis-à-vis des toxicomanes. Cela met mal à l'aise l'une des médecins quand elle augmente les posologies des traitements :

E7 : « On est plus dans le contrôle à Chambéry (...). Je trouve que la perception à Chambéry c'est plus souvent contre le patient qu'avec eux (...). Du coup quand on augmente les traitements, quand on... Enfin moi je me sens pas toujours très à l'aise, enfin moi je ne me suis pas toujours sentie très à l'aise (...). Voilà, oui : « tu t'es fait avoir » (...). Mais ici, je l'ai beaucoup moins senti qu'à Chambéry (...). Oui, c'est lié beaucoup à l'équipe, parce que je pense qu'à Chambéry on n'a pas du tout les mêmes conceptions des personnes toxicomanes ».

H) Les différences de respect du secret médical :

Le secret médical est plus difficilement préservé à la maison d'arrêt de Chambéry, à cause de sa plus petite taille, mais aussi par la visite quotidienne des toxicomanes à l'UCSA.

E1 : « *Mais la difficulté c'est que tout le monde sait qui vient, c'est une structure petite (...). Ici, on sait pas pourquoi, s'ils viennent à certaines heures, toc ça y est, il est toxico* ».

E5 : « *Tout se voit ici, tout se sait, tout se voit, tout se sait très vite, tout se voit très vite* ».

Le suivi paraît plus important au centre pénitentiaire d'Aiton, parce que le secret médical y est davantage respecté.

E6 : « *C'est pour ça qu'ici, on a beaucoup plus de suivi, parce qu'au niveau médical, les autres ne savent pas, ils ont un traitement qui tempère mais qui ne les assomme pas. Du coup, ils peuvent le faire. Il n'y a pas de soucis. À Chambéry, ils vont peut-être moins venir parfois parce que tout le monde voit. On est dans la détention, donc ils le voient* ».

I) Les différences concernant l'activité des infirmières psychiatriques :

I.1) L'activité des infirmières psychiatriques à Aiton est plus dense :

Leur emploi du temps est occupé par la dispensation et la vérification de la bonne prise des traitements substitutifs.

E11 : « *Bah c'est une question de temps, les infirmiers sont pris dans les tâches de vérification par rapport aux traitements substitutifs. Ils vont faire les délivrances en section trois fois par semaine. Donc il y a une question de disponibilité* ».

La dispensation des médicaments est vécue comme une distribution à la chaîne.

E6 : « *Non, non. Moi je distribue. De toute façon, je distribue, je n'ai pas le temps. La distribution, ça a été fait à un certain moment où ils avaient estimé qu'on avait une demi-heure pour les faire. Il y a quand même six ailes à faire, et le nombre de détenus a augmenté (...). On n'a pas de temps et c'est systématique parce qu'on n'est jamais dans les clous (...). Oui, ici c'est la chaîne. C'est à la chaîne* ».

I.2) Les infirmiers de psychiatrie à Chambéry ont plus de temps, donc les consultations se font en binôme avec le psychiatre :

E11 : « *C'est organisé un peu différemment, parce que si vous voulez, à la maison d'arrêt de Chambéry, les infirmiers sont un peu plus disponibles. Moi les consultations psychiatriques, il y a une infirmière présente, on fait ça en binôme, alors qu'à Aiton, on le fait beaucoup moins* ».

I.3) Le centre pénitentiaire d'Aiton ne contient pas de bureaux pour les infirmières de psychiatrie, ce qui nuit à leur travail :

E6 : « Ici c'est pas pareil, ici, à Aiton, à l'UCSA, on n'a pas de place ».

E6 : « Le fait, en plus, de ne pas avoir de bureau, on ne peut pas se poser ».

E10 : « Ici (Aiton) nous les infirmiers, on n'a pas de bureau, donc on va voir où il y a un bureau ».

E11 : « Un gros problème par rapport à l'équipe psychiatrique, c'est le manque de locaux. Les psychiatres, on a les bureaux sur les temps où on est là. Par contre, les infirmiers sont dépendants de la libération des bureaux par d'autres. Donc ils n'ont pas de bureau dédié. Donc ils squattent les bureaux qui sont libres. Et comme il y a de moins en moins de bureaux de libres, parce qu'il y a quand même une augmentation des temps d'intervenants, avec la multiplication des intervenants, alors que les entretiens infirmiers, ça nécessite quand même de se poser quelque part, d'être au calme dans un endroit qui ne soit pas un placard ou une cage d'escalier ».

J) Les différences de profil des détenus :

Les détenus de la maison d'arrêt de Chambéry sont surtout auteurs de petite délinquance.

E5 : « Ce n'est pas le même profil. Ici, il y a beaucoup de petite délinquance. Des jeunes qui font des aller-retour dehors prison, qui ne se posent pas beaucoup de questions pour le moment, ils s'en poseront plus tard, mais à ce moment-là on les retrouvera à Aiton ».

Ces derniers semblent moins en souffrance, car leurs peines sont courtes et les visites des familles plus fréquentes.

E5 : « Ici, la majorité, ils attendent la sortie. La souffrance est plus limitée sur Chambéry, est plus limitée que sur Aiton (...). Mais là les familles là sont là tout le temps. Les familles, elles viennent à pied. Tu regardes au niveau des parloirs, tous les deux jours, les familles sont là. Qu'est-ce qui a vraiment de changé avec la vie dehors ? Pour eux, leur vie fonctionne de la même manière, c'est triste mais c'est comme ça ».

Les toxicomanes de la maison d'arrêt de Chambéry seraient plus manipulateurs.

E7 : « Les gens ne sont pas forcément en difficulté, ils veulent nous avoir plus souvent entre guillemets. Ils essayent de nous manipuler plus qu'ils ne sont en difficulté quand ils viennent nous demander, quand ils négocient des choses comme ça ».

Le nombre de patients substitués à Chambéry est moindre qu'à Aiton.

E13 : « *En même temps Chambéry, ce n'est pas Aiton, il y a pas tant de détenus qui sont sous traitement de substitution* ».

Peu d'activités sont proposées aux détenus à la maison d'arrêt de Chambéry, ce qui les rend oisifs.

E5 : « *Il y a douze détenus qui bossent, il y a parfois comme ça des activités théâtre qui va en regrouper quatre ou cinq. Parfois une activité maintenant... Il n'y a vraiment plus grand-chose (...). La réaction la plus majoritaire chez les détenus face à ce manque d'activités, c'est plus un repli sur soi, une passivité, plutôt que de l'agressivité (...). Aucune stimulation, ils attendent que la vie passe. C'est mortifère un maximum. C'est chiant. S'il n'y a pas de perspective... Alors qu'à Aiton, c'est complètement différent* ».

Une soignante relate plus de violence entre les détenus d'Aiton du fait qu'ils soient plus nombreux.

E5 : « *Le nombre important (à Aiton) génère quand même des difficultés qu'il n'y a pas ici (...). Entre détenus déjà ; du racket, des gens qui sont extrêmement mis à mal par d'autres détenus. Les gens faibles sont repérés très vite* ».

K) Des modalités de dispensations différentes :

La prise des traitements est contrôlée à la maison d'arrêt de Chambéry puisque les patients viennent le prendre à l'UCSA, sous la surveillance de l'infirmière.

E4 : « *La prise, ici, elle est bien ciblée, elle doit se faire à l'UCSA, en présence de l'infirmière, et le détenu doit mettre le cachet dans la bouche* ».

Au centre pénitentiaire d'Aiton, dorénavant, les patients reçoivent leur traitement directement en cellule. D'après un psychiatre, il y a donc moins de contrôle et plus de responsabilisation qu'à la maison d'arrêt de Chambéry.

E11 : « *On a travaillé pendant longtemps pour pouvoir faire accepter l'idée aux équipes que le flicage, que le contrôle n'apportait pas grand-chose, et qu'il fallait mieux mettre les gens dans des conditions de responsabilité. Et finalement, pour aboutir à une délivrance de Buprénorphine en cellule* ».

III. Les particularités liées aux équipes de soins :

1. Manque de formation des soignants en addictologie :

A) Des connaissances limitées en toxicomanie :

E2 : « *Et en addiction, j'y connais rien... L'héroïne, la cocaïne, tout ça, je sais que c'est de la drogue, mais je sais même pas comment ça se prend* ».

E6 : « *Je manque beaucoup d'informations, il y a plein de choses que je ne sais pas... Je me rends compte qu'il y avait une info là-dessus (sur les traitements psychotropes et la substitution aux opiacés) et je ne me suis pas inscrite* ».

E8 : « *Est-ce qu'on est prêt à subir ça, maintenant, avec des gens plus ou moins motivés, plus ou moins formés ?* ».

E9 : « *Nous quand on vient de l'hôpital, on n'est pas formé pour ça* ».

E12 : « *On n'a pas tous la même culture, on n'a pas tous la même formation niveau toxicomanie* ».

Un médecin exprime le besoin de se former à l'entretien motivationnel :

E7 : « *Je pense aussi qu'il faut qu'on se forme à la discussion, à l'entretien avec les personnes toxicomanes, à l'entretien motivationnel* ».

B) Une formation en addictologie jugée non indispensable :

Les connaissances théoriques sembleraient facultatives.

E2 : « *Il y a le petit bouquin, c'est vrai, que j'ai dans un coin. Disons que ça a un intérêt de le resavoir, car j'ai appris à l'école et j'ai oublié. Et puis après ici, on travaille avec la substitution, mais finalement, je sais pas si vraiment, à part sur le plan personnel, ça a un impact de le savoir... Je sais pas du tout* ».

Une infirmière reconnaît qu'elle ne cherche pas à s'autoformer.

E2 : « *Et en addiction, j'y connais rien (...). L'héroïne, la cocaïne, tout ça, je sais que c'est de la drogue, mais je sais même pas comment ça se prend. Alors j'aurai pu aller rechercher des renseignements, ça c'est clair, et je n'ai encore pas vraiment fait, pourquoi, je ne sais pas* ».

C) Un manque de formation des médecins généralistes à l'extérieur :

Les médecins généralistes à l'extérieur n'ont pas assez de connaissances en toxicomanie et peuvent faire des prescriptions dangereuses : associer les traitements de substitution avec les benzodiazépines. Le médecin pénitencier qui prend le relais se retrouve donc en difficulté.

E12 : « *Les médecins dehors qui prescrivent n'importe quoi, qui sont reconnus sur la place publique comme ça, sauf qu'après toi tu arrives, et tu dis : « bah non, je ne vais pas donner des benzodiazépines ». Et bah les mecs ils disent : « ah bah non, docteur machin, il prescrit... » (...). Il y a plein de gens qui ne sont pas formés et qui font n'importe quoi. Et après toi tu arrives derrière et c'est pas évident ».*

2. Des difficultés organisationnelles :

A) Au sein de l'équipe psychiatrique :

A.1) Carence de prise en charge psychiatrique :

Des interviewés notent un manque de temps de l'équipe psychiatrique.

E3 : « *Puis c'est des fois des consultations (psychiatriques) un peu courtes, ils sont vus tous les deux mois, trois mois, donc c'est pas toujours évident. C'est parfois moi qui vais demander au psychiatre de mettre en place un neuroleptique, parce que je trouve qu'il est délirant, des trucs comme ça (...). Mais je crois qu'ils sont débordés aussi (...). Le temps de consultation court, c'est pas adapté, non ».*

E6 : « *Si ce n'est que le gros manque de psychiatres, par rapport aux patients toxicomanes ».*

E11 : « *On manque de temps ».*

A.2) Le problème des temps partiels des infirmières :

Les infirmières psychiatriques sont à temps partiels, ce qui entrave la communication.

E4 : « *On est très explosé sur les sites. Par exemple, moi, je suis la seule à travailler à 80% sur Chambéry. J'ai trois autres collègues qui travaillent qu'à 40% sur Chambéry. Alors maintenant, moi je peux moi faire le lien avec les trois collègues, qui entre elles ne se voient pas forcément, mais moi au moins je vois les trois. Et par contre, les trois autres, entre elles ne se voient pas forcément ».*

E4: « *Je pense que plus on éparpille les gens, plus on éparpille les données, moins les gens se rencontrent* ».

E6 : « *En plus de ça, on est deux infirmières psychiatriques à intervenir sur les deux sites à 40%. La troisième collègue est à 50%, moi je ne travaille pas du tout avec elle, donc on ne peut pas communiquer* ».

A.3) Défaut de couverture médicale des infirmières :

Une infirmière psychiatrique se plaint du manque de temps de cadre infirmier et de psychiatres. Elle est ainsi amenée à prendre des responsabilités qui sont au-delà de ses compétences.

E6 : « *On n'a pas de filtre en fait, en tant qu'infirmier psy. C'est-à-dire qu'on va avoir, sur Chambéry, deux demi-journées le psychiatre, point. Ici, il y a deux journées et demie de psychiatres (...). Donc du coup, on est amené à prendre des décisions, on n'a pas d'autre filtre. On n'est pas dans le somatique, c'est-à-dire s'il y a un souci, ils ont le cadre. Nous, notre cadre, elle n'est qu'à 40% sur deux sites (...). Mais sauf qu'on n'a pas cette couverture médicale* ».

A.4) Absence de locaux pour les infirmières à Aiton :

Cf. Partie II, titre 10, paragraphe H: « Le centre pénitentiaire d'Aiton ne contient pas de bureaux pour les infirmières de psychiatrie, ce qui nuit à leur travail ».

A.5) En ce qui concerne les psychologues :

Les psychologues sont parfois obligés de dépasser leur cadre de compétence et de répondre à des demandes sociales, notamment parce qu'il manque d'assistantes sociales.

E5 : « *Et donc, l'assistante sociale, elle est complètement laissée pour compte au profit de la lutte contre la récidive faite par les CIP. Et du coup, on se récupère nous toutes les demandes sociales, forcément* ».

E5 : « *Moi ça me gêne pas de faire du social, je pense que c'est pas une basse œuvre, pas du tout. Déjà je ne peux pas parce que je n'ai pas les connaissances, c'est pas mon job, et puis en plus, téléphoner à une famille ou... Je ne sais pas si j'ai le droit de le faire. Est-ce que la procédure judiciaire en cours autorise ça ou pas ? J'en sais rien* ».

La psychologue note une surcharge de travail importante au centre pénitentiaire d'Aiton.

E5 : « Ici, à Chambéry, il n'y en a pas. Mais à Aiton, actuellement, il y a une cinquantaine de patients en attente, je dirais deux à trois mois ».

B) Au sein de l'équipe somatique :

On retrouve également un manque de temps infirmier.

E8 : « Voilà, c'est surtout en fait la lourdeur de la file active qui est un peu particulière (...). Avec la masse de personnes que l'on suit, et aussi la diversité de nos missions, on est très peu amené à faire ce travail global sur la personne (...). Donc moi quand j'y vais, les traitements ça va très vite. Deux cent cinquante personnes en une heure. Enfin, non, un peu moins. Pour la maison d'arrêt, cent quatre-vingts. C'est déjà pas mal ».

