

Journée régionale des acteurs de la réduction des risques – le 17 décembre 2025 à Reims

Compte-rendu de l'atelier : La réduction des risques en milieu carcéral

- **Intervenants :**
 - Stéphane MERCIER, infirmier, CAARUD 52 L'Escale, CMSEA
 - Anne MISBACH, Coordinatrice Organisation Régionale, CoReSS Grand Est
 - **Modérateur :** Luc VELLENRITER, Infirmier libéral
-

Synthèse des Points Clés

Cet atelier a permis de dresser un état des lieux des actions de Réduction des Risques (RDR) en milieu carcéral, un environnement complexe où la consommation de produits psychoactifs est une réalité malgré le déni institutionnel. Les deux interventions principales ont mis en lumière les initiatives concrètes menées sur le terrain, les leviers réglementaires existants, ainsi que les nombreux défis persistants.

Les points majeurs abordés sont : 1. **La réalité de la consommation en prison** et son instrumentalisation pour la “paix sociale”. 2. **Le cadre légal favorable mais sous-exploité**, notamment la loi Santé de 2016 qui étend la politique de RDR aux personnes détenues. 3. **Les actions concrètes d'un CAARUD en détention** : interventions collectives et individuelles, distribution de matériel autorisé, et prévention des overdoses. 4. **Le dispositif régional “Drops”** visant à harmoniser et généraliser la RDR dans tous les établissements pénitentiaires de la région Grand Est. 5. **L'enjeu crucial de la continuité des soins et de la préparation à la sortie**, identifié comme le maillon faible du système, avec un risque d'overdose multiplié par 40.

La session s'est conclue sur la nécessité de renforcer les collaborations entre les acteurs du “dedans” (unités sanitaires, SPIP, administration pénitentiaire) et du “dehors” (CAARUD, CSAPA, médecine de ville) pour construire des parcours de santé cohérents et éviter les ruptures à la sortie de détention.

Présentation 1 : Actions d'un CAARUD en milieu carcéral - Stéphane MERCIER

Contexte et Justification

1. **Constat** : La consommation de produits psychoactifs est une réalité en prison. Elle est parfois tolérée par l'administration pour maintenir la "paix sociale".
2. **Risques accrus** : Les conditions de consommation sont dégradées, augmentant les risques infectieux (VIH, hépatites) et sociaux. L'accès aux outils de RDR est très limité.
3. **Levier légal** : La **loi Santé de 2016** (article 34.11-8 du Code de la santé publique) stipule que la politique de RDR s'applique aux personnes détenues, offrant une base légale pour les interventions.

Mise en Place de l'Intervention

4. L'accès à la prison a été obtenu après des années de négociations, grâce à l'arrivée d'un directeur d'établissement plus conscient des réalités du terrain.
5. Une **convention** a été signée entre le CAARUD et la maison d'arrêt. L'intervention est **gratuite** pour l'établissement, ce qui constitue un argument clé.
6. La **confidentialité** des entretiens est un principe non négociable, garanti par le fait que le CAARUD et l'administration pénitentiaire relèvent de ministères différents (Santé vs. Justice).

Typologie des Actions Menées

- **Interventions Collectives :**
 1. Organisées une fois par mois pour les nouveaux arrivants, sans sélection basée sur la consommation.
 2. Objectif : Informer sur les missions du CAARUD, les produits, les risques, et créer un espace de parole.
- **Entretiens Individuels :**
 3. Sur inscription volontaire du détenu.
 4. Permettent d'évaluer les usages, de repérer les besoins (soins, TSO, santé mentale) et de proposer un accompagnement personnalisé.

- **Distribution de Matériel de RDR :**

5. **Matériel autorisé (négocié avec la direction) :** Préservatifs, gel lubrifiant, sérum physiologique, lingettes désinfectantes, crèmes hydratantes, cartes rigides (type carte bleue sans puce) pour éviter le partage de matériel et la dégradation des cartes de détenu.
6. **Matériel non autorisé :** Seringues, pipes à crack, papier aluminium, considérés comme des armes potentielles ou des outils pour dégrader les locaux.

- **Prévention des Overdoses :**

7. Le risque d'overdose est **multiplié par 40 à la sortie** de prison, notamment à cause de la perte de tolérance.
8. Un travail d'information est mené sur ce risque.
9. De la **Naloxone** est délivrée à la sortie aux détenus à risque, via une coordination avec l'équipe médicale de la prison (UCSA), qui reçoit le matériel gratuitement du CAARUD.

