



HAL
open science

Les malentendus liés à la réduction des risques en prison

Marie dos Santos, Laurent Michel, Marie Jauffret-Roustide

► To cite this version:

Marie dos Santos, Laurent Michel, Marie Jauffret-Roustide. Les malentendus liés à la réduction des risques en prison. *Anthropologie et Santé*, 2021, Expériences et politiques des “crises” en santé humaine, animale et environnementale, 22, 10.4000/anthropologiesante.6272 . hal-03479987

HAL Id: hal-03479987

<https://cnrs.hal.science/hal-03479987v1>

Submitted on 7 Jun 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine, animale et environnementale

Les malentendus liés à la réduction des risques en prison

Misunderstandings linked to harm reduction in prison

Marie Dos Santos, Laurent Michel et Marie Jauffret-Roustide



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/6272>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.6272](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.6272)

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Ce document vous est offert par Université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines



Référence électronique

Marie Dos Santos, Laurent Michel et Marie Jauffret-Roustide, « Les malentendus liés à la réduction des risques en prison », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 22 | 2021, mis en ligne le 25 mai 2020, consulté le 07 juin 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/6272> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.6272>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Les malentendus liés à la réduction des risques en prison

Misunderstandings linked to harm reduction in prison

Marie Dos Santos, Laurent Michel et Marie Jauffret-Roustide

Introduction

- 1 De par son caractère polysémique, politiquement sensible, la réduction des risques (RdR) suscite un certain nombre de « malentendus » (Dos Santos, 2015) dont l'analyse est particulièrement heuristique pour envisager les conditions de la recherche en milieu carcéral. La première dimension de ces malentendus réside dans la réalisation même de cette recherche. Cet article s'appuie en effet sur les données collectées au sein du volet socio-anthropologique du Programme de Recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux en DEtention (PRI2DE) qui devait « évaluer l'acceptabilité sociale de la mise à niveau d'un ensemble d'interventions de réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire en France et les conditions d'extension de ce dispositif aux autres établissements pénitentiaires français »¹. Or, le volet interventionnel du programme, incluant la mise en place d'un programme d'échange de seringues (PES), a été bloqué par l'administration pénitentiaire, obligeant l'équipe de recherche à réarticuler les objectifs et le terrain d'enquête.
- 2 Cette réarticulation du projet a permis de donner prise, mais aussi servi de révélateur aux différents malentendus qui ont émaillé le terrain de recherche. Le malentendu est d'abord lié à une méprise de la part de certain.e.s actrice.teur.s de terrain concernant le projet qui le croyaient centré sur le PES. Il résulte de la confusion entre le volet ethnographique du programme et le volet interventionnel. Le PES représente en effet la mesure la plus contestée et la plus emblématique de la RdR en prison, synonyme de reconnaissance tacite de l'usage de drogue en prison (ou du mésusage de médicaments prescrits ou introduits illégalement en prison) et de pratiques d'injection dans un univers sécuritaire. C'est la mesure soulevant le plus d'hostilité et de débats chez les personnes non sensibilisées à la RdR et/ou hostiles à une attitude pragmatique de prise

en considération de la réalité de ces pratiques. Le modèle interventionnel choisi dans le programme PRI2DE a donc souvent été résumé à la mise en place du PES, de nombreuses autres mesures étant, au moins partiellement, adoptées ou moins polémiques. Enfin, l'enquête a permis de cerner et de clarifier le malentendu relatif à la définition de la RdR. Construite et élaborée historiquement autour de l'épidémie de SIDA, la notion de RdR dans le programme PRI2DE est centrée sur les risques infectieux (en référence aux recommandations des Nations Unies et de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2012 : « Policy Brief, HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings : a comprehensive package of interventions ») et non sur les seuls risques liés aux drogues avec lesquels nombre de professionnels sont plus familiers. Ces malentendus, apparus à différentes étapes de la recherche (définition du protocole, présentation des premiers résultats de la recherche lors de comités de pilotage, entretiens) et entre différents acteurs (au sein de l'équipe de recherche, entre acteurs de terrain, entre acteurs institutionnels du sanitaire au pénitentiaire), nous ont amenés à réfléchir aux conditions de possibilité de cet essai d'intervention et à redéfinir le cadre d'investigation en élargissant le champ de l'enquête à la question du soin en prison, pour mieux comprendre comment les risques, infectieux, y étaient appréhendés par les soignant.e.s, les personnels surveillants et les personnes détenues.

- 3 La loi de modernisation du système de santé français de janvier 2016 a réaffirmé la place de la RdR en prison². Cependant, de nombreux travaux socio-anthropologiques et épidémiologiques attestent sa difficile mise en œuvre.
- 4 La loi de 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale affirme que les soins prodigués en détention ne sont plus sous la tutelle de l'administration pénitentiaire, mais sont transférés au ministère de la Santé, et plus spécifiquement au secteur hospitalier. Cette loi établit donc une séparation des fonctions de soins et de surveillance au sein de la prison. Elle réaffirme un principe d'équivalence selon lequel les personnes détenues bénéficieraient de droits identiques à ceux des autres citoyens, dont le droit à la santé. Si ce principe d'équivalence vise à rétablir un équilibre entre dedans et dehors, il participe surtout de la rhétorique relative à la fonction réhabilitatrice de la détention. Les missions de réinsertion font régulièrement l'objet de nouvelles mesures et réformes pénitentiaires, bien que leur efficacité soit mise en doute par certains acteurs pénitentiaires (Benguigui *et al.*, 1994, Lancelevée & Scheer 2019). La transformation de la réinsertion en moyen de prévention de la récidive tend alors à se manifester par une injonction paradoxale : responsabiliser les personnes détenues et assurer l'obéissance à l'ordre carcéral (Combessie 2009).
- 5 La loi de 1994 participe de ce qu'Éric Farges (2006) nomme la « sanitarisaiton du système pénitentiaire », soit le développement d'une logique de santé publique dans les prisons françaises qui se caractérise par de nouvelles missions de prévention et d'éducation à la santé en milieu carcéral. À travers ce concept, il souligne la tension entre les missions thérapeutiques du personnel soignant et les conditions pathogènes d'incarcération liées à l'insalubrité et à la surpopulation.
- 6 Gilles Chantraine (2003) analyse comment les détenus les plus désaffiliés reçoivent des soins auxquels ils n'avaient pas accès à l'extérieur (soins dentaires, soins infirmiers ou encore suivis psychologiques) et il montre, à travers le concept goffmanien d'« institution totale », comment « la prison devient, petit à petit, une ressource matérielle, symbolique, affective ». Bruno Milly (2001) observe quant à lui un double processus de détotalitarisation de l'institution pénitentiaire du fait de l'ouverture de

l'accès aux soins en prison, et de détotalisation avec l'ouverture de la prison à des partenaires extérieurs au monde pénitentiaire (soignant.e.s, personnels associatifs, mais aussi chercheur.e.s). Les travaux sociologiques produits sur la prison interrogent les interactions entre les trois mondes : pénitentiaire, du soin et des personnes détenues, comme possibles espaces de négociations et de résistances (Chassagne, 2019 ; Mahi, 2015a., 2019 ; Bessin et Lechien, 2002).

- 7 Ces analyses invitent à interroger la place de la RdR en prison, comme un pont entre le dedans et le dehors. Cet angle d'approche poursuit les conclusions du rapport de recherche de Myriam Joël (2016) qui soulève notamment les multiples difficultés d'accès au terrain, auxquelles j'ai également été confrontée. S'appuyant sur les travaux de Jean Fournié (1993), elle analyse la « zone grise » qui entoure les missions de RdR et la difficile répartition des tâches au sein des services, qui pâtissent d'un manque de coordination (Joël, 2016). Son étude, centrée sur les pratiques professionnelles, s'inscrit dans la lignée des recherches qui interrogent la présence d'usagers de drogues en prison, et qui montrent combien l'épreuve de la prison constitue une étape de la carrière d'usagers de drogues en situation de grande précarité ou de jeunes hommes racisés vivant dans des quartiers populaires, l'expérience carcérale s'inscrivant dans un effet de répétition et de fréquents allers-retours dedans-dehors (Bouhnik, 2007 ; Boumaza & Brillet, 2008 ; Chantraine, 2004 ; Dos Santos, 2016 ; Fassin, 2015 ; Fernandez, 2010 ; Hagège, 2016 ; Protais, 2015 ; Tissot, 2016).
- 8 Les travaux de Caroline Protais et Marie Jauffret-Roustide (2019) sur la circulation et les échanges de drogues en prison confirment la présence de drogues en détention. Ils analysent l'introduction de produits stupéfiants en détention comme une stratégie d'adaptation secondaire permettant aux individus de contester le rôle qui leur est attribué par l'institution carcérale et comme un révélateur de l'échec de celle-ci à exercer un contrôle sur les comportements des personnes détenues (Protais et Jauffret-Roustide 2019).
- 9 D'autres travaux ont étudié les différentes représentations liées à la sexualité en prison : les sexualités dans les prisons pour femmes (Joël, 2017) ; l'homophobie et l'homosexualité dans les prisons pour hommes (Gaillard, 2009 ; Ricordeau, 2004) ; le rapport des jeunes détenus à la sexualité (Amsellem-Mainguy *et al.*, 2017) ; ou encore la sexualité dans les unités de visite familiale (Lancelevée, 2011). Ces travaux proposent des analyses fines des différentes représentations et éventuels malentendus liés aux diverses formes de sexualités en prison qu'il est nécessaire d'appréhender afin d'investiguer la manière dont les outils de RdR peuvent être perçus par les personnes détenues.
- 10 La mise en place de ces outils de RdR a été l'objet de nombreux rapports et études. En décembre 1996, une circulaire relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire a autorisé la distribution gratuite et systématique d'eau de Javel aux détenu.e.s et élargi le cadre légal des traitements de substitution en prison³.
- 11 Selon l'étude de Michel Rotily *et al.* (1995) sur la prévalence VIH et les conduites à risques au sein de la prison des Baumettes, les usages de drogues par injection sont le principal facteur de risque d'infection par le VIH dans la population carcérale et les rapports sexuels sont un facteur de risque supplémentaire chez les détenu.e.s usager.e.s de drogues incarcéré.e.s sur de courtes durées, en particulier chez les femmes. L'absence de matériel d'injection stérile est ensuite dénoncée en 2009 par le

