

DÉCEMBRE 2024 - N° 80

DEPENDANCES



L'univers carcéral

Revue éditée par Addiction Suisse et le GREA

SOMMAIRE

« L'UNIVERS CARCÉRAL »



2

ÉDITORIAL

Frank Zobel



3

TRAJECTOIRES SOCIO-PÉNALES DE PERSONNES PRÉCARISÉES ET CONSUMMATRICES DE DROGUE

Lucile Franz



7

ADDICTION EN MILIEU CARCÉRAL : RISQUES ET OPPORTUNITÉS

Dominique Marcot



11

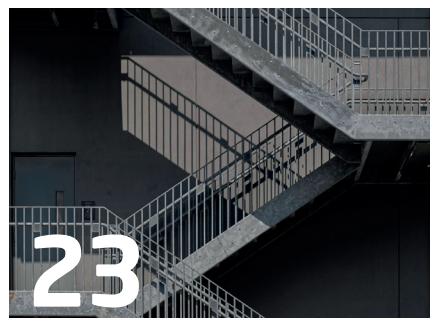
INTERVIEW

*Julien Maret par Camille Robert et
Jean Clot*

17

PARCOURS PÉNAL, SOINS ET RÉINSERTION : REGARDS CROISÉS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

*Loïc Sottas, Philippe Barboni,
Jean Clot, Sandrine Hauswirth et
Nicolas Turtshi*



23

LES CONSOMMATIONS DE DROGUES EN PRISON EN FRANCE

*Stanislas Spilka, Caroline Protais
et Melchior Simioni*

27

INTERVIEW

*Anne-Claire Brechet Bachmann
par Barbara Broers*

29

DÉPLOIEMENT DU PREMIS DANS LES PRISONS VAUDOISES

*Nathalie Jacquard,
Dr Didier Delessert, Nadia Fucina
et Christiane Sauvageat*

33

RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS AU TABAC EN PRISON, C'EST POSSIBLE : UN PROJET PILOTE NEUCHÂTELOIS AUTOUR DE LA VAPOTEUSE

Magda De Pasquale

ÉDITORIAL¹



Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), plus de 9'000 personnes, à 90% des hommes, débutent une incarcération chaque année dans notre pays. Si la personne détenue est de nationalité suisse ou résidente de ce pays, qu'elle bénéficie d'une couverture LaMal, si la prison ou le canton sont assez grands pour disposer d'un service de médecine pénitentiaire, si la personne en charge de ce service et celle qui dirige la prison s'engagent pour la santé des personnes incarcérées, alors il y a une chance pour que l'accès aux soins se rapproche de celui auquel on peut prétendre dans notre pays. À l'inverse, si la personne détenue est sans autorisation de séjour et n'a pas d'assurance maladie, si elle est incarcéré-e dans une petite prison ou un canton qui n'a pas de service de santé carcéral digne de ce nom, et si le directeur et le personnel pénitentiaire ont d'autres priorités que la santé des détenu-e-s, il n'y a guère de chance que le principe d'équivalence dans l'accès aux soins, pourtant promu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par l'Union européenne, ne s'applique.

Ce constat n'est ni neuf ni étonnant. Il reflète la situation disparate du monde carcéral mais aussi l'attention et les ressources limitées que nous lui accordons. «L'ombre du monde», comme l'appelle Didier Fassin (voir éditions Seuil, 2017), entretient pourtant

des liens étroits avec la problématique des addictions. On enferme celles et ceux qui ont fait du trafic de stupéfiants, y inclus si c'était pour financer leur propre usage, mais aussi des personnes dont la consommation de substances a pu être associée à divers délits ou à des dénonciations répétées. À l'intérieur des murs carcéraux, même si cela est interdit, on consomme et on vend des substances psychoactives qui parfois permettent de mieux supporter la privation de liberté. On peut aussi avoir accès à une prise en charge et à des ressources en prison, ou à travers une mesure alternative à l'incarcération, qui permettent de s'occuper d'une addiction ou d'autres problèmes que l'on peinait à adresser auparavant. À l'inverse, si on a besoin d'accéder immédiatement à des mesures de réduction des risques, pourtant prévues par la loi, il faudra avoir de la chance et être placé dans l'un des quelques établissements carcéraux qui les proposent.

Ces liens entre la problématique des addictions et l'univers carcéral font l'objet de ce numéro de *Dépendances*. Comme on le verra, ils sont complexes et souvent ambigus. Punition et rémission, rigidité et opportunité, abstinence et consommation, aider et laisser faire, violence et liberté, ne sont jamais loin l'un de l'autre. On sort de la lecture des articles réunis ici en se disant que l'on devrait

certainement renoncer à certaines incarcérations, mais aussi en se demandant comment on pourrait augmenter les opportunités de rétablissement et de réintégration pour les personnes qui vivent une addiction et qui ont été privées de liberté. Des pistes sont prévues dans notre code pénal mais, comme on le verra, elles se heurtent régulièrement à des conceptions idéologiques datées ou aux stigmas, mais aussi à un manque de ressources. Il y a donc encore à faire pour que la condition carcérale ne soit plus «l'ombre» mais une partie visible, reconnue, juste et utile du monde dans lequel nous vivons.

*Un mot encore pour remercier chaleureusement Valentine Schmidhauser, qui a activement contribué au travail de rédaction de la revue *Dépendances* pendant deux ans, et pour souhaiter la bienvenue à Jonathan Chavanne qui a accepté de reprendre sa place.*

Frank Zobel

Notes et références

1. Je remercie mes collègues de la Commission fédérale pour les questions liées aux addictions et à la prévention des maladies non transmissibles (CFANT) dont j'emprunte ici quelques observations.

TRAJECTOIRES SOCIO-PÉNALES DE PERSONNES PRÉCARISÉES ET CONSOMMATRICES DE DROGUE

Lucile Franz (Haute école de travail social et de la santé Lausanne)

Les institutions de régulation, qu'elles soient sociales ou pénales, jouent un rôle essentiel dans la vie des personnes souffrant d'addiction. Cependant, ces structures ont été conçues pour une tranche de la population correspondant à une norme qui ne reflète pas toujours la réalité des consommateur·rice·s de stupéfiants. Le système socio-pénal en place ne risque-t-il pas, dès lors, d'ajouter un niveau supplémentaire à la discrimination déjà subie par ces personnes? Permet-il réellement de favoriser une sortie «par le haut», ou contribue-t-il au contraire à renforcer leur discrimination?

Manuel (nom fictif) est Suisse et a 55 ans. Il vit dans un appartement dans la région de la Riviera, qu'il a obtenu par le biais des services sociaux. Malgré la stabilité de son logement, il considère que sa situation reste précaire, et souffre d'isolement social et de problèmes de santé. Ancien électricien et détenteur d'un CFC, Manuel acheminait de la drogue entre deux villes romandes au début des années 2000, afin d'arrondir ses fins de mois. Cette activité devenue routinière pendant un temps, l'a conduit à se faire arrêter par la police ferroviaire. Il a été condamné à une peine de privation de liberté, assortie d'environ 100'000 CHF de dettes (frais de justice et autres). Depuis sa sortie de prison en 2012, Manuel perçoit le revenu d'insertion. Toutefois, son âge avancé, ses antécédents pénaux ainsi que son état de santé limitent ses perspectives de réinsertion professionnelle. Toujours en phase active de consommation, il ressent une frustration face à la non-reconnaissance d'un droit à l'assurance invalidité (AI), sa consommation étant perçue comme la cause de son incapacité professionnelle. Néanmoins, il aspire à trouver une activité pour atténuer son sentiment d'inutilité. Il fréquente un centre d'accueil à bas seuil de la région Riviera, où il effectue des «petits jobs» en échange de repas gratuits et de lien social (extrait du journal de terrain, janvier 2020).

Cette vignette est tirée d'une thèse de doctorat en sociologie, fondée sur une enquête qualitative menée auprès de professionnel·le·s des champs social et pénal, ainsi que sur une ethnographie conduite dans des centres d'accueil à bas seuil d'accessibilité

du canton de Vaud. L'objectif était de comprendre les trajectoires institutionnelles de personnes en situation de précarité et ayant une dépendance aux drogues. Cette recherche a révélé que, comme Manuel, de nombreuses personnes précarisées et consommatrices croisent une multitude d'institutions de régulation. Elles sont à la fois bénéficiaires de prestations sociales (principalement de l'aide sociale, ou parfois l'AI lorsque l'assurance entre en matière), usagères des structures d'accueil à bas seuil, et cibles d'interventions policières, les conduisant à fréquemment faire l'expérience de la prison. Ainsi, elles naviguent entre diverses institutions étatiques, qui révèlent tantôt un visage «social» ou «sanitaire», orienté vers l'accompagnement, la prévention ou la réduction des risques, tantôt un visage «sécuritaire», les entraînant dans l'appareil répressif. Paradoxalement, en dépit de cette pluralité d'acteurs, l'absence d'un accompagnement global les laisse dans un vide institutionnel.

DES POLITIQUES SOCIALES NORMATIVES FONDÉES SUR L'INSERTION PROFESSIONNELLE

Les politiques sociales sont largement construites autour de la centralité de l'emploi comme principal levier de l'insertion et de la protection sociale. L'accès aux prestations, et notamment aux assurances sociales, est conditionné par des critères de participation au marché du travail, qui rendent ces dispositifs difficilement accessibles aux personnes en situation de précarité et de consommation active. Ces personnes, à l'instar de Manuel, disposent de peu de perspectives

professionnelles et se trouvent souvent exclues des politiques insertionnelles, qui façonnent pourtant la protection sociale depuis plusieurs décennies¹. Leur incapacité à s'insérer durablement dans l'emploi, les place en marge du système de protection sociale, renforçant ainsi un ancrage à l'aide sociale ou à des structures d'accueil à bas seuil d'accessibilité, davantage axé sur des formes de travail social palliatif². En ce sens elles sont souvent mal protégées par les dispositifs sociaux.

UNE RÉGULATION PÉNALE À LA DÉFAVEUR DES PERSONNES « DÉSINSÉRÉES »

La sociologie de la prison a depuis longtemps démontré que la construction de la réalité pénale s'effectue dans un contexte de rapport de pouvoir, qui se joue à la fois en dehors et en amont des institutions pénales. Cette « sélectivité pénale » s'exerce à deux niveaux.

D'une part, elle se manifeste par la tendance des pouvoirs publics à déployer des dispositifs sécuritaires pour répondre à certaines problématiques sociales liées à la précarité, par exemple la consommation de drogues dans l'espace public. Les personnes concernées, dont les comportements sont perçus comme déviants par rapport aux normes dominantes, font l'objet d'une attention accrue de la part des forces de police, qui concentrent leurs interventions sur ces populations jugées « à risque ». Cette modalité de fonctionnement augmente la probabilité d'une rencontre avec les institutions pénales.

D'autre part, une fois entrée dans le système pénal, les personnes précarisées et consommatrices sont fréquemment confrontées à l'institution carcérale, alors même que les illégalismes commis relèvent d'infractions mineures, telles que des incivilités, la consommation de drogue ou des troubles à l'ordre public. Les écrits de Foucault montrent que les comportements « typiques » des classes défavorisées ont historiquement été davantage sanctionnés par la privation de liberté³. Dans cet héritage, de nombreuses recherches ont mis en lumière que « la prison est un lieu où l'on envoie plus aisément les démunis[sic] »⁴ et qu'elle « ne fait que transposer, voire exacerber, au cœur de la détention, les inégalités sociales à l'œuvre à l'extérieur »⁵. Il en découle une relation étroite entre précarité et incarcération, et les personnes désinsérées, précaires et consommatrices sont davantage exposées à l'enfermement en raison de leur éloignement des normes sociales attendues.

Concrètement, au sein du système pénal suisse, cela se manifeste à travers trois aspects : les peines de substitution ; le régime de jour-amende et l'orientation

vers la gestion du risque de récidive. Les peines de substitution, telles que la semi-liberté, les travaux d'intérêt général ou la surveillance électronique, sont difficilement accessibles aux personnes précarisées et consommatrices de drogue. Ces mesures requièrent un certain degré d'insertion socio-professionnelle (20 heures de formation ou d'activité professionnelle par semaine) ou l'existence d'un logement stable. Des personnes « inactives », désaffiliées ou en phase active de consommation, ont donc peu de chance de bénéficier de ces peines puisque, ce sont les critères de l'insertion qui sont déterminantes dans leur prononcé : leur objectif est de ne pas perturber l'équilibre de vie des personnes insérées (logement, travail et formation). Le système pénal semble ainsi conçu pour une population insérée, pour laquelle les conséquences de l'enfermement sont anticipées et prises en compte. Dès lors que les personnes se trouvent en marge du cadre normatif dominant, la dynamique change, et les peines visent d'abord à appréhender la situation vécue.

Lorsque les infractions commises sont de faible gravité, elles sont généralement sanctionnées par des amendes ou des peines pécuniaires, prononcées sous forme de jours-amende. Cependant, en cas de non-paiement, ces jours-amende sont convertis en jours de détention. Il existe donc, au sein du Code pénal suisse, un lien direct entre l'incapacité financière d'un individu à s'acquitter de sa peine et son incarcération.

Enfin, l'orientation vers la gestion du risque de récidive adoptée dans la plupart des systèmes pénaux des pays occidentaux depuis la fin du XX^e siècle⁶, confère à la prison un rôle de « gestionnaire des risques » vis-à-vis des populations précarisées. Le non-emploi, des relations sociales fragilisées ou la présence d'addiction contribuent à une surévaluation du risque criminogène, en particulier, lorsque la sortie de prison n'est pas accompagnée de programmes sociaux spécifiques.

LA PRISON ET AU-DELÀ : UNE DIFFICILE RÉINSERTION

Pour certaines personnes précarisées et consommatrices, la prison peut apparaître comme un lieu « désirable », offrant davantage de soins et de confort que ceux disponibles à l'extérieur. Elle remplit une fonction sociale

en assurant une prise en charge sanitaire, sociale, alimentaire et médicale, avec notamment la mise en place de traitements avec prescription d'opioïdes et/ou d'accompagnements dans des processus de sevrages. Les contraintes administratives de la vie quotidienne sont mises sur pause ou prises en charge durant la détention, souvent grâce à l'intervention de travailleur·euse·s sociaux·ales en milieu fermé.

Si la détention offre un répit temporaire, la sortie n'en est que plus pénible

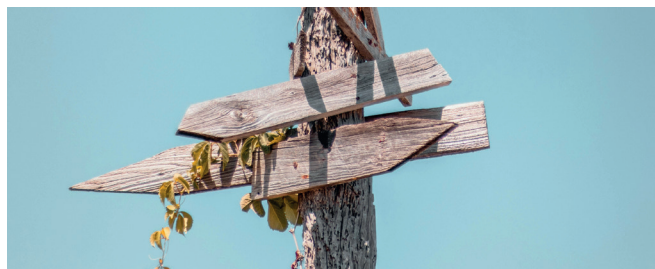
Cependant, cette parenthèse «protectrice» engendre également toute une série de conséquences matérielles, symboliques, morales et relationnelles qui se répercutent bien au-delà des murs de la prison⁷. Si la détention offre un répit temporaire, la sortie n'en est que plus pénible. Les personnes doivent réapprendre des compétences de vie quotidienne qu'elles ont désappries, tout en faisant face à des difficultés supplémentaires telles que les dettes accumulées ou la perte de logement. En outre, le suivi social entre l'intérieur et l'extérieur n'est pas toujours fluide; il peut exister des ruptures dans la communication entre les travailleur·euse·s sociaux·ales en milieu carcéral et ceux·celles intervenant à l'extérieur, rendant ainsi les processus de réinsertion encore plus complexe. Des consommations précipitées au moment de la sortie peuvent également s'avérer dangereuses.

POUR UN ACCOMPAGNEMENT HOLISTIQUE ET DURABLE: UN RÔLE À TROUVER DANS LE TRAVAIL SOCIAL?

Dans les trajectoires des personnes précarisées et consommatrices, la prison se présente comme un point de jonction des différentes chaînes institutionnelles, allant du contrôle social informel au système pénal, en passant par des structures intermédiaires telles que les institutions de protection sociale et les centres d'accueil à bas seuil. Chaque institution opère un tri, une sélection, et une classification des individus selon des critères qui leur permettent de proposer des solutions adaptées à la majorité.

