

Partie B. Thèmes spécifiques

11. Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison

L'usage de drogues est quasi-systématiquement évoqué dans les travaux français sur les prisons [122] ; [123] et [124] ; [125] ; [126]) mais il en constitue rarement l'objet à part entière [127] ; [128]). Parmi les nombreux travaux qui ont étudié la santé en milieu carcéral ([129] ; [130]), peu se sont interrogés sur la définition d'une politique de réduction des risques (RDR) spécifiquement adaptée au contexte d'enfermement de la prison ([131] ; [132]). En 2010, une expertise collective de l'Inserm a, pour la première fois, interrogé la mise en œuvre du concept de RDR en France, notamment dans le champ pénitentiaire. Elle a conclu que, si différents outils de prévention existent en France, « il n'y a pas aujourd'hui de politique réelle de réduction des risques en prison » [92], Elle a aussi souligné que le principe d'une équivalence des soins entre milieu libre et prison, inscrit dans la loi française et recommandé par l'OMS, n'est pas effectif dans les prisons françaises, alors que l'enjeu d'une politique adaptée au contexte carcéral est crucial : près d'un quart de la population toxicomane française passe par la prison chaque année [133].

L'inégalité d'accès aux soins des usagers de drogues en prison, par rapport au milieu libre, s'explique par différents facteurs, d'abord liés aux conditions de fonctionnement du système carcéral et aux pratiques d'organisation des soins en prison. Les objectifs posés par la loi d'une part, la réalité des pratiques de soins en détention d'autre part, seront donc d'abord confrontés, puis mis en rapport avec les recommandations de pratique clinique et les standards de qualité de l'offre de prise en charge élaborés en France, afin d'éclairer la discussion sur les moyens de garantir l'égalité d'accès aux soins entre le milieu libre et la prison. Dans une dernière partie, les défauts du dispositif d'information sur la prise en charge des usagers de drogues en prison seront répertoriés, afin de permettre un meilleur suivi de cette problématique dans les années à venir.

11.1. Caractéristiques du système pénitentiaire

Le parc pénitentiaire

Au 1^{er} janvier 2010¹⁶⁷, l'administration pénitentiaire (AP) disposait, en métropole et outre-mer, de 191 établissements pénitentiaires :

- 106 maisons d'arrêt (MA), auxquelles il faut ajouter 35 quartiers MA situés dans des centres pénitentiaires (qMA), lieux d'exécution de la détention provisoire et des condamnations à une peine dont le reliquat n'excède pas deux ans (depuis la loi pénitentiaire de novembre 2009) ;
- 37 centres pénitentiaires (CP) qui comprennent au moins 2 quartiers à régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) ;

¹⁶⁷ Les chiffres sont ceux de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2010 (www.prison.justice.gouv.fr).

- 24 centres de détention (CD) et 34 quartiers (QCD) accueillant les détenus condamnés à une peine supérieure ou égale à un an et qui présentent des perspectives de réinsertion favorables ;
- 6 maisons centrales (MC) et 5 quartiers (QMC) recevant les condamnés les plus difficiles qui nécessitent un dispositif de sécurité renforcé et dont les perspectives de réinsertion sont lointaines ;
- 12 centres de semi-liberté (CSL) et 4 quartiers (QSL), situés dans les CP, recevant des condamnés admis par le juge d'application des peines au régime du placement extérieur sans surveillance ou de la semi-liberté ;
- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM), prévus dans le programme de la loi d'orientation et de programmation de la justice de septembre 2002 et dont le premier a été ouvert à la mi-2008 ;
- 4 quartiers centres pour peines aménagées (qCPA) situés dans des centres pénitentiaires.

Parmi ces établissements, 43 sont à « gestion déléguée » à des entreprises privées, soit 4,4% du parc pénitentiaire.

Pour gérer le parc pénitentiaire, l'administration était dotée, pour 2010, d'un budget de 2,17 milliards d'euros (hors pensions), plus du tiers du budget de la Justice, en augmentation de 10 % par rapport à 2009. Ces crédits budgétaires (crédits de paiement, hors pensions) se répartissent en 54 % de dépenses de personnels, 28 % de dépenses de fonctionnement, 4 % de dépenses d'intervention et 14 % de dépenses d'investissement [134].

Selon les données les plus récentes (1^{er} mai 2010)¹⁶⁸, l'administration pénitentiaire dispose de 57 411 places, en métropole et en outre-mer¹⁶⁹ : 56 779 d'entre elles sont dites « opérationnelles », c'est-à-dire effectivement disponibles, les autres pouvant être en travaux ou utilisées temporairement à un autre usage. Ces places se répartissent de la façon suivante selon le type d'établissement :

- 34 136 places en maison d'arrêt ou quartier « maison d'arrêt » (60 %) ;
- 19 365 en centre de détention ou quartier « centre de détention » (34 %) ;
- 1 981 en maison centrale ou quartier « maison centrale » (3,5 %) ;
- 316 en centre pour peine aménagée ou quartier (0,6 %) ;
- 659 en centre de semi-liberté ou quartier de semi-liberté, hors places de semi-liberté dans d'autres types d'établissements (1,2 %) ;
- 322 dans les établissements pour mineurs (0,6 %).

¹⁶⁸ Direction de l'administration pénitentiaire, Situation mensuelle de la population écrouée et détenue au 1^{er} mai 2010.

¹⁶⁹ Au sens des capacités définies dans une circulaire du 3 mars 1988, mise à jour le 17 mai 1998.

La population pénitentiaire

Au 1^{er} mai 2010, le chiffre de la population sous écrou était de 67 851 personnes (France entière). Elle inclut les personnes effectivement détenues (61 604 personnes) et les personnes qui bénéficient d'un aménagement de peine hors détention (6 247 personnes, réparties entre 5 611 condamnés placés sous surveillance électronique et 636 condamnés en placement à l'extérieur).

Avec 61 604 détenus, la France atteint le chiffre le plus élevé depuis la création des statistiques pénitentiaires, en 1852 – à l'exception des 60 000 prisonniers recensés à la Libération, dont près du tiers étaient des collaborateurs présumés. Parmi eux, 15 963 sont des prévenus (25,9 %) et 45 641 des condamnés (74,1 %), détenus dans 56 779 places opérationnelles, ce qui représente un écart de 4 825 entre la capacité opérationnelle du parc pénitentiaire et le nombre effectif de détenus, c'est-à-dire une densité carcérale globale de 108 détenus pour 100 places.

Pour rendre compte rigoureusement de la surpopulation carcérale, il faut rapprocher la densité carcérale de l'indicateur des détenus en surnombre : 9 493 personnes au 1^{er} mai 2010 en France entière [135]. Ce chiffre est plus représentatif de la surpopulation carcérale car il additionne le nombre de détenus surnuméraires par rapport à la capacité d'accueil disponible (4 825) et le nombre de places opérationnelles mais inoccupées¹⁷⁰ (4 668).