Conseil national du sida (CNS) qui publie une « note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires ». En 2010, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) publie les conclusions de l'expertise collective sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues et formule un certain nombre de recommandations spécifiques à la prison. Le groupe ANRS-PRI2DE, constitué en 2009, liste les carences constatées en France la même année en matière de réduction des risques infectieux, comparativement aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans un inventaire des mesures de RdR dans l'ensemble des prisons françaises (Michel *et al.*, 2011). La disponibilité et l'accessibilité d'informations transmises aux détenus sur le VIH, les hépatites virales, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la RdR ; la possibilité de dépistages et l'accès à des préservatifs et lubrifiants, à des traitements de substitution aux opiacés, à de l'eau de Javel, à la vaccination VHB, au traitement post-exposition (TPE), à un protocole et un dispositif de coiffage et enfin à un programme d'échange de seringues (PES) sont systématiquement évalués. L'étude ANRS-Pri2de (2011) conclut que ces mesures étaient très inégalement déployées et de manière insuffisante.

- 12 Réalisée au même moment, l'enquête Prevacar faisait état d'une forte prévalence du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) en prison, six fois plus élevée qu'en milieu libre (Semaille *et al.*, 2009). Dans les éditions 2004 et 2011-2013 de l'enquête ANRS-Coquelicot a ensuite mis en évidence l'existence de pratiques d'injection en détention, 14% des personnes ayant une histoire d'injection et des antécédents d'incarcération ayant déclaré des pratiques d'injection en détention, et un tiers de ces personnes ayant partagé leur matériel à cette occasion (Michel *et al.*, 2018).
- 13 Suite à ces enquêtes nationales, différentes enquêtes locales sont venues confirmer la diffusion de pratiques d'usage de drogues en détention, le cannabis restant le produit le plus largement consommé (Sannier *et al.*, 2012, Sahadjian *et al.*, 2017, Protais & Jauffret-Roustide, 2019). Certaines de ces enquêtes exploraient également l'acceptabilité de mesures de RdR. Dans l'enquête d'Olivier Sannier réalisée à Liancourt, « plus de 10 % des répondant.e.s déclaraient être intéressé.e.s par la mise en place de programmes d'échange de seringues ou kits sniff » (Sannier *et al.*, 2012).
- 14 L'enquête ethnographique de la recherche Pride s'est déployée avec et autour des incertitudes liées au projet lui-même, du fait de l'annulation du volet interventionnel concernant la mise en place d'un PES par l'administration pénitentiaire. Sur la base de ces constats, nous avons tâché d'identifier les malentendus sur lesquels peuvent reposer les blocages.
- 15 Dans le cadre de cet article, le terme « malentendu » est entendu comme la part du langage faite de non-dits, de mises sous silence et d'incompréhensions. Les malentendus, au cœur de toute interaction, émanent du caractère toujours partiel et équivoque du langage et de la rencontre avec l'altérité (La Cecla, 2002). « Cette dissymétrie d'une fausse vérité qui a raison et tort, tort d'avoir raison et raison d'avoir tort et qui reflète si bien notre condition moyenne, est le principe du malentendu » (Jankélévitch, 1957 : 185).
- 16 Les malentendus dans le domaine de la santé sont souvent le fruit d'un décalage entre les perceptions des patient.e.s et celles des soignant.e.s, notamment lorsque les soignant.e.s sur-interprètent la parole des patient.e.s ou qu'ils ou elles omettent de révéler l'ensemble des informations (Fainzang, 2006). Une autre forme de malentendus,

les *therapeutic misconceptions*, caractérise la mécompréhension des patient.e.s lors de l'engagement dans des essais thérapeutiques qu'ils ou elles considèrent comme la possibilité de bénéficier d'un traitement alors que pour les professionnel.le.s médicaux, l'objectif de ces essais est d'abord d'acquérir des connaissances pour la recherche scientifique (Henderson *et al.*, 2007). Cependant, la participation à des essais cliniques peut représenter une rare opportunité de bénéficier d'un traitement dans un contexte où les inégalités structurelles réduisent considérablement l'accès aux soins (Timmermans & McKay, 2009). Laureline Coulomb (2014, 2018) identifie trois formes de malentendus dans les relations soignant.e.s et soigné.e.s sans domicile autour du rapport au corps, à la santé et au temps, qui peuvent conduire à l'évitement de la relation mais aussi permettre des négociations et des compromis. Dans ces différents exemples, et comme le souligne Hintermeyer *et al.* (2015), les malentendus sont à la fois un défaut de compréhension et ce qui rend la rencontre possible.

- 17 Comme l'indique Luc Van Campenhoudt (2014), soulignant l'intérêt méthodologique de la prise en compte du malentendu, « [q]uelle que soit la situation étudiée, le type d'activité et le dispositif concernés, les catégories de professionnels et les groupes de population impliqués, il semblait que les uns et les autres vivaient et travaillaient le plus souvent sur des planètes différentes et qu'il y avait entre eux de nombreux et parfois profonds malentendus ». L'auteur souligne le rôle que peuvent jouer les malentendus dans la « gestion en "réseau" des problèmes sociaux », notamment en ce qu'ils permettent de laisser une marge de manœuvre et une certaine autonomie aux personnes impliquées.
- 18 L'organisation de la RdR en prison relève ainsi d'un travail de coordination et de concertation entre différent.e.s acteur.trice.s de la prison. Cet article explore la zone grise des malentendus, plus spécifiquement autour de la mise à disposition des principaux outils investigués : les outils de RdR liés aux usages de drogues (matériel d'injection stérile, « roule-ta-paille⁴ ») ; les informations sur les risques infectieux, les dépistages et les préservatifs.

Chronologie d'une enquête de terrain

Émergence de malentendus et débuts d'enquête

- 19 L'établissement pénitentiaire des Baumettes à Marseille a été choisi comme site pilote pour initier l'essai d'intervention du fait de la forte participation des équipes sanitaires lors de l'inventaire des mesures de RdR et de l'adhésion de l'ensemble des acteurs à la phase exploratoire, traduisant à tous les niveaux leur motivation à intégrer le programme. La direction de l'établissement ainsi que la direction interrégionale des services pénitentiaires ont donné leur accord de principe et ont facilité la mise en œuvre de la recherche. Une phase exploratoire de la recherche menée en 2015-2016, avait mis en évidence des discours majoritairement bienveillants et compréhensifs vis-à-vis des mesures de RdR liées à l'usage de drogues parmi les surveillants interrogés (Jaffret-Roustide *et al.*, 2015). La direction des Baumettes avait facilité la diffusion des résultats de cette enquête au sein des équipes pénitentiaires, par le biais de présentations orales au sein de l'établissement. Cette première phase de la recherche a ainsi constitué une étape préalable des conditions de mise en œuvre d'une deuxième enquête ethnographique associée à la mise en œuvre d'un essai d'intervention de mise

à niveau des mesures de RdR dans l'établissement. La deuxième raison ayant orienté le choix de ce site pilote était qu'il s'agissait d'un établissement de taille suffisante pour qu'une anonymisation soit garantie pour les personnes détenues.