Cependant, cette logique de ciblage exclut une minorité – inadaptée, inclassable, indésirable – sans cesse renvoyée d'une structure à l'autre. Dans cette perspective, la prison apparaît comme le résultat de cet incessant renvoi et comme l'aboutissement d'un parcours de déclassification des individus. Les discriminations institutionnelles initiées au sein des politiques sociales, poursuivent leurs cours dans chaque étape du processus pénal.

Cela découle de l'existence de situations mêlant précarité, désinsertion et consommation, qui ne sont



pas prises en charge de manière adaptée. Les individus se retrouvent ainsi partiellement soutenus par des institutions de sécurité sociale, ce qui révèle un écart entre les dispositifs standardisés et la réalité des parcours non linéaires des personnes en situation de précarité et de dépendance. Elles se trouvent piégées dans un enchevêtrement de structures socio-sanitaire et pénales, lesquelles compliquent leurs trajectoires et fragilisent toute tentative de sortie de la précarité. Cette double exposition aux institutions de sécurité et d'assistance illustre une logique d'exclusion, où les réponses apportées sont souvent inadaptées aux besoins. L'incarcération, loin de résoudre les problèmes de précarité ou de dépendance, tend au contraire à les exacerber.

Une approche globale est nécessaire, prenant en compte les différentes dimensions de la précarité et proposant des solutions de (ré)insertion mieux adaptées aux réalités complexes des personnes concernées. Récemment, plusieurs voix se sont élevées en faveur de l'ajout d'un cinquième pilier au sein de la politique drogue, axé sur le travail social, afin d'accompagner ces situations de manière plus holistique, en lien avec l'hébergement, la précarité et l'insertion des personnes consommatrices et précarisées⁸. Actuellement, ces personnes n'appartiennent à aucune véritable catégorie d'action sociale et sont souvent accompagnées par des formes de travail social palliatif. Sans une telle réflexion, la prison continuera d'être un instrument de gestion des risques sociaux, un «dernier recours» pour des individus comme Manuel.

Contact: lucile.franz@hetsl.ch

Notes et références

1. Zwick Monney M. *Les échecs de l'insertion. Rouages et engrenages d'un mouvement permanent*. Zurich: Seismo, 2015.
2. Soulet M.-H. La reconnaissance du travail social palliatif. *Dépendances*, 2007; 33(12): 14-18.
3. Foucault M. *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard, 1975.
4. Combessie P. *La prison. Sociologie d'un monde clos*. Paris: Armand Colin, 2001.
5. Chantraine G. Prison, désaffiliation, stigmatisme: L'engrenage carcéral de «l'inutile au monde contemporain».
6. Feeley M., Simon J. The new penology: Notes on the emerging strategy of corrections and its implications. *Criminology*, 1992; 30(4): 449-474.
7. Rostaing C. *Une institution dégradante, la prison*. Paris: Gallimard, 2021.
8. GREA, Recommandation des professionnel·le·s des addictions pour la disparition des scènes ouvertes de consommation et une approche globale d'accompagnement des personnes concernées, https://www.grea.ch/sites/default/files/recommandations_grea_15.09.2023.pdf, (Consulté le 16.09.2024)

NOUVEAUTÉ

Peter-Paul Bänziger, Michael Herzig,
Christian Koller, Jean-Félix Savary, Frank Zobel

La Suisse et les drogues Scènes, politiques et interventions, 1965-2024



Comment la Suisse a-t-elle, en l'espace de quelques décennies, glissé de l'exploration des substances illégales par des individus en quête d'exotisme à la scène ouverte du Platzspitz où sont morts des centaines de jeunes « toxicomanes » de tout le pays ? Comment a-t-elle pu ensuite mettre en place des mesures aussi controversées que les locaux d'injection, la prescription médicale d'héroïne et le *drug checking* ? Cet ouvrage examine plus d'un demi-siècle du rapport complexe qu'entretient la Suisse avec les drogues illégales et permet de répondre à ces questions.

Peter-Paul Bänziger est privatdocent et lecteur en histoire contemporaine à l'Université de Bâle.

Michael Herzig est maître d'enseignement en travail social à la Haute école des sciences appliquées de Zürich (ZHAW).

Christian Koller est directeur des archives sociales suisses à Zürich.

Jean-Félix Savary est directeur de la HETS de Genève (HES-SO).

Frank Zobel est directeur adjoint et co-responsable du secteur recherche d'Addiction Suisse.

Pour commander : en librairie ou en cliquant sur le lien ci-dessous :
https://www.alphil.com/livres/1404-1723-la-suisse-et-les-drogues.html#/1-format-livre_papier

ISBN 978-2-88950-263-9

34 CHF/29,90 €

Aussi : commande@alphil.ch

+41 (0)32 724 35 65



www.livreo-alphil.ch

Les idées et les mots changent le monde



ADDICTION EN MILIEU CARCÉRAL : RISQUES ET OPPORTUNITÉS

Dominique Marcot (Filière légale du centre neuchâtelois de psychiatrie)

En milieu carcéral, une partie importante des détenu·e·s consomment des substances psychoactives et souffrent d'addiction, ce qui pose une série de défis sécuritaires et sanitaires. En même temps, la prison peut être pour certain·e·s une occasion d'accès aux soins et à des mesures de réduction des risques. Cet article détaille cette dichotomie ainsi que les pratiques que la prison permet (réd.).

Le nombre de personnes en situation d'addiction dans le monde est estimé à 292 millions en 2022, soit une hausse de près de 20% ces dix dernières années¹. De même, le recours à l'incarcération ne fait que croître, avec environ 11.5 millions de personnes se trouvant en prison, soit une augmentation de 24% en 20 ans².

DES « LIAISONS DANGEREUSES » ?

Enfermement et addiction entretiennent des liens étroits, jusque dans l'origine de ces mots. Le terme d'addiction remonte au latin *addictus*, qui désignait « l'esclave pour dette ». Le terme prison renvoie quant à lui à la « prise », la « capture », la « mise en captivité ». C'est le 19^{ème} siècle qui a fait de la privation de la liberté d'aller et venir la punition pénale par excellence, remplaçant les divers châtiments afflictifs et infâmants.

Si la prison est fondée sur l'idée que le détenu est un malade social que l'institution carcérale permettra de traiter, ce traitement est basé sur la dissuasion par la punition et la rééducation par la discipline. Cette conception fait de la prison un espace où non seulement tout usage de substances illicites vaut sanction (y compris pour la consommation personnelle), mais où, en plus, l'usage d'alcool et de médicaments non prescrits est également punissable. Le tabac est en général autorisé en cellule, mais certains pays l'interdisent en détention.

Enfermement et addiction entretiennent des liens étroits, jusque dans l'origine de ces mots

LA PRISON : UN MILIEU À RISQUE D'ADDICTION ?

Entre 30 et 75% des personnes en situation d'addiction ont fait un séjour en prison à un moment donné de leur vie³. La probabilité de commettre un délit est huit fois supérieure pour des personnes présentant une addiction par rapport à celles sans addiction³. De plus, l'effet d'une substance psychoactive, illégale mais aussi légale (à commencer par les benzodiazépines⁴), est à la fois un facilitateur, aléatoire mais aussi parfois délibéré, de transgression des normes.

La prison représente un milieu particulièrement rentable pour le trafic, avec des bénéfices économiques jusqu'à quatre fois plus élevés que dans la rue, voire jusqu'à 30 fois plus pour les nouvelles substances psychoactives. Il est fortement suspecté que certain·e·s

détenu·e·s se fassent incarcérer pour pouvoir être actif·ve·s sur le marché carcéral⁵. Les moyens classiques d'introduction des substances en prison sont les cavités du corps humain (orifices naturels, tube digestif), les contacts

au parloir, les courriers et colis, les employé·e·s de la prison et le jet de produits (jusqu'avec des drones)⁵.

Des études menées entre 2004 et 2013 suggèrent qu'en Europe, entre 20 et 45% des personnes détenues ont consommé des drogues durant leur séjour en prison : cannabis, héroïne, cocaïne et

amphétamines³. Une étude suggère que plus d'un quart des consommateur·rice·s d'héroïne ont été initié·e·s à cette substance durant une détention⁶.

L'enquête ESSPRI, réalisée en France d'avril à juin 2023, a montré, entre autres, que « quatre détenus [hommes] sur cent rapportent avoir eu recours à l'injection d'une substance au moins une fois depuis leur incarcération; Les détenus les plus jeunes sont plus souvent usagers de drogues en prison que leurs aînés » [voir également l'article de Spilka, Simioni et Protais, dans ce numéro]. Par ailleurs, selon une autre étude menée en France, 14% des injecteur·rice·s en milieu libre poursuivent cette pratique durant une incarcération, et parmi eux·elles 40% partageraient leur matériel⁷, même si la possession de seringue est prohibée en détention.

Enfin, la vulnérabilité des personnes dépendantes en s'arrête pas à la libération, puisque le risque de décès en lien avec les drogues est trois à huit fois plus élevé durant les deux premières semaines après la sortie⁸, surtout parce que la tolérance, notamment aux opiacés, a été souvent réduite durant la détention.

LA PRISON : UN MILIEU À RISQUE POUR LE MÉDECIN ?

Pour les soignant·e·s qui y exercent, la prison leur demande de s'adapter à ses contraintes sécuritaires et les confrontent inévitablement à des remises en cause de principes de la médecine, comme la confidentialité des échanges, au nom de besoins sécuritaires⁹.

Le·la médecin rencontre beaucoup de détenu·e·s aux prises avec des addictions dans sa pratique quotidienne. Il doit veiller à traiter les sevrages, à proposer un traitement agoniste aux opiacés en cas d'indication et dans tous les cas poursuivre celui déjà en cours. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a encouragé dès les années 1990, via la prise en charge du VIH dans les prisons, le développement de programmes de traitement des addictions en prison¹⁰. Toutefois, ce qui semble aller de soi, comme la prescription de méthadone, doit encore parfois être rappelé par la Cour européenne des droits de l'homme¹¹.

Le·la médecin est souvent confronté·e à ce que les anglo-saxons dénomment drug seeking behaviour, avec des patient·e·s déterminé·e·s à lui imposer la molécule et la posologie qu'ils·elles ont décidées, par l'usage de multiples leviers, jusqu'à la menace verbale, physique (voire l'agression) ou judiciaire. Malgré le refus ou les alternatives proposées, le·la patient·e veut un traitement bien précis pour son anxiété, sa douleur, son épilepsie ou sa « maladie ».

Depuis la fin des années 2010, les médicaments les plus demandés, dans notre expérience, sont la prégabaline, le clonazepam et le tramadol, talonné de près par le

méthylphénidate, lui-même suivi par plusieurs autres molécules comme le bupropion.

Dans de telles situations, il est difficile de distinguer si le·la patient·e est exposé·e à un mésusage, à un craving, à une addiction, est missionné·e (volontairement ou sous la contrainte) par d'autres détenu·e·s ou s'il s'agit pour lui de tirer un profit, au moins partiellement, d'ordre économique de la prescription demandée. L'ensemble de ces patient·e·s a des antécédents d'usage problématique de substances psychoactives, licites ou non, et présente le plus souvent une clinique pouvant justifier une prescription (insomnie, anxiété, impulsivité, algies, etc.).

Les manières de faire face à ces problèmes peuvent différer fortement, depuis une prescription à bas seuil (dans la continuité de l'idée d'un traitement de substitution) en passant par des critères stricts d'indication jusqu'à la prohibition complète¹², sachant qu'aucune solution ne permet de « résoudre » le problème. Dans les prisons du Canton de Neuchâtel, nous avons adopté une approche de non prescription avec alternatives. Les molécules prohibées sont : clonazepam, midazolam, flunitrazepam, alprazolam non retard, clorazépate 50 mg, prégabaline, méthadone en comprimés ou gélules.

L'avantage est d'éviter ainsi les effets indésirables de désinhibition en termes de risque suicidaire ou d'agressivité, mais aussi de donner à la communauté des détenu·e·s le sentiment d'une égalité de traitement (tout se sait dans une prison) et éviter des comportements d'escalade des symptômes pour obtenir une prescription. Le risque de cette approche prohibitive est le sevrage (dans ce cas un traitement de remplacement est prescrit) et d'encourager le marché illicite. Le bénéfice principal pour le médecin prescripteur face au patient ou à la patiente est de pouvoir lui dire que le refus de la molécule précisément demandée résulte d'une volonté institutionnelle et non pas de sa propre décision.

LA PRISON COMME OPPORTUNITÉ D'ACCÈS AUX SOINS ET DE RÉDUCTION DES RISQUES ?

« La prison, à la différence de l'hôpital, n'est pas un lieu de soin même si c'est un lieu où l'on soigne » (Anne Lécu). C'est donc aussi une possibilité pour les personnes en situation d'addiction d'accéder à des soins.

Certaines personnes en situation d'addiction sont si marginalisées et ont si peu de marge de gestion des effets délétères de leurs consommations qu'un milieu où règne une continuité, une routine, où les choix sont limités, où aucun comportement n'entraînera l'exclusion peut représenter une chance, une possibilité de réhabilitation et de soins, qui autrement n'auraient jamais pu être mis en œuvre.



La prison est l'occasion, parfois unique, de dépister et de traiter les complications somatiques et infectieuses de la dépendance, surtout lorsque celles-ci nécessitent des traitements devant être pris quotidiennement et au long cours, comme le traitement contre l'hépatite C. Les taux d'infection des principales maladies transmissibles sont deux à neuf fois supérieures chez les détenu-e-s en Suisse que dans la population générale du pays¹⁵.

Les services médicaux sont encouragés à développer de meilleurs moyens de dépistages, car certain-e-s détenu-e-s ne veulent pas de prise de sang et des moyens non invasifs sont souhaitables. En Suisse il faut souligner l'existence et le dynamisme du programme SHiPP (Swiss HepFree Prison Project) d'hépatitis Swiss¹⁴, qui s'inscrit dans la volonté de l'OMS d'éradiquer l'hépatite C à l'horizon 2030¹⁵.

La prévention dans tous ses aspects a encore des progrès à faire dans les prisons suisses. Malgré l'existence d'une législation qui l'exige, seule une quinzaine d'établissements sur les 88 que compte la Suisse (soit environ 20%) propose aux usagers et usagères de seringues d'avoir accès à du matériel stérile. Le Conseil

fédéral avait pourtant stipulé, dans l'Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Ordonnance sur les épidémies), datée du 01.01.2016, que «les établissements de privation de liberté doivent veiller en particulier à ce que les personnes dont elles ont la charge (...) aient accès, selon les besoins et la situation, aux moyens permettant de prévenir et traiter les maladies sexuellement transmissibles ou transmissibles par le sang, en particulier à des préservatifs, à du matériel d'injection stérile et à un traitement à base de stupéfiants» (art 30 alinéa 2).

Dans les prisons du Canton de Neuchâtel, des préservatifs ont pu être mis à disposition des détenu-e-s en 2022, par contre le développement d'un projet de dispositif d'échange de seringues est en cours depuis 2019 sans date de mise en œuvre connue à ce jour.

La collaboration étroite entre notre service de médecine et de psychiatre en milieu pénitentiaire (SMPP) avec Addiction Neuchâtel et les réseaux investis dans la prise en charge de personnes en situation d'addiction (itinéraires¹⁶ par exemple) nous permet d'assurer la délicate continuité des soins pour les personnes dépendantes, sachant qu'il existe aussi une population particulièrement marginalisée, les personnes sans titre de séjour ni assurance maladie (qui seraient 90'000 en Suisse), particulièrement problématique quand elles sont en situation d'addiction ou de troubles psychiques.

EN GUISE DE VIATIQUE

La prison est, à bien des égards, un lieu de paradoxes, à la fois milieu à risque et opportunité pour les personnes concernées par l'addiction.

La prison est un milieu à nul autre pareil, aussi et en particulier au regard des addictions.

Les équipes soignantes intervenant en détention peuvent rendre des services appréciables, et parfois uniques, aux personnes en situation d'addiction, personnes particulièrement vulnérables dans tant de dimensions.

