

13 Drug users in prison

13.1 Epidemiological situation

Plusieurs enquêtes ont été réalisées en vue d'estimer la proportion de toxicomanes en détention. L'enquête la plus ancienne remonte à 1986 et a été réalisée par le service des études de l'Administration pénitentiaire (Kensey et Cirba, 1989). Cette enquête a estimé la proportion de toxicomanes parmi les entrants en prison à 10,7 %. Ceux-ci étaient définis comme des personnes se déclarant comme tels ou rapportant un usage de drogues au cours des trois mois précédant l'incarcération à raison d'au moins deux fois par semaine. Ces toxicomanes étaient majoritairement des hommes (91 %), de nationalité étrangère dans 25 % des cas ; 70 % d'entre eux consommaient de l'héroïne seule ou associée. Il faut cependant souligner que 22 % des détenus interrogés étaient des consommateurs de cannabis. Cette enquête signalait que 30 % des toxicomanes incarcérés avaient déclaré avoir commencé à recourir à des drogues après à une incarcération. La moitié des toxicomanes incarcérés avaient été placés en détention pour une autre infraction qu'à la législation des stupéfiants (ILS). La part des ILS était plus élevée chez les usagers de cannabis que chez ceux d'héroïne. Enfin cette enquête montrait que la moitié des toxicomanes interrogés avaient été incarcérés une nouvelle fois dans un délai inférieur à un an. Ces éléments signalaient donc déjà l'insuffisance de la prise en charge de la toxicomanie tant en détention qu'en milieu libre.

La description des toxicomanes vus dans les CSST en 1994 confirme plusieurs des observations antérieures, à savoir la prédominance masculine (90 %) et l'importance de l'héroïne parmi les détenus considérés comme toxicomanes (78 %) (Facy, 1997). La part des condamnés parmi les toxicomanes de l'échantillon (52 %) était en augmentation ; 68 % étaient récidivistes et avaient été en moyenne incarcérés à quatre reprises. Françoise Facy souligne également que 37 % des incarcérations avaient eu lieu avant l'usage de drogues, ce qui souligne le besoin de prévention primaire de la toxicomanie chez l'ensemble des détenus. La proportion de détenus se déclarant séropositifs pour le VIH était en 1994 de 18 % ; la prévalence de l'infection à VIH se situait entre 35 et 40 % chez les toxicomanes bénéficiant d'une prescription de méthadone. Un quart des toxicomanes rapportaient au moins un épisode d'overdose d'héroïne et 22 % une tentative de suicide. Un tiers d'entre eux avaient déjà eu contact avec un CSST.

L'enquête réalisée en 1997, auprès de 75 825 entrants, est celle qui estime probablement le mieux – en terme de représentativité – la fréquence de l'usage de drogues chez les détenus (DREES, 1999). Trente-deux pour cent déclaraient avoir eu une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue au cours des 12 mois précédant l'incarcération (en dehors de l'alcool) ; 25,6 % pour le cannabis, 14,4 % pour l'héroïne, 8,9 % pour la cocaïne ou le crack, 9,1 % pour des médicaments utilisés de façon toxicomaniaque, 14,6 % pour une polytoxicomanie. L'utilisation de la voie intraveineuse au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois a été rapportée respectivement par 11,8 et 6,2 % des détenus. Chez les mineurs, la situation est également préoccupante puisqu'un quart déclaraient une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue au cours des 12 mois précédant l'incarcération et 1,4 % un usage par voie intraveineuse.

En dehors de ces enquêtes d'envergure nationale, d'autres enquêtes ont été réalisées et ont montré que la prévalence pouvait atteindre des proportions plus élevées dans certains établissements situés dans des régions fortement touchées par la toxicomanie. Ainsi, deux

enquêtes réalisées dans le centre pénitentiaire de Marseille ont estimé la proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse entre 20 et 23 %. Ces enquêtes faisaient la distinction entre ceux qui avaient arrêté de s'injecter des drogues plus de 12 mois avant l'incarcération, et les injecteurs actifs au moment de leur incarcération (la moitié des usagers) (Rotily, 1994 ; Rotily, 1997).