- 20 Durant l'été 2017, un déménagement a eu lieu aux Baumettes, entraînant un bouleversement des services, notamment au sein de l'unité sanitaire. Durant cette période, j'ai mené des entretiens avec des acteur.trice.s institutionnel.le.s impliqué.e.s (N=4) et des acteur.trice.s associati.ve.f.s intervenants en prison ou auprès de sortant.e.s de prison (N=3). De septembre à décembre 2017, j'ai pu commencer l'enquête de terrain et assister à une centaine d'heures de consultations. Avec l'accord de l'administration pénitentiaire, j'ai commencé à mener les entretiens auprès des soignant.e.s et amené mon dictaphone⁵ pour enregistrer l'intégralité des entretiens. J'ai conduit des entretiens (N=23, cinq hommes et dix-huit femmes) auprès de psychiatres, médecins généralistes, médecins spécialistes, travailleur.se.s sociaux.les et infirmier.e.s diplômées d'État (IDE), dans les différents services médico-psychologiques régionaux (SMPR), l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Enquête de terrain auprès des personnels pénitentiaires et des personnes détenues

- 21 En octobre et novembre 2018, j'ai pu rencontrer les personnels surveillants (dix-huit hommes et douze femmes) rattachés aux « brigades » (qui correspondent à leur lieu d'intervention) : brigade unité sanitaire, brigade parloir, brigade maison d'arrêt pour femmes (MAF) et brigade de la structure d'accompagnement à la sortie (SAS).
- 22 Ne pouvant m'adresser directement aux personnes détenues pour leur proposer un entretien, ce sont les soignant.e.s du CSAPA qui ont accepté de les solliciter pour participer à la recherche. Au départ et afin de toucher les personnes potentiellement les plus exposées à un risque infectieux, seul.e.s les usager.e.s de drogues par injection étaient ciblé.e.s, puis les critères ont été élargis aux personnes bénéficiant d'un suivi au CSAPA, afin d'investiguer l'ensemble des outils de RdR, et pas seulement la mise en place d'un PES. Douze personnes ont été rencontrées par ce biais. Début 2019, j'ai réalisé les derniers entretiens au sein d'un dispositif expérimental, la structure d'accompagnement à la sortie (SAS), récemment ouvert aux Baumettes et qui accueille des hommes en fin de peine. Du fait de règles propres à la SAS, autorisant plus de mouvements au sein de l'établissement, je pouvais m'adresser directement aux personnes qui attendaient devant l'unité sanitaire pour leur proposer un entretien. Dix-huit entretiens ont été réalisés auprès d'eux. Le profil sociodémographique des personnes rencontrées varie selon le lieu : celles du CSAPA sont en moyenne plus âgées (35 ans), tandis qu'au sein de la SAS, la moyenne d'âge est de 28 ans. Ces entretiens ont été réalisés dans les bureaux de consultation, sans la présence de surveillant. Au CSAPA, je rencontrais mes interlocuteurs via le médecin qui prescrit les traitements de substitution. Je bénéficiais ainsi de la confiance qu'ils lui accordaient pour évoquer leur pratique de consommation et d'injection. À la SAS, je n'ai rencontré aucune personne ayant déclaré s'être déjà injectée des drogues. Il est très probable que la population, plus jeune et sélectionnée, y soit aussi peu voire pas injectrice.

- 23 En revanche, la quasi-totalité des personnes rencontrées ont évoqué leur consommation de cannabis, dont la présence est détectable pour tout.e visiteur.se en prison.
- 24 Enfin, j'évoquais différemment la question de la sexualité et de la disponibilité des préservatifs. Au CSAPA, il s'agissait de lever le malaise que cela pouvait susciter chez des personnes ayant des parcours de vie très précarisés, des expériences de la rue et des incarcérations multiples à leur actif. Alors qu'avec les jeunes hommes rencontrés au SAS, cette question trouvait un écho plus favorable et ces derniers évoquaient plus facilement leurs pratiques sexuelles en lien avec les risques infectieux.
- 25 Dans le cadre de cet article, les personnes enquêtées sont définies par leur statut au sein de la prison : surveillant.e, soignant.e et personnes détenues ou « homme ». L'anonymisation située et l'usage de surnom pouvant traduire une mise à distance sociale de la chercheuse vis-à-vis des enquêté.e.s (Coulmont, 2017)⁶, j'ai repris à mon compte la proposition de Didier Fassin (2015) : « Lorsque je relate l'histoire d'un individu ou évoque sa relation avec moi ou d'autres, je dis "l'homme" afin de restaurer une forme de dignité dont la prison, la justice et la police tendent à les priver. » Je n'ai pas eu l'occasion d'interviewer des femmes, je les ai rencontrées uniquement lors des observations ethnographiques⁷.

Calendrier enquête PRI2DE

2009 : constitution du groupe de travail ANRS-Pride sur la réduction des risques en prison, incluant des représentants de l'administration pénitentiaire.

2016 : soumission du volet socio-anthropologique à Sidaction.

3 mars 2017 : copil de Pride : l'expérimentation du PES n'aura pas lieu
 Avril 2017 : prise de contact avec l'équipe des Baumettes
 Juin-septembre 2017 : déménagement de la prison
 Juillet-août 2017 : entretiens auprès des acteurs associatifs et institutionnels (N =7)

Septembre-décembre 2017 : observations ethnographiques sur les soins en détention/ observations de consultation (une centaine d'heures) + premiers entretiens soignants

Janvier 2018 : blocage de la prison /grève surveillant.e.s (revue de presse)

Juillet 2017-mars 2019 : réalisation des entretiens (N =90)

Réduire les risques liés aux usages de drogues en prison

Acceptabilité de la RdR et logiques pénitentiaires

- 26 En mars 2017, le début de la recherche socio-anthropologique a été marqué par une réunion au cours de laquelle le médecin référent de l'administration pénitentiaire a annoncé au comité de pilotage⁸, à la stupeur générale, le blocage de l'essai interventionnel. La direction de l'administration pénitentiaire a d'abord soutenu l'essai

en participant au financement de la recherche, avant que le déploiement des mesures concernant les PES ne soit bloqué sur le terrain. Les discussions concernant le décret de mise en application pour organiser la mise en œuvre concrète des PES, dont aurait découlée l'organisation de l'intervention aux Baumettes, n'auront finalement pas pu aboutir.

- 27 Ce blocage peut être analysé à différents niveaux. Au niveau national, les difficiles négociations parlementaires autour du décret concernant l'autre volet de la RdR de la loi de santé 2016 sur les salles de consommation à moindre risque ainsi que le contexte politique, en amont des présidentielles de 2017, peuvent expliquer en partie la rétractation de l'administration pénitentiaire. Cette opposition de l'administration pénitentiaire à l'essai d'intervention a été d'autant moins compréhensible par les acteur.trice.s mobilisé.e.s que les recherches peuvent déployer des mesures non validées institutionnellement dans un cadre expérimental. Ainsi, le blocage viendrait principalement de la difficulté pour l'administration pénitentiaire d'inclure des mesures de santé publique reconnaissant l'existence de pratiques d'injection de drogues dans un espace de privation de liberté et de contrôle total privilégiant la logique sécuritaire au détriment de la logique sanitaire.
- 28 Au niveau local, l'annonce du déménagement de la prison a certainement complexifié le maintien de l'essai interventionnel, pourtant inscrit dans le cadre d'une recherche scientifique.
- 29 Au niveau des représentations des acteur.trice.s de terrain et du sens que ces dernier.e.s accordent à la RdR en prison, les blocages et débats interrogent les paradoxes de l'institution carcérale et ses fondements idéologiques. Paradoxes identifiés par Philippe Combessie (2009) qui montre les logiques contradictoires de la mission de la prison qui oscille entre la neutralisation d'individus considérés comme dangereux pour le reste de la population et la réinsertion et la réhabilitation de la personne détenue. Ces deux missions antagonistes font se rencontrer deux idéaux de société concurrents dans les politiques en matière de drogues : une société sans drogues et une société où les individus seraient entièrement responsables face à leur propre santé. C'est sur ce malentendu systémique que se positionne la RdR, comme nous le schématisons dans le tableau ci-après.

Tableau : Acceptabilité de la RdR et logiques pénitentiaire

REFUS DE LA RdR	ACCEPTATION DE LA RdR
Mission de contrôle et enjeu sécuritaire	Mission de réhabilitation et de réinsertion
⇒ Idéal : société sans drogues	⇒ Idéal : individus responsables
Logique répressive, lutte contre l'usage	Approche pragmatique face aux consommations intra-muros
Période d'incarcération propice à l'abstinence	

L'acceptabilité des PES

- 30 Un argument en faveur de la RdR en prison est que « l'instauration des PES change la nature du counseling et facilite l'échange entre le personnel soignant et les UDI

(usagers de drogues par injection). Les messages de prévention sur les pratiques à risque et les surdoses sont ainsi mieux reçus » (Lines *et al.*, 2006).