Contact: dominique.marcot@cnp.ch

Notes et références

1. UNODC, World Drug Report 2024 (United Nations publication, 2024).
2. Penal Reform International and Thailand Institute of Justice, Global Prison Trends 2022. <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2022/05/GPT2022-Exec-summary-EN.pdf> (09.10.2024).
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2021). Prison and drugs in Europe. Current and future challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
4. Fry C., Smith B. & Bruno R. (2007). Benzodiazepine and pharmaceutical opioid misuse and their relationship to crime. Hobart: National Drug Law Enforcement Research Fund.
5. Norman C. (2023). A global review of prison drug smuggling routes and trends in the usage of drugs in prisons. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Forensic Science*; 5(2).
6. Boys A., Farrell M., Bebbington P., Brugha T., Coid J., Jenkins R., Lewis G., Marsden J., Meltzer H., Singleton N. & Taylor C. (2002). Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction*; 97(12): 1551-60.
7. Michel L., Trouiller P., Chollet A., Molinier M., Duchesne L & Jauffret-Roustide M. (2018). Self-reported injection practices among people who use drugs in French prisons: Public health implications (ANRS-Coquelicot survey 2011-2013). *Drug Alcohol Rev*; 37: S268-S276.
8. Merrall ELC et al. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*; 105/9: 1545-1554.
9. Henry M. & Turttschi N.. Secret médical et prise en charge. *Infoprison* 2023; 36.
10. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Programme mondial de lutte contre le sida. Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59405/WHO_GPA_DIR_93.3_fre.pdf?sequence=1 (09.10.2024)
11. Junod V., Wolff H., Gravier B., Chatterjee B., Heamming R. & Simon O. (2016). Méthadone ou torture? *Bulletin des médecins suisses*; 97/47.
12. Des recommandation existent aussi au Royaume-Uni. Voir Royal College of General Practitioners (RCGP), Safer prescribing in prisons. Guidance for clinician. https://elearning.rcgp.org.uk/pluginfile.php/176185/mod_book/chapter/620/RCGP-safer-prescribing-in-prisons-guidance-jan-2019.pdf (09.10.2024).
13. Chacowry Pala K., Baggio S., Tran NT, Girardin F., Wolff H. & Gétaz L. (2018). Blood-borne and sexually transmitted infections: a cross-sectional study in a Swiss prison. *BMC Infect Dis*; 18/1: 539.
14. Hépatite Suisse, SHipp – Swiss HepFree Prisons Project. <https://fr.hepatitis-schweiz.ch/projekte/shipp-swiss-hepfree-prisons-project/> (09.10.2024).
15. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Projets de stratégies mondiales du secteur de la santé. Hépatite virale, 2016-2021. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_30-fr.pdf (09.10.2024)
16. Itinéraires, Pour une équité dans les soins et une équité dans l'accès aux soins. <https://itineraires-sante.ch/> (09.10.2024).

INTERVIEW

Julien Maret par Camille Robert et Jean Clot (GREA)

Comment l'équipe d'une institution résidentielle s'occupe-t-elle des placements de la justice, quelles sont les enjeux et les contraintes auxquelles elle fait face, et quelles sont les pistes d'amélioration qu'il pourrait y avoir dans ce domaine? Les réponses à ces questions au travers d'une interview de Julien Maret, Directeur de la Fondation Bartimée et spécialiste du domaine de la probation et de la réinsertion, menée par Camille Robert et Jean Clot (GREA).



GREA: Pouvez-vous vous présenter rapidement, ainsi que la fondation Bartimée?

Julien Maret: Je suis sociologue de formation et travaille comme directeur à Bartimée depuis juillet 2022. Avant cela, j'ai travaillé dans le domaine de la probation, d'abord sur le terrain, dans le canton de Vaud, où je m'occupais des personnes qui portaient des bracelets électroniques et qui faisaient du travail d'intérêt général pendant plusieurs années. Ensuite, dans le canton de Genève, pendant de nombreuses années, comme chef du secteur «peines alternatives et

hébergement» au Service de probation et d'insertion, avant d'être directeur adjoint, puis directeur de ce service.

La Fondation Bartimée fête ses 30 ans cette année. Il s'agit d'un établissement socio-éducatif d'accompagnement et de réinsertion des personnes concernées par des problématiques d'addiction. Il y a trois grands blocs de prestations: une structure résidentielle à Grandson, pour des séjours relativement longs, d'une année à une année et demie. Il y a 20 places, 13 volontaires et sept non volontaires. Il y a aussi 25 appartements dans la région d'Yverdon, avec un suivi ambulatoire à domicile. Le troisième bloc de prestations comprend des ateliers d'insertion en périphérie d'Yverdon, avec «Y Métal» qui fait de la construction métallique et «La Ressourcerie» qui est le magasin de récupération et de revente d'objets recyclés et revalorisés de la déchetterie. On a environ 50 places de travail en ateliers d'insertion, et entre 25 et 30 personnes suivies en appartements.

GREA: Concernant les offres en résidentiel, il y a donc des places pour volontaires et pour non volontaires. Pouvez-vous nous en dire plus?

Julien Maret: Officiellement, Bartimée est agréée par le canton pour avoir cinq places réservées pour des mesures selon l'art. 59 du Code pénal (NB: Il s'agit de personnes qui ont commis un crime ou un délit et dont le juge estime que l'infraction a été commise en lien avec un «grave trouble mental»). Cela dit, on a décidé avec le Conseil de fondation de limiter notre

offre à sept places non volontaires, dans lesquelles on compte également les art. 60 CP (NB: infractions commises en lien avec une addiction), les exécutions anticipées de mesures, les mesures de substitution à la détention avant le jugement, selon l'article 237 du code de procédure pénale, et puis les placements à des fins d'assistance (PAFA ou PLAFA selon les cantons). Pourquoi on les regroupe alors que ce sont des réalités très différentes? Cela est lié à la charge administrative et aux ressources supplémentaires que ces suivis impliquent.

GREA: Quels sont les objectifs de ces mesures?

Julien Maret: Il faut se demander si on parle d'objectifs pour les personnes, pour l'institution ou par rapport au Code pénal. En fin de compte, c'est quand même le Code pénal qui détermine ce que sont censées être ces mesures. Pour faire simple, lorsqu'une personne commet un délit en lien avec sa problématique d'addiction ou de troubles mentaux, la justice ordonne une expertise psychiatrique qui conduit à des diagnostics et à prononcer des mesures en lieu et place de la détention. Les mesures selon les art. 59 et 60 CP s'adressent à des personnes qui présentent un risque de récidive ou qui ont commis des délits en raison d'un trouble psychique ou de troubles addictifs. On les enjoint à se soigner «comme punition», en quelque sorte. Il y a toujours une peine en soi, mais qui est suspendue au profit du traitement institutionnel. De ce point de vue, les objectifs que nous poursuivons, en accueillant des personnes sous mesures, c'est la poursuite de l'avancement prévu par le Code pénal et par les plans d'exécution de la sanction, selon l'art. 75 CP. En effet, le système pénal suisse prévoit une progression dans l'exécution de la peine: plus la personne arrive à des échéances, par exemple à un tiers de peine, à mi-peine ou aux 2/3 de peine, plus elle a d'autorisations de sortie ou d'ouverture de cadre, si elle se comporte bien, qu'elle respecte ce cadre et qu'elle atteint ses objectifs. On est un des maillons de cette chaîne-là, le passage en milieu ouvert de personnes qui ont un début de parcours de détention. Quant aux objectifs pour la personne, selon moi, c'est souvent, en tout cas dans un premier temps, d'éviter la prison à travers la mesure, même s'il y a des niveaux d'attentes différents, notamment en termes de réinsertion ou de rétablissement.

GREA: Qui décide du degré d'ouverture et de cette liberté graduelle? Est-ce que vous jouez un rôle dans ce processus?

Julien Maret: C'est essentiellement l'autorité d'exécution qui fonctionne aujourd'hui dans les cantons romands avec une sorte de case manager – qui est souvent juriste, professionnel-le du social ou

des binômes – qui applique le plan d'exécution de la sanction (PES) selon l'art. 75 CP. En théorie et selon le Code pénal, la privation de liberté n'est censée renvoyer qu'à la privation de liberté de mouvement; la personne devrait pouvoir continuer à accéder à tous ses droits, et sa réinsertion est censée commencer déjà en détention. En réalité, ce n'est pas le cas. Il y a parfois des personnes qui ont fait de longues périodes de détention (y.c. avant jugement) et qui ont déjà un PES qui détermine les phases d'ouverture, les temporalités, les conditions à respecter ou encore les objectifs à atteindre. Dans la plupart des situations, en particulier les art. 60 CP pour lesquels les peines sont moins longues, on rédige nous-mêmes le PES, en collaboration avec la personne concernée et cela doit ensuite être avalisé par l'autorité.

GREA: Vous devez par conséquent effectuer des tâches de contrôle, par exemple, des prises d'urine?

Julien Maret: Oui, il y a toute une série d'obligations. On y reviendra, mais dans l'immédiat je peux vous dire qu'il y a toujours une injonction à l'abstinence de la part de la justice. La question des quatre piliers n'est pas tellement prise en compte, mais il y a une tolérance, un pragmatisme plus ou moins grand selon les cantons pour les mesures selon l'art. 60 CP, mais pas pour les mesures selon l'art. 59 CP. Donc effectivement, on doit faire un certain nombre de contrôles, et puis on doit surtout dénoncer ou signaler toute rupture de cadre.

GREA: C'est ce que vous disiez sur la prise en charge de personnes non volontaires qui a un impact en termes organisationnels. Est-ce que vous pourriez préciser ce point?

Julien Maret: Oui, c'est une charge organisationnelle complexe. Concernant les personnes qui passent de la détention à un établissement socioéducatif, elles n'ont pas le droit de sortir les premiers temps, mais on essaie de traiter tout le monde selon le même régime: les personnes entrées volontairement et celles sous art. 60 CP ont le même régime de progression même s'il y a des variabilités au niveau des temporalités. En revanche, pour les personnes sous art. 59 CP, c'est minimum deux mois, voire trois ou quatre, sans sorties. On reçoit des personnes qui ont passé du temps en détention où, la plupart du temps, elles ont eu des soins minimaux. Je vous donne un exemple: en ce moment on accompagne quelqu'un qui a des problématiques de dos, et qui s'est fait prescrire des antidouleurs et des patchs de fentanyl pendant trois ou quatre ans. Le fait d'avoir davantage d'activités, et non plus une heure de promenade par jour dans la cour, demande des soins somatiques aigus. On doit donc l'accompagner trois, quatre ou cinq fois par semaine à ses rendez-vous médicaux.

Cette première période sans sorties est très compliquée et on utilise énormément de ressources. Il y a également le choc du passage au milieu ouvert. En détention, on dit aux personnes à quelle heure se lever, à quelle heure manger, presque à quelle heure dormir – j'exagère un peu – et puis elles retrouvent tout à coup une certaine autonomie. Chez nous, si elles veulent partir, elles partent. Au début, il y a l'appréhension de l'épée de Damoclès, mais cela s'estompe rapidement. Pour l'institution, c'est compliqué en termes organisationnels, il faut gérer les risques entre les ouvertures de cadre prévues et imprévues. Je prends l'exemple de quelqu'un, perdu ou abîmé par l'addiction, qui est dans une situation où il tente de rétablir un lien avec ses enfants. Est-ce que l'on va compter les heures où il va voir ses enfants comme faisant partie de ses congés ou est-ce que l'on octroie ces heures sous forme de sorties de «réinsertion»? C'est toujours un peu compliqué: chaque fois qu'il se passe quelque chose, il faut rendre des comptes, demander un préavis au médecin. Cela constitue une charge administrative importante.

GREA: Avec ces différents régimes, comment se passe la cohabitation entre résident-e-s?

Julien Maret: Quand je suis arrivé, dans l'ancien système, il y avait autant de régimes que de personnes différentes, d'autant plus que l'on est dans un système fédéral où chaque autorité cantonale d'application a ses propres règles, ses propres méthodes, ses propres modalités d'application. Il y a bien le concordat sur l'exécution des peines, mais comme vous le savez, les concordats c'est une tentative d'arriver à des plus petits dénominateurs communs entre des cantons qui n'ont pas les mêmes réalités. Par conséquent, ce sont des recommandations assez standards, et il faut discuter avec chaque canton. Aujourd'hui, pour moi, la grande avancée c'est d'arriver à ce que toutes les personnes aient le même type de régime de sortie, hormis celles sous art. 59 CP. Pour elles, il faut gérer les situations au cas par cas, et pas seulement en fonction des cantons, mais en tenant compte de la problématique, des niveaux de risque, ou encore de l'évolution de la personne; c'est ainsi que l'on va définir les temporalités de l'exécution de la mesure. C'est en quelque sorte un accompagnement «cousu main» pour chaque situation, négocié avec l'autorité et rediscuté régulièrement avec la personne concernée, en fonction de son évolution.

Au début, on essaie de préserver les personnes du stigmatisation, en n'annonçant pas aux autres résident-e-s qu'elles sont sous mesure selon l'art. 59 CP. Mais cela se sait rapidement. On a un exemple assez récent d'une personne qui arrive d'un autre canton en convoi de transfert pénitentiaire, menottée et accompagnée de deux policiers. On remarque aussi que, même si on informe les personnes du fait que l'on a maintenu la

confidentialité quant à leur situation, elles en parlent rapidement entre elles. Donc, en fin de compte c'est assez clair pour tout le monde dès le départ que les personnes soumises à un art. 59 CP n'ont pas les mêmes possibilités que les volontaires.

Mais cela crée plutôt une dynamique de soutien, les résident-e-s volontaires essayant de défendre la cause de leurs collègues sous mesure. Cela peut être aussi à double tranchant: s'il y a des leaders avec des attitudes plus négatives cela peut créer des sortes de clans. Finalement, chaque personne comprend que les droits sont en théorie les mêmes pour tout le monde, et que plus elles avancent avec leurs objectifs, plus elles sont transparentes avec les professionnel-le-s, mieux les choses se passent. Dans tous les cas, on a des principes qui orientent l'accompagnement général et que l'on essaie d'individualiser au maximum. En d'autres termes, il y a un parcours idéal typique, mais qui peut aller plus ou moins vite selon les situations, et le niveau d'autodétermination de la personne. Chaque situation est différente, mais la dynamique communautaire est essentielle au bon fonctionnement de l'accompagnement. On porte aussi une attention particulière à un de nos critères d'admission: la compatibilité des profils avec les personnes déjà présentes.

GREA: L'équipe passe en revue les différentes situations et problématiques? Vous faites en quelque sorte un casting?

Julien Maret: Il s'agit du processus d'admission: une demande initiale arrive, la plupart du temps venant de l'autorité qui essaie de placer les gens qui sont en détention en mesure. Si la personne a un-e bon-ne avocat-e qui comprend le système, la demande est aussi parfois faite par l'avocat-e. Dans certains cas c'est la personne elle-même qui fait la demande en écrivant depuis la détention, ou avec l'appui des services sociaux et médicaux des établissements. Si ces demandes n'arrivent pas via l'autorité d'application, nous sollicitons cette autorité qui va évaluer si la mesure de placement est envisageable.

L'étape suivante, c'est de rassembler le dossier, afin qu'il soit le plus complet possible, donc il faut les jugements, le casier judiciaire, les expertises psy, les rapports médicaux, les rapports de détention, etc., le plus d'informations possibles. Sur cette base-là, une commission d'admission interne, qui se réunit chaque semaine et dans laquelle il y a les coordinateurs-trices des accompagnements, les chef-fe-s des secteurs, l'assistant-e social-e, moi et un ou une collègue du résidentiel, étudie le dossier.

Après en avoir pris connaissance, soit ça s'arrête là, parce qu'on estime que ce n'est pas le bon profil, soit on donne un premier préavis à l'autorité pour dire qu'on va aller voir la personne en détention. On a aussi besoin

de vérifier avec elle si elle a bien compris où elle allait mettre les pieds, de voir un peu ce qu'elle nous raconte, si c'est cohérent avec ce qu'il y a dans le dossier, etc. On lui remet l'ensemble de la documentation, le règlement, le contrat socio-thérapeutique et les informations sur l'accompagnement. On lui laisse le temps d'en prendre connaissance, puis elle doit nous confirmer sa décision et nous autoriser à communiquer avec son réseau et les autres institutions où elle a déjà séjourné. Si elle n'est pas d'accord ce n'est généralement pas bon signe. Plus il y a de regards différents sur une situation, plus l'analyse sera fine. Il y a parfois une deuxième rencontre en détention, et si tout va bien, il y a une conduite, c'est-à-dire une journée d'essai durant laquelle la personne est souvent accompagnée par le personnel socio-éducatif et/ou pénitentiaire. Concernant les personnes sous art. 59 CP, on demande encore un avis à la psychiatre qui est en charge des mandats médico-légaux, et parfois à notre médecin responsable. Et, systématiquement, pour les personnes sous art. 59 CP, nous organisons ensuite quelques jours d'immersion dans l'institution, avant de nous décider formellement. Tout ce processus doit se faire en bonne intelligence avec l'autorité d'exécution afin de garantir au maximum l'adéquation entre les attentes de l'autorité, les objectifs de la personne et nos possibilités d'accompagnement.