L'enquête européenne de 1997/98 a montré que parmi les 1 212 détenus interrogés dans les établissements français, 43 % avaient déclaré avoir consommé des substances illicites – par voie non injectable – au cours des 12 mois précédant l'incarcération (cocaïne, cannabis / haschich, benzodiazépines, etc.) ; 12 % avaient déclaré s'être injecté des drogues par voie intraveineuse (UDVI) au cours de la vie, dont 9 % au cours des 12 mois précédant l'incarcération. Parmi ces derniers, 45 % déclaraient s'être injecté plus de 10 fois durant les quatre semaines précédant l'incarcération et 34 % avoir partagé leur matériel lors de leur dernière injection. Les produits majoritairement déclarés par ces UDVI étaient l'héroïne (62 %), la cocaïne (42 %) et les benzodiazépines (37 %) (ORS, 1999).

En ce qui concerne l'alcool, l'enquête nationale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) rapporte que 10,3 % des détenus avaient une consommation régulière d'alcool (≥ 5 verres par jour), 16,9 % une consommation discontinue (≥ 5 verres consécutifs au moins une fois par mois) et 6 % à la fois régulière et discontinue, soit au total un tiers des détenus ayant une consommation excessive (DREES, 1999). Chez les entrants de moins de 18 ans, ce problème d'alcool est également aigu puisque 16,1 % déclaraient une consommation régulière et/ou discontinue.

13.2 Availability and supply

Le tabac est légalement disponible au sein des établissements. Deux études sur la santé des détenus, l'une réalisée au plan national, l'autre en région PACA ont rapporté des prévalences similaires du tabagisme : 80 % (DREES, 1999). L'introduction de boissons alcoolisées est interdite en détention. Cependant, dans une enquête réalisée dans quatre établissements de l'Ouest et du Sud-Est, 61 % des détenus UDVI déclaraient consommer des boissons alcoolisées au cours de leur incarcération (ORS, 1999).

Un groupe de réflexion a été mandaté en 1996 par le Garde des Sceaux sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés et l'entrée de drogues en détention. Le rapport du groupe mentionne que des saisies ont été effectuées par les agents de l'administration pénitentiaires dans trois quart des établissements. Pour 80 %, il s'agissait de saisies de cannabis. Les saisies d'héroïne ont concerné près de 30 établissements, mais les quantités saisies étaient minimes. Une trentaine de seringues sont saisies chaque année. Entre trois et huit overdoses sont rapportées chaque année, dont la moitié surviennent au cours de permissions. Les médicaments représentaient 6 % des incidents (Jean, 1997).

Les enquêtes sur l'usage de drogues en détention ne sont pas représentatives de la situation nationale. Leur réalisation dans plusieurs sites sont cependant un indicateur de l'étendue du phénomène. Une enquête réalisée en 1996 a révélé que 13 % des UDVI actifs au cours des 12 mois précédant l'incarcération (9/68) déclaraient s'être injecté des drogues durant les trois premiers mois de l'incarcération (quatre fois sur neuf en partageant le matériel) (Rotily, 1998). L'enquête européenne réalisée dans quatre autres sites français a montré que 32 % déclaraient avoir déjà consommé en prison des produits illicites par voie non injectable (ORS, 1999). De plus, 35 % des UDVI déclaraient s'être déjà injecté de la drogue en prison et 6 % avoir commencé à s'injecter en prison. Parmi les UDVI encore actifs juste avant l'incarcération, 26 % déclaraient s'être injecté des drogues au cours du dernier mois de leur

incarcération (dont 43 % plus de 20 fois), la moitié n'ayant pas utilisé d'eau de Javel pour désinfecter leur matériel.

L'étude de 1996 a également révélé que 3 % des détenus UDVI actifs déclaraient des rapports sexuels durant les trois premiers mois de l'incarcération (rapports essentiellement hétérosexuels au parloir et sans préservatif) (ORS PACA, 1999). Par ailleurs, 16 % des UDVI actifs déclaraient s'être tatoués durant cette période. Le tableau suivant donne les résultats de l'enquête européenne sur la déclaration de ces pratiques en prison. On constate que les usagers de drogues (UD) déclaraient plus fréquemment des pratiques à risque en prison (hormis les rapports homosexuels) ; ils étaient par ailleurs plus nombreux à avoir déjà eu recours à des tests de dépistage VIH ou VHC mais la couverture vaccinale contre l'hépatite B ne différait pas selon l'usage de drogues et était tout à fait insuffisante (ORS PACA, 1999).