L'état de surpopulation varie considérablement entre la métropole et l'outre-mer, et surtout, entre types d'établissements : 96 % des détenus en surnombre se trouvent en maison d'arrêt, l'affectation des condamnés en établissement pour peine étant gérée par l'administration selon le principe du *numerus clausus*. Le phénomène de surpopulation épargne donc les établissements pour peine, où le nombre de détenus pour 100 places baisse (85 en 2010), et concerne avant tout les maisons d'arrêt et les quartiers « maison d'arrêt » des centres pénitentiaires¹⁷¹, c'est-à-dire les établissements les plus nombreux dans le parc pénitentiaire, censés héberger une majorité de prévenus (en attente d'un jugement), et les condamnés à de courtes peines (dont le reliquat de peine n'excède pas un an).

Évolutions et perspectives

Depuis 2008, le nombre de détenus s'est stabilisé à un haut niveau (environ 61 000 personnes). Ce chiffre correspond à un taux de détention¹⁷² de 96,8 détenus pour 100 000 habitants [136], l'un des plus élevés en Europe [137]. Si, pour la première fois de la décennie, le nombre de détenus a reculé de façon significative en 2010 (-2 %), la France continue de se distinguer par un surpeuplement carcéral important qui la place en tête des 47 pays du Conseil de l'Europe, aux côtés de l'Espagne, Chypre, la Bulgarie, la Serbie et la Croatie (Aebi, Delgrande, 2010a).

Le surpeuplement carcéral s'explique par une évolution historique cumulative qui s'est faite en deux temps. Entre le milieu des années 1970 et le milieu de la décennie 2000, la France a connu une période d'inflation carcérale pendant 30 ans [138], où la population carcérale a

¹⁷⁰ Comme le note Tournier, ce chiffre est particulièrement élevé du fait de la mise en service récente de nouveaux établissements comme les centres pénitentiaires de Bourg-en-Bresse, de Rennes ou du Havre (Tournier, 2010).

¹⁷¹ Le taux d'occupation dans les maisons d'arrêt (56 % des établissements) est de 125 détenus pour 100 places.

¹⁷² Le taux de détention pour 100 000 habitants traduit le rapport entre le nombre de personnes détenues et le nombre d'habitants. Il permet d'apprécier l'évolution de la population détenue en tenant compte du mouvement démographique de la population générale.

augmenté huit fois plus rapidement que la population générale (+ 120 % vs + 15 %)¹⁷³. Cette hausse spectaculaire s'explique par le cumul de trois phénomènes : un allongement des peines prononcées¹⁷⁴, la faible ampleur des aménagements de peine jusqu'au milieu des années 2000 (libération conditionnelle, suspension de peine pour raisons médicales, semi-liberté, placement à l'extérieur ou placement sous surveillance électronique) ; la faiblesse relative des peines alternatives à l'incarcération (travail d'intérêt général, jour-amende...).

Depuis le milieu de la dernière décennie, chacun de ces facteurs a évolué, ralentissant la tendance démographique inflationniste, sans l'infléchir pour autant. Avec l'essor des aménagements de peine, le nombre de condamnés à des peines hors détention¹⁷⁵ a été multiplié par 15 entre 2004 et 2010 (+4 200). La population écrouée bénéficiant d'un aménagement de peine a augmenté trois fois plus vite que la population détenue¹⁷⁶. En outre, les peines de substitution ont nettement progressé, notamment les mesures de travail d'intérêt général et de jour-amende, qui ont augmenté d'environ 50 % depuis 2004 [74]. Ce développement récent des alternatives à la prison peut être interprété comme un « rattrapage » de la France [139], même si elle reste l'un des pays européens (avec l'Italie) où le taux de peines alternatives à l'emprisonnement est le plus bas (34,5 pour 100 000 habitants), la moyenne étant de 209 [140].

Stabilisation de la population détenue, baisse du nombre de détenus en surnombre¹⁷⁷, du taux de détention pour 100 000 habitants et du taux de détention provisoire (cf. tableau 1) : la situation pénitentiaire française semble évoluer par rapport à l'état des lieux dressé en 2008 par la Statistique pénale annuelle du Conseil de l'Europe [140]. Ce mouvement, s'il se confirme, s'explique par la hausse de la capacité d'accueil pénitentiaire depuis les années 2000¹⁷⁸, 4 fois plus rapide que la hausse du nombre de détenus¹⁷⁹. Ces transformations ne sont toutefois pas d'ampleur suffisante pour modifier la situation française en Europe : la France continue de se placer dans une position médiane quant à ses taux de détention brut et de détention provisoire et continue de se distinguer par une densité carcérale élevée, bien supérieure à celles de l'Allemagne ou de la Grande-Bretagne. Autrement dit, la sévérité de la politique pénale de la France – mesurée par la proportion de ses habitants placés en détention – ne la distingue pas de ses voisins européens. Le surpeuplement carcéral – c'est-à-dire le rapport entre le nombre

¹⁷³ Le rapport est même de 1 à 10 dans la seule période 1975-1995 : la population carcérale a augmenté de 100 %, vs 10 % dans l'ensemble de la population (Tournier, 2002).

¹⁷⁴ Surtout après l'entrée en vigueur du nouveau code pénal de 1992 qui a augmenté la peine maximum encourue d'un grand nombre d'infractions (Kensey, Cardet, 2001). La durée moyenne de détention est ainsi passée de 4,6 mois en 1980 à 7 mois en 1990 puis 8,7 mois en 2000 et 9,4 mois en 2009.

¹⁷⁵ Placement sous surveillance électronique (PSE) ou placement à l'extérieur.

¹⁷⁶ +5 000 vs +2 000 personnes. Cette hausse des aménagements de peine a largement bénéficié aux PSE 136. Kensey, A., *Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010*. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques (Direction de l'administration pénitentiaire), 2010(n° 35).. Elle peut être mise en relation avec les incitations ministérielles répétées à recourir systématiquement aux peines aménagées en cours d'exécution : rapport Warsmann (Warsmann, 2003), lois de lutte contre la récidive de décembre, août 2007 et mars 2010, et loi pénitentiaire de novembre 2009 (cf. Legal framework).

¹⁷⁷ Il y a aujourd'hui près de 4 fois moins de détenus en surnombre qu'en 2004, date à laquelle la France a atteint un niveau de surpeuplement carcéral maximum ((6 086 détenus en surnombre et 121 détenus pour 100 places).

¹⁷⁸ Depuis la LOPSI d'août 2002 qui autorise l'État à confier la construction de prisons à des entreprises, l'Etat a lancé un processus de privatisation progressive de la construction (avec le programme immobilier 13 200, réalisé dans le cadre d'un partenariat public-privé) mais aussi de la gestion du parc pénitentiaire. L'Agence publique pour l'immobilier de la Justice (APIJ) assure la maîtrise d'ouvrage du projet et les entreprises privées (comme Bouygues) assurent la construction puis la gestion. Le Ministère prévoit ainsi 13 200 nouvelles places de détention d'ici 2012.