GRETA: Les personnes concernées vous considèrent-elles comme un partenaire ?

Julien Maret: Pas au début, forcément. On est du mauvais côté de la force, du côté de l'autorité, on est ceux qui dénonçons. Ce qui est important pour moi c'est de tout le temps dire ce que l'on fait et de faire ce que l'on dit, afin que les choses soient claires. Il faut rappeler le cadre régulièrement et expliquer qu'en tant que référent-e de terrain, il y a des responsabilités, un cahier des charges, et qu'en cas de dépassement de cadre, on n'a pas d'autre choix que d'informer l'autorité. Au lieu de découvrir par hasard lors d'une prise d'urine que quelqu'un a consommé et qu'elle nie, que l'on doive faire de multiples tests complémentaires en laboratoire, il vaudrait mieux qu'elle vienne directement vers nous, qu'elle nous explique qu'elle n'arrive pas à faire autrement, et que l'on essaie de trouver, avec elle d'autres moyens. Cela marche assez bien, même si le principe de l'aide contrainte est très complexe à pratiquer sur le terrain. On a travaillé pendant des années là-dessus, et cela ne s'apprend pas théoriquement. Tu es à la fois celui qui soutient, mais celui qui doit rappeler le cadre et qui dénonce.

Je pense que souvent, au début, l'objectif principal de la personne est d'éviter la prison, malgré ce qu'elle peut dire. Toutefois, je suis assez convaincu, après près de 20 ans de travail dans l'aide contrainte, que, même si vous faites semblant de correspondre aux principes d'un cadre contraignant, à un moment donné, vous finissez tout de même par correspondre

à ces principes, et cela peut amener la personne vers de réels changements. Autrement dit, l'idée c'est de passer de l'imposition du cadre, à l'acceptation de ce cadre, puis à l'intégration individuelle, puis au détachement. Ça veut dire que la personne ne fait plus les choses pour correspondre au cadre, mais pour son propre développement et rétablissement, ce qui fait qu'au final elle correspond au cadre. Là, on a réussi. Mais c'est ça le plus dur et ça peut prendre des années et nécessiter plusieurs essais

GRETA: Et comment juge-t-on de l'efficacité d'une mesure institutionnelle ? Est-ce que celle-ci repose sur des indicateurs ?

Julien Maret: Je dirais qu'il y a plusieurs types d'indicateurs, et que cela dépend aussi du contexte. Pour l'autorité, c'est assez simple. C'est on/off. Autrement dit, et en particulier pour les mesures art. 59 CP, c'est: 1) abstinence, 2) pas de récidive, 3) respect du cadre. Ce sont les indicateurs que la justice va prendre en compte au moment de l'évaluation des ouvertures de régime. La justice se base toujours, selon le Code pénal, sur les trois mêmes principes: est-ce qu'il y a un risque de récidive ? Est-ce qu'il y a un risque de fuite ? Est-ce qu'il y a un risque de collusion ? Cela étant, c'est variable selon les juges et les cantons, et dépend aussi du discours que va tenir la personne devant la justice. La réinsertion ou l'amendement, ce sont aussi des indicateurs qui sont pris en compte par les autorités, mais que nous voyons différemment, en tant que professionnel-le-s de terrain, et qui sont vus aussi différemment par les établissements de détention, par les autorités d'exécution, par les services de probation ou par la personne elle-même. On est toujours dans un système où l'on estime que, si la personne ne reconnaît pas ses délits et qu'elle n'a pas un amendement sincère, elle constitue un risque. Mais le fait d'exiger d'une personne qui souffre d'une problématique grave de santé mentale, comme une psychose, qu'elle ait un amendement sincère, cela peut paraître aberrant.

Qu'est-ce que l'on considère comme une réinsertion réussie ? Quelqu'un qui vit à l'aide sociale, sans commettre de délits, en consommant un petit peu, puis qui va rester comme ça toute sa vie; est-ce que c'est une réinsertion réussie ? C'est relatif. Si son passé c'est la prison, le brigandage et les agressions, alors oui, on peut dire que c'est un bout d'une réinsertion réussie. Puis, il faut suivre l'évolution sur deux, cinq ou dix ans, et il y a très peu d'études qui permettent de bien cerner le phénomène. Je pense que la qualité de vie est un bon indicateur, ce à quoi la personne aspire, comment elle peut se sentir mieux dans sa vie avec ou sans consommations, au-delà de la récidive propre.

GRETA: Il est souvent, et à juste titre, question des besoins des personnes concernées auxquels doivent répondre les prestations du réseau socio-sanitaire,

mais qu'en est-il des besoins des institutions pour garantir un accompagnement approprié?

Julien Maret: On a besoin de plus de temps. On a besoin de temps pour l'analyse et l'évaluation. On a besoin de temps pour essayer et expérimenter. Ce sont des choses difficiles à faire lorsque l'on travaille avec des personnes sous mesure. On a besoin de plus de temps pour l'intégration et puis on a besoin de plus de ressources et de moyens au début de l'accompagnement. Comme je l'ai expliqué, les suivis sous contrainte sont très chronophages, et cela a un impact sur les équipes qui sont assez fatiguées au bout d'un moment. On a parfois l'impression d'être un Uber pour personnes sous mesure. Je caricature un peu, mais cela peut être assez usant, dans les premiers mois, quand la personne n'a pas de droit de sortie non-accompagnée.

Je pense que l'autre problème, c'est qu'il faudrait un peu plus de souplesse et d'adaptabilité de certaines autorités, et puis il faudrait plus de facilités lors des sorties et des transitions. Aujourd'hui, pour une personne qui est sous mesure 60, c'est assez simple: si cela se passe mal, on va arrêter le suivi en collaboration avec l'autorité. Ils vont évaluer s'ils la remettent en détention ou s'ils la placent dans un autre établissement. Pour un art. 59 CP, c'est très compliqué d'arrêter le suivi et de trouver une nouvelle institution. On ne peut pas le faire comme ça, on ne peut pas juste le mettre à la porte. Tout doit être coordonné avec l'autorité. S'il est hospitalisé, il doit l'être dans l'unité hospitalière carcérale de son canton, et comme on le sait, le système hospitalier est au bord de l'effondrement et fonctionne en flux tendu. C'est très compliqué. Il y a certaines périodes dans les suivis où on a besoin de sortes de décharges hospitalières, et c'est difficile de les obtenir. En définitive, il y a une énorme marge de progression en termes de collaboration avec les hôpitaux psychiatriques, même s'ils ont bien entendu leur réalité et leurs difficultés, avec leur liste d'attentes et situations complexes à gérer.

Autrement, il faudrait plus de communication et de transparence dans les institutions sur les risques et les opportunités de ce type d'accompagnement, parce que, moins on connaît les choses, plus on a une appréhension un peu dogmatique ou, comment dire, monolithique de cette réalité. Cela peut faire peur parce que ce sont des gens qui ont commis des délits graves, qui ont des psychoses, etc. Il ne faut jamais oublier les actes que la personne a fait, mais il ne faut jamais la réduire à ses actes. Nos méthodes d'accompagnement sont adaptables à des personnes qui ont des problématiques d'addiction et qui ont commis des délits. Pour moi, il y a un travail de lobbying aussi à faire sur ce que sont les mesures, quels sont les profils des personnes qui sont sous mesure, déjà à l'interne dans nos institutions, et plus largement

dans l'opinion publique et auprès des décideur·euse·s politiques.

En termes de défis, je dirais aussi qu'il y a un difficile équilibre à trouver entre les obligations sécuritaires qui découlent des cas pénaux et puis ce que j'appellerais la réinsertion pragmatique de terrain. La réinsertion, c'est toujours une prise de risque. En fait, si on ne peut pas prendre de risque, certes mesurés et documentés, on laisse les gens en prison, on jette la clé et comme ça on ne prend aucun risque. Maintenant, comment évaluer ce risque, comment le catégoriser, puis comment le prévoir, ça, c'est une partie de notre job, en collaboration avec les services criminologiques des autorités de placements et les partenaires de la psychiatrie. Aujourd'hui, dans les établissements sociaux, ce n'est pas encore extrêmement développé. J'entends souvent des collègues qui se demandent si la personne fait semblant d'adhérer au cadre. Mais je ne pense pas que ce soit le plus important. Elle fait semblant d'adhérer ou pas. Elle sort de deux, cinq, voire dix ans de prison, laissons-la faire semblant. Au bout d'un moment elle fera tellement semblant qu'elle sera dedans quand même. C'est aussi parce que cela fait 20 ans que je travaille dans ce domaine que j'arrive à tenir ce discours. Je comprends que c'est compliqué à entendre parfois, pour des personnes n'ayant pas une connaissance fine de ce genre de situations, et ce n'est pas que je relativise ou que je minimise, c'est que j'estime qu'il faut trouver la juste pesée d'intérêt. Et puis je pense qu'il ne faut jamais minimiser les indicateurs. Il faut très bien connaître les dossiers des personnes, leurs expertises psy, leurs déclencheurs, parce que ce sont vraiment des profils très, très spécifiques. C'est notre responsabilité de bien connaître les dossiers, pour anticiper au mieux les zones à risques pour les personnes et dans l'accompagnement.

Ce que je dirais aussi par rapport aux défis, et je finirai là, est qu'ils se situent au niveau de la collaboration avec les structures hospitalières qui sont surchargées, le manque de moyens, et le manque de places. Il y a de plus en plus de mesures qui sont prononcées et de moins en moins de libérations de mesures. Donc, le «stock actif» de personnes sous mesures augmente constamment, les personnes vieillissent, mais il n'y a pas plus de places spécifiques, voire il y en a de moins en moins. C'est la raison pour laquelle la Cour européenne des droits de l'homme a condamné la Suisse pour traitement inhumain, dans un arrêt de 2024, parce que dire à quelqu'un: «vous avez fait des délits parce que vous êtes malade, donc vous devez vous soigner», mais en même temps laisser cette personne dans une prison, cela s'apparente à de la maltraitance.

Camille Robert et Jean Clot: Merci pour cet entretien.

Contact: jmaret@bartimee.ch



**PRINTEMPS
2025**

FORMATIONS ADDICTIONS

GREAA

GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

www.grea.ch
024 426 34 34

JEUX VIDÉO: SITUATION PROBLÉMATIQUE OU ADDICTION ?	30 janvier
MES CHOIX (ALCOOL ET CANNABIS)	17 mars
FORMATION EN RÉDUCTION DES RISQUES	28 mars et 4 avril
ENTRETIEN MOTIVATIONNEL	28, 29 avril et 3, 4 juin
FORMATION DE BASE	9, 16, 23 mai et 6, 13 juin
TABAC ET RÉDUCTION DES RISQUES	22 mai
CANNABIS : OÙ EN SOMMES-NOUS ? COMMENT EN PARLER ?	12 juin
PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE (MBRP) I ET II	25 au 28 juin

PARCOURS PÉNAL, SOINS ET RÉINSERTION: REGARDS CROISÉS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Loïc Sottas (Canton de Neuchâtel), Philippe Barboni (Ministère public du Canton de Fribourg), Jean Clot (GREA), Sandrine Hauswirth (Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales) et Nicolas Turtshi (Établissement de détention La Promenade)

Cet article propose des regards croisés sur l'interaction entre la justice pénale et la problématique des addictions. Son point de départ est la perspective d'une personne, Loïc Sottas, qui raconte sa situation et ses démêlés avec la police et la justice. Son récit revient sur les difficultés, les défis, et les facteurs de réussite d'une réinsertion. En complément, quatre professionnel-le-s de la justice, du domaine pénitentiaire et du secteur sociosanitaire examinent ce parcours sous l'angle de leurs disciplines et logiques professionnelles. Ce travail collectif permet de réunir la perspective « du dedans » de la personne concernée à celles « du dehors » des professionnel-le-s, mais aussi et surtout de dégager des pistes de réflexion communes.¹

Mon histoire commence à La Chaux-de-Fonds où, comme pour d'autres jeunes, mon chemin a malheureusement croisé celui de la drogue. Avec son côté festif et populaire au premier abord, celle-ci m'a séduit. Comme j'étais en quête d'argent et d'aventure, comme n'importe quel adolescent influencé par les images véhiculées par Hollywood et les fictions musicales d'artistes de hip-hop français, j'ai commencé à en faire le trafic. Ce commerce est lié à une forte demande et à des prix de plus en plus abordables. Il m'a été très facile d'en faire rapidement un business juteux. Etant moi-même un gros consommateur, mon addiction a pris le dessus tout aussi rapidement.

Les conséquences sociales et professionnelles sont vite apparues, notamment avec un arrêt de mes études, un éloignement progressif de ma famille, du milieu professionnel et du sens de la vie. Tout tournait autour de la drogue, du trafic et de ma consommation. Le propre de l'addiction est qu'elle dépasse la raison. Il faut la vivre pour la comprendre vraiment. Ses principaux effets ont été un impact sur ma santé mentale avec un état d'anxiété généralisé, ainsi que des troubles du sommeil intenses et durables. Qui dit drogue et trafic dit aussi violence. J'ai connu plusieurs règlements de comptes et une agression à main armée qui a failli me coûter la vie.

La confrontation quasi quotidienne avec la police, souvent maladroite à mon sens, m'a mis dans un état d'alerte constant et de stress intense avec parfois des

troubles paranoïaques qui ont perduré des années. L'écart entre la société et moi s'est tellement creusé que j'en ai eu une haine profonde.

PHILIPPE BARBONI, PROCUREUR, MINISTÈRE PUBLIC DE FRIBOURG

Ce type de situation est-il récurrent? La consommation de stupéfiants induit très souvent des infractions connexes, en particulier des vols et du trafic. Pour pouvoir acquérir le produit, il faut des ressources et, très souvent, les grands consommateurs ou consommatrices n'en ont que peu. Des tensions peuvent en outre s'installer à l'encontre de celles et de ceux qui sont de mauvais payeurs. Il est difficile pour la justice d'anticiper et d'intervenir à bon escient, car les personnes concernées ne parlent pas et ne recherchent pas de soutiens institutionnels.

L'INCARCÉRATION

Après avoir joué au jeu du chat et de la souris avec la police durant des années, tout s'est arrêté brusquement le jour où la brigade d'intervention a enfoncé ma porte et m'a conduit directement en prison. Une grosse peine planait au-dessus de ma tête, ce qui a entraîné un black-out sur mon avenir. Les conditions de détention ont été pénibles avec, dans un premier temps, un enfermement en détention préventive 23h par jour. Mais, le plus pesant c'était le flou total sur mon avenir et la longueur de ma peine, ainsi que la lenteur des procédures judiciaires.

PHILIPPE BARBONI

Sur quels fondements la police intervient-elle ? Elle le fait en principe avec l'aval d'un-e Procureur-e et après avoir recueilli des informations sur la personne concernée. Parallèlement à l'interpellation, des perquisitions sont généralement mises en œuvre pour mettre la main sur tous les éléments susceptibles de démontrer la mise en cause pour du trafic (stupéfiants, matériel de conditionnement, argent, conversations téléphoniques et messages, etc.). Pour la personne concernée, c'est un événement violent et dur. Elle se retrouve directement confrontée à ses actes et à leurs conséquences, dont la détention provisoire, qui est une mesure qui empêche tout contact avec les autres. Cette détention ne peut avoir lieu que si cela est légal et proportionné aux circonstances. Concrètement, le ou la Procureur-e doit convaincre le Tribunal des mesures de contrainte que le prévenu s'est rendu coupable d'actes graves (crime ou délit) et qu'il présente un risque de fuite, de collusion ou de réitération. La détention provisoire peut être prononcée pour trois mois au maximum, mais peut être prolongée selon les besoins de l'enquête.