E12 : « Non, au niveau de l'UCSA, oui, les infirmières elles disent qu'elles manquent de temps tu vois (...). Des fois, les infirmières sont vachement frustrées parce qu'elles voient les gens trois minutes et elles ont quinze personnes dans la salle d'attente ».

Les changements de traitement peuvent provoquer des erreurs dans la dispensation par les infirmières.

E9 : « Il peut y avoir des soucis sur des changements de traitement, puisqu'on fonctionne par rapport à préparer les traitements sur deux fois la semaine, comment dire, on les prépare en deux fois, on les prépare une fois trois jours et une fois quatre jour. Donc quand il y a un changement de traitement, il peut y avoir des problèmes de logistique. C'est des problèmes au niveau chevauchement, tout ça (...). Je dis pas que ça arrive de temps en temps, on essaye de faire au mieux, quand les ordonnances changent, mais ça peut toujours arriver ».

C) Un temps d'éducateur insuffisant :

D'après une infirmière psychiatrique, il existe une pénurie de temps d'éducateur.

E4 : « Elle a l'intervention d'une demi-journée par semaine je crois (...). Et donc elle, cette demi-journée, elle doit non seulement voir les patients mais également faire le lien avec les autres. Et ça c'est pas possible (...). C'est pas possible, je veux dire matériellement... Elle fait ce qu'elle peut ».

La principale intéressée explique qu'avec davantage de temps, elle pourrait rencontrer plus de détenus.

E13 : « *J'aurais davantage de temps, j'essaierais de développer d'autres choses, certainement, et il y aurait certainement aussi d'autres personnes à rencontrer* ».

3. Les difficultés de communication entre médecins et infirmiers :

A) Au sein de l'équipe somatique :

Les infirmiers regrettent qu'il n'y ait pas de consultations communes avec les médecins, somaticiens ou psychiatres.

E2 : « *Ce qui pourrait être intéressant, c'est que la consultation médicale pourrait peut-être se faire aussi avec l'infirmière. On travaille beaucoup trop chacun dans son petit coin* ».

E8 : « *Avec les psychiatres, tout autant qu'avec les médecins généralistes, c'est-à-dire que pourquoi pas que le rendez-vous de tous les quinze jours avec le médecin généraliste soit fait avec le médecin et avec l'infirmier référent. Ce serait très intéressant je pense* ».

Le manque de consultations communes entre médecins et infirmiers somatiques entrave la cohésion du soin.

E9 : « *Moi je sais qu'avant, c'est comme ça que j'ai réussi peut-être à avoir des petites informations ici, c'est de participer avec des petits entretiens avec le médecin, bah les entretiens, les consultations médecins. Nous, en étant là, on apprend des choses, et en même temps, le patient il voit que... Une cohésion de soin et l'équipe. Du coup, ça l'aide peut-être plus à aller dans notre sens. Et ça se perd et ça ne se fait plus* ».

Les médecins n'informent pas toujours les infirmiers des modifications de prise en charge.

E2 : « *Le médecin voit ses patients seul, et tout est sectionné. Je pense qu'avec le médecin, ça peut être intéressant de travailler peut-être un peu plus entre autres dans les objectifs, pour pas être plus discordant, par exemple moi je vais leur dire : « vous diminuez pas ? », « bah non, avec le médecin, on a décidé que non » »* .

Les infirmiers ne mettent pas toujours au courant les médecins de ce que les patients font en section.

E7 : « Dans la communication entre infirmières et médecins, il y a des retours, mais parfois il y a des moments où je découvre des choses, je me dis : « ah ouais, effectivement, ce gars-là, il pose des problèmes en section ». Il y a eu des problèmes avec lui, il y a eu des bagarres avec lui, il y a eu des choses comme ça, et moi je ne le savais pas ».

Un médecin ne partage pas l'avis des infirmières somatiques qui se considèrent comme des « dealeuses » et parle de ses difficultés à travailler avec elles.

E12 : « Moi, je ne nous vis pas du tout comme des dealeurs médicaux. Et je ne suis pas d'accord avec mes collègues quand ils se vivent comme ça, c'est dommage (...). Voilà, une des grosses difficultés, c'est y a des infirmières avec qui je suis en accord, enfin je me sens en accord dans la prise en charge, y en a d'autres qui se vivent plus comme des dealeuses, avec qui je trouve plus compliqué de fonctionner quand on n'a pas tout à fait les mêmes visions ».

B) Au sein de l'équipe psychiatrique :

Il existe un manque de temps commun entre les infirmières et les psychiatres.

E4 : « Au niveau de l'association avec le psychiatre, on n'a que deux demi-journées de psychiatres par semaine. Donc il faut aussi travailler ces jours-là ».

E6 : « Mais l'infirmière Z ne voit pas docteur X, mais ils se voient aux urgences, dans un autre cadre ».

Les infirmières sont donc forcées de prendre plus de responsabilités qu'elles ne devraient.

E6 : « On est amené à prendre des décisions, on n'a pas d'autre filtre (...). Voilà, mais sauf qu'on n'a pas cette couverture médicale. Donc s'il y a un problème, on peut pas dire : « on va voir avec le médecin... » ».

Une infirmière critique le défaut de concertation avec les psychiatres.

E10 : « Donc on aimerait que ça fonctionne différemment, qu'il y ait plus de concertation avec les psychiatres, même au niveau des analyses de la pratique, mais ça c'est pas facile à mettre en place ».

4. Les difficultés de communication entre l'équipe somatique et psychiatrique :

A) Manque de communication :

Plusieurs soignants somaticiens relatent l'absence de communication entre les deux équipes. Une infirmière de l'équipe psychiatrique évoque également ce problème.

E2 : « *Avec les psychiatres, on n'a pas beaucoup de rapport* ».

E3 : « *Quand c'est vraiment trop problématique, on essaye de se rencontrer, donc c'est facile avec les infirmières et les médecins, mais peu avec les psychiatres (...). Donc non, c'est vrai qu'on a un contact trop court avec les psychiatres* ».

E7 : « *En fait, je ne parle que très peu avec les psychiatres et infirmières psychiatriques de la prise en charge* ».

E9 : « *L'interaction, y a-t-il une interaction ? Nous laissent-ils tous choir ? Rires.*

L'interaction, là, très mal. Enfin, je me sens, moi, par rapport à cette interaction avec les psychiatriques, abandonnée ».

Les deux équipes ne se rencontrent pas et n'ont pas de temps de réunion en commun.

E3 : « *Non, moi, les jours où je suis à la maison d'arrêt, les psychiatres, je ne les croise pas* ».

E4 : « *Enfin les équipes ne se sont pas posées autour d'une table, on est en difficulté avec les toxicomanes, tous, et comment on fait maintenant tous ensemble ?* »

E6 : « *Non, il n'y a pas de concertation* ».

E7 : « *Avec les autres psychiatres, on se voit pas, donc du coup c'est vrai parfois je comprends pas, pourquoi il y a eu une prescription* ».

Un psychiatre raconte que pour communiquer avec ses collègues somaticiens, il doit passer par le biais des infirmières.

E14 : « *Quand j'interviens, je suis tout seul, il n'y a pas de généralistes, il n'y a pas de psychiatres (...). C'est vraiment les infirmières qui font le lien, qui disent : « et bien, j'en parlerai au généraliste qui passe demain, je lui demanderai ce qu'il en pense » (...). Le plus souvent ça se passe de manière informelle comme ça* »

Un infirmier somatique regrette l'absence d'entretiens en binôme avec les psychiatres.

E8 : « *Par contre, là où je pense que l'on aurait à y gagner à avoir plus de dialogue, c'est avec les psychiatres qui, eux, font le renouvellement de l'ordonnance et le suivi de substitution avec*

beaucoup de patients. Peut-être bien la moitié des gens. Là, ce serait intéressant justement qu'on fasse les entretiens en binôme, ou alors que l'on fasse des synthèses avec le psychiatre ».

Une infirmière de psychiatrie regrette que la discussion entre les équipes n'ait souvent lieu qu'en cas de soucis particuliers avec les patients.

E4 : « À un moment donné, il va y avoir une difficulté particulière, et du coup, une équipe va interpeller l'autre. Mais vraiment des temps où les gens se posent et réfléchissent en commun sur un détenu ou autour de l'histoire d'un détenu, c'est pas quelque chose qu'on fait correctement, sauf pour vraiment des gens qui vont poser problèmes. Mais... Du dessus du problème quoi (...). C'est souvent dans des moments un peu de stress ».

B) Désaccord entre infirmiers au sujet de la dispensation des traitements :

Une des infirmières somatiques ne comprend pas pourquoi ses collègues psychiatriques leur ont « délégué » la délivrance des médicaments.

E9 : « Enfin, je me sens, moi, par rapport à cette interaction avec les psychiatriques, abandonnée, dans le sens où les infirmières psychiatriques nous ont délégué carrément ça, la distribution des traitements de Méthadone®, que ce soit une prescription psychiatrique ou pas, c'est pour nous (...). À mon idée, je pense que distribuer un traitement, eux, ils estiment qu'ils ne sont pas là pour ça ».

5. Les difficultés de communication entre le monde médical en prison, l'association Le Pélican et le SPIP :

A) Entre les soignants du milieu carcéral et l'association Le Pélican :

L'absence de réunion et de communication avec l'association Le Pélican est une difficulté pour les infirmiers somatiques.

E1 : « Quand on voit qu'il y en a qui va pas bien, ou alors qu'il prend pas correctement son traitement, on en parle avec le Pélican quand ils viennent (...). On se regroupe pas pour parler d'un cas ».

E2 : « Maintenant, c'est tout éparpillé, on ne sait pas ce que (...) les intervenants du Pélican font, où ils en sont. Chacun travaille dans son coin ».

E8 : « Ça se passe très bien sauf qu'on les voit jamais. Rires. Ils viennent là des moments, ils prennent les papiers. Eux, les rendez-vous, c'est au niveau du parloir. Donc ils ne sont même pas inclus dans le service (...). Il n'y a aucun retour, et il n'y a aucune communication. Ils sont très sympas, mais n'y a aucun échange thérapeutique ».

Ce manque d'échange avec l'association Le Pélican semble plus marqué avec l'équipe somatique.

E9 : « Je connais pas (en parlant de l'association Le Pélican). Je veux dire, je connais de nom, mais j'ai jamais... À part dire bonjour, souvent ils s'orientent vers les infirmières psychiatriques(...). Et nous, jamais ».

L'éducatrice de l'association Le Pélican déplore le fait que les détenus ne soient pas toujours informés de leur existence.

E13 : « Ce qui me semblerait important, c'est aussi que l'association Pélican soit plus, comment dire, que les détenus soient plus informés en tout cas qu'on intervient ».

E13 : « Donc ce serait bien que ce soit un peu plus protocolisé, que quand les gens arrivent à l'entrée, mais il faut que je me renseigne à ce niveau-là, peut-être effectivement que ce soit évoqué aux personnes que le Pélican intervient de la même manière qu'intervient la mission locale, l'ANPE, voilà ».

B) Entre le monde médical en prison et le SPIP :

Les médecins ressentent également un défaut de communication avec le SPIP.

E7 : « Je pense qu'on n'ait pas assez en communication avec les gens du SPIP. On ne se comprend pas (...). Je comprends pas, je comprends pas le rôle du SPIP ».

E11 : « Le SPIP, les relations sont assez distantes, c'est pas toujours très facile ».

6. Manque de coordination et déphasage dans les prises en charge :

A) Absence de réunions interservices :

De nombreux soignants regrettent leur inexistence. Ces réunions permettraient une meilleure connaissance du patient et une prise en charge plus efficace.

E2 : « *Quand je suis arrivée, il y avait en place une réunion un Mercredi par mois, avec la psychologue et puis avec l'équipe qui travaille au Pélican, et on prenait les gens, qui avaient des addictions, et on voyait où on était dans le suivi, et ce qui était prévu pour la sortie. Je trouvais que c'était intéressant, parce que du coup on apprenait pas mal de choses, des éléments qui pouvaient être intéressants, sur leur passé, des éléments qui sont certainement intéressants pour comprendre ce qu'ils vivent maintenant. Maintenant ces réunions ne se font plus. Maintenant, c'est tout éparpillé, on ne sait pas ce que les psychologues et les intervenants du Pélican font, où ils en sont. Chacun travaille dans son coin ».*

E3 : « *Non, on n'a pas de réunion d'équipe, oui ce serait bien ».*

E8 : « *Alors ce qui pourrait être intéressant, je pense, c'est de mieux connaître les gens. D'arriver à faire un travail un peu comme en CSAPA, c'est-à-dire que suivre une personne, en discuter à plusieurs, qu'il y ait des synthèses par patient avec le médecin, l'infirmier et le psychologue, pour mieux les connaître ».*

Les réunions entre les soignants ne peuvent se faire à cause d'un manque de temps.

E8 : « *Alors Docteur X avait essayé de mettre en place ce type de réunion l'année dernière, il avait aussi inclus les éducateurs du SPIP, qui suivent aussi ces gens-là, et ce qui paraissait très intéressant quoi. Ça a été arrêté je pense parce qu'on n'a pas de temps de travail institutionnel pour ça ».*

Les soignants peuvent se rencontrer à l'UCSA mais c'est un temps informel.

E13 : « *Je les vois le lundi matin quand je suis à l'UCSA, tout le monde arrive à peu près au même moment, donc voilà, généralement c'est l'occasion de parler des personnes qu'on suit, mais j'ai envie de dire qu'il s'agit de temps informel ».*

B) Défaut de coordination globale sur le projet de soin des patients :

Il n'y a pas de prise en charge commune du patient toxicomane entre les divers soignants.

E9 : « *Il faut avoir je pense dans la prise en charge un mouvement global. Après on n'est pas forcément d'accord, on en discute, on voit, tout ça. Mais il faut tous aller dans le même sens ».*

E13 : « *Enfin la difficulté majeure j'ai envie de dire, c'est qu'il n'y a pas assez de travail en lien en partenariat entre effectivement le psychologique, le somatique et les associations ».*

Ce manque de coordination est néfaste pour la prise en charge des patients.

E4 : « *De travailler de façon isolée. Du coup, de me mettre en danger, et de mettre en danger les patients aussi. Parce qu'à un moment donné, c'est vrai que quand on est seul... Il y a des choses qu'on ne voit pas, on a besoin d'interaction avec les autres. C'est quand même risqué* ».

Le patient est vu par plusieurs soignants, mais qui n'ont pas les mêmes objectifs de soin entre eux, ce qui va le perturber et le mettre mal à l'aise.

E3 : « *Là où il va y avoir le plus de difficultés, c'est ça, c'est quand il y a plusieurs professionnels, plusieurs soignants qui vont avoir un objectif de soin différent. Où là ça flotte, où là même le détenu est mal à l'aise, parce que finalement il est un peu renfloué par certains, culpabilisé par d'autres, donc on sait plus trop ce qu'on est en train de faire avec lui. Donc c'est plus ça : l'absence de coordination au sein de l'équipe qui peut porter préjudice* ».