¹⁷⁹ Le nombre de places en détention est passé de 48 572 à 56 463 entre 2004 et 2010 (+ 16,2 %), alors que le nombre de détenus a crû, dans la même période, de 58 942 à 60 978 (+3,5 %).

de détenus et le nombre de places en prison – la classe en revanche dans une position critique quant aux recommandations européennes¹⁸⁰. Selon les projections démographiques de l'administration pénitentiaire¹⁸¹, la population confiée à l'administration pénitentiaire pourrait atteindre 80 000 personnes [écrouées] en 2017 [141], ce qui imposerait de développer encore davantage les alternatives à l'emprisonnement et les aménagements de peine [139] pour lutter contre la suroccupation carcérale.

Tableau 11.1 : Évolution de la population détenue en France entière (2004-2010)

Année	Nombre de personnes détenues au 1 ^{er} janvier	Taux de croissance annuel en %	Population France entière (en milliers)	Taux de détenus pour 100 000 habitants	Part des prévenus	Part des condamnés	Taux de détention provisoire pour 100 000 habitants
2004	58942	Nd	62251	94,7	36,9	63,1	34,9
2005	58231	-1,2	62730	92,8	34,6	65,4	32,1
2006	58344	+0,2	63186	92,3	33,8	66,2	31,2
2007	58402	+0,1	63578	91,9	31,6	68,4	29,1
2008	61076	+4,6	63937	95,5	27,5	72,5	26,3
2009	62252	+1,9	64303	96,8	25,6	74,4	24,8
2010	60978	-2,0	64700	94,2	25,2	74,8	23,8

Source : ministère de la Justice/Direction de l'administration pénitentiaire

Surpopulation et conditions de détention, les maux persistants du système carcéral français

La surpopulation est une des caractéristiques distinctives des prisons françaises, de même que les conditions de détention, régulièrement dénoncées par les syndicats pénitentiaires, les intervenants en prison et les associations militant pour le respect des droits fondamentaux des personnes incarcérées, comme Ban public ou l'Observatoire international des prisons [123-124, 142]. Les mobilisations protestataires autour de conditions de détention jugées « indignes » ont atteint leur acmé dans le débat public national en 2000, lors de la parution du témoignage du médecin-chef d'un des plus gros établissements de France [143]. Très médiatisé [144], l'ouvrage de Véronique Vasseur a amené le Parlement à se saisir du problème par le biais de deux commissions d'enquête parlementaire qui ont qualifié l'état des prisons d'« humiliation pour la République », selon les termes du rapport d'enquête sénatorial ([145] ; [133]). Les instances internationales elles-mêmes ont stigmatisé la situation des prisons françaises. Le Comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe (CPT) a plusieurs fois condamné la France pour l'état de ses prisons (surpeuplement, insalubrité) et les « traitements inhumains et dégradants » réservés aux détenus¹⁸² : non-respect de l'intimité, promiscuité, défaillances dans la continuité

¹⁸⁰ Le Conseil de l'Europe a affirmé que l'extension du parc pénitentiaire devrait être exceptionnelle car elle n'offre pas de solution durable au surpeuplement. Cf. recommandation N° R(99) 22, adoptée par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe le 30 septembre 1999.

¹⁸¹ Établies selon l'évolution de l'âge des détenus, de leur nationalité, des durées de détention, de la détention provisoire, de la nature des peines et des aménagements de peines (cf. note de synthèse de l'AP présentée lors de la mise en place du Comité d'orientation restreint (COR) de la future loi pénitentiaire le 11 juillet 2007, citée dans un article du quotidien *Le Monde* daté du 14 juillet 2007).

¹⁸² En 2007, comme lors de ses précédentes visites en 1996 et en 2003, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) s'est inquiété du fort taux de surpeuplement carcéral dans les maisons d'arrêt visitées (CPT, 2007). Il a également souligné que le fait d'héberger, en maison d'arrêt, à long voire à très long terme, des prévenus et des condamnés dans la même cellule était contraire aux Règles Pénitentiaires Européennes. Le CPT a réitéré sa

et la qualité des soins, hygiène générale déficiente, raréfaction des activités (sport, travail, formation), nombreuses agressions et actes de violences entre les détenus.

Ces « conditions inacceptables de vie »¹⁸³ contribuent, selon le ministère de la Santé lui-même, à expliquer la forte prévalence du risque suicidaire parmi les détenus – même si aucune corrélation n’a pu être établie entre les conditions d’incarcération et le taux de suicide¹⁸⁴. Une centaine de suicides ont lieu en prison chaque année, deux fois plus qu’il y a vingt ans. Ils surviennent particulièrement pendant les deux premières années de détention. Cela représente un taux de suicide cinq à six fois supérieur à la moyenne nationale. La France fait partie des pays européens déclarant les plus forts taux de sur-suicidité carcérale [146], avec 18 suicides pour 10 000 détenus (2009). Ce problème est donc devenu un objet d’attention publique privilégié [146].

Ces critiques répétées ont conduit à la création, en 2008, d’un contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)¹⁸⁵. Dans son dernier rapport annuel d’activité (2010), le CGLPL a souligné que la réalité des prisons est encore souvent celle de la vétusté « et quelquefois du sordide, dans des établissements anciens et mal entretenus »[147].

11.1.1. Caractéristiques de la population détenue : santé et statut social

Prévenus et condamnés

La population détenue comprend un quart de prévenus, en attente de jugement. Cette proportion n’a jamais été aussi faible (15 395 personnes en détention provisoire au 1^{er} janvier 2010, soit 25 % de la population détenue). La baisse régulière de la part des prévenus depuis 2004 est concomitante de la montée en charge du volume de condamnés [148] et donc, de leur part relative au sein de la population détenue [74]. Le taux de détention provisoire pour 100 000 habitants a enregistré un recul de 11 points en sept ans, passant de 34,9 pour 100 000 habitants en 2004 à 23,8 en 2010 (cf. tableau 1).

Profil démographique et conditions de vie

La population détenue se caractérise par un profil démographique et social très différent de celui de la population générale. Les dernières enquêtes de la DREES de 1997 et 2003 ont révélé une population majoritairement de nationalité française (82 %)¹⁸⁶, masculine (96,6 % d’hommes vs

recommandation aux autorités françaises visant à mener une stratégie contre le surpeuplement carcéral, aggravé, selon lui, par le nombre croissant de peines toujours plus lourdes prononcées. Il a également salué l’importance des conclusions des « États généraux de la condition pénitentiaire » organisés par l’Observatoire international des prisons en 2006.

¹⁸³ Mémoire de Thomas Hammarberg, Commissaire aux droits de l’homme du Conseil de l’Europe, faisant suite à sa visite en France du 21 au 23 mai 2008 (20 novembre 2008)

¹⁸⁴ Cf. Ministre de la Justice, réponse à la question écrite n°12634 du député Alain Néri, JO du 8 juin 2004. Ce point de vue est à rebours de la philosophie du ministère de la Santé, pour qui « la prévention du suicide en milieu carcéral passe d’abord par une logique globale de mise à niveau de l’environnement et des conditions de détention de la personne détenue. Il s’agit de favoriser le maintien de la santé mentale de celle-ci » (Ministère de la Santé / ministère de la Justice, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004).