- **Collaboration et Réseau :**

10. Lien constant avec les surveillants, le **SPIP** (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) et l'**UCSA** (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires) pour assurer la continuité des parcours.

Bénéfices et Limites

7. **Bénéfices observés :** Baisse des risques infectieux, réduction des overdoses post-sortie, amélioration du lien social, et diminution notable des tensions et violences en détention.
 8. **Limites :** Accès difficile à la confidentialité, déni institutionnel persistant, méfiance des détenus, restrictions logistiques et sécuritaires.
-

Présentation 2 : Dispositif Régional de RDR en milieu carcéral (Anne MISBACH)

Cadre Réglementaire et Enjeux Sanitaires

9. La RDR en prison s'appuie sur un cadre réglementaire solide (lois de 1994, 2009, 2016).
10. Le **guide méthodologique de 2025** pour les soignants en détention précise que seul l'usage de seringues *non prescrites* est interdit, ouvrant la voie à une distribution par le personnel soignant.
11. Le Conseil d'État a statué que la loi de 2016 se suffit à elle-même, rendant un décret d'application non nécessaire pour le Programme d'Échange de Seringues (PES).
12. **Enjeux sanitaires majeurs** : Prévalences du VIH (jusqu'à 2%), de l'hépatite B (3,4%) et C (environ 5%) bien plus élevées qu'en population générale. Les pratiques à risque (tatouage/piercing artisanaux, rapports non protégés, partage de matériel) sont courantes.

Le Projet Régional "Drops"

13. Initié en 2017, ce projet vise à **promouvoir et généraliser la RDR** dans les 23 établissements pénitentiaires de la région Grand Est.
14. Il est soutenu par une **convention signée entre l'ARS, la DISP** (Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires) et le dispositif.
15. **Objectifs** :
 1. Renforcer le dépistage (VIH/IST/Hépatites).
 2. Rendre accessible l'ensemble des outils de RDR (préservatifs, roule-taille, etc.).
 3. Améliorer l'information des détenus via des outils co-construits.
 4. Former les professionnels (sanitaires et pénitentiaires) et décloisonner les pratiques.
16. **Plaidoyer** : Un plaidoyer est mené pour généraliser l'intervention des CAARUD, autoriser la distribution de pipes à crack, et expérimenter des PES (2-3 sites prévus en 2026).

Session de Questions-Réponses et Échanges

La Préparation à la Sortie : Un Enjeu Central

17. La **“sortie sèche”**, souvent le vendredi soir, est identifiée comme une faiblesse majeure du système, créant une rupture brutale dans le parcours de soins.
18. La coordination entre les acteurs du “dedans” et du “dehors” est insuffisante. Les détenus sortent souvent sans médecin traitant et avec une simple copie d’ordonnance.
19. **Proposition** : Impliquer davantage les structures extérieures (CAARUD, CSAPA) *pendant* l’incarcération pour tisser un lien de confiance et préparer la sortie. Anne-MISBACH invite les structures rencontrant des difficultés d’accès à la contacter pour faire valoir la convention régionale.

Le Rôle de la Médecine de Ville et des CPTS

20. Un médecin généraliste, président d’une CPTS, souligne que la recherche d’un médecin traitant pour un sortant de prison est complexe mais pas impossible.
21. **Solution** : Préparer la consultation en amont. Si le dossier du patient est transmis par une structure partenaire (DAC, CSAPA), de nombreux médecins sont plus enclins à accepter de nouveaux patients, même complexes. L’enjeu est de “vendre” le patient et de faciliter la première consultation.

Naloxone et Formation

22. Un médecin partage le cas d’un patient décédé d’une overdose de méthadone à sa sortie de prison, malgré la présence de Naloxone.
23. **Rappel crucial** : La demi-vie de la Naloxone (env. 2h) est beaucoup plus courte que celle de la méthadone (env. 30h). Une seule injection peut ne pas suffire. Il est impératif d’appeler les secours et de potentiellement ré-injecter. La formation des usagers et de leur entourage est fondamentale.

Perspectives

24. L’expérimentation de **médiateurs en santé** pour accompagner les détenus en fin de peine vers le système de santé de droit commun est une piste de travail.

25. La mise en place d'une **commission régionale** associant tous les acteurs (pénitentiaire, santé, associatif) est prévue pour continuer à faire avancer ces sujets de manière coordonnée.