E13 : « *Il y avait tellement de monde que un moment donné, il a refusé de voir certaines personnes, je pense que la sortie lui faisait peur. Mais je pense que c'était aussi, enfin, c'est une interprétation, mais je pense que c'était aussi compliqué à un moment donné aussi, voilà, d'être dans différentes propositions, plus trop savoir finalement...* ».

De multiples partenaires interviennent en prison, mais sans coordination entre eux, ce qui rend la prise en charge inefficace.

E4 : « *Après, euh, on a aussi une difficulté ici, c'est qu'il y a différents partenaires, il y a le CH, le CHS, le Pélican qui intervient, et il n'y a pas de coordination entre tous* ».

E13 : « *Des fois il y a tellement de monde que, du coup, on construit rien du tout j'ai envie de dire, en tout cas peu de choses. Parce que je pense qu'à un certain moment, il y a une absence de lien, pour certaines personnes, je pense qu'il y a la nécessité d'avoir différents professionnels qui interviennent, mais en tout cas il y a vraiment la nécessité de se coordonner*».

Ce défaut d'articulation isole les soignants dans leur prise en charge.

E7 : « *Non, ici, le gros problème, c'est le problème de communication entre nous dans l'organisation. Je pense que c'est hyper intéressant et ça c'est vrai que je ne l'ai pas développé, c'est là le plus gros problème, je pense qu'une personne qui est toxicomane, faut l'étayer par plein d'autres gens, alors que moi très souvent je me sens trop seule dans ça, c'est-à-dire qu'après je me sens sèche* ».

Un infirmier somatique pense qu'il faudrait un soignant référent pour pouvoir coordonner toutes les prises en charge.

E8 : « *Déjà de pouvoir proposer plus à ceux qui voudraient une prise en charge équivalente à celle qu'ils peuvent trouver à l'extérieur. C'est-à-dire vraiment une coordination entre tous les intervenants, et une personne vraiment référente, qui puisse faire le lien avec tout le monde. Autant avec le SPIP, le médecin, les infirmiers, la psychologue, le Pélican* ».

C) Les soignants ne connaissent pas leurs rôles respectifs :

Les soignants ne savent pas vers qui s'adresser en cas de difficultés, parce qu'ils ne connaissent pas la fonction de chacun. Le manque de coordination est aussi à l'origine de cette lacune.

E4 : « *On sait pas réellement ce que font les autres. Tout simplement. C'est quoi le rôle d'une éducatrice spécialisée au Pélican par rapport à la prise en charge de la toxicomanie ? C'est pas la même chose que la prise en charge d'une infirmière. Et du coup, je pense que ça, c'est jamais mis en commun, discuter à la base, donc qui est qui ? Qui fait quoi ? Qui est-ce que j'interpelle quand j'ai un problème de soin ? Qui est-ce que j'interpelle quand j'ai un problème éducatif ? Les gens ne sont pas repérés dans leur fonction, par rapport à une population par exemple toxicomane. Ils ne sont pas utilisés correctement, et c'est toujours pareil. On prend pas le temps de se poser autour d'une table, de dire: « tu fais quoi ? », « c'est quoi notre projet ? », « c'est quoi notre envie ? », « comment on s'articule les uns les autres ? » ».*

E13 : « *Et justement l'intérêt actuellement c'est justement de mettre en place un peu un travail, un partenariat avec tout le monde justement pour savoir qui fait quoi, parce que justement le risque c'est un peu de tout faire* ».

D) Un investissement différent entre les deux équipes :

La psychologue explique que les psychiatres n'ont pas choisi de travailler en prison, d'où leur moindre investissement.

E5 : « *Je crois que les somaticiens sont plus investis. Côté psy, j'ai pas de difficultés à dire qu'au niveau médical, les somaticiens sont plus investis que les psy, dans la prison je parle. Pas au niveau professionnel global, mais dans la prison oui (...). Il y a moins d'investissement, moins de goût à ça. Mais comment dire... Ils n'ont pas choisi ; les psy n'ont pas choisi !* ».

En effet, un psychiatre confirme qu'il lui a été imposé de travailler en milieu carcéral.

E14 : « *J'étais pas motivé, mais j'ai hérité de l'activité (...). Si je faisais que de la prison, ça ne m'intéresserait pas particulièrement* ».

E) Déphasage dans la prise en charge entre infirmiers :

Une infirmière somatique regrette que ses collègues ne donnent pas toutes le traitement en une seule prise quotidienne.

E9 : « En parlant de l'équipe scindée, par exemple, nous je sais que les médecins ils essayent vachement de faire venir la personne en une prise s'ils savaient qu'ils la prennent en deux prises, et tout ça, souvent je pense que ça peut venir dans l'entretien tout ça. Que les collègues ici, bah, tant pis, en deux prises. Ils valident la conduite de la personne, et c'est vrai que ça m'est un peu frustrant, sûrement qu'il y a une raison, ça on n'en a pas discuté ».

Un infirmier somatique parle du manque de regard sur la toxicomanie de la part des infirmiers psychiatriques.

E8 : « Alors les infirmiers psy ne distribuent pas la Méthadone® le matin, on est les seuls à le faire. En fait, ils ont peu de regard sur la toxicomanie. Je parle de regard quotidien ».

Une infirmière de psychiatrie explique que les soignants se concentrent sur la prise en charge toxicomaniaque, sans s'occuper des pathologies psychiatriques souvent présentes en amont.

E4 : « Il y a quand même majoritairement des problèmes psy, en amont de la toxicomanie, et souvent je pense qu'on se plante, dans notre approche. Parce qu'effectivement, on va cibler le problème de toxicomanie, sans prendre le problème qui est en amont, et dont souvent découle la toxicomanie ».

F) Déphasage dans la démarche de soins entre médecins :

Les médecins somaticiens et les psychiatres n'ont pas la même perception du soin pour les patients toxicomanes :

- Ils ont une vision différente du soin :

E4 : « On n'a pas la même approche (...). On n'aura pas la même compréhension des choses ».

E5 : « C'est vrai que je pense qu'il y a une politique qui n'est pas forcément complètement toujours la même, entre les généralistes qui aimeraient que ce soit davantage les psy qui prennent ce problème à bras le corps, et les psy qui sont déjà bien moins présents sur le terrain et qui n'ont parfois pas la même perception des choses il faut le reconnaître, en tout cas, sur Aiton ».

E7 : « *J'en sais rien si on regarde en fait dans le même sens. En tout cas on n'a pas la même façon de faire* ».

- Les somaticiens auraient une approche beaucoup plus médicalisée et accepteraient moins facilement qu'un patient continue à se droguer :

E4 : « *Je pense qu'au niveau somatique, effectivement, ce qu'on leur demande c'est d'être dans la prévention, une approche qui est très médicalisée. Et nous, ce n'est pas notre approche (...). À la limite, quelqu'un qui va consommer mais qui va être dans une démarche de comprendre, d'avancer, nous dérangerait moins que l'équipe somatique pour qui, ben, comment on peut consommer et dire qu'on avance en même temps ?* ».

Le manque d'accord au niveau des traitements entre somaticiens et psychiatres peut créer des tensions.

E5 : « *Alors, il y a des heurts, je le sais, entre les somatiques, entre les médecins et infirmiers somatiques et les psys (...). Au niveau des prescriptions* ».

E6 : « *Il y a un circuit, le docteur X a un caractère particulier, quand il dit : « moi je ne suis pas dealer, vous avez un truc et des benzo », et puis c'est clair, il n'augmentera pas. Bah, le mec, il repart. On est sûr que le lendemain, il fait un cirque au somatique, le somatique va rejeter la faute sur le psy* ».

Il est noté des mésententes entre médecins sur l'association des traitements substitutifs et des benzodiazépines.

E3 : « *Si on n'est pas d'accord, on le voit par exemple avec les psychiatres, on n'est pas sur le même terrain, par exemple, j'aime pas trop associer les benzodiazépines avec les traitements substitutifs* ».

E7 : « *Et aussi qu'on ait une pratique harmonisée, qu'il y en ait qui ne prescrivent pas de benzos, l'autre il prescrit des benzos, l'autre il va absolument mettre la pression pour diminuer le traitement substitutif* ».

Aucun accord n'a été trouvé quant à la régularisation des prises d'opioïdes au marché noir.

E12 : « *Quelquefois si tu veux, par exemple, sur tout ce qui est la régularisation de traitement pris au black, c'est-à-dire il y a un mec qui vient, qui dit : « voilà, ça fait tant de mois que je prends un traitement au black, bah régularisez-moi ». Moi généralement je dis : « bah vous vous débrouillez très bien sans moi depuis des mois, en gros, débrouillez-vous » (...). Docteur X régularise beaucoup plus rapidement. Il est beaucoup plus pragmatique, il dit : « de toute façon, les mecs, ils en prennent en détention, autant que ce soit accompagné par nous »* ».

E14 : « *Moi, je ne régularise pas (...). Si les gens le prenaient dans la rue, je sais pas moi comment Docteur X comment il fait, si c'est pris de manière illégale, irrégulièrement et tout ça, alors là je propose à ce moment-là, je ne leur donne pas bien le choix, un sevrage* ».

Les médecins peuvent être dans des projets thérapeutiques différents pour le même patient.

E12 : « *Le mec, il en a joué, c'est-à-dire que nous, voilà, le mec il s'est engouffré là-dedans, et nous, en croyant bien faire, et tout, et par notre manque de communication, et qui sont aussi alimenté par le fait que généralement je ne suis pas du tout d'accord avec les décisions que prend un des médecins, et après les infirmières se sont engouffrées aussi, comme dans toute équipe (...). Un jour, on lui a fait arrêter, le lendemain il reprenait* ».

E12 : « *Après, une autre difficulté, c'est que dans les médecins, on n'a pas tous le même discours (...). C'est difficile quand on est plusieurs et qu'on n'est pas d'accord* ».

DISCUSSION

I. Avant-propos :

1. Pourquoi ce sujet ?

Comme notifié en fin d'introduction (*Cf.VII. Objectif de cette étude*), il nous a été proposé un travail permettant de recueillir les expériences et les difficultés des soignants vis-à-vis de la prise en charge des toxicomanes aux opiacés en milieu carcéral. C'est donc dans une optique d'amélioration des pratiques médicales que nous avons travaillé : permettre aux soignants de s'exprimer, pour que cette enquête puisse servir ensuite à la construction d'une réflexion autour des patients toxicomanes.

2. Pourquoi avoir choisi cette méthodologie d'enquête qualitative par entretiens exploratoires ?

C'est la méthode scientifique qui nous a paru la plus pertinente et la plus réaliste pour faire une étude de qualité : en effet, le rôle de cette étude n'était pas que recueillir de manière exhaustive des faits, mais aussi de comprendre les interactions entre les différents intervenants. Distribuer un questionnaire à tous les soignants des équipes des deux prisons était une option envisagée, la population étudiée aurait été exhaustive, mais qu'en aurait-il été de la qualité du contenu ? Aucun questionnaire, aussi complet soit-il, ne peut permettre une telle diversité de réponse. Réaliser un « focus group » aurait été compliqué matériellement, pour réunir différents intervenants, et la gestion de certaines dissensions dans le service aurait été extrêmement difficile à gérer, ce qui aurait pu faire stagner les conversations sur certains points de conflit.

3. Choix de l'axe de travail :

Nous avons délibérément choisi de nous intéresser uniquement aux soignants, car la demande émanait d'eux. Nous aurions également pu (nous espérons que cette perspective sera abordée dans une prochaine enquête) étudier les ressentis des patients vis-à-vis des soins proposés par les équipes médicales de l'UCSA, et également les difficultés des surveillants

dans cette prise en charge, puisque *de facto* cette relation peut être vue comme triple en prison: soignant, patient, surveillant.

Ce genre d'enquête par entretiens exploratoires pourrait également permettre à certaines équipes de faire le point sur leurs difficultés, notamment dans le cadre de la prise en charge de maladies chroniques, tel que cela a déjà été fait pour les fins de vie (27) ou en cancérologie (28). Bien sûr, cette étude rentre dans le cadre de l'amélioration des pratiques.

Les dissensions entre soignants auraient pu prendre le dessus sur l'intérêt de notre étude. Pour éviter cela, les noms cités dans les interviews ont bien sûr été anonymisés, d'autant plus que laisser les noms des médecins ou infirmiers n'apportait aucune information supplémentaire à nos interviews.

Les premiers entretiens nous ont permis de tester la méthode, et la trame d'entretien nous semblait permettre aux interviewés d'exprimer leurs difficultés. Cependant, sur conseils de notre directeur de thèse, le Docteur Galès, nous avons enrichi notre trame de questions plus générales et portant sur le sens de la toxicomanie en prison, sur "le toxicomane parfait", des questions plus provocantes et polémiques sur les salles d'injection et les programmes d'échange de seringues en prison (Cf. Annexe 8).

4. Difficultés rencontrées :

Nous avons eu du mal à obtenir une autorisation pour rentrer en prison, pas sur Chambéry, mais sur Aiton, où les papiers n'avaient pas été faits, bien que nous les eussions demandés à l'avance auprès de l'administration.

Il a été impossible de faire rentrer un dictaphone numérique (bien plus performant en termes de qualité d'enregistrement) sur le centre pénitentiaire d'Aiton. Nous avons donc utilisé le vieil appareil du service. La qualité d'enregistrement a été moindre, avec certaines parties inaudibles, à raison de cinq à dix minutes sur plus de dix heures d'enregistrement.

II. Limites et biais de la méthode :

1. La sélection de la population :

La sélection de la population s'est faite de manière semi-arbitraire. Les unités ont été appelées trois jours différents (au hasard en fonction des disponibilités de l'interviewer), et les soignants présents ces jours-là ont été conviés à participer à l'étude. Bien sûr, les participants

ont été sélectionnés en tenant compte de leur catégorie socio-professionnelle et de leur lieu de travail, pour éviter de surreprésenter une ou plusieurs professions, ou la population soignante d'une des prisons. En effet, il ne fallait pas surreprésenter l'une ou l'autre des deux prisons, car les équipes ne sont pas les mêmes, et parce que les détenus n'ont pas le même profil (avec notamment une fréquence plus élevée des usagers de drogues au centre pénitentiaire par rapport à la maison d'arrêt).

Ce biais de sélection arbitraire de la population est mieux accepté dans le cadre de la recherche qualitative que dans la recherche quantitative, où c'est totalement interdit. Cela a été discuté auparavant et le risque principal, celui de perdre de l'information, est contrebalancé par le principe de la saturation des données. Au bout de quatorze interviews, devant la redondance des résultats, nous sommes arrivés à saturation de ces dernières.