¹⁸⁵ Le CGLPL est une autorité indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de l’adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Le CGLPL a concrètement commencé son activité le 13 juin 2008, date à laquelle Jean-Marie Delarue a été nommé en cette qualité.

¹⁸⁶ La part des détenus étrangers ou de nationalité non déclarée est en baisse régulière depuis plusieurs années (20,5 % en 2005, 18 % en 2009).

3,4 % de femmes) et jeune (34,2 ans en moyenne) : près de la moitié des détenus ont moins de 30 ans [79]. Elle tend toutefois à vieillir : alors qu'en 1978, les détenus de plus de 40 ans représentaient seulement 15 % de la population carcérale, ils en constituent aujourd'hui près de 30 %. Le vieillissement de la population carcérale pose notamment des problèmes de prise en charge pour les détenus très âgés : au 1^{er} janvier 2010, 3,6 % des détenus étaient âgés de 60 ans ou plus (soit 2 356 personnes, dont 370 de plus de 70 ans), deux fois plus qu'il y a 10 ans (Direction de l'administration pénitentiaire, chiffres annuels).

Les détenus ont un niveau d'instruction beaucoup plus bas qu'en population générale : 68 % ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur, 23 % ont une instruction primaire et 2 % se déclarent illettrés [79]. L'enquête de l'INSEE portant sur l'histoire familiale des hommes détenus montre la faiblesse du capital scolaire des détenus [149] : seuls 39 % ont reçu une formation secondaire ou supérieure, 50 % se sont arrêtés au niveau primaire et 10 % se déclarent illettrés ; de surcroît, 64 % n'ont aucun diplôme et 30 % sont en difficulté de lecture. Ces indicateurs d'instruction scolaire sont encore plus bas chez les plus jeunes détenus (majeurs), dont 80 % sont sans diplôme et près de 40 % en difficulté de lecture. L'enquête menée auprès de sujets vus en milieu carcéral, par comparaison aux sujets vus dans les structures sanitaires à l'extérieur, montre que les détenus sont plus jeunes et moins bien insérés socialement que les sujets vus dans des structures sanitaires en milieu libre : ils sont 14 % à avoir un niveau supérieur ou égal au bac, contre 35 % pour les autres ; ils sont aussi moins nombreux à avoir des revenus réguliers (31 % vs 48 %) et à avoir une activité professionnelle (27 % vs 40 %) [150]. L'ensemble des études disponibles établissent que cette population se caractérise également par un faible niveau d'activité professionnelle : le taux d'activité à l'entrée en détention est inférieur à 50 %, alors que le taux général pour les hommes de 15-64 ans avoisine 75 %, voire 91 % pour les 25-29 ans [151].

Ainsi, cette population cumule des caractéristiques de vulnérabilité sociale. Près de 1 détenu sur 5 déclare ne pas avoir de domicile stable (17 %) et 13 % ne bénéficient d'aucune protection sociale ([152] ; [79]). Ces difficiles conditions de logement sont plus importantes chez les femmes : un peu plus de 1 sur 5 entrant en prison déclarait vivre dans domicile précaire avant l'incarcération et environ 1 sur 7 être sans abri. En outre, 60 % des personnes détenues vivent en dessous du seuil de pauvreté [153].

Santé mentale et conduites addictives

La population carcérale présente des pathologies liées à l'exclusion et à la marginalisation. Les troubles liés à la santé mentale et aux addictions, notamment, y sont plus élevés qu'en milieu libre. Une enquête publiée en 2002 sur la santé mentale et le suivi psychiatrique révélait l'existence de pathologies psychiatriques chez près de 55 % des détenus entrants [154]. La symptomatologie décrite par les psychiatres était variée, des troubles anxio-dépressifs et addictifs (chez 55 % d'entre eux) jusqu'aux psychoses (chez près de 20 %). L'enquête montrait en outre que les troubles mentaux observés dans cette population avaient considérablement progressé en quelques années. La fréquence élevée de l'usage nocif et de la dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illicites ressortait également de l'étude, 15 % des incarcérations et un tiers des détentions en maison d'arrêt étant en rapport avec une infraction à la législation sur les stupéfiants. Les tendances générales de consommation de produits psychoactifs mettaient en évidence le développement des polyconsommations, la diversification des voies d'administration (augmentation de la fréquence du sniff) et le recours de plus en plus courant aux produits psychostimulants, à la cocaïne et au crack.

La première étude épidémiologique d'envergure¹⁸⁷ menée en 2003-2004 sur la santé mentale en prison a objectivé la prévalence des troubles mentaux en milieu carcéral [78]. Elle indique que 80 % des détenus masculins et 70 % des détenues féminines présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité cumulant plusieurs troubles. Les troubles anxieux sont les plus fréquents (plus de la moitié des détenus en métropole en présentent au moins un), devant les troubles thymiques. Parmi les affections repérées, l'étude évoque 40 % de syndromes dépressifs, 33 % d'anxiétés généralisées, 20 % de névroses traumatiques, 17 % d'agoraphobies, 7 % de schizophrénies et 7 % de paranoïas ou psychoses hallucinatoires chroniques. Plus des deux tiers des détenus ont connu des événements traumatiques, précoces, divers, nombreux, engendrant une vulnérabilité pour les troubles dépressifs et anxieux. Un quart des détenus de métropole, hommes ou femmes, présenteraient un trouble psychotique. Un risque suicidaire est repéré par le MINI pour 40 % des hommes détenus et pour 62 % des femmes, qui est jugé élevé pour près de la moitié des personnes concernées. En outre, près de 40 % des détenus incarcérés depuis moins de 6 mois présentent une dépendance aux substances illicites et 30 % une dépendance à l'alcool. Les associations de troubles sont fréquentes dans ces populations, essentiellement sous la forme de troubles thymiques et anxieux (3 à 4 détenus sur 10), troubles anxieux et dépendance aux substances ou à l'alcool, troubles thymiques et dépendance, troubles anxieux et psychotiques, chacune de ces associations concernant environ 1 détenu sur 5. Selon les populations, 35 % à 42 % des détenus sont considérés par les enquêteurs comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades (échelle de gravité CGI). Pourtant, seulement deux tiers des personnes détenues déclarent avoir consulté avant la période d'incarcération un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif d'ordre psychiatrique. Cette prévalence importante des troubles psychiques en prison s'explique en partie par la diminution de l'irresponsabilité pénale¹⁸⁸.