Tableau : Pratiques à risque en détention (ORS PACA, 1999)

	Non UD (56%)	UD non injecteurs (43%)	UDVI (12%)	UDVI actifs (9%)
Hétérosexualité	4,7%	11,6%	15,3%	13,6%
Homosexualité	1,3%	0,8%	1,3%	1%
Tatouage	10%	31%	39%	43%
Dépistage VIH	59%	78%	76%	76%
Dépistage VHC*	20%	37%	58%	59%
Vaccination VHB	24%	34%	27%	24%

13.3 Contextual information

Au 1^{er} janvier 2001, la France comptait 187 établissements pénitentiaires qui accueillait 47 837 personnes. La croissance de la population carcérale a été de 39 % au cours des 15 dernières années, ce qui situait la France dans les pays à forte inflation. A titre de comparaison, des pays comme le Portugal, l'Espagne et les Pays-Bas ont connu des taux allant de 140 à 240 %. A l'inverse, des pays comme le Danemark et la Suède ont connu des taux de 6 et 18 %. En France, l'inflation de la population carcérale a été principalement liée à celle de la durée des peines qui est passée de 4 à 7 mois en moyenne entre 1975 et 1996. Encore celle-ci a-t-elle été contenue par le système des grâces présidentielles qui constitue un véritable mécanisme de régulation dans notre pays. Depuis 1996, on a assisté à une décroissance du nombre de détenus (-13 %) et de la proportion de prévenus (33,7 % en 2001 versus 39,8 % en 1996). L'augmentation du taux d'incarcération et l'allongement de la durée des peines ont été à l'origine d'une surpopulation dans les établissements qui se trouvent ainsi confrontés à une charge de travail importante tant au niveau des services administratifs et de surveillance que des services d'insertion sociale et de santé. La densité carcérale dans les maisons d'arrêt françaises se situait en 1996 entre 100 et 120 % dans 22 % des établissements et supérieures à 120 % dans 45 % des établissements (Tournier, 2000). Il faut en dernier lieu souligner la part croissante des femmes en détention qui est passée de 2,5 % en 1975 à 4,5 % en 1995, tendance également observée dans d'autres pays européens (Tournier, 1998). Cette dernière tendance semble cependant s'être récemment inversée, la part des femmes étant revenu à 3,6 % en 2001.

* Virus de l'hépatite virale C

Une des caractéristiques de l'évolution de l'organisation du système pénitentiaire est d'une part l'arrivée dans les établissements de nombreux professionnels externes à l'administration pénitentiaire et d'organisations non gouvernementales, d'autre part la réforme du système de soins qui est confiée depuis 1994 au service public hospitalier. L'organisation des soins réalisée selon la loi du 18 janvier 1994 garantit aux détenus une qualité de soins égale à celle dont bénéficie la population générale et leur inscription au régime général maladie-maternité de la Sécurité Sociale. On assiste donc à un fort courant visant à faire entrer le droit commun à l'intérieur des établissements. Il faut également signaler que pour environ 13 000 places (21 établissements pénitentiaires), les fonctions de maintenance, d'hôtellerie, de travail et de formation professionnelle sont gérées par des sociétés privées. Jusqu'en 2001, la charge de l'organisation des soins dans ces établissements leur était également confiée. Cette responsabilité vient d'être transférée au service public hospitalier.

L'usage de drogues en France est réglementé par la loi du 31 décembre 1970 qui condamne à des peines d'emprisonnement les usagers de substances illicites. Dans le cadre de cette loi, les tribunaux peuvent proposer aux usagers une alternative sanitaire aux poursuites judiciaires. Cette politique d'injonction thérapeutique serait caractérisée par un faible taux d'effectivité et une hétérogénéité importante selon les lieux d'inculpation, et n'aurait guère d'effets positifs sur le problème de l'usage de drogues en France (Setbon, 1998). Récemment, le Conseil national du Sida s'est déclaré en faveur d'une dépénalisation, mais il n'existe pas actuellement de débat parlementaire sur cette question. La France compterait environ entre 100 et 150 000 héroïnomanes. En 1999, 74 651 personnes recevaient un traitement de substitution des opiacés. La très grande majorité d'entre elles (88 %) bénéficiaient d'un traitement par buprénorphine (Subutex®), médicament disponible depuis 1996 par le biais des médecins généralistes habilités à la prescrire en médecine de ville, les autres étant traitées avec la méthadone dans les Centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST). On a observé depuis 1996 une augmentation continue et importante des ventes de buprénorphine, une diminution des décès par surdosage et des infractions à la législation des stupéfiants à l'héroïne (Emmanuelli, 2000).