2. Le refus d'être interviewé :

Sur les seize personnes contactées, nous n'avons eu qu'un refus explicite de participer à l'enquête et un refus implicite (rendez-vous reporté après la date de fin d'analyse des résultats). Les quatorze autres personnes sollicitées ont donné leur accord et ont participé aux interviews dans leur intégralité. Nous avons donc enregistré peu de refus, ce qui peut s'expliquer par le fait que le sujet est vraisemblablement une préoccupation importante des soignants.

3. Le refus d'être enregistré, retranscrit ou publié :

La relecture de l'interview a été proposée à chaque interviewé. Seul un soignant a souhaité faire une correction minime sur son interview, mais cela ne modifie pas le sens du texte. Tous les autres n'ont pas voulu faire de modifications. Personne ne s'est opposé à l'utilisation et à la publication de son interview dans notre travail.

4. Les biais liés à l'interviewer :

L'interviewer n'est pas habitué à l'entretien exploratoire, qui nécessite un savoir-faire. Il a essayé au mieux d'éviter les questions fermées et celles-ci n'ont pas été retenues pour l'interprétation.

De plus, le travail bibliographique et l'introduction de l'enquête ont été réalisés avant la phase des entretiens. Par conséquent, l'interviewer attendait inéluctablement certaines réponses qu'il avait déjà répertoriées dans la littérature. En outre, l'enquêteur a effectué des visites initiales d'observation et de présentation des deux prisons, ce qui l'a amené à se faire une opinion préalable sur la prise en charge des toxicomanes dans ces deux établissements. Ceci l'a possiblement influencé dans l'interprétation des interviews. Or, ce biais a été largement contrebalancé par la présence et le travail du deuxième doctorant, qui n'a pas fait les visites en prison, et qui n'a fait le travail de bibliographie qu'après les interprétations.

L'interviewer n'était pas connu des soignants. En effet, une seule rencontre avant interview avait été réalisée. Cela a permis de préserver la sincérité et peut-être la liberté de parole des enquêtés.

III. À propos de nos résultats :

Les résultats sont très variés. Evidemment, tous ces propos sont ceux des soignants, le but n'étant pas d'arriver à une vérité sur le toxicomane ou sur sa prise en charge, mais bel et bien de faire un état des lieux des difficultés de prise en charge de ce type de patient, sur les deux prisons savoyardes.

1. Difficultés déjà soulevées par la littérature :

Nous avons retrouvé dans notre enquête des problèmes déjà identifiés, nous ne les détaillerons pas tous dans la discussion :

- les conditions de détention : échange de pratiques, manque de travail proposé aux détenus (19) ;
- la perception du détenu toxicomane par le personnel (19) ;
- l'entrée en prison : le déni de consommation, les sous-estimations de consommation, les polyconsommations, ou surestimations des consommations à visée de détournement toxicomaniaque (19) ;
- le problème de l'initialisation du traitement, avec nécessité de recherche d'opiacés urinaires (19) ;
- la difficulté d'obtenir l'adhésion du patient au projet thérapeutique (19) ;

- les dangers du traitement substitutif : le trafic (19,20), le détournement de son usage, les associations à d'autres produits, le racket, la création d'une dépendance nouvelle, le risque de passer pour un « dealer » (20) ;
- le mode de dispensation des traitements excluant la responsabilisation du patient vis-à-vis de son traitement, avec une dispensation de manière quotidienne, souvent au sein du service de soin, et une vérification de la prise effective du traitement (20) ;
- les difficultés de prise en charge globale accompagnant les traitements de substitution (19) ;
- les problèmes de communication entre services (19) ;
- les soucis de confidentialité des soins, avec repérage, par les autres détenus et par les surveillants, des toxicomanes lors des visites et lors de la délivrance des traitements substitutifs (19) ;
- peu de communication entre médecins généralistes et psychiatres (19) ;
- les problèmes lors des libérations anticipées et des transferts imprévus (19) ;
- le manque de formation des soignants (19), ou tel que le disent les auteurs Heino Stöver and Ingo Ilja Michels dans un article sur la prise en charge des toxicomanies en milieu carcéral en Europe : « une compréhension carencée de la dépendance aux opioïdes en tant que maladie chronique et récurrente... Certains docteurs pourraient penser que cette conduite hédoniste indiquerait une faiblesse de caractère » (22).

2. Nos soignants ne se plaignent pas de difficultés identifiées par d'autres auteurs :

- la surpopulation carcérale (19) ;
- les traitements substitutifs qui semblent être peu prescrits en milieu carcéral (19) ;
- certains médecins qui éliminent progressivement les traitements substitutifs des détenus entrants (19) ;
- les toxicomanes non substitués à l'entrée et qui sont sevrés (19) ;
- la difficulté d'embauche de personnel médical pour exercer en détention (19) ;
- certains médecins qui sont favorables à la poursuite, mais défavorables à une primo-prescription, notamment lors de condamnations à des peines de moyenne ou de longue durée (16) ;
- les risques d'overdose pendant l'incarcération (20) ;

- le traitement trop banalisé par l'utilisateur (20) ;

Il est difficile de savoir si ceci est dû à un manque de puissance de l'étude, ou à l'absence effective de ces difficultés dans les prisons savoyardes.

3. Nous avons également eu des résultats nouveaux non observés dans la littérature :

La littérature étant peu prolifique sur notre sujet, nous ne sommes pas surpris d'avoir des résultats nouveaux. Nous avons décidé de développer notre discussion sur les difficultés qui, au vu de la quantité de citations s'y rapportant, nous semblent essentielles, et les difficultés qu'il serait possible de résoudre.

A) La communication est nécessaire pour proposer une prise en charge commune :

Il s'agit bien d'un problème déjà identifié par des auteurs, mais nous avons été surpris de la quantité de citations que nous avons obtenue, se rapportant aux difficultés de communication.

E4 : « Je crois que c'est toujours pareil, tant qu'on n'aura pas réfléchi tous ensemble à c'est quoi la prise en charge d'un toxicomane (...). On ne peut être que dans des trucs clivés, et sans communication, sans articulation ».

Loin du clivage traditionnel entre somaticiens et psychiatres, qui semble néanmoins patent, il existe des problèmes de communication au sein même des équipes somatiques. En effet, les infirmiers se plaignent de ne pas avoir d'information en cas de changement de thérapeutique. À l'inverse, les médecins regrettent de ne pas avoir les renseignements sur ce qui se passe en détention.

On constate une particularité au sein de l'équipe psychiatrique, notée par deux infirmières psychiatriques sur trois : le problème des temps partiels de ces dernières, qui semble entraver la communication au sein de l'équipe. Étonnamment, cela n'est pas considéré comme une difficulté par les psychiatres. Pourtant, on a l'impression que ces temps partiels des infirmières psychiatriques hachent le travail et ne leur permettent pas d'avoir des moments d'échange.

E4 : « *Moi, je suis la seule à travailler à 80% sur Chambéry. J'ai trois autres collègues qui travaillent qu'à 40% sur Chambéry. Alors maintenant, moi je peux moi faire le lien avec les trois collègues, qui entre elles ne se voient pas forcément* ».

La communication avec le Pélican paraît également problématique. Le nouvel éducateur n'est pas là depuis longtemps, les soignants ont donc peu de recul. Ils déplorent néanmoins le manque de communication avec l'intervenant du Pélican, mais cette personne ne s'en plaint pas.

E9 : « *Je connais pas* (en parlant de l'association Le Pélican). *Je veux dire, je connais de nom, mais j'ai jamais...* ».

Les infirmiers se posent la question de la fonction même de tel ou tel intervenant : les gens ne sont pas identifiés dans leurs rôles, certainement par manque de communication.

De nombreux interviewés souhaitent la remise en place de réunions régulières de synthèse, pour pouvoir faire le point sur le patient toxicomane, dans les différentes étapes de son parcours. Ils expriment la volonté de créer un temps de réunion formel, qui permet un rephasage des soignants, afin de proposer une démarche de soin harmonieuse.

E8 : « *Alors ce qui pourrait être intéressant, je pense, c'est de mieux connaître les gens. D'arriver à faire un travail un peu comme en CSAPA, c'est-à-dire que suivre une personne, en discuter à plusieurs, qu'il y ait des synthèses par patient avec le médecin, l'infirmier et le psychologue, pour mieux les connaître* ».

Ces réunions interdisciplinaires de synthèse ont existé dans ces deux prisons, pendant un court laps de temps. Elles ont été ensuite abandonnées, entre autres, du fait des temps partiels qui compromettent les rencontres. Une piste de travail semble être, si les équipes décident de reprendre ce type de réunions, de travailler en vidéoconférence (le matériel de vidéoconférence existe déjà sur l'UCSA d'Aiton).

Il nous semble important de rappeler que, suite à la parution du livre de Véronique Vasseur *Médecin-chef à la prison de la Santé* en 2000 (9), la commission d'enquête sénatoriale de Jacques Hyest et Guy-Pierre Cabanel (commission d'enquête n°449 le 29 juin 2000, rapport intitulé *Prisons : une humiliation pour la République*) parlait déjà de la multitude d'acteurs dans la lutte contre la toxicomanie (SMPR, CSST, UCSA, CISIH, associations...), qualifiée de contreproductive. Les auteurs recommandaient, il y a dix ans de cela, la mise en place de règles plus satisfaisantes de coordination entre les différents services. On se rend compte que dix ans plus tard, ces mêmes erreurs sont toujours présentes.

B) Manque de coordination et nécessité d'harmonisation :

Un des problèmes majeurs est l'absence d'harmonisation des prises en charge, qui provient aussi du manque de communication. Cette constatation est à mettre en parallèle avec le travail du Docteur Ivana Obradovic (29). Cet auteur notait, déjà en 2003, que l'enjeu principal de la prise en charge des patients toxicomanes était la coordination des soignants : 63% des établissements de son enquête plaçaient celle-ci parmi les principales difficultés.

B.1) Déphasage dans la démarche de soins entre soignants pour un même patient :

Il existe un réel déphasage qui se manifeste parfois en plein jour, et laisse voir au patient une faille dans le système de soins. Naturellement, le patient toxicomane teste le cadre et les limites. Si elles sont floues, ou si elles sont discordantes d'un médecin à l'autre, il pourra chercher à profiter de ces faiblesses. Cette variation dans la démarche de soins entre soignants est surprenante, car, à de nombreuses reprises, les médecins nous ont rappelé que leurs rôles étaient bien définis et que chaque médecin avait sa file active. Certaines citations nous font penser que ce système de file active n'est pas bien respecté en pratique.

E3 : « Là où il va y avoir le plus de difficultés, c'est ça, c'est quand il y a plusieurs professionnels, plusieurs soignants qui vont avoir un objectif de soin différent. Où là ça flotte, où là même le détenu est mal à l'aise, parce que finalement il est un peu renfloué par certains, culpabilisé par d'autres ».

B.2) Déphasage des pratiques quant aux arrêts précoces des traitements substitutifs :

Les médecins doivent faire face à des détenus qui veulent baisser les doses de traitements substitutifs, au lieu de diminuer les benzodiazépines, ce qui accroît le risque de rechute. Parfois, les patients vont trop vite dans leur décroissance. De plus, les médecins ont souvent des pratiques différentes concernant la manière de réduire les substitutifs.

Un langage commun pourrait ici aussi être trouvé, en s'appuyant sur les recommandations scientifiques bien sûr. Les recommandations de la conférence de consensus de juin 2004 de la FFA (Fédération Française d'Addictologie), *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution* (4), sont peu explicites : le traitement de substitution doit être « maintenu aussi longtemps que nécessaire », car ce n'est qu'« après une phase de stabilisation avec arrêt de la consommation d'opiacés illicites et une évolution personnelle » que peut être entreprise « une diminution très progressive du

traitement, décidée d'un commun accord par le patient et ses soignants ». La conférence de consensus précise qu'il n'existe aucun protocole spécifique validé. Il sera donc difficile de protocoliser les pratiques, mais on pourrait tenter de les harmoniser.

On constate aussi un réel déphasage entre les équipes des deux prisons, en ce qui concerne les pratiques, car les augmentations de posologie des traitements substitutifs ne sont pas toujours bien perçues par les équipes de Chambéry. Ces dernières seraient, en effet, plus dans une optique de contrôle.

B.3) Déphasage dans la conduite à tenir vis-à-vis des prescriptions de benzodiazépines associées au traitement substitutif :

Dans le guide pratique des médicaments *Dorosz 2010*, l'association benzodiazépines et Subutex® est uniquement une « association à prendre en compte » ; l'association benzodiazépines et Méthadone® n'est même pas citée.

Dans le *Vidal 2010*, il est également dit que l'association benzodiazépines et Méthadone® est une « association à prendre en compte », avec un « risque majoré de dépression respiratoire, pouvant être fatale en cas de surdosage ». Il est stipulé que l'association benzodiazépines et Subutex® expose au « risque de décès par dépression respiratoire d'origine centrale ». Il convient donc « de limiter les posologies et d'éviter cette association en cas de risque de mésusage ».

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'interdiction légale de prescrire simultanément du Subutex® ou de la Méthadone® avec des benzodiazépines. L'association est cependant déconseillée, étant donné le risque de décès par dépression respiratoire en cas de mésusage. Ce problème divise les équipes sur Chambéry et sur Aiton. Les médecins prescripteurs n'ont pas harmonisé leurs pratiques, et face aux pressions des patients toxicomanes, certains ont une attitude ferme, d'autres, en revanche, associent benzodiazépines et traitements substitutifs.

E7 : « Et aussi qu'on ait une pratique harmonisée, qu'il y en ait qui ne prescrivent pas de benzo, l'autre il prescrit des benzo, l'autre il va absolument mettre la pression pour diminuer le traitement substitutif ».

Ces prises en charge discordantes, pour des patients qui viennent parfois frapper à plusieurs portes, créent un ressenti chez les médecins, mais également chez les infirmiers qui sont, pour certains, mal à l'aise au moment de la dispensation.

B.4) Absence de consensus pour la régularisation des traitements pris au marché noir :

Le déphasage entre soignants est aussi du à des pratiques médicales hétérogènes, en ce qui concerne la régularisation des prises d'opioïdes au marché parallèle.

E12 : *«Moi généralement je dis : « bah vous vous débrouillez très bien sans moi depuis des mois, en gros, débrouillez-vous » (...). Docteur X régularise beaucoup plus rapidement ».*

Tout service a des protocoles de soins validés par ses médecins, qui respectent les recommandations médicales. Or, il n'existe pas de recommandation pour ce problème. Actuellement, chaque médecin fait selon ses habitudes et uses, ce qui génère des différences de pratiques, sources d'incompréhension parmi les équipes. Les patients repèrent le médecin qui régularise plus facilement les traitements de substitution pris au marché parallèle. Certes, le patient ne choisit pas le médecin qu'il consulte. En revanche, s'il est suivi par un somaticien et un psychiatre, il peut alors tenter de se faire régulariser par l'un ou par l'autre. Encore une fois, la communication et l'explication des pratiques aux soignants et aux soignés semblent primordiales.