La deuxième édition de l'enquête de la DREES sur la santé menée auprès des entrants en 2003 corrobore ces observations. Elle confirme aussi la surreprésentation des addictions en milieu carcéral [79]. Un tiers des nouveaux détenus déclare une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'entrée en prison : cannabis (29,8 %), cocaïne et crack (7,7 %), opiacés (6,5 %), médicaments utilisés à des fins de toxicomanie (5,4 %), autres produits : LSD, ecstasy, colles, solvants (4,0 %). Près de 11 % des détenus déclarant une utilisation régulière de drogues illicites consommaient plusieurs produits avant l'incarcération. Cette fréquence élevée de consommation de substances psychoactives est à relier à la fréquence des incarcérations occasionnées par des infractions à la législation sur les

¹⁸⁷ Cette étude, la première visant à évaluer la prévalence des troubles mentaux dans la population carcérale, a comporté trois phases. La première, transversale, a porté sur 1 000 personnes détenues, dont 800 hommes tirés au sort dans les établissements pénitentiaires de France métropolitaine (plan de sondage en grappe en fonction du type d'établissement pénitentiaire), 100 femmes détenues et 100 hommes détenus dans un établissement d'un département d'outre-mer ; la deuxième a consisté en une étude longitudinale, avec un suivi sur neuf mois de 300 personnes primo-incarcérées ; la troisième phase de l'étude a pris la forme d'une étude rétrospective portant sur 100 personnes détenues condamnées à des longues peines 78. Rouillon, F., et al., *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison conduite entre 2003 et 2004*. 2007: Inserm..

¹⁸⁸ Depuis les années 1970, où elle concernait environ 5 % des condamnations pour crime, l'irresponsabilité pénale s'est stabilisée à environ 0,5 % depuis le milieu des années 1980, ce qui représente environ 250 à 300 sujets déclarés irresponsables chaque année. Selon Marc Bessin, « on assiste en effet à une tendance forte à la responsabilisation pénale des malades mentaux délinquants. Les experts concluent de plus en plus systématiquement que les personnes présentant des troubles psychiatriques importants sont passibles d'une sanction pénale, surtout s'ils ont commis des actes graves. Il s'ensuit un transfert de charges du sanitaire vers le judiciaire et le pénitentiaire, dont atteste le nombre de plus en plus élevé d'entrants en prison qui étaient préalablement suivis en psychiatrie »155. Bessin, M. and M.-H. Lechien, *Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison*. 2000, Centre de sociologie européenne, EHESS: Paris..

stupéfiants¹⁸⁹ car, à l'exception du cannabis, l'usage déclaré de drogues illicites est marginal en population générale.

11.1.2. Infections virales

Les détenus sont également davantage touchés par les maladies infectieuses que la population générale. Les personnes ayant connu au moins un épisode d'incarcération ont en effet un taux de prévalence de l'hépatite C presque 10 fois supérieur à celui de la population générale (7,1 % contre 0,8 %), comme le montre l'enquête Coquelicot, à partir de données biologiques [156]. Selon les sources, la prévalence du VIH en prison varie entre 1,1 % et 1,6 % et celle du VHC de 3,1 % à 7,1 %. En attendant les résultats de l'enquête PREVACAR (DGS/InVS), prévus pour le second semestre 2011, l'enquête la plus représentative disponible à ce jour est en effet celle de la DREES, réalisée dans la totalité des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires en 2003. Elle indique que la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est de 1,1 %, 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre, et celle du VHC de 3,1 %, 4 à 5 fois supérieure à celle de l'extérieur [79]. En outre, 0,2 % des entrants se déclarent coïnfectés par le VIH et le VHC et 0,1 % déclarent 3 séropositivités (VIH, VHC, VHB).

Ces chiffres rejoignent ceux de deux autres études réalisées en 2003 concernant le VIH et les hépatites virales en prison : l'enquête « un jour donné » de la Direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins (DHOS) sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC qui regroupe près de 85 % des UCSA et les données du Premier observatoire en prison de l'hépatite C (POPHEC) qui regroupe environ 50 % des UCSA. L'étude de la DHOS – qui n'est pas une enquête de prévalence car elle ne décrit que les patients VIH+ et VHC+ connus – relève que 1,6 % des entrants reçus par les équipes médicales sont atteints du VIH, 3 à 4 fois plus qu'en milieu libre (0,5 %), et 4,4% des entrants sont infectés par le VHC, 4 à 5 fois plus qu'en milieu libre (1 %), surtout parmi les usagers de drogues injecteurs (respectivement 13 % et 55 %). Elle souligne que 5 % des détenus sont atteints soit du VIH, soit du VHC, soit des deux (DHOS, 2004). Le POPHEC évalue la prévalence du VHC en prison à 7,1 % [157].

Les risques de transmission virale sont d'autant plus élevés dans le contexte carcéral que les injecteurs ont davantage tendance à partager leur matériel [81]. Ainsi, parmi les 43 % d'usagers de drogues par voie intraveineuse actifs avant l'incarcération qui continuent à s'injecter en prison, 21 % déclarent partager leur matériel [82]. Si la prison est un lieu de haute prévalence du VIH et des hépatites virales, principalement du fait de la forte proportion des usagers de drogues par voie intraveineuse, c'est aussi un lieu générateur de pratiques à risque : 13 à 23 % des injecteurs de drogues incarcérés ont démarré l'injection en prison [82]. Par ailleurs, toutes les personnes atteintes du VIH ou du VHC ne connaissent pas leur statut sérologique à l'entrée en prison : 40 % seulement ont déjà eu un test de dépistage du VIH, 27 % du VHC et 31 % du VHB [79].

¹⁸⁹ On sait en effet, grâce aux statistiques de l'Administration pénitentiaire, qu'environ 15 % des condamnations sont liées, à titre principal, à des infractions à la législation sur les stupéfiants.

11.2. Organisation de la politique de santé en prison et organisation des soins en prison

11.2.1. La santé en prison (organisation des soins en prison)

Organisation des soins en milieu carcéral

L'organisation des soins en prison est régie par la loi du 18 janvier 1994¹⁹⁰ qui a transféré les compétences liées à la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire vers le service public hospitalier. En séparant les fonctions de soin et de surveillance, la loi de 1994 a permis l'entrée de l'hôpital dans les prisons françaises grâce à la mise en place d'un système de conventions entre les hôpitaux et les prisons. Aujourd'hui, chaque établissement pénitentiaire est lié à un établissement hospitalier qui est responsable de la prise en charge sanitaire des détenus. Cette réforme représente une véritable rupture avec la situation d'avant 1994 : elle a permis de structurer la filière de soins en milieu carcéral, en organisant de façon séparée les soins somatiques et les soins en santé mentale.

La mise en place des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), chargées des soins somatiques aux détenus, a constitué le premier volet de la réforme de 1994. Aménagées au sein de chaque prison, ces unités sont des services hospitaliers, placés sous la responsabilité d'un chef de service, chargés d'assurer pour les personnes incarcérées les examens de diagnostic et les soins en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ; ils sont chargés aussi de mettre en place les actions de prévention et d'éducation à la santé dans les établissements. L'UCSA a donc remplacé l'ancienne infirmerie. Dans les établissements de plus de 1 000 détenus, un pharmacien peut organiser et gérer une pharmacie à usage interne ; dans les autres établissements, la pharmacie de l'hôpital est utilisée. On dénombre aujourd'hui 178 UCSA, soit une UCSA dans chaque établissement, à l'exception des centres de semi-liberté.