Pendant la détention provisoire, le ou la prévenu-e n'a aucun contact (visite ou téléphone), sauf autorisation expresse du Procureur. Ses écrits sont contrôlés, de même que les correspondances qui lui sont adressées. Tant qu'il y a un risque de collusion, un assouplissement du régime de détention, sous la forme d'une exécution anticipée de peine ou de mesure, ou sous la forme de mesures de substitution, n'est que très rarement envisageable.

NICOLAS TURTSCHI, DIRECTEUR, ÉTABLISSEMENT DE DÉTENTION LA PROMENADE, LA CHAUX-DE-FONDS

Quelles sont les spécificités de la détention préventive ? La détention avant jugement (DAJ) consiste à incarcérer une personne en vue de permettre la bonne tenue de son procès. La plupart des personnes qui seront jugées restent à l'extérieur, on ne place en détention que les personnes qui présentent un risque de fuite, de collusion (nuire à l'enquête) ou de récidive/passage à l'acte. Cette détention est censée être la plus limitée possible (habituellement reconduite de trois mois en trois mois). Ses conditions matérielles n'ont jamais été améliorées, au contraire de celles des personnes qui ont été jugées et exécutent leur peine, et dont les conditions ont bien évolué ces dernières décennies. Les seules obligations d'un établissement concernant la DAJ sont de garantir une promenade extérieure d'une heure par jour, et de fournir trois repas équilibrés et quelques douches par semaine.

Les conditions de détention sont difficiles. L'enfermement 23h/24h contribue au développement de problématiques psychiques. Sur le principe, comme le but principal de la DAJ est de maintenir les personnes en détention, une majorité de celles-ci pourraient tout aussi bien être traitées comme les personnes en exécution de peine. Rappelons que les personnes en DAJ sont incarcérées seulement sur la base d'une forte probabilité de culpabilité, ce qui limite les enfermements arbitraires. Mais au final, la DAJ reste un symptôme sociétal : si l'on donnait du travail à certaines personnes en situation de précarité, on réduirait la population carcérale !

Un espoir m'est apparu lorsqu'on m'a dit qu'il existait une porte de sortie : celle d'un traitement institutionnel à la place de la prison, selon l'article 60 du code pénal. Comme j'en avais marre de la vie que je menais, j'ai décidé de tout faire pour saisir cette opportunité.

SANDRINE HAUSWIRTH, COLLABORATRICE SCIENTIFIQUE, CENTRE SUISSE DE COMPÉTENCES EN MATIÈRE D'EXÉCUTION DES SANCTIONS PÉNALES (CSCSP)

Qu'est-ce que l'article 60 du code pénal suisse ? Selon cet article, lorsque l'auteur-e est toxico-dépendant-e ou souffre d'une autre addiction, le ou la juge peut ordonner un traitement institutionnel aux conditions suivantes : la personne a commis un crime ou un délit en relation avec cette addiction, et il est à prévoir qu'un traitement la détournera de ce type d'infractions. La mesure 60 CP est exécutée dans un établissement spécialisé ou, si besoin, dans un hôpital psychiatrique adapté. La durée légale maximale est de trois ans, renouvelable une seule fois pour un an. La motivation de l'intéressé-e est primordiale pour qu'une telle mesure puisse déployer ses effets.

Quelles sont les options pour la personne prévenue d'une infraction ? Elle peut demander une exécution anticipée de la peine (EAP) ou de la mesure (EAM) qui doit être validée par le Ministère public. Celui-ci va ensuite solliciter l'autorité d'exécution de la sanction pour la mettre en œuvre. Pour qu'une EAP ou EAM soit acceptée par le Ministère public, il faut que l'enquête pénale soit suffisamment avancée, par exemple qu'il n'existe plus de risque de collusion. Elle permet d'accéder à un régime d'exécution plus favorable que celui de la détention provisoire (téléphones, visites, accès à un travail, plus de temps hors cellule, etc.), et par exemple dans le cas d'une mesure pénale selon l'art. 60 CP, à un placement dans une institution spécialisée dans la prise en charge des addictions.

CHANGEMENT ET RÉHABILITATION

C'est à ce moment-là que j'ai repris la rédaction de ma vie. Une véritable thérapie m'a permis de recoller tous les morceaux de mon passé et de comprendre comment j'en étais arrivé là. Cela a effacé le flou lié à ma situation et m'a permis de comprendre où je pouvais aller. En repensant à ma vie, j'avais aussi honte et je culpabilisais terriblement. Je pesais 117 kg et j'ai commencé à pratiquer du sport dans l'espoir de sortir de prison en meilleure santé. Ces démarches ont été le fruit de ma motivation et de ma propre volonté. La prison ne semble pas avoir été faite pour en sortir meilleur, loin de là. Je reste pourtant persuadé que le chemin vers la réinsertion et le rétablissement devrait y commencer pour chaque détenu-e qui est dans une telle situation. Mais, il n'est pas facile de trouver la volonté de se prendre en main lorsque les perspectives semblent si minces.

Après neuf mois d'incarcération, j'ai eu l'opportunité de retrouver la liberté grâce à une expertise psychiatrique favorable liée à l'article 60, et j'ai été accueilli par Addiction Neuchâtel. J'y ai découvert un environnement où chacun-e luttait courageusement contre ses difficultés, principalement liées à l'alcool et souvent avec des complications sérieuses. J'y voyais un nouveau départ et une chance.

PHILIPPE BARBONI

Comment se déroule un placement en institution de traitement des addictions au sens de l'art. 60 CP du point de vue de la justice ? Il ne peut être ordonné que par l'autorité de jugement sur la base d'une expertise psychiatrique. La décision ne peut donc formellement intervenir qu'au terme de l'enquête, dans le cadre du jugement, soit six à dix-huit mois après l'arrestation par la police. La mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se fait durant l'enquête et prend facilement quatre à six mois.

L'un des enjeux pour la justice est néanmoins que les soins appropriés pour le traitement des addictions puissent être mis en œuvre le plus rapidement possible, souvent avant même les conclusions de l'expertise psychiatrique. C'est pour cela que certains cantons ont développé une pré-évaluation (dans le canton de Fribourg: pré-indication addiction). Dès que tous les signaux sont au vert, le transfert de la personne en exécution anticipée de mesure peut se faire. Encore faut-il trouver une institution appropriée ayant des disponibilités dans des délais raisonnables. Il est fondamental que le ou la magistrat-e en charge de telles affaires connaisse parfaitement ces processus et possibilités, qu'il ou elle puisse être en contact avec des intervenant-e-s spécialisé-e-s qui ont sa confiance tout en étant au courant des spécificités de prises en charge thérapeutiques des institutions spécialisées cantonales et extra-cantonales.

SANDRINE HAUSWIRTH

Quels sont les critères pour choisir le lieu de placement et comment se déroule le suivi ? Le lieu de placement doit être adapté aux problématiques rencontrées par la personne. Il est choisi principalement sur la base de son profil et de la proximité de ses proches. Les perspectives de réinsertion, la disponibilité, les délais d'attente et la langue parlée sont aussi pris en compte. Une fois le placement mis en œuvre, l'autorité d'exécution de la sanction, qui est responsable du suivi et de la coordination jusqu'à la fin de la mesure, demeure en contact régulier avec l'institution. Des réseaux pluridisciplinaires ont lieu de manière régulière afin de faire le point sur l'évolution de la personne placée.

L'équipe de l'institution résidentielle d'Addiction Neuchâtel déployait des efforts pour soutenir ses résident-e-s, même si elle avait des défis à surmonter et manquait de moyens. Certains accompagnant-e-s, profondément investi-e-s dans leur mission, apportaient un soutien précieux. D'autres, fatigués par la tâche, faisaient aussi de leur mieux pour contribuer positivement. J'ai alors compris que mon chemin vers la rémission nécessitait avant tout une implication personnelle, et que ce nouvel environnement me donnait l'espace et le temps pour me reconstruire.

Certaines des activités proposées, comme la méditation, ont eu un effet bénéfique sur mon bien-être. J'ai aussi saisi toutes les opportunités pour maximiser mes chances de succès. J'ai commencé à me reconstruire un cercle social, ce qui est un élément crucial pour éviter la rechute mais constitue aussi un défi de taille. J'ai cherché des moyens créatifs pour tisser des liens et créer des amitiés. Mais comment se faire des amis et des contacts lorsque l'on ne dispose pas d'argent pour du sport en club par exemple ?

JEAN CLOT, CHEF DE PROJET, GREA

Quelles sont les particularités de ce type d'institutions ? L'offre résidentielle sociothérapeutique constitue une prestation du domaine des addictions à laquelle les professionnel-le-s de la justice peuvent recourir, comme alternative à la peine carcérale et comme levier de réinsertion. Ici, on remarque que le séjour dans une structure du type « lieu de vie » permet notamment de rythmer et de structurer les journées, tout en laissant du temps à la réflexion et à l'introspection, et en proposant des activités permettant de prendre du recul sur le vécu et les consommations. L'ouverture vers l'extérieur (visites, sorties, communications) – qui s'opère souvent de manière graduelle – a précisément pour but de permettre de renouer des relations sociales. Dans

le cas présent, quelques bémols se font toutefois entendre, notamment un manque de moyens, ainsi que des équipes qui sont sous pression en raison d'impératifs administratifs et financiers.

RETOUR À LA VIE NORMALE

Après un an en institution, et compte tenu de mon comportement exemplaire, j'ai eu droit à une liberté conditionnelle associée à certaines contraintes : maintenir un emploi, régulariser mes finances, disposer d'un logement et suivre une thérapie avec un psychologue.

SANDRINE HAUSWIRTH

Sur la base de quels critères une libération conditionnelle de la mesure pénale peut-elle être accordée ? Selon l'art. 62 CP, une libération conditionnelle peut être octroyée si l'état de la personne justifie de lui donner l'occasion de faire ses preuves en liberté. La loi n'exige pas de guérison, mais une évolution ayant eu pour effet d'éliminer ou de réduire dans une mesure suffisante le risque de commettre de nouvelles infractions. Il suffit que la personne ait appris à vivre avec ses troubles pour que l'on puisse poser un pronostic favorable quant à son comportement futur. La libération peut être soumise à des conditions (appelées aussi règles de conduite) diverses et adaptées à la situation de la personne (par exemple, abstinence, contrôles toxicologiques, suivi thérapeutique ambulatoire, assistance de probation, etc.). Un délai d'épreuve durant lequel ces conditions doivent être respectées, qui peut durer de un à trois ans pour les mesures selon l'art. 60 CP, est aussi prévu.

Les conditions d'une libération conditionnelle semblent à priori normales, mais elles sont en réalité très ironiques. L'expérience pour moi a été ambivalente. D'un côté, j'ai apprécié la confiance accordée par le service de probation, ainsi que le suivi peu restrictif sans tests de dépistage, avec des entretiens épisodiques et souvent à distance. Cela a été pour moi un soutien indirect, mais notable, et je comprends qu'il ne puisse pas être appliqué à tous et toutes. D'un autre côté, je me demande comment on peut faire ses preuves en liberté ? Comment trouver un emploi lorsque l'on n'a pas travaillé depuis des années, que l'on sort de prison et d'institution ? Comment trouver un logement avec des dizaines de milliers de francs de poursuites et sans un sou pour la caution et les meubles ? Et comment régulariser ses finances avec des frais de justice d'environ 50'000 francs qui s'additionnent aux poursuites ? Ce n'est donc pas seulement à ma motivation et à ma rigueur que je dois ma rémission, mais aussi en grande partie à la chance. Ayant un CFC et une amie travaillant dans une agence d'intérim, cela m'a permis de reprendre un emploi.

J'ai aussi eu la chance de trouver une colocation dans un autre canton où l'on ne m'a demandé ni caution ni extrait des poursuites. Puis, j'ai pu trouver un organisme qui m'a aidé dans une mesure de désendettement permettant de payer mes dettes tout en pouvant vivre. J'ai aussi bénéficié du soutien d'une famille aimante malgré tout, qui m'a soutenu lorsque je n'arrivais pas à joindre les deux bouts. Tous ces défis ne sont qu'une infime partie de ceux que j'ai rencontrés lors du retour à une vie normale.

JEAN CLOT

Ces difficultés et leur dépassement font écho à des recherches sur la sortie de prison et qui mettent en évidence la stigmatisation et la discrimination dans l'accès à l'emploi et au logement liées au statut d'ancien détenu. Thomas P. LeBel, un chercheur anglo-saxon qui travaille depuis des années sur ces questions, le formule ainsi : « l'idée qu'un sortant de prison serait nécessairement plus dangereux, malhonnête, moins fiable que la moyenne est fort répandue »². De telles représentations ont un effet insidieux sur la personne concernée qui tend à les intérioriser, ce qui a un impact sur sa conduite et ses attitudes. Cela renvoie à la fameuse « prophétie autoréalisatrice » des sociologues nord-américains du milieu du 20^e siècle et au « théorème de Thomas », selon lequel les comportements adoptés s'expliquent par la perception de la réalité, et non par la réalité elle-même. À l'inverse, le soutien familial, et la reconstruction d'un réseau social hors du milieu délinquant sont des éléments essentiels dans le processus de réinsertion. L'estime et la confiance des autres contribuent à ce que l'ancien-ne détenu-e se projette dans une autre idée d'elle-même.

Aucune aide de l'État, de la probation ou d'un organisme d'entraide ne m'a accompagné dans la récupération de mon autonomie. Peut-être qu'il existe des soutiens, mais comment les trouver ? L'information à ce sujet manque cruellement et je n'ai moi-même trouvé aucun organisme pour m'aider dans ces démarches.

PHILIPPE BARBONI

Ce type de parcours débouchant sur une réinsertion réussie est-il fréquent ? Le parcours de Loïc Sottas n'est pas habituel. Il est extrêmement rare de voir une personne ayant des problèmes de consommation excessive de stupéfiants entreprendre avec succès une thérapie lors de sa première histoire judiciaire. Souvent, les parcours sont plus chaotiques, avec une alternance de périodes de détention et de soin, des rechutes et des remises à l'ordre. Il faut parfois plusieurs procédures pénales pour que la personne concernée prenne conscience de l'importance de suivre une thérapie et, surtout, qu'elle s'engage volontairement dans ce processus.

Le retour à la vie normale, après la détention et/ou après une thérapie, doit être préparé. Il n'est pas simple pour une personne condamnée de retrouver un emploi et un lieu de vie. Les contraintes administratives et financières peuvent aussi vite devenir des obstacles difficilement surmontables. Il s'agit aussi d'éviter de se retrouver avec les ami-e-s et connaissances d'antan, qui ont plus tendance à tirer vers le bas que vers le haut.

AUJOURD'HUI

Ma situation est aujourd'hui excellente : j'ai trouvé un travail que j'aime, j'ai repris une formation supérieure, je rembourse mes dettes et je paie mes impôts. Cette immense épreuve a été l'équivalent pour moi d'un doctorat à l'école de la vie. Tout semble être rentré dans l'ordre et j'ai redonné un sens à ma vie. Dommage que si peu de personnes ayant traversé une situation similaire s'en sortent, mais ce n'est pas étonnant. C'est pourquoi j'ai décidé de faire ce que je pouvais à mon niveau pour tenter de faire avancer les choses, comme de participer à la rédaction de cet article.

JEAN CLOT

Quels facteurs de réussite peut-on observer dans ce parcours qui semble plus une exception que la règle ? La mobilisation conjointe de plusieurs réseaux de soutien a joué un rôle important : la famille au niveau psychologique, des proches au niveau de l'emploi, ainsi que différentes institutions spécialisées relevant du suivi de probation, des addictions ou du désendettement, sachant que la précarité financière et les aspects qui y sont liés (dettes, poursuites, saisie de salaire, instabilité économique, etc.) contribuent à l'exclusion qui est un terreau fertile pour les addictions. L'importance de la mobilisation simultanée de ces réseaux ne doit toutefois pas cacher un facteur central d'une réinsertion réussie : la motivation et la détermination de la personne, influées précisément par les différents soutiens. Il ne faut aussi pas oublier que, dans la majeure partie

des situations, ces ingrédients manquent. Il faut dès lors œuvrer en amont et le plus tôt possible dans la trajectoire pénale – soit déjà en milieu carcéral – afin de réactiver ou de mobiliser les réseaux de soutien ou d'entraide, en impliquant des proches, en favorisant l'intervention d'institutions spécialisées dans le cadre pénitentiaire (activités de conseil et prévention, par exemple) ou encore de groupes d'entraide. Cette invitation vaut également pour les acteurs et actrices des domaines de la santé, de la justice ou du social, pour travailler de concert et éviter un accompagnement morcelé.