- 31 « Des bénéfiques connexes ont été recensés : une réduction du nombre d'abcès, de surdoses et de décès ; une augmentation des orientations vers des programmes de désintoxication et, plus généralement, un accroissement du recours aux soins parmi les détenus ; une résorption de la tension entre prisonniers et personnel, ainsi qu'une sensibilisation accrue à la transmission infectieuse et aux comportements à risque ; une plus grande sécurité pour les personnels, avec moins d'incidents lors des fouilles impliquant des seringues dissimulées » (Obradovic, 2013).
- 32 Cette approche de santé publique se heurte à la demande de sécurité formulée par les surveillant.e.s. Le motif principal de blocage repose sur la contestation des syndicats majoritaires de surveillant.e.s pénitentiaires qui se sont prononcés contre l'introduction de matériel d'injection stérile, avec pour argument l'aspect sécuritaire de leur travail et la menace d'une seringue comme une « arme potentielle », selon les déclarations du secrétaire général de l'Ufap-Unsa Justice, principal syndicat de surveillant.e.s⁹. Aucun.e surveillant.e interrogé.e dans la recherche ne témoigne d'une expérience d'agression avec une seringue, cependant cette crainte, ainsi que celle d'une augmentation du trafic sont évoquées par plusieurs surveillant.e.s rencontré.e.s.
- 33 Les moins réticent.e.s considèrent que ces questions ne sont pas de leur ressort, mais de celui des soignant.e.s :

Moi, je pense qu'il faudrait que ce soit quand même encadré par une infirmière ou un médecin, au moins l'infirmière, pour s'injecter. Vous savez, dans le milieu pénitentiaire, ça va très, très vite au niveau de la responsabilité pénale. Donc, on peut pas le laisser en cellule sous le contrôle d'un surveillant. Il suffit qu'il fasse justement une overdose, le surveillant est impuissant. Non, vaut mieux que ce soit encadré médicalement. (Surveillant, 30-40 ans, brigade unité sanitaire)

- 34 Bien que peu visibles, les pratiques d'injection existent en détention, selon certain.e.s surveillant.e.s interrogé.e.s qui déclarent avoir vu des seringues circuler, quelques un.e.s en ont interceptées lors de fouilles ou en ont entendu parler par des collègues. Un surveillant, favorable aux PES, se dit pourtant sceptique car selon lui, la peur de la sanction dissuaderait les personnes détenues :

Pour les détenus qui déclarent au médecin qu'ils se piquent ou qu'ils sniffent. Oui, si ça peut les aider. Mais après, réellement, il y en aura pas beaucoup, ils iront pas dire : « je me pique ». Ils auraient pas confiance. Déjà, même quand ils prennent des traitements, ils ont du mal à dire qu'ils prennent un traitement de substitution, par exemple le Subutex[®] tout ça. (Surveillant, 30-40 ans, brigade SAS)

- 35 En effet, comme le souligne Nina Tissot (2016) dans son étude portant sur des ateliers RdR menés en prison, les personnes étiquetées toxicomanes sont fortement stigmatisées en prison : « Ces produits [Subutex[®]] sont non seulement associés à l'héroïne (voire à l'injection) qui n'a pas meilleure réputation en détention qu'à l'extérieur, mais ils se réfèrent surtout à la dépendance du détenu vis-à-vis de l'administration pénitentiaire pour les obtenir : obligation de se soumettre au

protocole, moyen de pression potentiel sur leur comportement. Le détenu est donc rendu vulnérable, et de fait d'autant plus suspecté d'être cette possible "balance" souvent associée à la figure du toxicomane. » (Tissot, 2016 : 14)

- 36 Malgré le secret médical, une demande d'attestation de suivi de soins peut permettre d'appuyer une demande de remise de peine, comme nous le confirme une conseillère du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) qui défend les PES. Selon elle, l'accès à un service de RdR en prison va dans le sens d'un effort de réinsertion par la personne détenue.
- 37 L'acceptabilité des PES en prison est fragilisée par les nombreux malentendus autour de l'objet seringue et des risques mais également par les représentations liées à son introduction dans l'univers carcéral. De plus, la stigmatisation des personnes usagères au sein même de la prison peut rendre l'introduction de ces programmes plus difficile.

Les allers-retours en prison comme ruptures biographiques : du premier shoot aux tentatives d'abstinence

- 38 Selon Fabrice Fernandez, « l'usage de drogues et le passage en prison fonctionnent en continuité ou en alternance dans le jeu des trajectoires biographiques (la consommation de drogues peut conduire en prison mais inversement, on peut débiter une consommation de drogues en détention) » (Fernandez, 2007 : 173).
- 39 Le refus de la politique de RdR liée aux usages de drogues repose parfois sur l'idée de l'enfermement comme période propice à l'abstinence : la difficulté de se procurer des seringues en prison favoriserait un temps de pause dans la pratique de l'injection et donc une amélioration de la santé, notamment du système veineux. Gilles Chantraine interroge ces arrêts subis de la consommation dans le cadre d'une « routine carcérale, qui prend la forme d'une régulation d'une toxicomanie problématique [...]. Mais la pause n'a qu'un temps et la même rengaine semble, à ce moment de la trajectoire carcérale, inlassablement recommencer à la sortie de prison » (Chantraine, 2003 : 371).
- 40 Dans mon enquête, peu de personnes ont signalé des prises par injection, l'absence de PES autorisé pouvant leur faire craindre de parler de leur pratique. Certains l'ont évoqué néanmoins, tel que cet homme de 41 ans rencontré au CSAPA, consommateur de Ritaline¹⁰ par injection, qui raconte son initiation à l'injection lors d'une incarcération :

Je connaissais l'héroïne mais je me suis jamais fait des shoots d'héroïne, jamais. [...] Comme je vous ai dit, j'ai commencé à me piquer, c'était en cellule en plus. Ça a commencé tard. C'était entre 28 et 33 ans, un truc comme ça, que je me fais le premier shoot.

- 41 La rupture biographique liée à une incarcération peut conduire à une majoration des risques. En mettant à mal les processus d'autocontrôle (Castel & Coppel, 1991), la prison peut conduire à une augmentation des prises de risques, tels que le partage de seringues. Dans un discours assez confus, mélangeant souvenirs, conseils de RdR et histoires d'arnaques de rue, cet homme associe sa première injection, en cellule, et son infection par l'hépatite C :

J'en reviens que j'ai un gramme de coke après et deux ecstas en cellule. Je rentre, je fais un trait¹¹ et mon collègue me dit : « C'est du

gaspillage, j'ai une pompe ». [...] Enfin, je lui dis : « Laisse tomber, moi, je tape », « Non, non ». Je refais un trait et je dis : « Tiens, prends, fais comme tu veux ». Il fait un fix et il la nettoie. Et il l'a mal nettoyée, j'ai attrapé l'hépatite là ou avant puisque ça fait quinze ans. Non, c'est pas là que j'ai attrapé l'hépatite parce qu'il l'avait bien lavée. [...] Avec la Javel et de l'eau, trois fois et trois fois. Parce qu'il faisait après moi, mais moi, à chaque fois je l'ouvrais et c'est pas bon de l'ouvrir parce qu'on fait rentrer les bactéries. Ça, je savais pas. Bon, il me fait un shoot, je sens rien. [...] je sens rien parce que j'avais fait le trait ou je sais pas, ou peut-être il m'a mis de l'eau. [...] je connaissais pas comment ça se faisait. Mettre de l'eau dans la cuillère avant de mettre la cocaïne, vous mettez de l'eau dans la seringue, pour faire croire.

- 42 Il explique être favorable à la mise en place de PES en prison mais il affirme qu'il ne souhaiterait pas en bénéficier car, dit-il : « *Tu es ici pour te refaire une santé, je pense.* »
- 43 Son récit est émaillé de contradictions et montre bien une plus grande difficulté à se dire injecteur en prison, en comparaison de mes précédentes enquêtes hors les murs, dans des structures telles que les Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) où les personnes se rendent pour chercher du matériel, ce qui leur permet d'évoquer leurs pratiques avec moins de craintes d'être jugées, et surtout sans risque de sanction (Dos Santos, 2015).

Les « roule-ta-paille » des Baumettes

- 44 Si les PES ne sont pas autorisés en prison, dans le CSAPA des Baumettes et dans l'unité sanitaire du SAS, au moment de ma présence sur le terrain, des « roule-ta-paille » sont mis à disposition des patient.e.s-détenu.e.s dans un panier¹². Les carnets de roule-ta-paille ont pour vocation de sensibiliser les personnes aux risques de contamination VHC lors d'un partage de paille pendant la pratique du snif. Cet outil se veut une réponse pragmatique à la circulation de drogues en détention et à la pratique du snif. La diffusion de ces carnets favorise un accès aux connaissances et aux enjeux de santé publique liés au risque de contamination VHC à travers la pratique du snif. S'il est difficile de déterminer dans quelle mesure ce savoir acquis en prison est mobilisé en dehors, l'outil de RdR roule-ta-paille est néanmoins une matérialisation concrète de ce savoir transmis aux personnes détenues.
- 45 Beaucoup des surveillant.e.s interrogé.e.s ne connaissent pas cet outil de RdR et quand je les interroge à ce sujet, leurs réponses sont divisées, comme indiqué précédemment pour les PES. Si certains y sont favorables, d'autres sont réfractaires et motivent leur refus par l'idéal d'une prison sans drogue :

À la base, c'est un produit qui est interdit en détention [...] Qu'on fasse pour des gens de l'extérieur, pour éviter ces problèmes-là, ces problèmes de passage de pailles et tout ça, ça, j'arrive complètement à le comprendre. Mais en prison, normalement on n'est pas censé avoir tout ça. Même si oui, c'est une certitude, il y en a, mais c'est pas traiter le problème. Il faudrait d'abord traiter le problème, le fait qu'il y en ait plus du tout dans les prisons, avant de pouvoir espérer traiter

ce qui se passe quand ils en prennent. (Surveillant, 30-40 ans, brigade US)

- 46 Les « roule-ta-paille » étant disponibles lors des entretiens menés auprès des personnes détenues, de nombreuses personnes rencontrées en ont profité pour en prendre et me confier qu'elles les utilisaient.
- 47 Lors des entretiens avec les hommes incarcérés au SAS, je profitais de la présence du panier et des carnets de pailles pour évoquer avec eux leurs pratiques de snif. Au SAS, ils sont souvent incarcérés pour des faits liés à la revente de stupéfiants, et beaucoup expliquent qu'en tant que revendeurs, ils sont plutôt réfractaires à la consommation. Un homme de 28 ans explique qu'il associe directement consommation et business :

Chercheur : Avant de rentrer, vous saviez qu'il y avait des risques à partager une paille ?