Le deuxième volet de la réforme s'applique au schéma national d'hospitalisation des personnes détenues qui a été officialisé par l'arrêté interministériel du 24 août 2000. Il prévoit la création d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) dans huit pôles¹⁹¹, afin de faciliter l'hospitalisation des détenus. La compétence de soins somatiques des UCSA inclut en effet les soins ambulatoires nécessitant des ressources techniques localisées à l'hôpital (pour les consultations, les examens spécialisés ou les hospitalisations), qui ne peuvent être mis à la disposition des détenus qu'avec des moyens spécifiques (escorte pénitentiaire pour les transferts vers l'hôpital, présence des forces de l'ordre en cas d'hospitalisation), coûteux en temps et en personnels, nécessitant la coordination de multiples partenaires et institutions. C'est pour limiter ces difficultés que les UHSI ont été mises en place depuis février 2004, de façon à accueillir les détenus devant subir une hospitalisation programmée de plus de 48 heures (capacité totale : 170 lits d'hospitalisation de court séjour). Dotées d'une compétence médico-chirurgicale, les 7 UHSI ouvertes depuis 2004 sont implantées dans les centres hospitalo-universitaires.

¹⁹⁰ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale complétée par le décret du 27 octobre 1994 et la circulaire interministérielle du 8 décembre 1994.

¹⁹¹ Nancy, Lille, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Marseille, Paris Pitié Salpêtrière. La 8^{ème} UHSI ouvrira à Rennes fin 2011.

Pour les soins en santé mentale, les détenus sont pris en charge par le service médico-psychologique régional (SMPR), lorsqu'il existe, avec dans quelques uns d'entre eux, une possibilité d'hospitalisation de jour. Créés en 1986¹⁹², les 26 SMPR (un par région administrative), sont des services rattachés à un établissement public de santé liés par convention à l'établissement pénitentiaire et qui y sont installés. Ils assurent les soins psychiatriques courants au bénéfice des personnes détenues dans leur établissement pénitentiaire d'implantation : en plus de leurs missions de psychiatrie générale, ils sont donc chargés de prendre en charge l'alcoolisme et la toxicomanie. Ils sont chargés de dépister les pathologies mentales, d'œuvrer à la prévention des suicides, de dispenser aux détenus des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués à la population générale, de favoriser l'accès aux soins pour certains détenus qui ont habituellement, en milieu libre, peu ou pas recours au dispositif de soins psychiatriques et aussi d'organiser la continuité des soins à l'occasion des transferts et à l'issue de l'incarcération.

Pour prendre en charge les problèmes spécifiquement liés à la toxicomanie, 16 établissements pénitentiaires sont dotés, depuis 1987, de centres de soins spécialisés aux toxicomanes *intra-muros* (autrefois dénommés « antennes toxicomanie »), qui complètent le dispositif de soins psychiatriques et qui dépendent des SMPR. Implantés dans les grandes maisons d'arrêt (couvrant un quart de la population incarcérée), ces CSAPA ont officiellement pour missions le repérage des toxicomanes, le recueil épidémiologique, leur suivi et leur préparation à la sortie. Depuis 1994, les SMPR sont suppléés par les secteurs de psychiatrie générale intervenant au sein des UCSA, au nombre de 152 fin 2010 (contre 93 fin 2009).

Enfin, depuis 2010, des unités spécialement aménagées (UHSA) ont été mises en place. Implantées en milieu hospitalier¹⁹³, elles doivent permettre les hospitalisations psychiatriques (avec ou sans consentement) de détenus atteints de troubles mentaux, lorsqu'il s'avère impossible de maintenir dans une structure pénitentiaire classique. La création des UHSA doit notamment faciliter la mise en œuvre des dispositions de l'hospitalisation d'office prévues par la loi de 2002¹⁹⁴.

Toute personne qui arrive en prison doit rencontrer un médecin « dans les délais les plus brefs » (art. D 285 du code de procédure pénale). Cette visite médicale d'entrée est obligatoire. Elle doit être l'occasion pour le détenu de signaler toute pathologie nécessitant un traitement. Si le détenu entrant a un traitement médicamenteux en cours, le médecin doit en être avisé afin de décider de l'usage qui doit en être fait (art. D 335 du CPP).

Face à la diversité d'interprétation des textes en vigueur, le sevrage pouvant par exemple être entendu comme unique modalité de traitement envisageable, un certain nombre de textes sont venus préciser l'organisation des soins spécifiquement dédiés aux toxicomanes en milieu carcéral. Les circulaires du 5 décembre 1996 et du 30 janvier 2002 spécifient l'organisation de la délivrance de traitements de substitution aux opiacés (TSO). Elles indiquent que les TSO peuvent être initiés et poursuivis en prison. Cela a d'abord été le cas de la buprénorphine haut dosage (BHD), qui peut être prescrite par tout médecin exerçant en milieu carcéral depuis le

¹⁹² Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique et arrêté du 14 décembre 1986 portant création des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

¹⁹³ La première a été ouverte à Lyon-Le Vinatier en mai 2010. Les UHSA de Toulouse et Nancy seront livrées en 2011.

¹⁹⁴ La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice prévoit, dans son article 48, que « l'hospitalisation avec ou sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée ».

5 décembre 1996, puis de la méthadone, qui peut être prescrite dans les mêmes conditions depuis le 30 janvier 2002.

Équivalence des soins

Inspirée par les recommandations du HCSP [158], la réforme de 1994 va au-delà d'une simple réorganisation des soins : elle pose le principe d'une équivalence des soins entre le milieu carcéral et le milieu libre en affichant l'objectif d'« *assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population* ». La loi de 1994 accorde ainsi aux détenus une couverture sociale (article 3), ce qui traduit une reconnaissance du détenu en tant que citoyen, doté de droits équivalents à ceux de toute personne libre. Le principe juridique d'équivalence des soins instauré par la loi du 18 janvier 1994, selon lequel les détenus devraient pouvoir bénéficier des mêmes droits que ceux de la population générale, a été réaffirmé dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009¹⁹⁵ : « *la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* » (article 46).

Le principe général qui prévaut est donc celui d'une équivalence des soins. Toutefois, l'État encadre plus précisément la prise en charge des personnes présentant une dépendance aux drogues en détention en la confiant à deux services (médecine générale et psychiatrie) qui dépendent du service hospitalier : l'UCSA et le SMPR, auxquels s'ajoutent les centres de soins spécialisés aux toxicomanes intra-carcéraux qui fonctionnent sous la responsabilité du SMPR.

Financement des soins en milieu carcéral

Avant 1994, la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins aux détenus relevaient de la seule compétence de l'administration pénitentiaire, par le biais de la « médecine pénitentiaire »¹⁹⁶. En inscrivant une logique de santé publique en milieu carcéral, la réforme de 1994 permet une passerelle avec l'hôpital et opère un changement d'échelle dans l'attribution des moyens à la médecine en milieu pénitentiaire. La direction de l'administration pénitentiaire conserve toutefois deux missions en milieu pénitentiaire : aménager les locaux des UCSA selon les normes fixées par le ministère de la Santé et assurer la sécurité des personnels hospitaliers de l'UCSA et la surveillance des personnes détenues venant en consultation.