EN GUISE DE CONCLUSION

Le système judiciaire a pour objectif la protection de la collectivité et la réinsertion des personnes qui ont commis un délit ou un crime. Ces deux logiques entrent parfois – voire souvent – en opposition. Pourtant, la réinsertion sociale des personnes placées sous main de justice constitue probablement la meilleure protection pour la société à long terme. Disposer de perspectives de vie agréables dans le cadre institutionnel limite le recours à la délinquance. En ce sens, tout devrait être fait pour réduire au maximum les obstacles que rencontrent les personnes condamnées jusqu'à leur retour à la société.

La diversité et singularité des situations et parcours individuels, du point de vue judiciaire, mais aussi social, économique, sanitaire ou encore culturel (origine, langue, etc.), requiert des suivis adaptés afin d'augmenter les chances de réinsertion. La trajectoire de Loïc Sottas illustre à quel point les obstacles restent nombreux (frais judiciaires, stigmates de la détention, etc.). En définitive, la réinsertion vient à dépendre principalement des ressources dont dispose la personne elle-même. Une réflexion au niveau sociétal devrait donc être menée à propos des obstacles à la réinsertion. Ce n'est qu'ainsi que cet objectif et celui de protection de la collectivité pourront être atteints.

Contact : j.clot@grea.ch

Notes et références

1. Cet article s'inscrit dans la continuité de la journée « Justice, prisons et addictions : quelles intersections ? Perspectives suisses » organisée par le GREA le 13 mars 2024 avec le soutien de la Fondation latine « Projets pilotes – Addictions », du Canton de
2. Voir interview de Thomas P. LeBel, professeur associé au département de justice pénale de l'université du Wisconsin (USA), <https://oip.org/analyse/le-poids-du-stigmate/>

Vaud, du Canton de Genève, et de l'OFSP. Il a été rédigé par des intervenant-e-s de cette journée.

Commandez les nouveaux panneaux de protection de la jeunesse !

5 variantes disponibles en
accord avec la nouvelle loi
sur les produits du tabac.

Nous protégeons la jeunesse !



Moins de 16 ans ?

La remise et la vente de vin, bière et autres
boissons alcooliques sont interdites.



Moins de 18 ans ?

La remise et la vente de spiritueux, apéritifs,
alcopops et produits contenant du tabac
et/ou de la nicotine sont interdites.

Le personnel peut exiger une pièce d'identité.

L'infraction à la loi par l'entreprise et/ou par le personnel peut être punie d'une amende.



shop.addictionsuisse.ch



LES CONSOMMATIONS DE DROGUES EN PRISON EN FRANCE

Stanislas Spilka, Caroline Protais (Observatoire français des drogues et des tendances addictives OFDT) et Melchior Simioni (Université de Strasbourg)

Menée en 2023, la première Enquête sur la santé et les substances en prison (ESSPRI) témoigne d'une exposition importante aux substances psychoactives chez les détenus hommes en France hexagonale et permet de cerner différentes facettes de leurs consommations (réd.).

Au 1^{er} mai 2023, la France comptait 73'162 détenu·e·s, soit une densité carcérale d'environ 120 détenu·e·s pour 100 places opérationnelles. La population écrouée en France est composée d'environ 30% de personnes prévenues (i.e. en attente de jugement) et 17,7% de la population est incarcérée au titre d'une infraction à la législation des stupéfiants (ILS). La population carcérale est presque exclusivement masculine (97%). La durée moyenne de détention est inférieure à un an et l'âge moyen des détenus est de 35 ans.

Dans l'objectif de mieux connaître la santé des personnes détenues en France et les niveaux de prévalence d'usages de drogues en prison, l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) a conçu en 2023 l'Enquête sur la santé et les substances en prison (ESSPRI), à l'image de celles menées régulièrement en population générale. Le dispositif ESSPRI vise, d'une part, à fournir des données de prévalence représentatives de la population des détenus hommes majeurs en France quelle que soit la durée de la peine, le type d'établissement ou le statut pénal et, d'autre part, à permettre une comparaison des niveaux d'usage observés en prison avec ceux de la population générale (en l'occurrence les hommes majeurs non incarcérés).

Nous reprenons ici les principaux résultats de l'enquête, publiés par l'OFDT dans sa revue Tendances en mai 2024¹.

DES NIVEAUX ÉLEVÉS D'USAGES DE DROGUES EN PRISON

En 2023, le tabac, seule drogue licite en détention, est fumé quotidiennement par 63% des détenus. La moitié des détenus a fumé du cannabis depuis sa détention (49%), et 26% en ont consommé quotidiennement. L'alcool, dont l'acquisition et la consommation sont interdites en prison, connaît des niveaux de consommation moindres. Ainsi, 16% des détenus déclarent avoir consommé au moins une fois de l'alcool au cours de leur détention et 4,0% en avoir consommé au moins six fois depuis leur incarcération.

Pour les substances illicites autres que la cannabis, seul l'usage de quatre produits étaient interrogés dans l'enquête (cocaïne, crack, ecstasy ou MDMA et héroïne). Les niveaux d'usage de ces quatre substances témoignent d'une diffusion plus faible que celle du cannabis. Ainsi, 14% des détenus ont déclaré avoir consommé au moins une de ces substances au cours de leur détention. Plus précisément, l'usage au moins une fois de cocaïne, de crack, de MDMA (ou ecstasy) ou d'héroïne s'élèvent respectivement à 13%, 5,4%, 5,4% et 5,1%. Ces usages en prison concernent donc deux fois plus souvent la cocaïne, dont 2,7% des détenus déclarent en avoir consommé au moins 6 fois. Parmi les usagers d'au moins l'une de ces quatre drogues, la moitié n'en a consommé qu'une seule (47%) tandis qu'un cinquième a déclaré au moins une consommation de chacune d'entre elles (21%).

La moitié des détenus a fumé du cannabis depuis sa détention

Parmi ces usages de drogues en prison, la pratique de l'injection est particulièrement sensible, l'utilisation de seringue au sein de la détention étant considérée comme particulièrement dangereux par le personnel pénitentiaire. De fait, en France, la mise à disposition de seringue cristallise toujours fortement le débat autour de la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques (RDR) en prison². Dans l'enquête, entre 1,4 et 5,7% des détenus ont dit avoir eu recours à l'injection d'une drogue ou d'un produit de substitution durant leur détention.

DES NIVEAUX PLUS IMPORTANTS QUE CEUX OBSERVÉS CHEZ LES HOMMES MAJEURS NON INCARCÉRÉS

La prévalence de l'usage quotidien de tabac est deux fois plus élevée parmi les détenus que parmi les hommes majeurs non incarcérés, appelés ci-après 'population générale' (25,4%, en 2023³). À l'inverse, la consommation d'alcool en détention, dont la disponibilité est moindre que pour d'autres substances (en raison d'une plus grande difficulté à en faire trafic notamment), est très nettement inférieure à celle mesurée dans la population générale : seuls 16% des détenus ont déclaré en avoir bu depuis qu'ils sont incarcérés, dont seulement 4% plus de 6 fois alors qu'en 2021 (dernières données disponibles⁴), 12,6% des hommes de 18 ans et plus déclaraient boire tous les jours de l'alcool, en France.

Pour les drogues illicites, la consommation en détention se révèle également plus importante qu'en population générale. Pour le cannabis, en particulier, la prévalence de l'usage quotidien est près de 9 fois plus élevée parmi les détenus que dans le reste de la population masculine (26% contre 3,2%)⁵.

Pour autant, en interrogeant les usages avant la détention, et notamment ceux au cours de la vie, l'enquête ESSPRI permet la comparaison d'un même indicateur d'usage (l'expérimentation, c'est-à-dire au moins une fois dans la vie) dans les deux populations (Tableau 1). Ainsi, tous les niveaux d'expérimentation parmi les détenus, à l'exception de celui d'ecstasy (MDMA), se révèlent significativement plus élevés que ceux de la population générale. On constate, par ailleurs, que les niveaux d'usage au cours de la détention (la temporalité variant avec la durée d'incarcération) restent du même ordre de grandeur que les niveaux d'expérimentation dans la population générale, ce qui laisse supposer des niveaux de consommation plus importants en prison malgré une comparabilité limitée de l'indicateur (voir l'encadré Repères méthodologiques).

Pour la cocaïne, par exemple, le niveau d'expérimentation est près de trois fois plus important parmi les détenus, avec un niveau d'usage en détention égal au niveau d'expérimentation de la population générale (respectivement 12,6% et 13,4%).



TABEAU 1. Prévalences de l'expérimentation (au moins une fois au cours de la vie) de substances psychoactives illicites chez les détenus et en population adultes hommes en 2023 (en %)

% et IC		Avant détention (n=1094)		En détention (n=1094)		Population générale (homme, n=6235)	
Cannabis	Expérimentation (usage au cours de la vie)	68	[64-73]			57.6	[56,1-59,1]
	Au moins un usage depuis la détention			49	[43-54]		
	Usage quotidien	23	[19-27]	26	[20-32]	3.2	[2,6-3,9]
Cocaïne	Expérimentation (usage au cours de la vie)	32	[25-39]			13.4	[12,3-14,5]
	Au moins un usage depuis la détention			13	[8,4-17]		
Crack	Expérimentation (usage au cours de la vie)	13	[9-18]			2.1	[1,7-2,6]
	Au moins un usage depuis la détention			6.2	[3,3-9,0]		
MDMA/ ecstasy	Expérimentation (usage au cours de la vie)	18	[12-23]			11.7	[10,6-12,7]
	Au moins un usage depuis la détention			5.4	[2,0-8,9]		
Héroïne	Expérimentation (usage au cours de la vie)	13	[8,2-19]	nd		3.0	[2,4-3,6]
	Au moins un usage depuis la détention	nd		5.1	[2,4-7,9]	nd	

Lecture: En 2023, l'expérimentation de cannabis chez les détenus est estimée à 68 %. Compte tenu de la taille de l'échantillon et du plan d'échantillonnage, cela signifie qu'il y a 95 % de chances que la prévalence de l'expérimentation soit comprise entre 64 % et 73 % (IC à 95 %). Cette prévalence est significativement plus élevée que dans la population des hommes adultes âgés de 18 à 64 ans (57,6%) soit une prévalence comprise entre 56,1% et 59,1%. Comme les deux intervalles ne se chevauchent pas, on considère que les deux prévalences sont différentes. IC à 95% = intervalle de confiance (ou marge d'erreur);

Dans l'échantillon de détenus, les pourcentages sont arrondis à l'unité lorsqu'ils sont supérieurs à 10 % et au dixième lorsqu'ils sont inférieurs.

Sources : ESSPRI 2023, EROPP 2023 – OFDT.

DES CONSOMMATIONS SOUVENT ANTÉRIEURES À L'INCARCÉRATION

Les résultats de l'enquête ESSPRI témoignent d'une exposition importante aux substances psychoactives chez les détenus hommes majeurs en France hexagonale, toutes durées de peine confondues, quel que soit le type d'établissement ou le statut pénal (en attente de jugement ou condamné). Les usages de tabac et de cannabis sont particulièrement

importants au sein de la détention. En 2023, la moitié des détenus, en France, a fait usage au moins une fois d'une ou de plusieurs substances illicites ou interdites en prison (en ce qui concerne l'alcool) depuis leur incarcération. Ces niveaux d'usages de drogues se révèlent importants notamment en comparaison avec les niveaux observés en population générale.

Les substances psychoactives en prison les plus consommées sont, par ordre décroissant, le tabac, le cannabis et l'alcool, alors qu'il s'agit du tabac, de l'alcool et du cannabis dans la population générale.

Il convient de noter, pour conclure, qu'une grande majorité des détenus qui a consommé des substances psychoactives en détention déclarait dans le cadre de l'enquête des consommations importantes déjà avant leur incarcération, ce qui suggère que la prison est davantage un espace de continuité des usages qu'un espace d'initiation [1]. Dans cette photographie des consommations en prison, celle de boissons alcoolisées fait figure d'exception, s'agissant de la rare substance psychoactive dont la consommation baisse radicalement en détention.

Contact : stanislas.spilka@ofdt.fr

REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

ESSPRI est une enquête sur un échantillon aléatoire de détenus hommes en France hexagonale incarcérés depuis plus de 3 mois et âgés d'au moins 18 ans. L'enquête est anonyme (aucune information susceptible d'identifier les détenus n'est recueillie). Elle repose sur le principe du sondage aléatoire à trois niveaux par grappes: 1) sélection des directions interrégionales des services pénitentiaires (DIPS); 2) sélection des quartiers au sein des établissements pénitentiaires retenues; 3) tirage des échantillons de 120 ou 40 détenus

dans chaque quartier tiré, en fonction de sa taille. Les personnes détenues tirées au sort sont toutes invitées à répondre à un questionnaire auto-administré sur tablette numérique, par groupe de 5 à 10, dans une salle d'activité des établissements sous la seule responsabilité d'un enquêteur formé.

L'enquête s'est déroulée du 24 avril 2023 au 29 juin 2023. Sur les 2400 personnes tirées au sort, 1094 questionnaires se sont avérés exploitables, soit un taux de réponse de 45,6%.

En raison de la faible proportion de femmes incarcérées (moins de 4 % de la population pénale), les femmes n'étaient pas concernées par ce premier volet. Par ailleurs, les territoires d'Outre-mer ont fait l'objet d'un volet spécifique en 2024.

La taille limitée de l'échantillon (n=1094) et le tirage en grappes des détenus (plusieurs détenus au sein d'un même établissements ayant été interrogés) expliquent la précision relativement faible des indicateurs (c'est-à-dire que les prévalences ont des intervalles de confiance importants).

En outre, le nombre limité de répondants rend difficile l'analyse des facteurs associés aux usages. Si les facteurs individuels, sociaux, familiaux ou socio-économiques des détenus sont comme en population générale, liés aux comportements d'usages, ces derniers s'inscrivent ici dans un environnement unique qu'il conviendrait évidemment de mieux saisir (la durée d'incarcération, les conditions de détention souvent dégradées, la promiscuité... sont probablement des facteurs qui pèsent sur les usages).

Comparativement au cannabis la comparaison rigoureuse des niveaux d'usage est plus délicate pour les autres substances illicites, en raison de deux difficultés majeures. Premièrement, les durées d'incarcération variant fortement de quelques jours à plusieurs dizaines d'années, il n'est pas possible d'interroger les détenus selon des temporalités partagées et identiques à celles habituellement utilisées dans les enquêtes en population générale. Ensuite, une seconde difficulté tient au fait que les prévalences de drogues illicites autres que le cannabis sont très faibles en population générale. Malgré des tailles d'échantillon parfois élevées (plusieurs dizaines de milliers de répondant-e-s), la plupart des enquêtes représentatives menées en France ne permettent pas d'observer les niveaux d'usages les plus fréquents, la temporalité se limitant aux usages au cours de la vie ou au cours des 12 derniers mois.

Notes et références

1. Spilka S., Morel d'Arleux J. & Simioni M. (2024). Les consommations de drogues en prison - Résultats de l'enquête ESSPRI 2023. Tendances, OFDT, n° 163, 6 p. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-05/ofdt_tend163.pdf
2. Dos Santos M., Michel L. & Jauffret-Roustide M. (2021). « Les malentendus liés à la réduction des risques en prison », *Anthropologie & Santé*, 22, <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.6272>
3. Pasquereau A., Guignard R., Andler R., Le Nézet O., Spilka S., Obradovic I., Airagnes G., Beck F. & Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme en France hexagonale en 2023 parmi les 18-75 ans, résultats de l'édition 2023 de l'enquête EROPP de l'OFDT. Le point sur, novembre 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 7 p
4. Andler R., Quatremère G., Richard J.-B., Beck F., Nguyen Thana V. (2024). La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 2, p. 22-31.
5. Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A. & Eroukmanoff V. (2024). Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023 - Résultats de l'enquête EROPP 2023. Tendances, OFDT, n° 164, 4 p. https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-06/tendances_164_eropp.pdf

INTERVIEW

Anne-Claire Brechet Bachmann par Barbara Broers (HUG)

En Suisse, certaines personnes incarcérées et dépendantes à une substance psychotrope ont accès à un soutien médical tout au long de leur détention. Pour celles consommant des stupéfiants, plusieurs procédures permettent de prendre en charge les risques liés à l'arrêt ou à la gestion de la consommation. C'est notamment ce que propose le service de médecine pénitentiaire des lieux de détention du canton de Genève. La doctoresse Anne-Claire Brechet Bachmann, médecin de premier recours en milieu pénitentiaire, travaille dans ce service géré par les Hôpitaux universitaires de Genève. Elle nous explique l'intérêt de son travail, ainsi que la spécificité des procédures et enjeux autour de la prise en charge des personnes incarcérées avec des consommations problématiques de substances.