Tous les détenus se voient proposer à leur arrivée en milieu carcéral une consultation médicale dans les Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), avec en particulier un dépistage de la tuberculose, un dépistage volontaire et confidentiel de l'infection à VIH et, plus récemment de l'hépatite C, ainsi qu'une vaccination contre l'hépatite B. Des Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont la responsabilité des soins psychologiques et psychiatriques dans 26 établissements pénitentiaires tandis que les UCSA ont la responsabilité des soins somatiques. On compte 16 CSST qui relèvent du Ministère délégué à la Santé et ont pour mission de dépister la dépendance à l'égard des drogues et d'accompagner les toxicomanes durant leur incarcération. Les textes réglementaires confient la coordination de la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives aux psychiatres (prises en charge médico-psychologique et socio-éducative, coordination de l'ensemble des équipes spécialisées intervenant en détention, instauration de liaisons avec les structures extérieures dans la perspective d'assurer un relais et d'aider à la réinsertion lors de la libération, recueil épidémiologique). Il faut remarquer que les responsabilités sur le dépistage de la dépendance aux drogues et la prise en charge des toxicomanes sont partagées, que la notion de réduction des risques n'est pas inscrite dans les missions des SMPR et des CSST, et qu'une minorité d'établissements disposent de CSST. Le personnel des CSST est constitué pour la majorité de psychologues et d'éducateurs spécialisés, exceptionnellement d'infirmiers mais jamais de médecins. Par ailleurs, il n'existe pas de liens institutionnels et organisationnels formalisés entre les SMPR-CSST et les UCSA pour définir une politique de prise en charge de la toxicomanie. Les relations entre les deux entités

semblent plutôt s'établir sur la base de relations confraternelles essentiellement centrées sur le suivi individuel des détenus toxicomanes. Ces relations s'avérant parfois conflictuelles et rendant insatisfaisante la prise en charge des personnes ayant des conduites addictives, des recommandations interministérielles ont été adressées, en août 2001, aux différents services concernés pour qu'ils mettent en place une organisation plus coordonnée et améliorent ainsi la prise en charge des personnes détenues présentant une dépendance aux substances psychoactives licites ou illicites, ou abusant de ces substances.

13.4 Demand reduction policy in prison

La prévention contre l'usage de drogues en prison est axée en premier lieu sur le contrôle de l'entrée de drogues dans les établissements. Une note du Ministère de la Justice du 18/02/1997 relative aux contrôles de police judiciaire lors des visites au parloir dans le cadre de la lutte contre l'entrée de produits stupéfiants dans les établissements pénitentiaires incite à informer les visiteurs et les détenus de ces mesures. Des sanctions disciplinaires peuvent être prises et des poursuites judiciaires engagées à l'encontre de détenus surpris en flagrant délit d'usage de substances illicites. Le dépistage urinaire n'a été utilisé qu'à titre expérimental auprès de détenus permissionnaires (Jean, 1997).

La prise en charge des toxicomanes est régie par la circulaire DGS/DM n° 96-259 du 03/04/1996. Les SMPR et le personnel de santé doivent réglementairement diffuser l'information sur les méfaits de l'usage de drogue et sur la nécessité d'utiliser du matériel d'injection propre. L'offre de soins en direction des toxicomanes réalisée par les secteurs de psychiatrie devrait être diversifiée et équivalente à celle de l'extérieur, c'est-à-dire une prise en charge intégrant l'ensemble des phénomènes de dépendance et la poursuite des traitements de substitution initiés avant l'incarcération. La prescription de buprénorphine (Subutex®) ou de méthadone peut être poursuivie ou initiée en détention, depuis les circulaires de 1996. La méthadone ne peut être initiée que dans les établissements disposant d'un CSST.

La mise à disposition du matériel d'injection n'est pas réalisée en France. Elle entre en contradiction avec l'article D-273 du code de procédure pénale qui prévoit que les détenus ne peuvent garder à leur disposition aucun objet, médicament ou substance pouvant permettre ou faciliter un suicide, une agression ou une évasion. Une circulaire de l'Administration pénitentiaire prévoit depuis 1996 la distribution gratuite et systématique d'eau de Javel aux détenus. Cependant, cette dernière ne spécifie pas que l'eau de Javel est un outil de réduction des risques lié à l'usage de drogues. Par conséquent, il est très probable que l'eau de Javel soit perçue seulement comme une mesure de propreté et d'hygiène.