La prise en charge des soins aux personnes détenues est donc de la compétence exclusive du ministère de la Santé. Tous les détenus étant immatriculés et affiliés à la Sécurité sociale, les crédits dédiés à la prise en charge des soins aux personnes détenues (incluant le financement du fonctionnement des UCSA et des SMPR) relèvent de l'assurance-maladie, dans le cadre d'un budget dit de mission d'intérêt général (MIG). Le financement des cotisations de l'assurance-maladie bénéficiant aux détenus est, en revanche, assuré par le ministère de la Justice¹⁹⁷.

¹⁹⁵ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (NOR: JUSX0814219L)

¹⁹⁶ Un ou plusieurs médecins vacataires étant désignés par le directeur régional des services pénitentiaires auprès de chaque établissement.

¹⁹⁷ L'affiliation à l'assurance maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale est obligatoire pour toute personne détenue, française ou étrangère, depuis 1994. L'État acquitte les cotisations sociales correspondantes au travers d'une dotation budgétaire du ministère de la justice versée aux caisses d'assurance maladie. Il finance aussi la part non prise en charge par l'assurance maladie : le ticket modérateur pour les soins et le forfait hospitalier lors des hospitalisations.

Compte tenu de la démographie pénale et de l'allongement de la durée des séjours en détention, les enveloppes consacrées à la santé en milieu carcéral progressent. Selon les chiffres les plus récents, en 2007, le montant de la dotation accordée aux établissements hospitaliers au titre des UCSA s'élevait à 136,6 M€, alors que le financement des SMPR s'élevait à 27,7 M€, pour une population de 58 402 détenus (au 1^{er} janvier 2007). Avant la loi du 18 janvier 1994, l'administration consacrait à la santé 46 M€ de crédits (300 millions de francs), pour une population carcérale de 53 777 détenus¹⁹⁸. Au lendemain de la réforme, l'enveloppe dédiée aux soins en milieu carcéral a été portée à 69 M€ (393 MF), afin de financer la création des UCSA et compléter le dispositif de prise en charge médico-psychologique préexistant.

La prévention en milieu pénitentiaire, partie intégrante de la prise en charge sanitaire globale de la personne détenue, est cofinancée par l'administration pénitentiaire à hauteur d'un million d'euros par an. Le premier bilan de la réforme de 1994, effectué en 1996, ayant montré une insuffisance des moyens en personnel, eu égard à l'importance des besoins sanitaires de la population pénale et aux contraintes liées au milieu pénitentiaire, consommatrices de temps de personnel soignant, des mesures ont été prises pour renforcer les moyens en personnel dans le secteur psychiatrique (en 1996) comme dans le secteur somatique (en 1997).

Personnels affectés aux soins

Le budget des UCSA correspond à environ 470 équivalents temps plein (ETP) de personnels soignants : 306 ETP de personnels médicaux pour les soins somatiques et 163 personnels médicaux pour les soins psychiatriques, auxquels s'ajoutent les personnels non médicaux. Les personnels de santé affectés aux structures de soins en prison représentent un total d'environ 2 400 agents (environ 7 % des 34 000 fonctionnaires travaillant au sein de l'administration pénitentiaire en 2010). Le nombre de postes à temps plein de personnels médicaux affectés au sein des unités de soins en prison a augmenté de près de 50 % en dix ans (cf. tableau 3), tandis qu'avant 1994, les personnels soignants étaient des bénévoles recrutés par la Croix-Rouge¹⁹⁹.

Cependant, compte tenu de l'augmentation, en parallèle, du nombre de personnes incarcérées, l'accès des détenus aux soignants a moins rapidement progressé. En 2007, moins d'un temps plein médical était disponible pour 100 détenus (0,52 médecin de soins somatiques et 0,28 médecin de soins psychiatriques). On compte aujourd'hui 8 médecins pour 1 000 détenus, alors que la densité médicale en population générale est de 3,38 médecins pour 1 000 habitants (toutes spécialités confondues, dont 0,22 psychiatre pour 1 000 habitants, selon l'Insee). Au regard de l'ampleur des besoins de soins de la population détenue, 6 à 7 fois supérieurs à ceux de la population générale, cette différence d'accessibilité est jugée faible : la prévalence de troubles psychiatriques est de 47 % de troubles dépressifs en prison vs 8 % dans la population générale (près de 6 fois plus) et 3,8 % de schizophrènes en prison vs 0,5 % dans la population générale (près de 8 fois plus). Par ailleurs, le taux de couverture médicale des détenus est un taux moyen qui ne rend pas compte des fortes disparités selon les établissements et selon les régions géographiques : il traduit donc la facilité théorique d'accès aux soins.

¹⁹⁸ Au 1^{er} juillet 1993. Chiffres cités par Claude Huriet, professeur de médecine et ancien sénateur, dans son rapport n°49 (1993-1994) sur le projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale.

¹⁹⁹ Au 1^{er} janvier 1994, on comptait près de 250 médecins, 141 infirmières pénitentiaires et 172 infirmières recrutés par la Croix-Rouge pour prendre en charge la santé des détenus, en application de la convention du 17 février 1987 conclue entre le ministère de la justice et la Croix-Rouge.

Tableau 11.2 : Effectifs médicaux en détention (1997-2007)

	Nombre de détenus	ETP médicaux somatiques pourvus	ETP médicaux psy pourvus	Total ETP médicaux	Nombre ETP médicaux pour 1000 détenus
1997	54 269*	199,99	114,31	314,29	5,8
2001	47 005	257,31	146,10	403,41	8,6
2006	58 344	267,72	149,34	417,06	7,1
2007	58 402	306,00	163,09	469,09	8,0
Évolution 1997-2007	Non pertinent	+ 53,01 %	+ 42,68 %	+ 49,25 %	+ 37,73 %

Source : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), ministère de la Santé

*Le chiffre disponible auprès du ministère de la Justice pour l'année 1997 correspond à l'ensemble des personnes sous écrou, détenues et non détenues. Le nombre de détenus « réel » est donc inférieur.

11.2.2. Politiques de prise en charge de l'usage de drogues parmi les détenus

Objectifs de la politique nationale des drogues en milieu carcéral

La continuité des soins aux usagers de drogues à la sortie de prison fait partie des objectifs des stratégies gouvernementales de lutte contre les drogues depuis les premiers plans d'action élaborés par l'organe de coordination interministérielle de la lutte contre les drogues dans les années 1980. C'est le Plan 1999-2001 de la MILDT qui, le premier, identifie les usagers incarcérés comme une population-cible privilégiée, pour laquelle la prise en charge est « à construire et à renforcer »²⁰⁰ [159]. C'est aussi le premier document de programmation nationale qui affirme que « la réduction des risques en prison est un enjeu majeur de santé publique » et accompagne son diagnostic de propositions concrètes visant à améliorer la prise en charge sanitaire des détenus et préparer leur sortie de prison :

- création de places d'accueil pour les sortants de prison en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ;
- programmes de préparation à la sortie avec le développement des unités pour sortants (UPS), expérimentées à partir de 1997 ;
- amélioration de la coordination et du pilotage des soins en addictologie avec transfert de la responsabilité de cette coordination aux UCSA pour l'ensemble des établissements pénitentiaires²⁰¹ ;
- suivi des travaux de la mission de réflexion santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral [160] ;
- renforcement de la coordination interministérielle entre services pénitentiaires et sanitaires, à travers la note interministérielle santé-justice du 9 août 2001²⁰² visant à

²⁰⁰ Plan triennal 1999-2001, p.91.