Homme : Ouais, ouais, c'est la base ça. Moi, dans ce milieu-là, je connais tout ce qui est trucs infectieux et tout, le sang, qu'on peut attraper avec la salive. Faut faire attention. En plus, en France, 90 % des billets français qui sont en circulation, sur 100 %, il y a 90 % des billets, il y a des résidus de coke dessus. Donc le problème, il vient pas d'untel ou untel, c'est vraiment à l'échelle nationale. Pour mon cas, quand je prenais ça, je tapais qu'avec les plus gros billets que j'avais dans ma liasse. [...] Les billets de 5, billets de 10, billets de 20, impossible, ça rentre pas dans mon nez parce que c'est les plus touchés. (Homme, 28 ans, SAS)

- 48 Magnétophone éteint, certains évoquent l'opportunité de fournir des « roule-ta-paille » lors de la revente de produits psychotropes. Cet argument supplémentaire souligne la nécessité de sensibiliser les revendeurs aux outils de RdR et sur la prison comme lieu possible pour diffuser auprès d'eux de telles informations.

Informers sur les risques infectieux et dépister en prison, réduire les risques à l'entrée et à la sortie

- 49 Le quartier réservé aux arrivants et à la préparation à la sortie est un espace (et un moment de l'incarcération) particulièrement sensible où des mesures sont prises pour sensibiliser les personnes aux questions des risques infectieux.
- 50 Les premiers jours de détention ont lieu au sein du « quartier arrivant ». Cet espace spécifique a pour objectif de minimiser le choc carcéral mais aussi de faciliter l'accessibilité aux différents services pénitentiaires, dont les soins. Aux Baumettes, l'unité sanitaire se trouve à l'étage inférieur du quartier arrivant et les prises de rendez-vous y sont accélérées. Chaque personne incarcérée, de même que les personnes en transfert, sont reçues par le personnel infirmier et par un.e médecin. D'abord, un.e IDE réalise un bilan comprenant un test de dépistage VIH et VHC ainsi qu'une vaccination contre le VHB. Ces consultations obligatoires à l'entrée en prison sont des occasions privilégiées pour transmettre des informations sur les risques infectieux. Les résultats concernant le statut virologique sont transmis par le ou la médecin, dans un délai de deux à trois semaines. Dès ce premier contact avec l'unité

sanitaire, des demandes de rendez-vous peuvent être effectuées. Un bilan addictologique est également réalisé, d'abord par un.e infirmier.e puis par la ou le médecin, en fonction duquel une orientation vers le CSAPA peut être décidée.

- 51 Après la rencontre avec le personnel infirmier, la personne voit un.e médecin pour la suite du bilan et l'orientation vers les différents services de l'unité sanitaire. Lors de cette rencontre, les questions déjà posées par l'infirmier.e sont reprises. À ce moment, la personne en traitement à l'extérieur peut s'enquérir de la poursuite de sa médication, soit en fournissant une ordonnance, soit en donnant les coordonnées de sa ou son médecin avec qui le ou la médecin de la prison entrera en contact.
- 52 Selon Meoïn Hagège (2016, 2017), qui a mené une étude approfondie sur les parcours de personnes détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC, au sein de différents centres pénitentiaires et auprès de sortants de prison, une partie des personnes détenues apprennent leur séropositivité en prison de manière brutale, ce qui a un impact significatif sur leur détention. Pour certains, la durée de la peine peut permettre une prise en charge sanitaire et l'initialisation d'un traitement. Son analyse des écarts de perception relatifs au dépistage de l'hépatite C entre patients et soignants montre que si, pour les patients, l'annonce d'une infection au VHC n'est pas vécue comme un événement marquant, elle est considérée comme un « événement-clé du parcours de soins coordonné » pour les soignants. Ce sont ces formes de malentendus sur les rapports au dépistage que nous avons observées lors de notre enquête.
- 53 Les « consultations arrivants » sont bien souvent délicates : les personnes viennent d'être incarcérées et sont souvent très fatiguées, à la suite de longues gardes-à-vue. Pourtant, certaines se saisissent de cette consultation pour entreprendre un suivi médical et des soins non entrepris à l'extérieur. Ainsi, lors d'une consultation, un homme révèle des problèmes cutanés jamais soignés en expliquant au médecin : « *Je n'ai jamais montré ça et je vais profiter de la prison pour me refaire une santé.* » Le médecin propose à l'homme un dépistage que celui-ci accueille favorablement car, dit-il : « *Ça peut permettre de rassurer l'entourage et les partenaires sexuels.* » Il demande alors si cela sera possible de sortir avec les documents pour rendre compte des résultats. Dès cette primo-consultation, il envisage la sortie et anticipe l'intérêt des soins et du dépistage pour l'après-prison (Carnet de terrain, 11 novembre 2017).
- 54 D'autres événements sont parfois organisés pour diffuser les informations liées aux risques infectieux, comme par exemple la semaine *flash test* autour du dépistage rapide du VIH et du VHC organisé au quartier pour sortants en novembre 2018, qui est relatée dans cet extrait de carnet de terrain 28 novembre 2018¹³ :

Dans le couloir d'entrée du SAS, à proximité de l'unité sanitaire où se trouvent les chaises pour ceux qui attendent les rendez-vous, sont installées deux tables avec l'ensemble des prospectus disponibles en détention qui portent sur les risques infectieux. Un flyer présente la semaine *flash test* sur les différents modes de dépistage. Sur la table : des pin's ruban rouge et des bracelets rouges avec une inscription « VIH/sida : dépistage » que portent les quatre intervenantes. Également sur la table : des préservatifs homme/femme, des lubrifiants, des roule-ta-paille.

Des surveillants passent et nombreux sont ceux qui s'arrêtent et récupèrent pin's et bracelet. Un surveillant s'exclame qu'il fait un test tous les mois : « *On ne sait pas qui on côtoie ici* », dit-il.

Deux jeunes hommes passent dans le couloir et sont interpellés par la médecin ; elle leur propose un quiz sur les risques infectieux. Les deux jeunes

posent beaucoup de questions qui engendrent une discussion animée autour des questions du quiz. Plusieurs autres personnes se joignent aux deux jeunes et prennent part à la discussion. Si les hommes se chambrent autour de leurs prises de risques sexuels, ils apparaissent néanmoins curieux et intéressés et demandent à savoir quels sont les risques de contamination pendant une bagarre, par exemple, ou encore lors d'une fellation.

- 55 Les interruptions des surveillant.e.s et leur rappel au cadre pour que le groupe prenne moins de place dans le couloir renvoient aux conditions propres à ce type d'initiative en prison. L'invective du surveillant qui déclare se faire dépister régulièrement car « *on ne sait pas qui on côtoie ici* » est significative de la perception du risque par les surveillants, qui travaillent dans un environnement « à risque » mais aussi d'un manque d'informations et de formation de ces personnels ; ce qui contribue au renforcement du stigmatisme et des préjugés sur une population avec une forte prévalence VIH-VHC¹⁴.
- 56 Les questions du *flash test* portent sur les risques infectieux en général et conduisent les hommes présents à évoquer des pratiques ayant lieu aussi bien à l'intérieur (les bagarres) qu'à l'extérieur. D'autres questions relatives aux lieux de soins et différents services pour se faire dépister à l'extérieur favorisent la transmission d'informations au-delà des murs de l'institution.
- 57 Abordés sous l'angle des risques infectieux, la sexualité et les usages de drogues, objet de tabous et d'interdits, se racontent à demi-mots, avec là encore des malentendus qui s'immiscuent parfois. Nichés dans les interstices des soins, ces malentendus sont au cœur de la quotidienneté carcérale et au-delà des murs, dans les projections vers l'après.

Réduire les risques sexuels en prison : la mise à disposition de préservatifs

- 58 En 2007, l'OMS publia un rapport sur l'efficacité de la mise à disposition de préservatifs en prison dans la lutte contre le VIH. Il explicitait les malentendus possibles relatifs à l'évocation et aux représentations de la sexualité en prison, et listait les différentes activités sexuelles identifiées au sein des milieux carcéraux : les activités sexuelles consenties entre les personnes détenues et entre les personnes détenues et le personnel, les visites conjugales et les viols et violences sexuelles. Enquêter en prison sur la sexualité présente de nombreuses difficultés qui imposent d'anticiper ces éventuels malentendus et de prendre des précautions dans la manière de poser les questions.
- 59 Dans les prisons pour hommes, comme dans beaucoup d'espaces d'entre-soi masculin, dominant un certain virilisme et une homophobie latente, que j'ai pu percevoir en circulant dans les couloirs où s'entendent les blagues potaches des surveillants et les insultes à caractère sexuel proférées par les hommes détenus. Pour autant, durant les entretiens en face à face avec les personnes détenues, les remarques sont souvent plus nuancées. D'autres ont un regard négatif sur la présence de préservatif, qu'ils voient comme une invitation à la sexualité entre hommes :

Madame, moi je suis dans une prison d'hommes, pourquoi vous mettez des préservatifs dans une prison d'hommes ? Moi, je pense

que c'est mal. Dans une prison d'hommes, vous mettez des préservatifs, alors ça veut dire que, vous-même, vous mettez des hommes à faire des trucs pas bien dans la prison. Ça veut dire que deux codétenus, c'est possible qu'ils s'enculent. Moi, dans ma tête, c'est ça. (Homme, 23 ans, SAS)

- 60 Dans le cadre de la recherche PRI2DE, j'enquêtai moins sur le rapport à la sexualité en prison que sur le regard porté sur les outils de RdR disponibles, dont le préservatif. Cette entrée permettait aux personnes d'évacuer le sujet ou d'entrer dans un récit plus intime de leur sexualité. Comme l'indique une soignante, l'évocation de la sexualité en prison et des violences sexuelles reste délicate.