Barbara Broers: Pourquoi avez-vous choisi cette orientation si spécifique ?

Anne-Claire Brechet Bachmann: Je ne peux pas dire que ce fut un vrai choix. Je suis arrivée un peu par hasard dans le service de médecine pénitentiaire pour remplacer une collègue en congé maternité. J'ai aimé ce travail et j'y suis restée. J'avais fait ma formation en médecine interne générale à Genève dans différents services. Le travail dans ce cadre si particulier de la prison, qui pourrait paraître un peu effrayant pour certains, m'a plu. Le but du service médical est de prendre en charge des personnes avec des problèmes de santé et de pouvoir le faire dans le respect de leur dignité et de leur humanité, cela correspond vraiment à mes valeurs éthiques, humaines et professionnelles. C'est donc tout naturellement qu'après le remplacement, j'ai continué à travailler comme médecin en milieu pénitentiaire. Le volet « universitaire » me permet aussi de partager et transmettre ces valeurs aux médecins en formation, ou en voie de spécialisation.

Barbara Broers: Pourquoi considérez-vous qu'il est important d'avoir un service médical en prison ?

Anne-Claire Brechet Bachmann: Le temps de détention peut être vu comme une opportunité de soins pour la population carcérale qui est particulièrement vulnérable. Souvent, les personnes incarcérées sont désaffiliées et en marge du système de santé. Elles ont une prévalence de maladies, infectieuses et autres, nettement supérieure aux moyennes nationales. Le

temps d'incarcération offre donc la possibilité de prendre en charge des maladies chroniques (diabète, hypertension, etc.), d'offrir le dépistage de maladies infectieuses (hépatite B, hépatite C et VIH), d'aborder des problèmes de santé mentale et les habitudes de vie, y compris les consommations de substances psychoactives comme le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, etc. Puis, on peut procéder à des investigations plus poussées si nécessaire et proposer des thérapies adaptées. Le principe d'« équité des soins » s'applique, cela signifie que tout le monde a droit aux mêmes soins en milieu carcéral que dans la société.

Barbara Broers: Quelles consommations problématiques de substances rencontrez-vous et comment les gérez-vous ?

Anne-Claire Brechet Bachmann: C'est une question qui nécessite des réponses à plusieurs niveaux. Tout d'abord, chaque personne qui entre en milieu carcéral a un entretien et examen médical minimal avec un-e infirmier-ère, qui évalue l'état de santé, identifie les maladies et traitements connus ainsi que les substances psychoactives consommées. On peut donc être amené à faire des dépistages urinaires, des échelles de manque (alcool, opiacés) ou encore à essayer de contacter les médecins traitants ou des pharmacies qui fournissent les médicaments. Si la personne indique qu'elle consomme des substances psychoactives, prescrites ou non, une seconde évaluation est réalisée. L'objectif est de déterminer la nécessité de mettre en place un traitement, sans connaître le niveau de tolérance du consommateur.

ou de la consommatrice, afin de diminuer les risques liés au sevrage tout en évitant les surdosages. Par la suite, des protocoles de traitement spécifiques sont établis pour les différentes substances, avec un plafond (dosage maximal) pour les premiers jours de détention. Les détenu-e-s peuvent ensuite demander une consultation médicale.

Barbara Broers: Est-ce qu'il y a eu des changements au cours de votre carrière concernant le type de substances consommées chez les détenu-e-s ?

Anne-Claire Brechet Bachmann: Il y a une proportion stable de la population carcérale ayant des troubles liés à l'usage de tabac et d'alcool. Nous avons connu une longue période avec des consommateur-trice-s d'héroïne mais ce phénomène semble être en diminution actuellement. Le service médical de Champ-Dollon a été précurseur en proposant des sevrages avec de la méthadone déjà dans les années 80, puis l'acceptation des traitements à base d'opioïdes (TAO) et les échanges de seringues dès les années 90.

Depuis 15 ans, nous avons aussi régulièrement des demandes de clonazépam (Rivotril), pour lequel il a été nécessaire de mettre en place un protocole spécifique avec des prises surveillées de gouttes et un dosage limité. Ensuite, la prégabaline est devenue un produit «phare». Concernant cette substance, nous avons de la peine à trouver un consensus sur l'attitude médicale à adopter. Plus récemment, nous avons eu des détenu-e-s dépendant-e-s à la cocaïne consommée sous forme de crack, mais ceci ne nécessite pas de prescription spécifique, juste une attention particulière à l'état psychique et nutritionnel. Nous surveillons en permanence les évolutions liées au marché des stupéfiants et nous restons en contact avec le réseau addictions à Genève.

Barbara Broers: On entend que la prescription de médicaments psychoactifs nécessite une attention particulière en milieu pénitentiaire, que pouvez-vous nous en dire ?

Anne-Claire Brechet Bachmann: Le milieu pénitentiaire est souvent ressenti comme une source de stress pour les détenu-e-s, ce qui rend fréquentes les demandes de

substances calmantes ou permettant de dormir. Les approches non médicamenteuses, comme l'activité physique, les soutiens psychologiques, la relaxation ou la méditation, sont souvent peu disponibles, ainsi le corps médical peut être amené à faire des prescriptions qui risquent de créer une dépendance ou d'induire d'autres sources d'ennui. On doit tenir compte de la double nécessité de permettre aux personnes détenues d'accéder aux traitements d'usage courant, tout en prévenant les complications liées à la substance et à un approvisionnement du marché clandestin, qui a tendance à renforcer les rapports de domination dans la prison. C'est un équilibre très délicat. Nous avons par ailleurs toute une liste de médicaments à éviter, vu leur valeur sur le «marché local», comme le tramadol, le zolpidem, l'akinéton, la quétiapine, etc. La mise en place de protocoles clairs facilite la discussion entre les soignant-e-s et les détenu-e-s (moins de «négociations») et permet de diminuer les actes de violence car cela crée moins de marché noir.

Barbara Broers: Encore un désir, une recommandation ou un conseil à partager pour les professionnel-le-s du domaine des addictions ?

Anne-Claire Brechet Bachmann: Un désir serait certainement une meilleure collaboration entre les services de soins, de traitements et de logements après la période de détention, car souvent les ex-détenu-e-s retombent dans la précarité et le manque de soins. Une partie

Les ex-détenu-e-s retombent dans la précarité et le manque de soins

du problème est liée au fait que le service médical en dehors de la prison est informé trop tardivement des départs des détenu-e-s, ce qui ne leur laisse pas le temps d'organiser un bon suivi. L'implémentation de structure favorisant les relais seraient également bienvenus. Sur le plan national, j'aimerais que toutes les prisons puissent offrir des traitements adéquats pour les personnes qui souffrent de dépendances, et proposent un accès à des mesures de réduction des risques. Actuellement, ce n'est pas le cas dans une bonne partie des prisons. Pour terminer, j'aimerais passer un appel aux soignant-e-s en les incitant à s'intéresser à la santé et à la médecine pénitentiaire, c'est un domaine de travail passionnant et enrichissant sur le plan professionnel et personnel.

Contact: barbara.broers@unige.ch

DÉPLOIEMENT DU PREMIS DANS LES PRISONS VAUDOISES

Nathalie Jacquard, Dr Didier Delessert, Nadia Fucina, (Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire SMPP, CHUV) et Christiane Sauvageat (SPEN)

Depuis 2016, les établissements de privation de liberté doivent donner accès, selon les besoins et la situation, à du matériel d'injection stérile pour les détenu·e·s souffrant d'addiction. Cet article relate les spécificités et les enseignements du déploiement du PProgramme d'Échange de Matériel d'Injection Stérile (PREMIS) dans les prisons du Canton de Vaud (réd.).

Depuis mars 2021, un PProgramme d'Échange de Matériel d'Injection Stérile (PREMIS) a été déployé sur tous les établissements de détention pour adultes du Canton de Vaud. Si le principe de Réduction des Risques (RDR) de la politique des quatre piliers, adoptée en Suisse en 2008, est reconnu et approuvé par les collaborateur·rice·s du Service Pénitentiaire (SPEN) comme du Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP), la mise en œuvre d'un tel programme a soulevé de nombreux questionnements. Comment accepter que des personnes détenues puissent consommer dans un lieu privé de liberté où toute consommation de substances est proscrite? N'est-ce pas paradoxal qu'elles puissent posséder du matériel d'injection en cellule? Comment assurer la sécurité du personnel et celle des autres personnes détenues? Ces inquiétudes sont légitimes et méritent d'être entendues et réfléchies. En s'appuyant sur une enquête de satisfaction menée par le Centre universitaire de médecine générale et santé publique (ESOPE), des pistes d'amélioration ont pu être proposées pour faciliter l'acceptation du PREMIS. Cet article relate les différentes étapes de l'implémentation de ce programme cantonal.

ÉLÉMENTS DU CONTEXTE

Le milieu de détention est considéré comme un lieu propice à la transmission de maladies infectieuses. Selon l'enquête ESSPRI¹ réalisée par l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT) en 2023, 52% des détenus hommes

interrogés déclarent consommer au moins une substance psychoactive illicite ou interdite en prison (voir également l'article de Spilka, Simioni et Protais, dans ce numéro). Cette proportion correspond à celle relevée par le Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) dans les prisons du canton de Vaud.

Selon une étude réalisée à la prison de Champ-Dollon, la forte prévalence des personnes détenues consommatrices de substances psychoactives illicites (dont 15,4% par injection), leur état de santé général souvent précaire (prévalence pour le virus de l'immunodéficience humaine, le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C variant entre 4 et 9,5%), leur vulnérabilité psychique péjorée par la promiscuité induite par la surpopulation carcérale et le manque de moyens de prévention, créent des conditions à risque de transmission des maladies infectieuses à l'intérieur de la prison².

Outre l'adoption de la politique des quatre piliers en 2008, la Suisse a adopté en janvier 2016 la nouvelle Loi sur les épidémies (LEp) et son ordonnance d'application (OEep). L'article 30 de l'ordonnance «Mesures de prévention dans les établissements de privation de liberté» stipule que: «les établissements de privation de liberté doivent veiller en particulier à ce que les personnes dont ils ont la charge (...) aient accès, selon les besoins et la situation, aux moyens permettant de prévenir et traiter les maladies sexuellement transmissibles ou transmissibles par le sang, en particulier à des préservatifs, à du matériel

d'injection stérile et à un traitement à base de stupéfiants».

LA REMISE EN MAIN PROPRE COMME MODÈLE DE PREMIS POUR LE CANTON DE VAUD

En septembre 2017, les directions respectives du SPEN et du SMPP décident de créer un groupe de travail (GT) composé de professionnel-le-s du SMPP, de Unisanté, du SPEN et de la Direction générale de la santé. Le GT était mandaté pour réfléchir à la mise en application de la Loi sur les épidémies dans les établissements pénitentiaires du canton de Vaud et de proposer un projet pilote de remise de matériel d'injection stérile aux personnes détenues dans ces établissements.

En s'appuyant sur le rapport⁵ de 2016 réalisé par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) «Inventaire et description des modalités de remise de matériel d'injection stérile en milieu carcéral suisse», et sur l'expérience de la prison de Champ-Dollon, un Programme d'Échange de Matériel d'Injection Stérile (PREMIS) a été réfléchi et validé.

Le GT a dû se positionner sur le mode d'échange de matériel d'injection stérile. En effet, plusieurs possibilités existent :

- Les distributeurs de seringues: Permet un libre accès au matériel. Inconvénient: Onéreux (nécessite un nombre de distributeurs important afin que toutes les personnes détenues puissent y avoir accès librement); ne facilite pas la création du lien avec le personnel soignant.
- L'espace de consommation sécurisée: Garantit un maximum de sécurité pour le personnel pénitentiaire. Inconvénient: Pas d'anonymat des consommateur-ice-s; Disponibilité restreinte du personnel soignant pour l'ouverture du lieu.
- La remise en main propre: Permet à la fois la création d'un lien avec le personnel soignant et une garantie sécuritaire. Peu onéreux.

C'est ce dernier modèle qui a été choisi pour le PREMIS dans le canton de Vaud.

FONCTIONNEMENT DU PREMIS

Le repérage des personnes s'effectue lors de la visite d'entrée infirmière qui est systématiquement effectuée dans les 24 heures qui suivent l'arrivée de la personne en détention. Les consommations de substances psychoactives et le mode de consommation sont évalués. Les personnes indiquant une consommation injectée sont informées du PREMIS. Si elles manifestent un intérêt pour la mise en place de ce programme, un entretien médico infirmier est planifié pour signer le contrat de soin qui précise le mode d'échange, le lieu

où le matériel doit être stocké hors consommation, les recommandations de consommation à moindre risque et les motifs de suspension du PREMIS (menaces hétéro agressives, partage de matériel, non-respect des règles de sécurité, perte ou disparition du matériel...). Il est rappelé que les consommations de substances psychoactives non prescrites sont interdites et qu'elles sont effectuées sous leur entière responsabilité. Un contrat de collaboration SPEN/SMPP est établi, informant notamment de la présence de matériel médical en cellule.

Le matériel d'injection stérile est remis quotidiennement à la personne détenue par le personnel soignant ainsi qu'un contenant transparent permettant de restituer l'aiguille usagée en toute sécurité. Le matériel d'injection est conditionné dans des boîtes réalisées par l'intermédiaire de la fondation Le Relais via des structures partenaires de l'antenne REL'IER. Un relevé mensuel du nombre de seringues échangées est effectué.

En cas d'incidents, le contrat est suspendu et peut donner lieu à des sanctions disciplinaires prononcées par le SPEN. Des fouilles de cellule ou des contrôles urinaires aléatoires sont possibles, comme pour toutes autres personnes détenues, mais ne sont en aucun cas associés au fait du PREMIS.

PHASE PILOTE ET PREMIÈRE ENQUÊTE DE SATISFACTION

Afin d'expérimenter le PREMIS, la prison de La Croisée à Orbe a été choisie comme site pilote. Une des étapes essentielles à la réussite de ce programme était d'obtenir l'adhésion et l'implication de l'ensemble du personnel pénitentiaire et soignant. Pour cela, des sessions de formation obligatoire destinées à l'ensemble des collaborateur-ice-s ont été organisées.

La phase pilote a démarré en août 2020. Sur six mois, deux personnes ont intégré le PREMIS. Elles ont été respectueuses du cadre proposé. Le personnel soignant a constaté une amélioration de l'alliance avec les patients concernés. Tout au long de la phase pilote, des supervisions cliniques ont été proposées à quinzaine aux équipes ainsi qu'une disponibilité permanente des cadres. Deux incidents en lien avec le déroulement du programme ont été relevés (aiguilles non rendues) mais ont démontré une collaboration efficace avec le SPEN et une restitution du matériel usagé.

À l'issue de la phase pilote, un questionnaire anonyme a été transmis par voie électronique à l'ensemble du personnel soignant et pénitentiaire afin d'évaluer leur vécu du PREMIS. Un taux de participation de 84% a été relevé. Il en ressortait principalement une amélioration de 30% dans l'adhésion au programme. Avant la phase pilote, 40% du personnel SPEN et 60% du personnel du SMPP avaient un avis favorable par rapport au PREMIS. Au terme de la phase pilote, le

personnel du SPEN était favorable au PREMIS à 70% et le personnel SMPP à 90%. La satisfaction vis-à-vis des apports de la formation et de la supervision se situait entre 85 et 95% et vis-à-vis de la collaboration entre le personnel du SPEN et du SMPP à 95%.

Sur la base de ce rapport, le GT a décidé d'implémenter le PREMIS sur les cinq établissements de détention du canton de Vaud.