B.5) Déphasage avec les pratiques des médecins généralistes à l'extérieur :

Les interviewés remarquent que certaines prescriptions faites en ville sont parfois sources de questionnement pour le médecin pénitencier : comment justifier une diminution puis un sevrage de benzodiazépines, chez un patient sous traitement substitutif, alors que son médecin traitant lui en prescrit depuis des années ?

C) Le problème des produits rentrants :

Ces produits rentrants ne font qu'alimenter le trafic. Les interviewés en parlent de manière amusée en décrivant, avec de nombreux détails, les stratagèmes employés. Mais, derrière l'anecdote, il s'agit d'un problème central, car le trafic n'est pas uniquement alimenté par la pharmacie hospitalière. Il serait intéressant de pouvoir recueillir le ressenti et l'avis des surveillants et de leur direction sur ce sujet, d'autant plus qu'il semble exister une tolérance des produits rentrants.

D) Les pressions exercées sur les toxicomanes de la part de la justice et des familles :

Cette partie de la discussion est intéressante, car on voit bien que les détenus toxicomanes ne sont pas les seuls responsables de leurs difficultés. D'après une interviewée, le sevrage du traitement substitutif est une condition demandée par le juge, pour accorder les remises de peine, et cela ne repose sur aucun fondement scientifique.

E12 : « *Les juges travaillent à l'inverse de nous, ils mettent la pression aux gens pour qu'ils arrêtent le traitement de substitution* ».

Il nous paraît intéressant dans un premier temps de confirmer cet état de fait, puisque cette citation ne ressort que d'une interview. Il est donc avant tout impératif de vérifier la véracité du propos. Puis, si l'on confirme cette exigence de la justice, il serait souhaitable que l'équipe médicale puisse rencontrer les juges d'application des peines amenés à traiter les dossiers des patients toxicomanes du centre pénitentiaire d'Aiton (uniquement Aiton, car le problème ne semble pas exister sur la maison d'arrêt de Chambéry), pour leur expliquer les buts du traitement substitutif.

La famille joue également un rôle dans les pressions au sevrage. Ici, la tâche est plus compliquée et chronophage. Est-il possible, sur le plan légal, de parler à une famille de la toxicomanie du patient, avec son accord bien entendu ? Il serait peut-être intéressant qu'un travail de soutien leur soit proposé par des acteurs extérieurs, par exemple l'association Le Pélican ou le centre médico-psychologique, dans le cadre d'un réseau prison-milieu extérieur.

E) Les pressions reçues par les soignants :

Les pressions viennent des toxicomanes, même si, comme dans l'étude du Docteur Griguère (20), aucun soignant ne s'est plaint de sentiment d'insécurité. Les patients sont très insistants pour se faire prescrire plus d'anxiolytiques, ou pour augmenter les doses de traitement substitutif.

E1 : « *Mais on est obligé de les donner sinon ils font un scandale. Il y en a qui deviennent mauvais* ».

Y aurait-il un intérêt à se former à des stratégies d'entretien et à échanger ces difficultés ?

Les pressions semblent également venir de l'administration pénitentiaire et des surveillants, qui jugeraient les soignants trop "humains", ou qui les rendraient responsables du deal.

E12 : « Ils disaient : « on leur donne le Subutex® et après, ils le dealent en promenade », ou je ne sais pas quoi. « Donc vous êtes des dealers, vous l'UCSA » (...). Mais il y a une malhonnêteté de l'administration pénitentiaire, qui dit : « puisque ça, ça se passe, en gros, il faut arrêter les pilules » (...). Mais ça c'est quand même une particularité de l'administration pénitentiaire, c'est qu'on veut nous faire porter le bonnet de tout ».

Mener une enquête qualitative à propos du ressenti des surveillants, dans la prise en charge des toxicomanes aux opiacés, sur les deux prisons savoyardes, pourrait permettre de favoriser la discussion entre les soignants et l'administration pénitentiaire.

F) Le problème de la barrière de la langue :

La langue est un frein évident dans le diagnostic à l'entrée, mais également dans la politique de réduction des risques. En effet, la présence de traducteur est théoriquement possible à l'entrée, mais pas dans l'urgence. De plus, il existe des fascicules explicatifs d'entrée traduits en quelques langues, mais les plus fréquentes ne sont pas disponibles. De même, la feuille de désinfection à l'eau de javel n'existe qu'en français.

G) Manque de temps des équipes psychiatrique et somatique :

Le manque de temps est une difficulté récurrente avec, bien sûr, de grosses différences entre Aiton et Chambéry, les soignants déclarant avoir plus de temps à Chambéry. Cette pénurie de temps semble surtout concerner l'équipe psychiatrique. Les infirmiers psychiatriques se plaignent d'un manque de lien et d'encadrement, par les psychiatres et par le cadre de santé, à cause d'un temps limité. Les infirmiers d'Aiton se plaignent d'un travail à la chaîne dans lequel le temps d'écoute ne peut être préservé. Une infirmière psychiatrique d'Aiton explique :

E6 : « Oui, ici c'est la chaîne. C'est à la chaîne (...). Même pour faire un compte-rendu, pour réfléchir, on ne peut pas réfléchir, parce qu'il y a toujours des demandes, il y a toujours des trucs. Il n'y a pas de possibilité de se poser et de réfléchir ».

Le temps est un paramètre que les soignants ne peuvent pas gérer, tout dépend des budgets alloués.

Une piste de travail intéressante est le concept de soignant référent qui aurait pour rôle d'essayer de développer un projet de soin autour d'un ou deux patients. Il pourrait ensuite coordonner ce projet avec les différents intervenants, en fonction des besoins.

Cette notion de soignant référent figure dans la loi, de manière plus ou moins explicite, au niveau de l'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, émanant du Secrétariat d'Etat à la Santé. Celle-ci stipule la nécessité d'une prise en charge globale, avec coordination de l'ensemble des intervenants, et pilotage de cette organisation par une personne exerçant à l'UCSA. La personne référente peut aussi être, par convention, une personne du service assurant les soins psychiatriques ou du service médico-psychologique régional (SMPR).

Aucun soignant n'a fait référence à cette circulaire dans ses interviews, aucun document de service des UCSA de Savoie ne mentionne ce texte, qui, pourtant, consacre la notion de "pilote" coordonnant les différents intervenants. La circulaire étant "une notice explicative" du texte de loi, elle informe les subordonnés de l'interprétation à adopter de cette législation, et la manière de l'appliquer concrètement. Une circulaire ne constitue pas, en principe, une décision. C'est une recommandation et elle n'a pas de caractère impératif. Néanmoins, le soignant référent est une piste de travail intéressante, pour permettre de coordonner les différents intervenants autour d'un patient.

H) Le faible niveau socio-intellectuel des patients toxicomanes :

Ce problème n'est pas évoqué dans la littérature, mais nos soignants parlent d'un niveau d'instruction plutôt bas et une précarité sociale importante chez ces patients. Le travail d'éducation à la santé en est certainement plus difficile et plus chronophage.

E11 : « Que moi je dirais qu'en prison, le niveau intellectuel moyen est quand même un peu plus faible qu'à l'extérieur. Bon parce que je veux dire, il n'y a pas que des lumières ».

I) Prévention du risque infectieux :

Les connaissances des modalités de prise du Subutex® sont limitées, notamment sur les injections. La très grande majorité des soignants doute de la véracité des injections de Subutex® ou d'autres substances dans ces deux prisons.

E1 : « *Je sais bien qu'il y a beaucoup de choses qui rentrent, mais l'injection non. Le sniff oui* ».

Seuls deux interviewés pensent que les mésusages sont sous-estimés. Effectivement, un soignant parle de la possibilité de récupérer les seringues des diabétiques et les seringues des vaccins. Un autre évoque également l'existence d'abcès ou de veinites superficielles. Tout ceci est troublant.

Selon une enquête faite dans les prisons de la région Provence Alpes Côtes d'Azur en 1999 (30), 43% des usagers de drogues intraveineuses actifs avant incarcération continuent à s'injecter en prison, 28% se sont injectés un produit au cours des quatre dernières semaines, 7% ont commencé à s'injecter des produits en détention, 7% se sont initiés au shoot en prison. Une autre enquête montre qu'entre 20 et 43 % des usagers de drogue par voie intraveineuse interrogés déclarent s'être injectés un/ou des produits au cours de leur vie, alors qu'ils étaient incarcérés (31). Ces pratiques sont confirmées par les résultats d'une étude réalisée auprès des usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en milieu extérieur (32). Elles apparaissent toutefois moins fréquentes, puisque 20 % des usagers ayant un antécédent d'incarcération déclarent s'être injectés un produit en détention.

Pourquoi l'usager de drogues par voie intraveineuse ne continuerait-il pas à s'injecter en cas d'incarcération dans les prisons de Savoie, s'il a accès à des seringues ? Cet usage des seringues pose alors le problème de la prévention des risques infectieux. Bien entendu, les patients ont reçu, à leur entrée, la fiche de désinfection à l'eau de javel. Les soignants nous ont confié que, même si la désinfection a lieu, les différentes étapes ne sont pas souvent respectées. Si les seringues éventuelles, et éventuellement mal désinfectées, sont échangées, alors ces détenus se mettent en danger. L'incarcération serait-elle un temps de prise de risque? En 1999, dans les prisons de la région PACA (30), 21% des individus s'injectant en prison partageaient leur matériel. Les sérologies sont proposées systématiquement à l'entrée, mais aucune sérologie n'est faite à la sortie. Nous manquons donc de regard épidémiologique, ou encore, comme disait un interviewé, de regard ethnologique.

E8 : « *C'est ça le truc, c'est qu'on les substitue et on ne connaît pas la population* ».

S'il existe des seringues en cellule, serait-il légitime de demander, pour ces patients, un programme d'échange de seringues au nom de l'égalité des soins prônée par la loi ? En pratique, la culture médicale en prison serait-elle prête à ce genre de programme ? Le fait d'en discuter est déjà une étape préalable. Cependant, quand on entend certains soignants prôner le sevrage, on peut également se demander s'ils seraient tous favorables au programme d'échange de seringues. De surcroît, ce genre de projet générerait un conflit ouvert avec l'administration pénitentiaire. Et là, on touche le cœur du problème, car le cadre, tel qu'il existe actuellement, semble avoir atteint les limites de ses possibilités, quant à la politique de réduction des risques. Ce cadre, qui découle de la loi du 18 janvier 1994, subordonne les exigences sanitaires et médicales aux exigences de l'administration pénitentiaire. Par conséquent, même si des études établissent, dans un futur proche, le gain, en termes de santé publique, des programmes d'échange de seringues dans les prisons françaises, le cadre légal l'autorise-t-il ? La circulation des détenus dans la prison, avec des seringues, est passible de sanctions ; l'échange de seringues à l'UCSA est donc impossible. Faudrait-il que des soignants formés entrent enfin dans les cellules pour aller à la rencontre des injecteurs ? Pourquoi ces programmes d'échange de seringues sont-ils possibles, par exemple, en Moldavie (33) et pas en France ? Le Conseil national du SIDA recommande pourtant la mise en œuvre de programme d'échange de seringues. En effet, les études réalisées dans des pays comme les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et l'Australie ont démontré que les PES diminuaient sensiblement le risque d'infection à VIH par l'utilisation de drogues injectables (34). Il a, de plus, été démontré l'absence d'augmentation de l'usage de drogues ou des pratiques d'injection, en pratiquant les programmes d'échange de seringues, dans onze prisons européennes (35).

Un problème annexe cité est le problème de la barrière de la langue. Face à une incarcération faite dans l'urgence, on comprend la très grande difficulté pour avoir un traducteur, mais ensuite, dans le suivi et le travail de prévention des risques infectieux, il serait peut-être envisageable de trouver des solutions pour palier à cette absence de traducteur.

À noter qu'il existe déjà des ateliers d'éducation à la santé et des cafés santé, qui abordent différents sujets, dont les toxicomanies et notamment les risques infectieux liés à ces pratiques. Il existe des soignants référents pour ces diverses activités, avec du temps dégagé pour la préparation et la réalisation de ces ateliers.

J) Obligation de soins :

On peut se poser la question si, finalement, l'obligation de soins n'existe pas déjà pour tous les patients toxicomanes, puisque beaucoup d'entre eux souhaitent, tout du moins initialement, continuer la consommation de drogues.

L'obligation de soins est un dispositif législatif, qui organise la prise en charge des détenus incarcérés à cause d'une consommation de stupéfiants, pour lesquels le juge a décidé en double peine d'une obligation de soins. Cette dernière est détournée par les patients qui souhaitent des remises de peine.

E4 : « Effectivement, les détenus sont pas plus cons que la moyenne, c'est-à-dire qu'on leur met un système à portée de main, ils vont l'utiliser, mais derrière... ».

En effet, de nombreux patients viennent en consultation chez le médecin, le psychiatre, l'infirmière psychiatrique ou le psychologue, dans le but d'obtenir des remises de peine. Certains le disent d'emblée et ne s'en cachent pas. En conséquence, la file active est saturée avec des gens qui ne sont pas forcément dans une véritable démarche de soins. Peut-être que c'est l'incarcération qui change les priorités, le détenu privilégiant alors ce qui pourrait aller dans le sens d'une libération plus précoce.

L'obligation de soins est-elle une mesure inadaptée au milieu carcéral ? Des consultations itératives chez un psychologue sans adhésion thérapeutique garantiront-elles l'absence de récidive lors de la sortie de prison ? En découle alors une question fondamentale : l'obligation de soins a-t-elle des effets positifs pour le détenu usager de drogue ?

K) Gagner la paix sociale en tolérant les prises de produits illicites :

C'est parfois avec désabusement ou espièglerie que les soignants nous ont décrit cette situation. Une interviewée disait clairement qu'elle n'acceptait pas de se laisser traiter de "dealeuse" par les surveillants, dans la mesure où, d'après elle, ces derniers ne contrôlent volontairement pas la cour de promenade et n'empêchent pas les trafics. S'agit-il d'une carence de l'administration pénitentiaire ou plutôt d'une tolérance ? L'institution ne pousse-t-elle pas cette population, avec surreprésentation des pathologies psychiatriques, vers "les brumes pharmacologiques", pour oublier les conditions d'incarcération ? Et quelles sont ces conditions ? Notre étude ne permet pas de les détailler.

Ni notre étude ni l'étude antérieure du Docteur Sirot (19) ne permettent de trancher sur la question de la paix sociale achetée au prix de trafics de stupéfiants. Un complément d'enquête

portant sur les avis de l'administration pénitentiaire à ce sujet permettrait d'avancer sur la question.

Le sens de la toxicomanie en prison est posé et souvent, comme en témoignent les soignants, il s'agit d'une consommation antalgique.

Valéry Giscard d'Estaing disait il y a plus de trente ans : la prison ne doit être uniquement qu'une « *privation de la liberté d'aller et de venir et rien d'autre* » (1). À travers le regard des interviewés ressort une toute autre vision du quotidien des détenus.