Dès que je parle de ça, enfin dès qu'ils voient les préservatifs, leur premier réflexe c'est de dire : « non, il y a pas de ça ici », ou souvent, c'est : « mais s'il y avait des relations sexuelles entre nous, je le saurais, ça me dégoûterait ». C'est vraiment des messages de rejet. Je pense que c'est le plus gros tabou qu'il y a en prison, déjà relations sexuelles consenties et relations sexuelles non consenties aussi. (Soignante, CSAPA)

- 61 Un homme de 42 ans, rencontré au CSAPA, confirme cette gêne souvent évoquée dans les entretiens :

Homme : Vous savez, ils ont tout ici ! Jusqu'aux capotes, ils donnent ! Et je sais même pas pourquoi. [...] Après chacun fait ce qu'il veut en cellule avec son co. Mais je trouve ça... Enfin moi, je marche pas comme ça.

Chercheur : Vous avez jamais pris de capotes ?

Homme : Non, non, je vois pas pourquoi j'en prendrais. (Homme, 42 ans, CSAPA)

- 62 Un autre de 23 ans nous parle de la sexualité au parloir :

Homme : Il y a des parloirs, il y a plein de gens, ils ont leur femme au parloir. Après, je vais pas vous mentir, il y a des rapports sexuels, même dans les cellules.

Chercheur : Est-ce que, vous, vous avez déjà eu des rapports sexuels en détention ?

Homme : Non, jamais de la vie. Non, jamais de la vie. Au parloir ? Oui, au parloir. Je vais pas vous mentir, c'est la base. Le parloir, c'est comme si vous dites... Après ça dépend des gens. Les gens, ils font emmener des fois des filles. Il y a des mecs des fois, ils ramènent leur femme.

Chercheur : Vous, vous aviez pris des préservatifs pour aller au parloir ?

Homme : Oui, c'est ça. J'en prends parce que moi je suis avec la psychologue parce que là aussi, on en a. Chaque bureau a son... [il montre le panier]. Mais c'est bien ça. (Homme, 23 ans, CSAPA)

- 63 Dès le « quartier arrivant », une boîte est remise aux personnes dans laquelle se trouve un préservatif, ainsi qu'un savon, du dentifrice, une brosse à dents et *Le Guide du détenu arrivant*¹⁵. La réaction des personnes varie face à la découverte du préservatif. Lors des entretiens, beaucoup ont affirmé s'être sentis offensés. Certains font le choix de ne pas évoquer la présence du préservatif, d'autres le jettent ostensiblement. Certains infirmier.e.s ou médecins utilisent des stratégies pour désamorcer ces réactions hostiles :

Mais le fait est que quand ils arrivent aux arrivants, il y a quand même un choc carcéral et quelquefois, tout ce qu'on leur dit, ça ne passe pas. Pour ceux qui sont réincarcérés, pour les préservatifs, la première chose qu'ils font quand ils arrivent dans le bureau, ils ouvrent la boîte et ils disent : « j'en ai pas besoin ». Là, je leur redis : « mais en fait, c'est pour les gens qui n'en ont jamais vu, qui n'en ont pas utilisé ou ceux qui, potentiellement, vont l'utiliser en détention parce que, en détention, il y a quand même une vie sexuelle que vous pouvez avoir quand vous avez des parloirs. » Donc, je finis ma phrase comme ça. Comme ça, ça ne les stigmatise pas. Ils savent qu'on est au courant. (Médecin)

- 64 Les parloirs sont des boxes de deux mètres carrés, juxtaposés tout au long de deux couloirs, l'un par lequel arrivent les personnes détenues, l'autre par lequel arrivent les visiteur.se.s. Chaque box est séparé par une fine cloison, le brouhaha se diffuse dans le parloir ne laissant que peu de place à l'intimité dans ces espaces où les personnes se retrouvent.
- 65 Dans l'ensemble, les surveillant.e.s rencontré.e.s savent que les préservatifs sont disponibles à l'unité sanitaire. Concernant la sexualité au parloir, certain.e.s nous ont affirmé laisser faire, malgré l'interdiction dans les règlements¹⁶.

Normalement, dans le vrai texte, il y a pas de contact physique avec les visiteurs. Normalement, t'es obligé d'interrompre le parloir. Si on veut être psychorigide, on aurait réduit beaucoup de parloirs, enfin sur l'ensemble d'un créneau d'un parloir, on en interrompt quelques-uns quand même. (Surveillant, 30-40 ans, brigade US)

- 66 Afin de maintenir un ordre négocié, « il est admis qu'appliquer de façon stricte le règlement, c'est augmenter la tension » (Benguigui *et al.*, 1994). Pourtant, d'autres surveillant.e.s sont beaucoup plus strict.e.s, comme ce surveillant :

En détention, je vois pas l'utilité, à moins qu'il y ait des rapports sexuels entre détenus. J'ai toujours été contre le rapport en parloir famille. Une personne qui est détenue, je vois pas pourquoi il aurait droit à cet avantage-là au parloir famille. Ça m'est arrivé de tourner une fois au parloir famille, j'ai plus pu y tourner parce que j'étais trop sévère. [...] Tout détenu qui essayait d'avoir un contact, c'était négatif. (Surveillant, 40-50 ans, brigade US)

- 67 Réduire les risques infectieux et distribuer des préservatifs ne font pas partie des missions du personnel pénitentiaire. Le préservatif n'est pas accessible dans les

parloirs, et d'ailleurs le sachet qui les contient, fait d'aluminium, sonne au portique. Pour les surveillant.e.s, la disponibilité des préservatifs évoque bien autre chose :

J'ai vu des préservatifs mais c'était pas dans l'utilité à laquelle on pensait, c'est plus pour introduire des choses. Le préservatif en tant que tel, pour son utilisation première, non. (Surveillante, 40-50 ans, brigade parloir)

68 Une médecin confirme ce type de détournement d'usage :

Moi, j'ai un petit pot avec des préservatifs. Souvent en plus, ils s'ennuient quand je leur dis des trucs, donc ils regardent et ils voient qu'il y a les préservatifs. Quelquefois, ils me posent des questions dessus. Quelquefois ils me prennent les préservatifs en me disant : « non, mais c'est pas du tout pour les rapports sexuels, c'est pour le portable. » (Médecin)

69 Parmi les personnes détenues, plusieurs ont évoqué leur défiance quant au matériel disponible gratuitement en prison, les préservatifs étant jugés moins fiables que ceux que l'on achète en pharmacie ou dans le commerce. Un jeune homme de 20 ans me dit :

J'avais le préservatif de marque, dehors. [...] Nous, on aime bien quand c'est des marques, payées plus cher. (Homme, 20 ans, SAS)

70 Pour une surveillante, la question du préservatif et de son acceptabilité est subsidiaire. Si elle se dit « évidemment » favorable à sa disponibilité en prison, elle témoigne aussi de son sentiment d'impuissance face aux violences sexuelles, véritables problèmes et enjeux selon elle, à propos desquelles elle souhaiterait que des actions soient menées :

En plus, [...] elles connaissent pas leur corps. Je dis pas que c'est la majorité mais il y a beaucoup de gens qui ont pas fait d'études et qui étaient dans des familles où on parlait pas de sexualité, on parlait pas de corps humain par rapport à la religion, par rapport à plein de choses. Franchement le préservatif, moi je pense qu'on en est loin. Il y a beaucoup de choses, il y a la base à revoir bien avant. [...] Elles sont déconnectées de tout ça. En tout cas, moi je parle des femmes. Les hommes, quand il y a un rapport sexuel, je pense pas que ce soit forcément consenti. Il y a un faible et il y a un fort. [...] Nous, on n'est pas en capacité de protéger alors que c'est notre job. Nous, on est là pour la sécurité des personnes détenues et la réinsertion. On n'est pas en capacité parce qu'on n'est pas assez nombreux. Ça se passe toujours à la marge de ce qu'on voit et on peut pas être partout. (Surveillante, 30-40 ans, SAS)

71 De la même manière que pour les accompagnements liés aux usages de drogues, la question de la sexualité abordée en prison dépasse celle strictement liée aux risques infectieux et aux outils de RdR. Pourtant, ce sont sur ces malentendus que peuvent se distribuer les outils de RdR : diffuser un outil, une information, parfois ouvrir un espace de parole, malgré les nombreuses contraintes et limites.