PHASE D'IMPLÉMENTATION ET NOUVELLE ENQUÊTE DE SATISFACTION

Un travail préalable avec les directions de chaque établissement a été réalisé afin de définir les modalités d'application du PREMIS selon les spécificités de chaque site. Les formations ont été agendées afin que l'ensemble du personnel SPEN et SMPP puisse y participer avant le déploiement du programme. Le lancement de l'offre s'est échelonné entre décembre 2021 et mars 2022. Des supervisions cliniques ont pu être proposées sur demande aux équipes soignantes pour répondre à des questionnements éthiques ou organisationnels.

L'enquête de satisfaction anonyme a été reproduite un an après l'implémentation du PREMIS sur tous les sites du Canton de Vaud afin d'évaluer la satisfaction du personnel SPEN et SMPP.

Le taux de participation était dans les normes par rapport à ce type d'enquête (53% de répondant-e-s). Les convictions personnelles avant le déploiement du PREMIS et après ont moins évolué que lors de la phase pilote. En effet, 16,6% du personnel pénitentiaire et 23,8% du personnel SMPP ont affirmé que leurs convictions personnelles vis-à-vis du PREMIS avaient changé (contre 30% d'évolution lors de la phase pilote). La collaboration entre le SPEN et le SMPP a été vécue différemment selon les équipes: Pour le SMPP, elle a été évaluée comme très bonne dans plus de 80% des cas. Pour le SPEN, 46,6% l'estiment très bonne mais 18,8% l'ont vécue plus difficilement. L'analyse thématique des doléances liées au PREMIS met en exergue le sentiment d'insécurité (risque d'accident,

problème entre co-détenu-e-s, crainte d'agressions envers le personnel) ainsi qu'une incompréhension du principe de RDR. Il a toutefois été constaté que le volet formation/information devait être amélioré, les résultats montrant que 32% du personnel SPEN et 46% du personnel SMPP n'avaient pas reçu la formation réalisée avant l'implémentation (personnel embauché après le déploiement du PREMIS).

PISTES D'AMÉLIORATION EN COURS

L'analyse des deux enquêtes de satisfaction met en évidence l'importance de reconduire la formation pour tous les nouveaux collaborateur-ice-s. En effet, on constate que les personnes ayant émis le plus de doléances par rapport au PREMIS sont celles qui n'ont pas reçu la formation. De plus, la supervision régulière au sein des équipes soignantes contribue à une meilleure compréhension du programme. Quand bien même le nombre de personnes détenues intégrant PREMIS est relativement bas (soit une dizaine de personnes sur une année pour tous les établissements confondus), il est important que les collaborateur-ice-s soient bien informé-e-s en ce qui concerne le PREMIS. Chacun-e peut en effet être amené-e à un moment ou à un autre à prendre en charge une personne détenue faisant partie de ce programme.

Le second axe de réflexion est l'amélioration de la collaboration entre SPEN et SMPP. En effet, sur la seconde enquête, on perçoit parfois une certaine incompréhension du personnel SPEN (secret médical, confusion/crainte sécuritaire). Une rencontre réunissant les responsables de toutes les prisons du Canton de Vaud a permis d'échanger sur ces éléments.

Des réflexions sont en cours pour améliorer l'information au sujet du PREMIS dès l'entrée des nouveaux membres du personnel par leurs responsables «métier». Le programme de formation est en cours de révision afin d'intégrer plus rapidement la RDR en milieu de détention.

Contact: nathalie.jacquard@chuv.ch

Notes et références

1. Spilka S., Morel d'Arleux J., Simioni M., (2024). Les consommations de drogues en prison - Résultats de l'enquête ESSPRI 2023. Tendances, OFDT, n° 163, 6 p.
2. Barro J., Casillas A., Gétaz L., Rieder JP, Baroudi M., François A., Broers B. & Wolff H. (2014). Retractable syringes in a Swiss prison needle and syringe exchange program: Experiences of drug-using inmates and prison staff perceptions. *International Journal of Mental Health & Addiction*. 12:648–659.
3. Samitca S., Stadelmann S. & Bize R. (2016). Inventaire et description des modalités de remise de matériel d'injection stérile en milieu carcéral en Suisse. Situation en 2016. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé 266a).

**EN JANVIER, CAP SUR DE
NOUVEAUX OBJECTIFS.**



DRY JANUARY®
CH



**REJOIGNEZ LE PLUS GRAND MOUVEMENT DE
PRÉVENTION LIÉ À LA CONSOMMATION D'ALCOOL
EN SUISSE.**



Pour en savoir plus sur la campagne, rendez-vous
sur nos réseaux sociaux ou sur notre site web
www.dryjanuary.ch/fr.



dryjanuaryromandie



Dry January Romandie



Dry January Romandie

Téléchargez l'application TRY DRY

Suivez les bénéfices sur votre santé et vos
économies lors du Dry January.



RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS AU TABAC EN PRISON, C'EST POSSIBLE : UN PROJET PILOTE NEUCHÂTELOIS AUTOUR DE LA VAPOTEUSE

Magda De Pasquale (Établissement d'Exécution des Peines de Bellevue)

La consommation de cigarettes traditionnelles en milieu carcéral est tolérée depuis longtemps dans les cellules et certaines zones des prisons. Le tabac est d'ailleurs certainement la substance psychoactive la plus consommée dans ce milieu. La cigarette électronique semble apporter des avantages, tant pour la santé de la personne qui consomme du tabac que pour celle de son entourage. Mais qu'en est-il de son utilisation en prison? Quelles sont les barrières à l'introduction de ce dispositif en milieu carcéral? Plongeons-nous dans le Canton de Neuchâtel qui s'est intéressé à la question.

En prison, une grande majorité des personnes détenues fument, avec une part de fumeuses et de fumeurs en milieu carcéral qui oscille entre 64% et plus de 90% selon les pays. Certaines personnes fument par habitude, d'autres pour remplacer les substances qu'elles consommaient en étant libres, ou encore pour apaiser les tensions et angoisses liées à l'incarcération. Avant décembre 2023, certaines personnes arrivaient à l'Établissement d'exécution des peines de Bellevue (ci-après EEPB) avec leur vapoteuse, ce qui était interdit. Cette situation était source d'une grande insatisfaction pour ces personnes qui ne trouvaient pas normal de devoir à nouveau consommer des cigarettes traditionnelles en détention.

Si le temps passé en prison doit ressembler autant que faire se peut à des conditions de vie ordinaires, selon le principe de normalisation de la peine, il paraissait plus que nécessaire d'élargir le champ des possibles et de proposer une alternative moderne à la fumée. Le tabagisme préoccupe aussi les intervenant-e-s de la prison, que ce soit le personnel soignant ou de sécurité, raison pour laquelle le Service pénitentiaire neuchâtelois (ci-après SPNE) s'est engagé, il y a plusieurs années déjà, à réfléchir aux alternatives permettant non seulement de protéger la santé des personnes (en détention et du personnel) mais aussi de prévenir les risques d'incendie ou encore de préserver les infrastructures.

Même si l'EEPB est un établissement «non-fumeur», il n'en reste pas moins que les personnes en détention

peuvent fumer dans leur cellule ou dans les espaces prévus à cet effet (local de pause des ateliers, par exemple). La loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif (LPTP)², qui interdit la fumée dans les lieux fermés accessibles au public, s'applique également aux établissements d'exécution des peines et des mesures. Son ordonnance (OPTP) réserve toutefois la possibilité de fumer dans les cellules, considérées comme des lieux privés. La fumée dans les cellules expose quotidiennement le personnel uniformé à une importante quantité de fumée passive et endommage inévitablement les cellules qui doivent régulièrement être repeintes. La cigarette électronique nous paraissait alors être une évidence pour réduire aussi bien les problèmes de santé que les désagréments liés à la fumée ou encore le risque d'incendie, qui est toujours anxiogène en détention.

L'AFFAIRE DE TOUTES ET TOUS

En 2018, la direction du SPNE s'est intéressée aux recherches concernant les caractéristiques sécuritaires des vapoteuses et a étudié la faisabilité de les autoriser dans les établissements carcéraux. Le Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires a également émis le souhait de pouvoir faire plus de prévention, y compris en matière de tabagisme, favorisant l'émergence de ce projet. Les deux directeurs adjoints de l'EEPB et de l'Établissement de détention La Promenade (EDPR) à La Chaux-de-Fonds ont ensuite été mandatés pour mettre sur pied un projet.

Pour mener ce projet à bien, les deux responsables se sont notamment appuyés sur la revue de la littérature publiée par le Groupement Romand d'Études des Addictions (GREA) sur la fumée en milieu carcéral⁵. Ils ont ensuite réalisé en 2021 des sondages auprès des personnes détenues et du personnel de détention de Bellevue et de La Promenade. Les sondages étaient anonymes, facultatifs et contenaient des questions sur plusieurs volets. Par exemple, il était question d'interdiction de la cigarette traditionnelle au profit de l'électronique. Malheureusement, le taux de retour était assez faible (28,7% des personnes détenues et 47,6% du personnel). Cela peut s'expliquer, particulièrement du côté des personnes détenues, par le fait que les questionnaires n'étaient disponibles qu'en français, alors qu'une bonne partie ne parle pas bien cette langue. Néanmoins, ces quelques résultats ont permis de sonder l'opinion du personnel et des personnes détenues sur une éventuelle interdiction totale de la cigarette et l'introduction de la vapoteuse.

Parmi le personnel, 64% des répondant-e-s estimaient que l'interdiction totale de la cigarette n'était pas une bonne chose, principalement par crainte de voir les tensions augmenter parmi les personnes détenues. 94% pensaient que les détenus seraient plus difficiles à gérer si la cigarette était interdite. Du côté des personnes incarcérées qui ont répondu au sondage, elles étaient 81% à voir défavorablement l'interdiction totale ou partielle de la cigarette, principalement parce qu'elles voient cette interdiction comme une atteinte à leurs libertés individuelles et parce qu'elles estiment que la nicotine les aide à gérer le stress de la prison.

En parallèle, des rencontres ont également été organisées entre la Commission cantonale des addictions, le Service de santé publique du Canton de Neuchâtel ou encore le Centre d'information et de prévention du tabagisme (CIPRET) et des établissements de détention d'autres cantons qui proposaient déjà le vapotage aux personnes incarcérées, par exemple par l'intermédiaire de magasins de vapoteuses. Finalement, la solution retenue a été de proposer la vapoteuse de manière facultative aux personnes détenues qui fument des cigarettes, sans interdire la cigarette pour autant.

C'est l'EEPB que la direction du SPNE a désigné comme établissement pilote pour ce projet et qui a été chargé de proposer une solution viable à tester avant de la transposer ensuite dans le deuxième établissement de détention du canton. Il restait toutefois à trouver le matériel adéquat qui réponde aux conditions sécuritaires d'un établissement fermé de sécurité élevée. En effet, tout appareil électronique

qui est introduit en prison, nécessite en amont une analyse sécuritaire minutieuse des risques qu'il pourrait comporter.

En 2023, le projet était prêt, le fournisseur et le type d'appareil choisis, mais un obstacle subsistait : l'arrêté sur l'exécution des peines et des mesures (APMPA) du Canton de Neuchâtel, qui interdisait expressément l'usage de la vapoteuse dans les prisons. À la suite de la publication du rapport du GREA sur la fumée en milieu carcéral et au vu du projet mené par le SPNE, le Conseil d'État neuchâtelois a modifié ce texte le 30 octobre 2023 par arrêté afin d'admettre l'usage des cigarettes électroniques sous réserve d'autorisation par la direction de l'établissement.

UNE SOLUTION PRAGMATIQUE

Depuis décembre 2023, les personnes détenues de l'EEPB peuvent acheter des vapoteuses et des liquides de recharge. L'établissement s'est doté d'une directive réglementant l'achat et l'utilisation de la cigarette électronique en détention. De plus, une charte, signée par la personne détenue avant le premier achat a aussi été rédigée afin de responsabiliser les personnes et les informer des risques encourus en cas de mauvaise utilisation du dispositif ou de non-respect des règles établies.

La procédure d'acquisition est simple et rapide. À leur arrivée à l'EEPB, les personnes détenues sont informées de la possibilité d'utiliser la cigarette électronique par le médecin somaticien qui les voit lors de la visite médicale d'entrée. Chaque semaine, moyennant finances, les personnes incarcérées à l'EEPB peuvent commander, via la cantine interne et un formulaire de commande ad hoc, le matériel nécessaire pour vapoter. Le service de comptabilité de l'établissement provisionne l'argent et passe une commande en ligne auprès du fournisseur. Une fois la marchandise reçue, celle-ci est contrôlée par les cadres uniformé-e-s avant que les agent-e-s de détention ne fassent la distribution contre signature.



Trouver le matériel adéquat qui réponde aux conditions sécuritaires

L'ESSAI A ÉTÉ TRANSFORMÉ

Le bilan, effectué après six mois d'implémentation a été, dans l'ensemble, positif. D'un point de vue sécuritaire, aucun événement n'a été relevé, aucun appareil n'a été retrouvé démonté et aucune sanction disciplinaire en lien avec la cigarette électronique n'a été prononcée. Toutefois, des entorses aux règles ne sont pas exclues (comme fumer en dehors des lieux prévus à cet effet) puisque l'odeur n'est plus perceptible. Le personnel sait qui utilise la vapoteuse et ce sont toujours les mêmes personnes qui, chaque semaine, commandent leur liquide de recharge. À ce jour, aucun vol n'est à déplorer. D'un point de vue sanitaire, l'évaluation est plus difficile. Toutefois, nous savons qu'au moins deux personnes ont complètement arrêté la cigarette traditionnelle pour passer à la cigarette électronique et plusieurs ont fortement diminué leur consommation de tabac. Par ailleurs, un partenariat avec le CIPRET a pu être instauré, ce dernier intervenant régulièrement

auprès des personnes en détention via des séances d'information ou des rencontres individuelles. Enfin, les conditions de travail pour le personnel uniformé, qui est moins exposé à la fumée passive, sont meilleures, notamment pour les contrôles des cellules, du fait qu'il n'y a pas de fumée ni d'odeur désagréable.

Depuis le mois de juin 2024, le projet est pérennisé à l'EEPB et fait partie des prestations proposées par la cantine pour les personnes détenues. Il est maintenant en cours d'implémentation à l'EDPR à La Chaux-de-Fonds.

Contact: magda.depasquale@ne.ch

Notes et références

1. Ritter, C., Elger, B., Kunz, M. & Etter, J.-F. (2012). Less Smoking and More Health in Prisons. Swiss Tobacco Control Fund grant Nr 08.002295. Final Report. Basel, Switzerland. <https://tpf.bagapps.ch/data/pdf/75-0.pdf?v=1566208718>
2. OFSP (2008). Loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif. Berne: Office fédéral de la santé publique. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2009/766/fr>
3. Al Kurdi, C. (2020). Fumée en milieu carcéral: Revue narrative de la littérature sur le tabac en prison, son interdiction et l'utilisation de la vape (V2). Groupement Romand d'Études des Addictions (GREAA), Lausanne. https://www.grea.ch/sites/default/files/20200626-revue-fumee_en_milieu_carceral-v2_0.pdf

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse

Ruchonnet 14, CP 870, 1003 Lausanne

Groupement Romand d'Études des Addictions GREA

Rue Saint-Pierre 3, 1003 Lausanne

Rédaction en chef

Frank Zobel, Addiction Suisse - **Camille Robert**, GREA

Comité de rédaction

Barbara Broers, HUG - **Marina Delgrande**, Addiction Suisse - **Line Pedersen**, Université de Fribourg - **Benjamin Ravinet**, Itinéraires santé - **Ann Tharin**, HES-SO - **Jonathan Chavanne**, Addiction Suisse - **Yann Martinet**, Addiction Neuchâtel.

Abonnements

Addiction Suisse, Av. Louis-Ruchonnet 14, 1003 Lausanne, T. 021 321 29 11, info@addictionsuisse.ch

Site: <https://shop.addictionsuisse.ch/fr/15-periodiques>

Parution

3 fois par an

Abonnement

Suisse: Fr. 45.- par an - **Étranger:** Fr. 57.- par an

Graphisme

SDJ-Design, Sabine de Jonckheere

Mise en page

Lysandre Lechelard, GREA

Images

Photos Unsplash: p.5 Sara Kurfess; p.9 Jonathan Ouimet; p.24 Parrish Freeman; p.34 Dave Adamson.

Les articles signés n'engagent que leur auteur-e. La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction.

ISSN 1422-3368