4. Des ressentis différents selon les catégories professionnelles :

Nous avons été surpris de retrouver une grande homogénéité d'opinions au sein d'une même classe professionnelle.

A) Les infirmières somaticiennes :

Ambiguïté de leur relation avec le patient :

Les infirmières somaticiennes ont une relation équivoque avec le patient, oscillant entre méfiance (E1 : « *Ils arrivent à nous rouler quoi (...). Quelque part, à force je leur fais plus confiance* ») et compassion (E2 : « *C'est vrai que moi j'ai peut-être pas mal de compassion* »).

Elles se sentent toutes « *dealeuses en blouse blanche* ». Dans l'étude du Docteur Griguère (20), seuls 2.82% des soignants avaient la sensation de passer pour des « dealers ». Ici, on remarque toujours une ambiguïté entre cette impression de « dealer » et une certaine compréhension, même dans le mésusage.

E1 : « *Ils s'en vont avec leur sourire, ils ont compris que j'ai compris qu'ils l'avaient mis dans la poche. Parce qu'ils les enlèvent des blisters et ils les mettent dans la poche. Des fois je leur dis : « gardez-le carrément dans l'emballage, c'est plus hygiénique »* ».

Des opinions contradictoires vis-à-vis du traitement de substitution :

Une infirmière préférerait le sevrage au traitement substitutif.

E1 : « *Autant les sevrer tout de suite (...). Quand il n'y avait pas de traitement de substitution, on s'en sortait pas plus mal que maintenant* ».

Mais sa position n'est pas aussi tranchée puisqu'elle reconnaît en même temps l'utilité des traitements substitutifs.

E1 : « *Je comprends très bien qu'ils ont besoin d'un traitement, parce qu'ils sont en manque, et c'est très difficile de supporter le manque* ».

Ce propos a été retrouvé chez plusieurs infirmières somatiques interviewées.

Il convient de rappeler qu'il est démontré, en milieu extérieur, que les traitements de substitution permettent d'accéder à l'abstinence ou à un mode de consommation stable, avec une consommation d'héroïne trois fois plus faible chez les patients sous Méthadone® (5). On sait également qu'il existe une association entre prescription de Méthadone® et diminution de l'incidence pour le VIH et VHC en milieu extérieur (36). De plus, il existe une réduction de la réincarcération chez les patients substitués : en effet, l'étude de Johnson en 2001 montrait que la proportion de délinquants non réincarcérés, suivis trente mois après libération, était plus importante dans le groupe substitué par Méthadone® (initiée en milieu carcéral) (37).

En revanche, aucune étude n'a pu être réalisée en France, en milieu carcéral, apportant la preuve du bénéfice des traitements substitutifs. Pourquoi ? Les lois de bioéthique ne le permettent-elles pas ?

Les infirmières critiquent unanimement le contrôle de la prise des traitements et le mode de dispensation :

Elles regrettent devoir faire du « flicage ».

E2 : « *Je suis pas là pour faire le gendarme* ».

En outre, à cause d'une « distribution à la chaîne », elles se sentent dépossédées de leur rôle de soignante. Enfin, la visite quotidienne des patients à l'UCSA de la maison d'arrêt de Chambéry, obligatoire pour recevoir les traitements, est jugée inutile, car cela n'empêche pas, de toute manière, les mésusages.

E1 : « *C'est ridicule de les faire venir ici* ».

Presque toutes les infirmières somatiques interrogées méconnaissent la possibilité d'injection en prison :

L'une d'entre elles apprenait il y a peu de temps qu'il était possible de s'injecter le Subutex®. Une autre explique qu'elle préfère fermer les yeux et ne pas savoir s'il existe des injections en prison. L'ignorance des injections en prison par les infirmières serait-elle due à un manque de

formation en addictologie ? On peut aussi penser que les détenus n'osent peut-être pas se confier aux soignants.

Un manque de communication marqué avec les autres soignants :

Les infirmières aimeraient avoir des consultations en binôme avec les médecins, que ce soit les généralistes ou les psychiatres. Elles souhaiteraient également que leurs collègues psychiatriques s'intéressent plus à la toxicomanie des patients et participent à la dispensation des traitements au centre pénitentiaire d'Aiton.

B) Les médecins somaticiens :

Les relations avec les toxicomanes :

Les médecins interrogés s'opposent à l'idée de se considérer comme des « dealers ». Un médecin décrit également une difficulté liée au monopole du soin en prison. Et c'est justement cette situation de monopole du soin qui impose d'offrir des prestations polyvalentes et bienveillantes, de qualité optimale, ce que les médecins interrogés semblent s'efforcer de faire.

Un traitement de substitution largement approuvé :

Depuis la parution au journal officiel de la circulaire "santé justice" du 5 décembre 1996, qui permet aux détenus d'être "initiés" à la substitution, la situation semble avoir évolué dans le bon sens. En effet, aucun des médecins interrogés n'a émis la moindre opposition à la primo-prescription ou à la poursuite des traitements. D'ailleurs, les médecins émettent des critiques envers certaines infirmières qui préféreraient faire un sevrage au lieu d'une substitution. Néanmoins, ils sont mal à l'aise avec "le deal", tout comme les infirmières. Mais cela ne modifie pas leur prise en charge.

Les médecins somaticiens se plaignent d'un manque de communication avec les psychiatres, critique non réciproque :

Les médecins regrettent l'absence d'accord avec les psychiatres, concernant les prescriptions, ce qui était déjà constaté par le Docteur Sophie Sirot dans son étude de 2003 (19). Au niveau national, les médecins des UCSA se plaignaient déjà d'être peu au fait des pratiques de prescription de leurs confrères psychiatres, au cours du rapport d'évaluation de juin 2001 de l'IGAS et IGSJ (23).

C) Les infirmières de psychiatrie :

Elles décrivent des patients toxicomanes avec de nombreuses comorbidités psychiatriques :

E4 : « *Il y a quand même majoritairement des problèmes psy, en amont de la toxicomanie* ».

Selon ces soignants, traiter la toxicomanie sans prendre en compte les problèmes psychiatriques sous-jacents, ce n'est que s'occuper du sommet de l'iceberg. Mais il existe un biais de sélection, puisque les patients qui sont adressés par les somaticiens à l'équipe psychiatrique le sont souvent pour pathologies mentales.

Elles ne sont pas toutes d'accord sur la dispensation des traitements :

Pour une des infirmières, le contrôle semble contraire à une vraie démarche de soins. Sa collègue trouve qu'au contraire, la surveillance de la prise des médicaments est insuffisante, et amène à du trafic ou du mésusage.

Achat d'une paix sociale en prison :

Les trois infirmières de psychiatrie interviewées sont les seules à expliquer, avec la psychologue, que l'administration pénitentiaire ferme les yeux sur le trafic de produits licites ou illicites, pour préserver le calme dans les établissements pénitentiaires.

Le secret médical mal respecté :

Une infirmière de psychiatrie du CP d'Aiton s'oppose aux losanges marqués sur les sachets de Subutex®, car ceux-ci sont facilement repérables par l'ensemble des détenus et par les surveillants. Un moment de concertation s'impose pour réfléchir à un éventuel retrait de ces losanges.

D) Les psychiatres :

Ils identifient des troubles psychiatriques majeurs dans la population toxicomane :

Le patient souffre de pathologies psychiatriques, principalement des troubles de la personnalité avec en tête de file la psychopathie. Une étude confirmait en 2004, que huit détenus sur dix étaient atteints d'au moins un trouble psychologique grave (névrose et dépression) ou psychiatrique (38). Là aussi, tout comme pour les infirmières psychiatriques, il existe un biais de recrutement.

Absence d'accord sur les prises en charge :

L'un des psychiatres s'oppose au contrôle de la prise des médicaments, contrairement à son collègue. De plus, tandis que l'un régularise les traitements pris au marché noir, l'autre s'y oppose catégoriquement. Les deux psychiatres ne sont pas non plus d'accord concernant la mise en place éventuelle d'un programme d'échange de seringues.

E) En somme :

On se rend compte qu'il y a un fort ressenti des infirmiers somatiques, l'équipe psychiatrique ne s'occupant que d'une certaine proportion des toxicomanes présentant des troubles mentaux sous-jacents. Nous sommes interpellés par le fait que ce sont les infirmiers somatiques qui remettent le plus en cause la prise en charge existante.

Un premier paradoxe de ces infirmiers, c'est d'être à la fois au centre du soin et en même temps d'avoir l'impression d'être mis de côté. Un deuxième paradoxe, c'est de subir le poids du trafic en prison, alors que ce sont peut-être les personnes les moins responsables.

E1 : « J'ai l'impression par moments de créer d'autres toxicos, parce que je sais qu'ils partent avec et qu'ils vont aller le distribuer. Quelque part, je suis à la base de la toxicomanie du suivant ».

Cette citation est très forte dans la culpabilité qu'ont les infirmiers somatiques. Les médecins, à la base de la délivrance, semblent moins concernés. Pourquoi ? Le fait de prescrire les engage-t-il moins que le fait de donner ? Les médecins ont-ils moins de retour de la part des surveillants et des détenus que les infirmiers ?

Ces derniers semblent appartenir à la profession la plus exposée aux critiques, alors que c'est celle qui possède le moins de marge de manœuvre (leur rôle se limitant bien souvent, à travers les citations, à dispenser les médicaments).

IV. Les pistes de travail :

Il semble qu'il serait intéressant de réaliser :

- une étude qualitative par entretien ouvert, sur une population d'anciens détenus toxicomanes des prisons de Savoie, afin de documenter leurs expériences carcérales, leurs difficultés et surtout leurs pratiques (injections intraveineuses, sniffs, polyconsommations...),

au cours de l’incarcération. Cette étude serait une étape capitale pour permettre de comprendre l’importance réelle des mésusages et des prises de risque infectieux ;

- une étude qualitative sur l’analyse faite par les anciens détenus des deux prisons savoyardes, concernant la prise en charge de la toxicomanie aux opiacés qu’ils y ont reçue. Ceci pourrait nous amener à mieux cerner ce qui leur a permis d’avancer dans le projet thérapeutique, et ce qui pourrait être amélioré. Il serait également intéressant de compléter notre travail par une enquête qualitative complémentaire, portant sur les opinions de l’administration pénitentiaire et judiciaire, dans la prise en charge des addictions aux opiacés, telle qu’elle est faite actuellement sur ces deux prisons ;
- une étude quantitative avec dépistage sérologique VIH, VHB, VHC, à l’entrée et à la sortie pour savoir si le temps de l’incarcération est un temps de prise de risque. La loi de bioéthique du 6 août 2004 relative à la recherche biomédicale sur les personnes privées de liberté (article 1221-8-1) stipule “que les recherches sont possibles si elles ne peuvent être effectuées sur une autre catégorie de la population avec une efficacité comparable”. Il serait intéressant de soumettre ce projet d’étude au comité consultatif de protection des personnes.

V. En résumé:

Le patient toxicomane dans sa conduite addictive subit diverses interactions :

- tout d’abord, de la part des professionnels de santé, avec une relation soignant soigné déséquilibrée du fait du monopole de soin, mais aussi parce que les soignants peuvent projeter leur propre objectif thérapeutique sur le toxicomane. De plus, les interviewés peuvent avoir des discours discordants et mettre ainsi le patient en position de profiter de ces dissensions, ou alors le mettre en position d’échec.
- ensuite, des pressions émanant des autres détenus, qui peuvent les stigmatiser, les inciter à la consommation, ou les menacer de « racket ». Le groupe ethnique, pour des raisons religieuses et culturelles, peut également dévaloriser les toxicomanes ;
- des incitations de la part du juge d’application des peines, pour se sevrer du traitement substitutif. De même, il existe une pression de la part du système judiciaire, liée aux obligations de soins ;

- des demandes de la famille pour arriver à un sevrage complet à la sortie ;
- des interactions ambivalentes venant des surveillants, avec d'un côté, une tolérance de la consommation de stupéfiants pour maintenir une paix sociale en prison, et de l'autre côté, un mécontentement vis-à-vis des prescriptions médicales de substitutifs ;
- enfin, des contraintes liées à l'incarcération, qui oblige le soin, mais qui peut faire décompenser une pathologie psychiatrique.

Ces interactions sont schématisées dans la figure suivante :

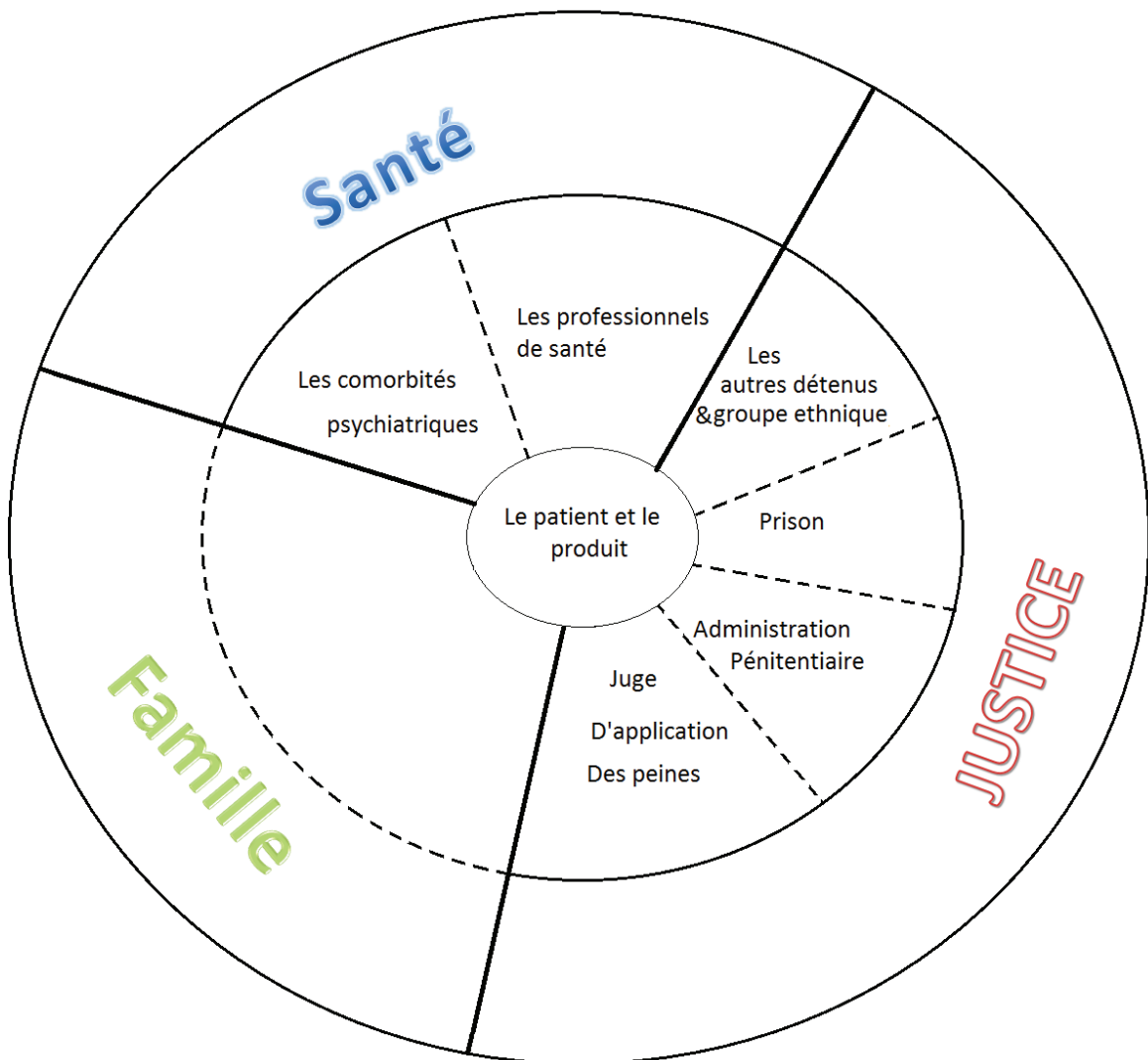


Figure 1 : schéma des interactions du patient toxicomane

Les principales difficultés exprimées par les soignants sont donc :