Conclusion

- 72 Le travail d'enquête ethnographique mené dans le cadre du projet PRI2DE au sein de la prison des Baumettes a permis de relever un certain nombre de malentendus initiaux relatifs à la mise en place de la RdR en prison. Ces malentendus reposent sur la polysémie de la notion de RdR qui renvoie à une diversité d'outils (dépistage, seringues, roule-ta-paille, préservatifs, mais aussi tondeuse, matériel de tatouage) en lien avec des pratiques bien différentes, mais toutes plus ou moins proscrites dans l'univers carcéral. Ils sont également liés au travail de coopération nécessaire entre les différents acteurs de l'institution (personnels soignant, personnels surveillants et personnes détenues) dont les sphères d'action entrent en tension. Ils ont également été liés à des différences d'interprétation de la notion de RdR entre les chercheur.e.s impliqués dans cette recherche.
- 73 L'analyse des discours et représentations relatifs aux outils de RdR met en évidence ces malentendus, centraux dans l'institution pénitentiaire du fait de ses missions paradoxales de contrôle et de réinsertion. Plutôt que de tenter de lever ces malentendus, nous avons essayé dans cet article de saisir dans quelles mesures ils peuvent engendrer des blocages mais aussi constituer des leviers dans la mise en place d'actions de RdR.
- 74 La reconnaissance de la RdR renvoie à l'ambivalence dans les conduites à tenir face à des pratiques illicites en prison telles que la sexualité et les usages de drogues. Le dévoilement des malentendus sur ces pratiques crée des zones d'intersection entre différents mondes – du soin, de la surveillance et de l'incarcération – qui toujours se frôlent, se côtoient et parfois se heurtent.

Remerciements :

Nous remercions Christine Calderon pour la retranscription de l'ensemble des entretiens, Sidaction pour le financement du contrat post doctoral ayant permis la réalisation de cette enquête socio-anthropologique. Nous remercions sincèrement l'ensemble des professionnels qui ont permis le déroulement de la recherche, ainsi que ceux qui ont accepté de répondre (professionnels et personnes détenues).

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- AMSELLEM-MAINGUY Y., COQUARD B. et VUATTOUX A., 2017. « Sexualité, amour et normes de genre », rapport pour INJEP.
- BENGUIGUI G., CHAUVENET A. et ORLIC F., 1994. « Les surveillants de prison et la règle », *Déviance et société*, 18 : 275-294.
- BESSIN M. et LECHIEN M.-H., 2002. « Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison », *Ethnologie française*, 32 : 69-80.

- BOUHNİK P., 2007. *Toxicos : le goût et la peine*. Paris, La Découverte.
- BOUMAZA M. et BRILLET E., 2008. « L'influence de l'incarcération sur les trajectoires de dépendance des femmes toxicomanes », rapport pour MILDT-INSERM.
- CARDI C., 2007. « Le contrôle social réservé aux femmes : entre prison, justice et travail social », *Déviance et société*, 31 : 3-23.
- CASTEL R. et COPPEL A., 1991. « Les contrôles de la toxicomanie », In EHRENBERG A. (dir.), *Individus sous influence : drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris, Esprit : 237-256.
- CHANTRAINE G., 2003. « Prison, désaffiliation, stigmates. L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain », *Déviance et société*, 27 : 363-387.
- CHANTRAINE G., 2004. *Par-delà les murs : expériences et trajectoires en maison d'arrêt*. Paris, Presses universitaires de France.
- CHASSAGNE A., 2019. *Soins et prison. Enquête auprès de détenus gravement malades*, Toulouse, ERES.
- COMBESSIE P., 2009. *Sociologie de la prison*. Paris, La Découverte.
- COULMONT B., 2017. « Le petit peuple des sociologues : Anonymes et pseudonymes dans la sociologie française », *Genèses*, 107 : 153-175.
- COULOMB L., 2014. « L'éthique du care malmenée au cours des interactions entre infirmiers et individus sans-abri », *Revue des sciences sociales*, 52 : 86-92.
- COULOMB L., 2018. *Le Soin des personnes sans domicile : entre malentendus et négociations*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2009. Volet offre de soins. VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Rapport, Paris 2009.
- DOS SANTOS M., 2015. « Malentendus autour de la prise en charge des usagers de drogue », In HINTERMEYER P., LE BRETON D. et PROFITA G. (dir.), *Les Malentendus culturels dans le domaine de la santé*. Nancy, Presses universitaires de Nancy-Éditions universitaires de Lorraine : 277-289.
- DOS SANTOS M., 2016. *Usages de traitements de substitution aux opiacés : étude comparative : France, Suisse et Québec*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Strasbourg.
- DUPORT C. 2018. *Résultats de l'enquête TREND 2018 en région PACA*. Rapport OFDT. <https://www.addiction-mediterranee.fr/single-post/2019/08/09/R%C3%A9sultats-de-l%E2%80%99enqu%C3%AAtre-TREND-2018-en-r%C3%A9gion-PACA> (page consultée le 16/01/2020).
- FAINZANG S., 2006. *La Relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris, Presses universitaires de France.
- FARGES É., 2006. « La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », *Lien social et politiques*, 55 : 99-112.
- FASSIN D., 2015. *L'Ombre du monde : une anthropologie de la condition carcérale*. Paris, Le Seuil.
- FERNANDEZ F., 2007. « Contrôler la toxicomanie en maison d'arrêt : punir pour mieux soigner », *Sociologie santé*, 27 : 173-192.
- FERNANDEZ F., 2010. *Emprises : drogues, errance, prison*. Bruxelles, Larcier.
- FOURNIÉ J., 1993. « La prévention du sida auprès des toxicomanes. Étude sur les modèles d'intervention mis en œuvre par les acteurs de la prévention », rapport pour l'Agence française de lutte contre le sida.

- GAILLARD A., 2009. *Sexualité et prison. Désert affectif et désirs sous contrainte*. Paris, Max Milo.
- HAGÈGE M., 2016. *Sortir et s'en sortir ? Parcours de santé et vulnérabilités de détenus qui vivent avec le VIH ou une hépatite C*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- HAGÈGE M., 2017. « L'hépatite C et la prison : une opportunité de soins ? », *Santé publique*, 29 : 563-567.
- HENDERSON G. E., CHURCHILL L. R., DAVIS A. M., EASTER M. M., GRADY C., JOFFE S., KASS N., KING N. M. P., LIDZ C. W., MILLER F. G., NELSON D. K., PEPPERCORN J., ROTHSCHILD B. B., SANKAR P., WILFOND B. S. et ZIMMER C. R., 2007. « Clinical Trials and Medical Care : Defining the Therapeutic Misconception », *PLoS Medicine*, 4 : e324.
- HINTERMEYER P., LE BRETON D. et PROFITA G. (dir.), 2015. *Les Malentendus culturels dans le domaine de la santé*. Nancy, Presses universitaires de Nancy.
- JANKÉLÉVITCH V., 1957. *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien. 2, La méconnaissance, le malentendu*. Paris, Le Seuil.
- JAUFFRET-ROUSTIDE M., CHAUVIN C., MAGUET O., MICHEL L. ANRS Pride. Premiers résultats d'une recherche sociologique sur l'acceptabilité de la réduction des risques en milieu pénitentiaire. *Présentation orale ATHS*, 2015. [www.aths-biarritz.com > wp-content > uploads > 2015/09](http://www.aths-biarritz.com/wp-content/uploads/2015/09).
- JOËL M., 2016. « Prévention et réduction des risques et des dommages en prison et à la sortie », rapport pour INED.
- JOËL M., 2017. *La Sexualité en prison de femmes*. Paris, Les presses de Sciences Po.
- LA CECLA F., 2002. *Le Malentendu*. Paris, Balland.
- LANCELEVÉE C., 2011. « Une sexualité à l'étroit. Les unités de visite familiale et la réorganisation carcérale de l'intime », *Sociétés contemporaines*, 83 : 107-130.
- LANCELEVÉE C. et D. SCHEER., 2019. *La prison : Réalités et paradoxes*. Pu Blaise Pascal.
- LINES R., JÜRGENS R., BETTERIDGE G. et STÖVER H., 2006. *L'Échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*. Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida.
- MAHI L., 2015a. « Une sanitarisation du pénal ? », *Revue française de sociologie*, 56 : 697-733.
- MAHI L., 2015b. « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé*, 10 [en ligne], <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1607> (page consultée le 25/04/2020).
- MAHI L., 2018. *La Discipline médicale. Ethnographie des usages de normes de santé et de savoirs médicaux dans les dispositifs de la pénalité*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris Nanterre.
- MICHEL L., JAUFFRET-ROUSTIDE M., BLANCHE J., MAGUET O., CALDERON C., COHEN J. et CARRIERI P. M., 2011. « Limited Access to HIV Prevention in French Prisons (ANRS PRI2DE) : Implications for Public Health and Drug Policy », *BMC Public Health*, 11 : 400.
- MICHEL L., TROUILLER P., CHOLLET A., MOLINIER M., DUCHESNE L. et 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 and Alcohol Review*, 37 : S268-S276.
- MILLY B., 2001. *Soigner en prison*. Paris, Presses universitaires de France.