Aucun texte de loi n'interdit de façon explicite la pratique du tatouage. Le chef d'établissement peut cependant fonder son refus sur l'interdiction disciplinaire de porter atteinte à la sécurité d'autrui, de posséder des objets dangereux, et l'obligation de respecter les règles d'hygiène pour ne pas favoriser la transmission des maladies. L'interdiction d'avoir des relations sexuelles en prison résulte des contraintes de décence et non d'une privation pénale imposée par la peine et la privation de liberté. Aucun texte n'oblige cependant l'Administration Pénitentiaire à permettre la réalisation de ces visites conjugales. Réglementairement des préservatifs doivent être mis à disposition, notamment dans les UCSA des établissements.

13.5 Evaluation of drug users treatments in prison

La culture de l'évaluation médicale s'installe progressivement en France parmi les professionnels de santé, sous l'impulsion notamment de l'Agence nationale d'accréditation des établissements de soins (ANAES), de la formation initiale et continue. La réforme du système de soins en milieu carcéral de 1994 contribue aussi à permettre une mise en œuvre plus importante de l'évaluation médicale en milieu carcéral. Du côté des acteurs sociaux et administratifs, il est difficile de dresser un état de l'évaluation dans les pratiques quotidiennes. L'expérience de terrain semble cependant montrer une faible pratique de l'évaluation médicale et sociale dans les établissements pénitentiaires pour ce qui concerne la toxicomanie.

L'application de la loi Evin réglementant l'usage du tabac dans les espaces publics n'a pas fait à notre connaissance l'objet d'une évaluation en milieu carcéral, de même que la mise en œuvre des traitements de sevrage tabagique en milieu carcéral. En ce qui concerne l'alcoolisme, nous n'avons pas non plus identifié d'évaluations quant à sa prévention et à sa prise en charge.

A notre connaissance, aucune évaluation de l'impact de la prise en charge de la toxicomanie et des traitements apportés aux usagers de drogues en prison n'a eu lieu à ce jour.

Une enquête a été réalisée en 1997 auprès des responsables médicaux et administratifs de l'ensemble des établissements pénitentiaires dans deux régions françaises (Ouest et Sud-Est) (ORS PACA, 1999). Le premier constat est que les actions de prévention de l'infection à VIH, du Sida et des hépatites, ne sont pas effectives dans tous les établissements. A titre d'exemple, seuls 9 établissements sur 24 ont mis en place une coordination sur les actions de prévention de l'infection à VIH et des hépatites C. Lorsque l'on interroge les médecins quant aux obstacles rencontrés par la politique actuelle de réduction des risques, la plupart mettent l'accent sur l'information et l'effort à produire en matière de thérapie pour les sujets toxicomanes. Il est notamment fait allusion à un meilleur suivi des usagers de drogue ayant un traitement de substitution et à un meilleur accès à ces traitements. Une meilleure gestion des prescriptions médicamenteuses est aussi préconisée, notamment pour éviter le trafic, ainsi qu'un contrôle plus rigoureux des détenus, des cellules et des parloirs. Pour améliorer la politique de réduction des risques, les directeurs d'établissements suggèrent plusieurs axes de réflexion : information et formation auprès des détenus et du personnel notamment par le biais du service médical ou de structures associatives, proposition plus large de la vaccination contre l'hépatite B et du dépistage du VIH et de l'hépatite C. La surpopulation et la promiscuité, ainsi que le manque de communication entre les instances médicales et administratives sont deux difficultés mises en avant. Les arguments les plus fréquemment utilisés par les directeurs d'établissement pour exprimer une opinion défavorable en matière de mesures de réduction des risques comme l'échange de seringues ou la disponibilité de buprénorphine, reposent sur des arguments juridiques ou de sécurité. De leur côté, les médecins interrogés soulignent l'inadéquation du milieu carcéral pour assurer la prise en charge des usagers de drogues (ORS, 1999).