- les problèmes de communication entre professionnels de santé, pour lesquelles des réunions interdisciplinaires semblent être une piste de travail souhaitable. Certains soignants proposent également des consultations en binôme médecin-infirmier ;
- le problème du trafic, des produits rentrants et de la tolérance des surveillants pour garder une paix sociale en prison ;
- le manque d'harmonisation des pratiques, avec un déphasage dans les prises en charge entre soignants, notamment un désaccord sur les associations benzodiazépines et traitement substitutif, sur les arrêts de traitement substitutif et sur la régularisation de prises d'opioïdes au marché noir. Il semble important que les files actives soient bien respectées, pour que les patients ne puissent pas profiter de ces désaccords ;
- le manque de temps des équipes psychiatrique et somatique pour lequel la notion de soignant référent peut être une hypothèse de travail efficiente ;
- les maladies transmissibles avec une sous-estimation probable des pratiques à risque ;
- le faible niveau socio-éducatif des toxicomanes ;
- l'obligation de soins en milieu carcéral ;
- deux prisons avec une histoire et des pratiques différentes.

THESE SOUTENUE PAR : Cédric Arrivé né le 18.03.1981
Emilie Serman née le 25.11.1982

TITRE : Difficultés et ressentis des soignants dans la prise en charge des toxicomanes aux opiacés en milieu carcéral en Savoie en 2011

CONCLUSION

Les personnes toxicomanes aux opiacés sont surreprésentées en milieu carcéral. Le soin apporté à ces patients constitue un défi d'envergure pour les professionnels de santé qui les accompagnent en détention.

À partir de quatorze interviews exploratoires, nous avons réalisé une étude qualitative et descriptive visant à identifier les difficultés exprimées par les soignants des équipes somatique et psychiatrique des UCSA de la maison d'arrêt de Chambéry et du centre pénitentiaire d'Aiton, pour prendre en charge les patients toxicomanes aux opiacés. La recherche des contraintes à la prise en charge des addictions aux opiacés a été fructueuse.

Les principales difficultés émanant du patient toxicomane lui-même, en prison, sont :

- le trafic des traitements substitutifs, benzodiazépines et psychotropes avec pour conséquence une culpabilité des soignants et une sensation d'être « dealeur », ainsi que la création de nouvelles toxicomanies en milieu carcéral
- les carences socio-éducatives et les maladies psychiatriques associées

Les principales difficultés liées aux particularités du soin en prison sont :

- le respect du secret médical
- obtenir l'adhésion des patients à la démarche de soin.
- instaurer une relation de confiance entre soignant et patient
- les contraintes liées aux modalités de distribution des traitements avec mésusage à la clef
- le repérage des addictions à l'entrée en prison : déni ou surestimation des consommations
- le manque de préparation à la sortie
- les freins dans la gestion du risque infectieux avec sous-estimation probable des conduites à risque

Les principales difficultés relevant des équipes de soin sont :

- le manque de formation et de connaissance des soignants en addictologie
- les problèmes organisationnels avec un manque de temps et de locaux
- le manque de communication et de coordination, qui semble la difficulté centrale dans la problématique de l'étude
- le défaut d'harmonisation des pratiques

Cette étude a permis de soulever de nombreuses questions, auxquelles les soignants devront répondre, afin d'améliorer la prise en charge des patients. Quelques pistes de travail venant des professionnels eux-mêmes émergent : des réunions interdisciplinaires pour harmoniser les prises en charge, la notion d'un soignant référent pour chaque patient toxicomane, des consultations en binôme infirmier-médecin, une protocolisation

des pratiques.

La prise en charge des dépendances aux opiacés rentre bien sûr dans un projet de soin global des détenus, et ne serait se réduire au simple traitement substitutif ; il s'intègre dans une synergie entre tous les soignants, tout en prenant en compte l'environnement carcéral.

Plusieurs travaux pourraient découler de notre étude. Tout d'abord, on pourrait entreprendre une première étude qualitative, sous forme d'entretiens exploratoires anonymes, interrogeant les anciens détenus toxicomanes des deux prisons savoyardes sur leurs pratiques. Le but serait d'identifier les mésusages occasionnant une prise de risques infectieux en prison : injections intraveineuses, partage de seringues, sniffs et partages de pailles. Ensuite, il faudrait concevoir une étude qualitative sur l'analyse qui est faite par les détenus des prisons savoyardes, à propos de la prise en charge de la toxicomanie aux opiacés, pour comprendre ce qui leur a permis d'avancer dans le projet thérapeutique et ce qui pourrait être amélioré. Enfin, nous pourrions envisager une étude qualitative complémentaire portant cette fois-ci sur les opinions des surveillants pénitentiaires, dans la prise en charge des addictions aux opiacés, telle qu'elle est faite actuellement sur ces deux prisons.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 27 juin 2011

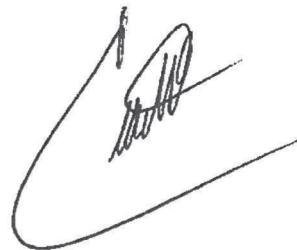
LE DOYEN

Pr Jean-Paul ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

Pr Maurice DEMATTEIS



BIBLIOGRAPHIE

- (1) Giscard d'Estaing Valéry, discours officiel, 1974.
- (2) Badinter Robert, Extrait du rapport fait au nom de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises, Documents d'information de l'Assemblée nationale n°2521, 2000.
- (3) Olievenstein Claude, La drogue ou la vie, Paris : Robert Laffont, 1983, p265-273.
- (4) Conférence de consensus de la FFA (Fédération Française d'Addictologie), stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution, Juin 2004.
- (5) Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence; Cochrane Database of Systematic reviews 2003, issue 2, Art NO CD002209. Last assessed as up-to-date: february 24. 2003.
- (6) I Sheerin & al. Reduction in crime by drug users on a methadone maintenance therapy in New Zealand. The New Zealand medical Journal; 12 March 2004 vol117, n°1190 ISSN 11758716.
- (7) Duburcq, A., Y. Charpak, et al.(2000), Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprénorphine, results of the SPESUB study (pharmacoepidemiologic follow-up of general practice Subutex). Rev Epidemiol Sante Publique 48(4): 363-73.
- (8) Teesson, M., J. Ross, et al. (2006), One year outcomes for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS), Drug Alcohol Depend 83(2):174-80.
- (9) Vasseur V., Médecin-chef à la prison de la Santé, Editions Le Cherche Midi, 2000.
- (10) Direction de l'administration pénitentiaire, Bureau des études, de la prospective et des méthodes, Statistique mensuelle de la population écrouée et détenue en France Situation au 1er janvier 2011.
- (11) Rapport d'activité 2009 unité de consultations et de soins ambulatoires du centre pénitentiaire d'Aiton par Centre hospitalier de Chambéry et Centre hospitalier spécialisé de la Savoie.
- (12) Rapport d'activité 2009 unité de consultations et de soins ambulatoires de la maison d'arrêt de Chambéry par Centre hospitalier de Chambéry et Centre hospitalier spécialisé de la Savoie.

- (13) Mouquet M-C, La santé des personnes entrées en prison en 2003, Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, DREES, Etudes et Résultats n°386, mars 2005.
- (14) Rotily M, Delorme C, Galinier A, Escaffre N, Moatti J, Pratiques à risque de transmission du VIH en milieu carcéral et facteurs associés à la réincarcération des usagers de drogues par voie intraveineuse, *Press Med* 200 ; 29 :1549-56.
- (15) OMS, Aide-mémoire Copenhague et Madrid, Santé en prison – VIH, drogues et tuberculose, 29 octobre 2009.
- (16) Durand E, La réduction des risques en milieu carcéral entre politiques et réalités, un défi qui demeure ; *Presse Med* 2003 ; 32 :1783-9.
- (17) Chandler R. K., Fletcher B. W., and Volkow N. D., Treating Drug Abuse and Addiction in the Criminal Justice System : Improving Public Health and Safety *JAMA*. 2009 January 14; 301(2): 183–190.
- (18) Baron-Laforet S., Brahmy B., Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Encyclopédie MédChir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-953-A-10, 1998, 9p.
- (19) Sirot S., Faire face à la toxicomanie en milieu carcéral. Mise en œuvre de la politique de santé publique. Les actions menées dans l'Oise. Mémoire de l'Ecole nationale de la santé publique, 2003.
- (20) Griguère P., Les professionnels du soin et les usagers de drogue. Pratiques et représentations vis-à-vis des toxicomanies, *Enquêtes Obs Tox*, 2001.
- (21) Harcouët L., L'exercice pharmaceutique hospitalier en milieu carcéral, *Annales Pharmaceutiques Françaises* (2010)68, 286-290.
- (22) Stöver H., Casselman J., Hennebel L., Substitution treatment in European prisons: a study of policies and practices in 18 European countries. *Int J Prisoner Health*. 2006; 2:3–12.
- (23) Rapport d'évaluation IGAS/IGSJ, L'organisation des soins aux détenus, Juin 2001.
- (24) Singleton, N., Pendry E., Taylor C., Farrell M. and Marsden J. Drug-related mortality among newly released offenders. London, UK: Home Office Findings 187; 2003.
- (25) Rapport Observatoire International des Prisons : les conditions de détention en France - Chapitre Addictions OIP/La découverte, 2005, 288p.
- (26) Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: éditions Nathan 1992:127 p.
- (27) Sentilhes-Monkam A, L'hospitalisation à domicile et la prise en charge de la fin de vie : le point de vue des patients et de leurs proches, *Santé Publique* 3/2006 (Vol. 18), p. 443-457.

- (28) Serin D., Pujol H., Schraub S., Chevalier H. Parcours de femmes. Enquête d'opinion réalisée auprès des femmes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires et auprès des équipes soignantes qui les ont prises en charge. Bulletin du Cancer. Volume 85, Numéro 6, 578-88, Juin 1998.
- (29) Obradovic I, 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, 2003.
- (30) Rotily M. et al. Drogues et toxicomanies: indicateurs et tendances. L'usage de drogues en milieu carcéral. Édition 1999. OFDT p198-201.
- (31) Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, Décembre 2000.
- (32) Emmanuelli J., Lert F., Valenciano M., Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France. Institut de veille sanitaire, Institut national de la Santé et de la Recherche médicale. 1999.
- (33) Hoover J, Jurgens R., Harm reduction in prison: the Moldova model, rapport, NY, Open Society Institute, 2009.
- (34) Desjarlais, D. et Friedman, S., HIV epidemiology and interventions among IDUs. International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS, 7:57-61, 1996.
- (35) Stöver, H. et Nelles, J. (2003) Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. International Journal of Drug Policy, 14:436-444.
- (36) Van Den Berg C. & al, Full participation in harm reduction programs is associated with decreased risk for HIV and HCV: Evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users. Addiction 2007;102(9):1454-1462.
- (37) Johnson S.L. & al. Incidence du traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral sur l'issue de la mise en liberté. Direction de la recherche, service correctionnel du Canada, centre de recherche en toxicomanie. Sept 2001 R-119.
- (38) Duburcq A. & al, Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire), Référence : 2001-148, décembre 2004.

REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

1. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
2. Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (Article 3 modifié par Arrêté 1995-05-10 art. 2 JORF 12 mai 1995).
3. Circulaire DGS/1354/2 D du 3 novembre 1987. Cahier des charges. Type des antennes toxicomanies des services médicaux psychologiques régionaux.
4. Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
5. Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la santé et de la ville, JO n°15 du 19 janvier 1994.
6. Circulaire DGS n° 14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes.
7. Circulaire DH/DGS/DSS/DAP n° 45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, et guide méthodologique.
8. Circulaire DGS n° 4 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995.
9. Circulaire DGS n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés.
10. Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.
11. M.Gentilini, rapport IGSI, la santé en milieu carcéral, 11 Juillet 1996.
12. Circulaire DGS n° 96-739, Santé Justice, 5 Décembre 1996.
13. Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

14. Rapport de commission d'enquête n° 449 (1999-2000) de MM. Jean-Jacques HYEEST et Guy-Pierre CABANEL, fait au nom de la commission d'enquête sénatoriale, déposé le 29 juin 2000, Prison : Une humiliation pour la République.
15. Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé.
16. Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, Article L. 1221-8-1.
17. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 7.
18. Article 20 de la loi pénitentiaire du 6 Mars 2009.
19. Instruction DGS/MC2/DGOS/R4 n° 2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention

ANNEXES

Annexe 1 : protocole à la réception d'un toxicomane sous traitement de substitution, en l'absence de médecin :

CENTRE HOSPITALIER DE CHAMBERY
UNITE DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES
CENTRE PENITENTIAIRE d'AITON et MAISON D'ARRET de CHAMBERY

**PROTOCOLE à la réception d'un toxicomane
sous traitement de substitution, en l'absence de médecin**

1. Vérifier la réalité du traitement : joindre le médecin prescripteur ou le centre désigné par le patient.
2. Si celui-ci n'est pas joignable, que le détenu ne présente pas de somnolence et que la tension est supérieure à 10, donner la dose de SUBUTEX qu'exprime le patient avec un maximum de huit milligrammes ou de METHADONE avec un maximum de 60 milligrammes (ou d'un milligramme par kg si poids inférieur à 60 kg), en expliquant au détenu :
3. Qu'il n'est pas certain que la prescription soit poursuivie : le médecin décidera en fonction de son état de santé et du prescripteur précédent qui sera joint.
4. Qu'il ne faut pas associer à des benzodiazépines (Rohypnol, Valium, Xanax, Tranxène, Lexomil, ...).
5. Lui donner la note prévue à cet effet
6. Convoquer le patient à la consultation médicale la plus proche
7. Noter sur le dossier médical la délivrance (date, dose, modalité de prise et signature)

Pour le médecin :

Décision de substitution en fonction :

- ~ De la prescription avant incarcération : cohérence ou non, cadre thérapeutique ou non.
- ~ Des co-prescriptions : l'association à d'autres psychotropes, notamment benzodiazépines, ne peut être qu'exceptionnelle, à petites doses et en évitant le TRANXENE.
- ~ De l'acceptation de la délivrance journalière à l'infirmerie pour la METHADONE
- ~ De la demande de soins : un suivi complémentaire est nécessaire : soit psychologue, soit IDE, soit service socio-éducatif (avec référent), soit Pélican (Corinne DUMAS, joignable au 04.79.37.87.00). Refaire le point avec ce ou ces professionnels au moins une fois tous les trois mois, si possible en présence du détenu.
- ~ Réaborder le dossier en commission de coordination des dépendances (UCSA, MA de Chambéry).