- OBRADOVIC I., 2004. *Addictions en milieu carcéral. Synthèse des connaissances-OFDT* [en ligne], <https://www.ofdt.fr/populations-et-contextes/problematique-de-lusage-de-drogues-pour-les-personnes-incarcerees/> (page consultée le 21/05/2020).
- OBRADOVIC I., 2013. « Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences », *Psychotropes*, 19 : 173-195.
- PROTAIS C., 2015. « La gestion des drogues et des conduites addictives en UHSA », *OFDT* [en ligne], <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcpvc.pdf> (page consultée le 02/07/2016).
- PROTAIS C. et JAUFFRET-ROUSTIDE M. 2019. « Circulations et échanges de substances psychoactives en prison », Rapport OFDT-Cermes3 [en ligne], <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2019/circulation-et-echanges-de-substances-psychoactives-en-milieu-carceral/>
- RICORDEAU G., 2004. « Enquêteur sur l'homosexualité et les violences sexuelles en détention », *Déviance et société*, 28 : 233-253.
- ROTILY M., GALINIER-PUJOL A. et VERNAY-VAISSE C., 1995. « Risk Behaviours of Inmates in South-Eastern France », *AIDS Care*, 7 : 89-94.
- SANNIER O., VERFAILLIE F. et LAVIELLE D., 2012. « Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace », *Presse médicale*, 41 : 375-385.
- SAHAJIAN, F., BERGER-VERGIAT A. et POT E., 2017. « Use of Psychoactive Substances in Prison: Results of a Study in the Lyon-Corbas Prison, France ». *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*, 65, 5 : 361-67.
- SEMAILLE C, LE STRAT Y, CHIRON E, CHEMLAL K, VALANTIN MA, SERRE P, CATE L, BARBIER C, et JAUFFRET-ROUSTIDE M., 2013. "HIV and HCV prevalence among French prison inmates in 2010: A challenge for public health policy". *Eurosurveillance*, 11: 18-28.
- TIMMERMANS S. et MCKAY T., 2009. « Clinical Trials as Treatment Option : Bioethics and Health Care Disparities in Substance Dependency », *Social Science & Medicine*, 69, 12 : 1784-1790.
- TISSOT N., 2016. « Prise et déprise : faire usage de drogue en prison », *Rhizome*, 62 : 13-15.
- VAN CAMPENHOUDT L., 2014. « L'instant fugitif où la sociologie prend. Pour une sociologie du malentendu », In DELCHAMBRE J.-P. (dir.), *Sociologue comme médiateur ? Accords, désaccords et malentendus. Hommage à Luc Van Campenhoudt*. Bruxelles, Presses de l'Université Saint-Louis : 475-506.

NOTES

1. Le terrain socio-anthropologique mobilisé dans cet article a été mené par Marie Dos Santos, sous la responsabilité scientifique de Marie Jauffret-Roustide pour la partie socio-anthropologique et de Laurent Michel pour le suivi de l'essai d'intervention. Ce terrain a été précédé d'un premier terrain socio-anthropologique mené par Carole Chauvin et Marie Jauffret-Roustide en 2015-2016, au sein du même établissement, phase qui a permis de concevoir les outils de collecte et de préparer le deuxième terrain de la recherche Pride. Le « je » utilisé dans l'article sur la partie ethnographie est lié au fait que les entretiens et observations ethnographiques, mobilisés dans cet article, ont été réalisés par Marie Dos Santos lors de la deuxième phase qualitative de l'étude. La conception des outils de recueil, le suivi du terrain, l'analyse de données et la rédaction de l'article s'inscrivent dans un processus de travail collectif, le « nous » est ensuite employé.

2. Il est écrit dans la loi que : « La politique de réduction des risques s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. ». Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé Art. L. 3411-8.-I. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913098&cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
3. Auparavant, la fiole pénitentiaire, c'est-à-dire la dilution de médicaments, majoritairement d'anxiolytiques, était le seul traitement disponible en détention pour traiter des symptômes de sevrage. Progressivement supprimée, la fiole a été remplacée par les traitements de substitution, Subutex® et méthadone, mais de manière très progressive, et avec une accessibilité variable selon les établissements (Obradovic, 2004).
4. Les « roule-ta-paille » sont des carnets de feuille qui permettent aux usager.e.s d'utiliser un matériel à usage unique lors de la prise par inhalation.
5. À l'entrée de la prison, lors de la fouille, dès le premier portique, j'étais munie d'une note de service valant pour autorisation d'entrer le dictaphone au sein de la prison, sur le bâtiment de l'unité sanitaire.
6. Je remercie les relecteur.trice.s pour leur vigilance sur ce point.
7. Cent cinquante femmes sont incarcérées aux Baumettes. Très minoritaires, elles représentent moins de 4 % des personnes détenues sur l'ensemble du territoire. Cf. « Aux Baumettes, la mixité, comme vecteur d'égalité femmes-hommes », site du ministère de la Justice, 25 juin 2019 : <http://www.justice.gouv.fr/haute-fonctionnaire-a-legalite-femmes-hommes-12939/missions-12942/aux-baumettes-la-mixite-comme-vecteur-degalite-femmes-hommes-32506.html> (page consultée le 22 mai 2020).
8. Parmi les participants au comité de pilotage figurent des membres de la direction générale de la santé, de l'ARS, de l'équipe de recherche, de la Mildeca et de l'équipe locale ayant participé à l'état des lieux et à la mise en place techniques et pratiques de l'intervention.
9. <https://www.ufap.fr/drogues-et-seringues-bientot-autorisees-en-cellule-lufap-uns-justice-continue-son-action-afin-de-faire-retirer-cette-disposition-inacceptable/> (26 janvier 2017).
10. En région PACA, la Ritaline®, un médicament psychostimulant, circule sur les marchés de rue. La prise par injection concerne particulièrement les populations les plus vulnérables et précaires (Duport, 2018).
11. Un « trait » signifie ici un petit tas de cocaïne sous forme de trait visant la pratique du « snif ». « Taper » veut ici dire « snifer ». La « pompe » se réfère à la seringue. Un « fix » et un « shoot » signifient une injection.
12. Dans ces paniers, sont également disponibles des bouchons d'oreille et des préservatifs.
13. La note ethnographique dont est issu cet extrait a été relue et complétée par la médecin en charge de la semaine de flash test.
14. Ces observations ont été menées après les grèves de surveillant.e.s de janvier 2018. Ils dénonçaient alors la montée des violences et le manque d'attractivité de leur métier. « Mobilisation des surveillants de prisons : plusieurs établissements bloqués », Libération, 18 janvier 2018.
15. Selon les recommandations de l'OMS, cette boîte est censée contenir de l'eau de Javel, destinée à nettoyer tout matériel en contact avec la peau : appareil de rasage, de coiffage, mais aussi matériel d'injection (à défaut de PES permettant la distribution de matériel d'injection stérile). Pourtant, au moment de notre enquête, l'eau de Javel n'est pas disponible dans la boîte remise aux arrivants.
16. Il existe cependant dans certaines prisons françaises, dont celle où j'ai mené cette étude, des unités de vie familiales (UVF) qui sont de petits appartements où les personnes détenues peuvent retrouver leur proche en intimité, durant six ou vingt-quatre heures.

RÉSUMÉS

Cet article s'inscrit dans le cadre d'une recherche collective sur les malentendus liés à la mise en place d'outils de réduction des risques infectieux en prison. À partir d'une présentation du programme PRI2DE et des différentes étapes de l'enquête ethnographique menée au sein de la maison d'arrêt des Baumettes à Marseille, il examine la place accordée à la réduction des risques (RdR) en prison. Introduire des outils de RdR dans une prison suppose que soit reconnue l'existence de pratiques illicites (usages de drogues et sexualité) en son sein. Fondamentalement, la RdR se situe au croisement des missions, paradoxales, portées par l'institution carcérale : la mission de contrôle et la mission de réhabilitation.

This article is part of a collective research project on the acceptability of harm reduction tools in prisons. After a description of the different stages of the ethnographic survey conducted at the Baumettes prison in Marseille, I examine the place given to harm reduction in prison. Introducing harm reduction tools implies acknowledging the existence of illicit practices within the prison - drug use and sexuality. Fundamentally, harm reduction lies at the crossroads between the paradoxical missions carried out by the prison institution : of control and rehabilitation.

INDEX

Mots-clés : réduction des risques infectieux, prison, drogues, sexualités, malentendus, France

Keywords : harm reduction, prison, drug use, sexuality, misunderstandings, France

AUTEURS

MARIE DOS SANTOS

Sociologue, postdoctorante, SESSTIM, équipe SanterCom, Faculté de médecine, 27 bd Jean Moulin, 13005 Marseille (France), mariedossantos@hotmail.fr

LAURENT MICHEL

Psychiatre et addictologue, chercheur au CESP/Inserm UMRS 1018, Université Paris Saclay, et Directeur du CSAPA Pierre Nicole, 27 rue Pierre Nicole, 75005 Paris (France), laurent.michel@croix-rouge.fr

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE

Sociologue, chargée de recherche Inserm – Cermes3, Université de Paris, 45 rue des saints-pères, 75006 Paris (France), § Baldy Center for Law and Social Policy, Buffalo University of Social Sciences, New York, USA, § British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU), Vancouver, Canada, marie.jauffret-roustide@inserm.fr