Une enquête menée par le Ministère de la Santé en 1998 a permis d'estimer le nombre de personnes détenues bénéficiant d'un traitement de substitution et les modalités d'organisation des soins en direction de ces personnes (Tortay *et al.*, 1998). Respectivement 1,7 et 0,3 % des détenus bénéficieraient d'une prescription du buprénorphine et de méthadone. Près de 80 % de ces prescriptions se font dans le cadre de la poursuite d'un traitement antérieur. Il faut souligner l'existence d'une grande disparité, 44/168 établissements ne comptant aucun détenu bénéficiant d'un traitement de substitution. Un

établissement à lui seul représente plus du quart des personnes détenus sous substitution. Sur les 597 traitements de substitution par buprénorphine recensés, 22 % ont été interrompus (11 % pour la méthadone). La dispensation des traitements de substitution est essentiellement réalisée par les UCSA et non par les SMPR pourtant chargés de prendre en charge les problèmes de toxicomanie. Les proportions de détenus sous substitution dans les établissements pénitentiaires sont similaires, qu'ils soient ou non dotés d'un CSST. Une deuxième enquête, selon la même procédure, a été réalisée en novembre 1999. Elle faisait état d'une légère augmentation du nombre de personnes détenues bénéficiant d'un traitement de substitution en détention, mais le pourcentage global restait bien inférieur à 5 %. Une 3^{ème} enquête sera menée en novembre 2001. Au total, ces études soulignent bien la faible place occupée par les traitements de substitution en détention.

Nous soulignerons enfin l'existence des unités pour sortants (UPS) chargées, en théorie, de prendre en charge les usagers les plus lourds et les plus précaires qui font l'objet d'une évaluation (ORS, 2001). Les premiers résultats semblent montrer un grand nombre de difficultés opérationnelles mais également conceptuelles quant au rôle des UPS et aux modalités d'interventions. On peut noter d'une part que le nombre de personnes prises en charge par ce dispositif est extrêmement restreint par rapport à la taille de la population des toxicomanes, et d'autre part que la réduction des risques n'est pas un objectif des UPS. Les programmes sont essentiellement centrés sur la réinsertion sociale des personnes détenues mais peuvent concerner aussi des personnes alcooliques. En outre, il semble que ces programmes entrent en concurrence avec les objectifs d'une politique plus globale de réinsertion des détenus à leur sortie de détention. Au niveau des résultats, l'impact des UPS semble limité et l'absence de suivi après la libération ne permet pas d'évaluer les effets sur la population pénale. Un nouveau cahier des charges, destiné à rendre plus pertinent ce dispositif est actuellement en cours d'élaboration par les administrations centrales concernées.

La Direction de l'Administration pénitentiaire et la Direction générale de la santé viennent de remettre leurs conclusions sur la question de la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral (DAP/DGS, 1999). Ce rapport souligne les insuffisances actuelles dans la mise en œuvre des mesures réglementaires de réduction des risques et le défaut de mobilisation et d'adhésion des acteurs à la politique de réduction des risques. Le rapport propose une série de mesures comme la sensibilisation des relais existants, la formation des agents de l'administration pénitentiaire et des personnels sanitaires, l'impulsion de dynamiques locales, l'amélioration de l'accueil à l'entrée en détention, et globalement le renforcement de la politique de réduction des risques.

Il faut signaler qu'une évaluation sur la réorganisation de la prise en charge de personnes détenues présentant ou ayant des conduites addictives en milieu carcéral a été planifiée pour 2002.

13.6 Methodological issues

Comme nous l'avons vu plus haut, les données épidémiologiques sont parcellaires. Le seul recueil épidémiologique continu auprès des détenus toxicomanes était celui organisé par l'unité d'épidémiologie en santé mentale 303 de l'INSERM. Ce dispositif avait plutôt vocation de décrire la file active des toxicomanes suivis par les antennes toxicomanie (ex-CSST). En premier lieu, le recueil n'était pas exhaustif ; il ne couvrait que 16 établissements sur les 187 que comptait la France. L'échantillon décrit pour l'année 1994 comportait 2175 personnes, soit entre 3 et 4 % de l'ensemble des détenus à un jour donné, c'est à dire une proportion

très inférieure à la proportion des détenus ayant des conduites addictives, et une sous-représentation de l'Île de France où, selon des sources extérieures à la détention, la prévalence de la toxicomanie est particulièrement élevée. En outre, les modes de recueil d'information étaient hétérogènes (modes différents de sélection des toxicomanes, questionnements non systématiques) et rencontraient des difficultés opérationnelles (formation des équipes au recueil des données, réticences de certains professionnels) (Facy, 1997). Au total, le suivi des toxicomanes au travers des antennes toxicomanie apportaient des informations utiles pour le suivi de cette population mais ne fournissait pas de vision claire de la toxicomanie et de son évolution dans le système pénitentiaire français.