Pour validation

Première mouture : 16 décembre 2002
Actualisation N°1 : 13 février 2006

Docteur O. ROGEAUX

Docteur B. DE GOER

Annexe 2 : fiche état de santé entrant (remplie lors de l'entretien infirmier). Document de service UCSA- maison d'arrêt de Chambéry et CP Aiton CH de Chambéry :

CENTRE HOSPITALIER DE CHAMBERY
UNITE DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES – CENTRE PENITENTIAIRE D'AITON
TEL :04.79.36.37.61 FAX :04.79.36.22.76.

FICHE : ETAT DE SANTE ENTRANT

DATE : FAIT PAR :
NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : LIEU :
NATIONALITE : LANGUE PARLEE :
ADRESSE :

DATE D'INCARCERATION
PROVENANCE : LIBERTE MUTATION DE :
INCARCERATION ANTERIEURE : NON : AITON CHAMBERY AUTRE :
CATEGORIE PENALE : PREVENU CONDAMNE DUREE DE LA CONDAMNATION :

SITUATION FAMILIALE
CELIBATAIRE MARIE(E) DIVORCE(E) CONCUBIN(NE) VEUF(VE) ENFANTS.....

PROFESSION OU NIVEAU D'ETUDE :

MEDECIN TRAITANT :DR

ANTECEDENTS PERSONNELS : ALD CMU

ALLERGIES :

ADDICTIONS : TABAC : ALCOOL : TOXIQUES : INJECTION :

MEDICAUX :

CHIRURGICAUX :

PSYCHIATRIQUES :

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

TRAITEMENT EN COURS :

BILAN D'ENTREE POIDS : TAILLE : ETAT DENTAIRE : TA :

RADIO PULMONAIRE - DATE:

VACCINATIONS : DTP A JOUR NON A JOUR INCONNU
HEPATITE B A JOUR NON A JOUR INCONNU

DEPISTAGE CIDIST REALISE NON OUI DATE

FACE A L'ALCOOL ET AU TABAC... QUE FAIRE ?

● L'ALCOOL :

Il est interdit en milieu carcéral. Il est fréquent de ne pas bien se rendre compte de sa consommation à l'extérieur. Si la raison de votre présence ici a un lien avec l'alcool ou si vous désirez évaluer votre consommation, **n'hésitez pas à en parler au Service Médical**. Vous trouverez aussi les différents soutiens que l'on peut vous apporter si nécessaire, avec des intervenants spécialisés.


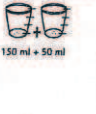




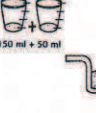







● LE TABAC :

La prison est soumise à la loi Evin : Les zones non fumeurs doivent être respectées. Il est particulièrement difficile d'arrêter de fumer dans un contexte peu favorable, mais ce n'est pas impossible ! **Parlez-en au Service Médical**.

● AUTRES PRODUITS :

Même s'ils sont interdits par la loi, il est possible de trouver des moyens pour tenter de faire le point sur les consommations, voire de s'en libérer : cannabis, opiacés, cocaïne... **parlez-en au Service Médical**.

Annexe 4 : fiche protocole de désinfection en restauration collective par eau de javel :

| CE QU'IL FAUT DESINFECTER | COMMENT DESINFECTER | DOSAGES D'EAU DE JAVEL A 12° CHL DUREES DE CONTACT | RECOMMANDATIONS PARTICULIERES |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Locaux : resserres, cuisine, restaurant, vestiaires, sanitaires, couloirs. Sols, murs, portes, mobilier, carrelages, revêtements. <p>(émaill, faïence, grès, plastique, marbre, peinture vinylique, vernis, acier inox...)</p>  | <ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer et rincer. • Passer la solution javellisée • Le rinçage est obligatoire pour les surfaces devant être au contact de denrées alimentaires et nécessaire pour les surfaces métalliques (risques de corrosion). Il est facultatif pour les sols. | <p>200 ml pour 10l d'eau 5 min minimum</p>  <p>150 ml + 50 ml</p>  <p>5 min</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Revêtements collés : éviter les infiltrations d'eau. • Acier inoxydable : on peut parfaitement javelliser dans les conditions normales, sous réserve de procéder à froid et de bien rincer. • Ne pas mélanger l'Eau de Javel avec des produits de lavage ou de nettoyage qui n'ont pas été étudiés à cet effet : la désinfection serait compromise. • Après utilisation, les raclettes, brosses, lavettes, serpillières doivent être rincées, essorées, javellisées et séchées à l'air. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gros et petit matériels, plans de travail. • Aires de réception des fournitures, locaux à poubelles. • Récipients à déchets, installations d'évacuation des déchets.  | <ul style="list-style-type: none"> • Démontez, raclez ou balayez, puis nettoyez et rincez. • Javelliser par application, trempage ou remplissage, selon le cas. • Le rinçage est obligatoire pour les surfaces devant être au contact de denrées alimentaires et nécessaire pour les parties métalliques ou en caoutchouc. | <p>31 l pour 10l d'eau 15 min minimum</p>  <p>15 min</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Le dosage ci-dessus peut éventuellement être augmenté en cas de contamination importante. • Un bon rinçage élimine toute odeur persistante. • Voir également les trois premières recommandations de la rubrique précédente. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Canalisations, wc, siphons de sol, y compris installations septiques.  | <ul style="list-style-type: none"> • Verser l'Eau de Javel directement dans la canalisation, la cuvette ou le siphon. • Rincer en ouvrant le robinet ou en actionnant la chasse d'eau. | <p>200 ml pour 15 min</p>  <p>150 ml + 50 ml</p>  <p>15 min</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Les eaux usées normalement javellisées peuvent être évacuées directement dans tous les types de canalisations. • On peut parfaitement utiliser de l'Eau de Javel, au dosage ci-contre, pour la désinfection des installations comportant une fosse septique. • Ne jamais mélanger l'Eau de Javel avec un produit détartrant : risque d'émanation de chlore. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Batteries et ustensiles de cuisine, vaisselle, couverts, plats et autres récipients. <p>(verre, porcelaine, émail, inox, plastique...)</p>  | <ul style="list-style-type: none"> • Après nettoyage et rinçage, javelliser dans un bac propre. • Le rinçage après désinfection est obligatoire. | <p>375 ml pour 50l d'eau 15 min</p>  <p>150 ml + 150 ml + 75 ml</p>  <p>15 min</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Email, verre à feu... tachés, aliments brûlés : pour blanchir, verser de l'Eau de Javel à 12° chl. et laisser en contact 1 à 2 heures ; vider l'Eau de Javel puis faire bouillir de l'eau dans le récipient pour le désodoriser ; enfin, rincer à l'eau. • Récipients en inox tachés, aliments brûlés : verser de l'eau javellisée froide (100 ml d'Eau de Javel à 12° chl. pour 1 litre d'eau) et laisser en contact 1 heure au maximum (ne jamais javelliser à chaud) ; puis rincer abondamment. • L'argenterie ne doit pas être javellisée. • Ne pas mélanger l'Eau de Javel et avec un produit à vaisselle (détergent) : la désinfection serait compromise. • Rincer abondamment dans tous les cas. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Crudités, aromates frais. <p>Salades, légumes, persil, cerfeuil...</p>  | <ul style="list-style-type: none"> • Après trempage et lavage dans de l'eau (15 min), égoutter les crudités. • Rincer le bac, le remplir d'eau et ajouter l'Eau de Javel. • Immerger les crudités et, après quelques minutes, les rincer abondamment, puis les égoutter. | <p>20 ml pour 50l d'eau 5 min</p>  <p>10 ml + 10 ml</p>  <p>5 min</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ce dosage, qui correspond à 8 gouttes d'Eau de Javel par litre d'eau, améliore la qualité hygiénique des crudités. • Il faut bien entendu veiller à la propreté des mains en cours d'opération. • La désinfection des crudités est primordiale pour détruire de nombreuses bactéries. |

INFORMATIONS GENERALES

- L'Eau de Javel et le concentré doivent être stockés à l'abri de la lumière et de la chaleur, et hors de la portée des enfants.
- L'Eau de Javel à 12°chl (flacons de 1, 2 ou 4 litres) se conserve au moins 1 an.
- Le concentré à 48°chl (doses-recharges, beringots) doit être dilué après l'achat, en tous cas dans les 2 à 3 mois qui suivent la date de fabrication inscrite sur l'emballage.
- L'Eau de Javel doit toujours être utilisée seule : ne jamais la mélanger avec un autre produit d'entretien (produit détergent, désinfectant, détartrant).
- Pour bien désinfecter, l'Eau de Javel doit toujours être utilisée avec de l'eau froide.



1 seau = 10 litres

1 litre d'Eau de Javel à 12° chl.

1 verre à eau = 150 ml

1 cuillère à dessert = 10 ml

20 gouttes = 1 ml

ATTENTION A TOUTE EXPOSITION AU SANG

Tout tatouage avec du matériel partagé peut transmettre des bactéries (infections locales), des virus (SIDA, hépatites).

Certains microbes peuvent être aussi transmis par les tondeuses et/ou les rasoirs.

En cas de blessure et de contact avec du sang il faut immédiatement désinfecter et parfois réaliser des bilans sanguins. En parler immédiatement à l'infirmière.

Le matériel souillé doit être éliminé.

L'UCSA peut vous aider à évacuer le matériel souillé.

- **Si le matériel souillé est quand même conservé après utilisation : Laver abondamment à l'eau courante dès que possible afin de le débarrasser de toutes traces de sang. Si l'objet est creux, le remplir et le vider complètement deux fois d'eau.**
- **Avant chaque réutilisation d'un matériel, laver à nouveau abondamment de la même façon, puis répéter l'opération avec de l'eau de javel (celle-ci est à votre disposition dans votre paquetage). Laissez agir au moins trente secondes et recommencer au moins une deuxième fois afin d'avoir un temps de contact avec l'eau de javel d'au moins une minute. Puis rincer complètement avec de l'eau courante encore deux fois.**

Cette procédure diminue les risques sans les éliminer.

Référence : Circulaire N° 96/739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection VIH en milieu pénitentiaire.

Annexe 7: lettre d'introduction de l'étude aux soignants distribuée en mars 2011 par courrier interne :

Chambéry, le 21 février 2011,

Aux soignants de la maison d'arrêt de Chambéry et du centre pénitentiaire d'Aiton.

Madame, Monsieur,

Vous allez être sollicité pour participer à une enquête portant sur la prise en charge des patients toxicomanes en milieu carcéral en Savoie.

Ce travail vise à faire surgir les ressentis, expériences et difficultés que vous rencontrez dans votre exercice quotidien vis-à-vis de ces patients. Il s'agit d'une étude qui va servir de support de travail pour une réflexion plus large sur la prise en charge globale du patient toxicomane incarcéré, afin d'essayer d'améliorer les prises en charge.

Cette enquête va être menée par Monsieur Cédric Arrivé et Mademoiselle Emilie Serman dans le cadre de leur thèse de médecine générale sous la direction du Docteur Briec Galès, médecin au centre hospitalier de Chambéry.

La méthodologie de ce travail est une enquête descriptive par entretien individuel (avec comme interviewer Cédric Arrivé) avec des questions ouvertes qui permettront de recueillir votre avis le plus librement possible. Bien sûr, aucun jugement de valeur ne sera porté sur ce qui est dit lors de votre entretien.

Parmi ceux qui auront donné leur accord pour cet entretien, un échantillonnage (visant à être le plus représentatif de la diversité des interviewés dans les professions représentées) sera réalisé et donc tous les soignants ne seront pas interviewés.

L'entretien sera enregistré puis retranscrit et adjoint de manière anonyme en annexe de la thèse. Vous aurez accès à votre entretien écrit et, si vous le désirez, vous pourrez retirer une partie de votre interview. Les interviews auront lieu à partir de mars 2011. Les deux cadres de santé et les deux responsables médicaux des unités de santé mentale et somatique ont donné leur accord pour ce travail.

En vous remerciant de l'accueil que vous réserverez à Cédric Arrivé, et en restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Dr Bruno De Goër.

Annexe 8 : trame d'entretien :

L'interview sera conduite à la deuxième personne du pluriel, sur invitation de l'interviewé.

L'interview sera menée à la deuxième personne du singulier.

« Bonjour,

Vous êtes amené à prendre en charge des toxicomanes incarcérés de manière régulière, notre enquête porte sur les difficultés que vous pouvez avoir dans votre activité quotidienne.

Que faites-vous ?

Depuis combien de temps travaillez-vous en milieu carcéral ?

Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler en milieu carcéral ?

Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer dans votre exercice pour prendre en charge les patients toxicomanes aux opiacés ?

L'entretien n'est pas directif, les questions doivent être le plus possible ouvertes. Les différents sujets suivants doivent être abordés dans l'interview ; soit le soignant en parle spontanément et l'interviewer essaie de lui faire développer le sujet par le biais de relances, soit l'interviewer l'invite à en parler s'il n'en fait pas état : *quelles sont les difficultés que vous identifiez dans la prise en charge du toxicomane incarcéré lors des différents étapes du soin :*

-lors du repérage des personnes ayant des problèmes d'addiction pendant la visite médicale d'entrée, au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ;

-lors du diagnostic posé par un professionnel spécialisé en addictologie ;

-lors de la définition d'un projet de soins adapté, notamment au cours du suivi du sevrage, prescription et suivi de traitements de substitution, prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques, suivi psychologique ;

-lors de la préparation à la sortie ;

-dans la prise en charge de la réduction des risques infectieux ;

-dans l'interaction et l'articulation entre les différents soignants des deux équipes somatique et psychiatrique ;

- dans l'interaction avec l'association Le Pélican et le SPIP.

Les questions suivantes sont posées :

Quel est, selon vous, le but de la prise en charge des toxicomanes aux opiacés en prison ?

Quel est le sens de la toxicomanie en prison, en d'autres mots, pourquoi se droguent-ils ?

Concernant la politique de réduction des risques, la notion de programme d'échange de seringues sera abordé soit spontanément soit introduite par l'interviewer.