Les travaux mentionnés, ainsi que la réflexion menée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, la Direction de la Recherche, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère délégué à la Santé l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies et le réseau européen sur l'infection à VIH et les hépatites virales, constituent des bases solides pour la mise en place d'une surveillance épidémiologique de la toxicomanie dans les établissements français. Un dispositif d'enquêtes à un jour donné sur l'ensemble des établissements ou sur un échantillon aléatoire d'entre eux, basé sur un recueil strictement anonyme et représentatif des détenus par auto-questionnaire ou par des enquêteurs indépendants permettrait de mieux connaître la situation épidémiologique et de suivre les grandes tendances. Des études prospectives pourraient également être réalisées pour estimer le risque de séroconversion pour le virus de l'hépatite C en détention et l'impact des stratégies de réduction des risques et des traitements proposés aux toxicomanes au cours de la détention.

En conclusion, la situation des usagers de drogues dans les prisons françaises est tout à fait préoccupante. Le nombre élevé de détenus usagers de drogues et toxicomanes, la gravité des problèmes de santé rencontrés par ce public, l'insuffisante insertion sociale des détenus après leur libération font de la surveillance épidémiologique, du mode de prise en charge sanitaire et sociale, de la politique de réduction des risques et de l'évaluation de ces mesures des priorités de santé publique. Il est urgent de reconnaître l'échec de l'emprisonnement en tant que réponse sociale à la toxicomanie, et de mettre en œuvre une politique plus volontariste, plus pragmatique et plus innovante à l'intérieur comme à l'extérieur du système pénitentiaire à l'égard des usagers de drogues.

Bibliographie chapitre 13

- DAP/DGS (Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé). *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral*, 2000, 85 p.
- DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), *La santé des entrants en prison en 1997 : Fiche santé entrant de l'état de liberté*, Paris, 1999, 258 p. (Collection Études et Statistiques n°4)
- Emmanuelli J., *Contribution à l'évaluation de la réduction de la politique de réduction des risques. Institut de la Veille Sanitaire – Tome 1 Les grandes tendances*, Paris, 2000, 55 p.
- Facy F., *Étude épidémiologique auprès des antennes 1992-1995*. Sèvres, Éditions EDK, 1997, 107 p.
- Jean JP., L'usage de drogues en prison. Entre logique de contrôle et logique sanitaire. *Psychotropes*. Vol 4, 1997, p. 93-106.
- ORS PACA (Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur). *Évaluation du dispositif des Unités Pour Sortants*, Paris, OFDT (sous presse).
- ORS PACA. *Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, Marseille, 1999, 214 p.
- Kensey A, Cirba L., *Les toxicomanes incarcérés*, Paris, Ministère de la Justice-Direction de l'Administration Pénitentiaire, Service des Etudes et de l'Organisation. 1989, 178 p. (Travaux et Documents n° 38).

- Rotily M, Galinier-Pujol A, Obadia Y, Moatti JP, Toubiana P, Vernay-Vaisse C, Gastaut JA. HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in South-Eastern French prisons. *AIDS* 1994 ;8(9) :1341-1344..
- Rotily M, Vernay-Vaisse C, Bourlière M, Galinier-Pujol A, Rousseau S, Obadia Y, HBV and HIV Screening, and hepatitis B immunization programme in the prison of Marseille, France. *Int J STD & AIDS*, 8, 1997, p. 753-759.
- Rotily M, Galinier-Pujol A, Escaffre N, Delorme C, Obadia Y. Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred. *Brit Med J*, 316(7133),1998 p.777.
- Setbon M., De Calan J. *L'injonction thérapeutique: évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellé*, Paris, CNRS-GAPP / OFDT, 2000, 159 p.
- Tortay I, Morfini H, Parpillon C, Bourdillon F. *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, Milan, 3^e Séminaire Européen du Réseau sur l'infection à VIH et les hépatites virales en prison, 1999.
- Tournier P. Les composantes de l'inflation carcérale. *Cah Sécu Int.* 31, 1998, p.35-51.
- Tournier P. *Prisons d'Europe, inflation carcérale et surpeuplement*, Paris, CESDIP, 2000, 82 p.