²⁰¹ Instruction DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

²⁰² Note interministérielle du 9 août 2001 sur les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ayant une consommation abusive.

réunir l'ensemble des services autour d'une réflexion sur les besoins de soins des détenus et à définir une organisation des services permettant d'y répondre ; les orientations de cette note interministérielle²⁰³, ont été reprises dans plusieurs textes administratifs plus récents²⁰⁴ ;

- Souci d'évaluation systématique des améliorations apportées par les mesures du Plan : la note interministérielle santé-justice du 9 août 2001 a ainsi été assortie d'une évaluation par l'OFDT [161], de même que les unités pour sortants ([162] ; [163]).

Moins engagé sur la problématique de l'usage de drogues en milieu carcéral, le Plan 2004-2008 prévoit de « développer un programme de prévention » en milieu pénitentiaire [164]. L'imprécision des objectifs affichés dans ce plan a conduit à une faible mise en œuvre des recommandations issues de la mission santé-justice [160] et du rapport Delfraissy sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH [90], dénoncée par les professionnels et les associations intervenant en milieu pénitentiaire, parmi lesquels l'Association française de réduction des risques (AFR).

Dans la continuité des plans précédents, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 vise à « améliorer la prise en charge et la continuité des soins délivrés aux usagers de drogues et d'alcool incarcérés »²⁰⁵ [165]. Comme ses prédécesseurs, il souligne les insuffisances de la prise en charge des usagers de drogues en milieu carcéral et identifie plusieurs axes de progrès. Premièrement, il note que les moyens du dispositif de prise en charge des usagers de drogues et d'alcool mis en place en milieu carcéral sont en-deçà des besoins. Deuxièmement, le Plan déplore la fréquence importante des hépatites chez les usagers de drogues incarcérés et souligne les freins à l'accès au traitement (extraction de la prison pour consultations d'hépatologie et/ou hospitalisation pour biopsie hépatique allongeant le délai de mise en route des traitements). Enfin, il pointe la persistance des difficultés d'hébergement et de continuité des soins à la sortie de prison, notamment dans les maisons d'arrêt.

Partant de ces constats, le Plan formule plusieurs propositions. Tout d'abord, pour améliorer la réinsertion des sortants de prison, il se fixe pour objectif de garantir l'existence d'au moins une unité d'hébergement accessible aux sortants de prison par région pénitentiaire. A cette fin, le Plan a créé, par appel à projets national, une possibilité de financement de 4 programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prisons au sein de structures sociales et médicosociales existantes (avec hébergement), en lien avec l'hôpital de rattachement de la prison. Deux CSAPA ont ainsi été financés en 2009 (à hauteur de 300 000 euros chacun) et deux autres en 2010 pour ouvrir une dizaine de places destinées aux sortants de prison, au sein d'unités ayant pour objectif de proposer un accueil immédiat à la sortie de prison, afin de poursuivre l'accompagnement réalisé en détention et mettre en place dès la sortie des relais

²⁰³ La note interministérielle de 2001 explicite les règles relatives à la réduction des risques en milieu carcéral : suivi de la personne pendant le cursus carcéral, proposition d'une prise en charge adaptée, renforcement de la prévention des risques, préparation à la sortie et proposition d'aménagements de peine.

²⁰⁴ Ministère de la santé et de la protection sociale, ministère de la Justice, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, p. 36 (http://www.sante-prison.com/les_docs/000116.pdf); circulaire interministérielle DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP n°2005-27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale (<http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020046.htm>)

²⁰⁵ Plan 2008-2011, fiche n°3-6, p.67.

médico-sociaux et d'insertion²⁰⁶. Un financement a aussi été prévu pour cinq projets de mise en place d'une consultation avancée de CSAPA au sein de structures d'hébergement accueil hébergement insertion (AHI) pour des personnes dépendantes sortant de prison²⁰⁷. Un seul projet, dans les Pays de la Loire, a été financé au titre de ce projet, à hauteur de 9 000 € (financement complémentaire du CSAPA Accueil info drogues de l'association Montjoie par l'ONDAM médico-social, au titre de mesures nouvelles en année pleine venant s'ajouter à la dotation globale de fonctionnement du CSAPA).

Le Plan 2008-2011 a défini par ailleurs des objectifs à atteindre en termes de soins aux personnes dépendantes en prison, en prévoyant la création de 100 nouvelles consultations d'addictologie orientées vers l'alcoologie, la mise en place de consultations d'hépatologie avec mise à disposition de Fibroscan^{©208}, la formation des professionnels de santé aux addictions et aux maladies infectieuses dont les hépatites, la réalisation et la diffusion d'un guide de bonnes pratiques professionnelles, notamment concernant les traitements de substitution aux opiacés, une information des détenus sur le VIH et les hépatites, notamment sur l'intérêt du dépistage et de son renouvellement si les marqueurs sont négatifs. Le Plan propose également d'évaluer l'offre de dépistage et de soins concernant le VIH, le VHC, et les traitements de substitution aux opiacés en milieu pénitentiaire et de rédiger un référentiel multi-professionnel de préparation à la réinsertion des personnes incarcérées présentant une addiction. Ces objectifs n'ont pour l'instant pas été évalués.

Enfin, les ministères de la santé et de la justice ont publié en 2010 le premier plan national d'actions pour améliorer la santé des personnes détenues, pour la période 2010-2014 [166]. Ce plan aborde tous les aspects de la politique sanitaire en détention, en prévoyant d'améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes détenues, de renforcer les dispositifs de soins existants et de les faire évoluer, de prévoir des dispositifs renforcés pour certaines catégories de détenus (notamment les personnes présentant des troubles addictifs), etc. Il insiste sur l'importance de la continuité des soins après la libération et prévoit, outre la création d'appartements de coordination thérapeutique ou de lits halte soins santé, d'organiser de façon cohérente l'accès à l'hébergement des personnes sortant de détention, afin de permettre la poursuite des soins et de mettre en place des référentiels et formation communs.

Politiques concernant la prévention, la réduction des risques et les soins pour les détenus usagers de drogues

Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 sur la politique de santé pour les détenus prévoit 6 axes, dont un sur la prévention et la promotion de la santé et un sur l'accès aux soins. L'axe consacré à la prévention, inspiré des recommandations de l'expertise collective sur la réduction des risques [103], se décline en 5 mesures, visant notamment à renforcer la prévention du

²⁰⁶ Circulaire interministérielle DGS/MC2/MILDT n° 2009-63 du 23 février 2009 relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie (http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-03/ste_20090003_0100_0154.pdf); circulaire interministérielle DGS/MC2/DGAS/DSS/MILDT n°2009-371 du 14 décembre 2009 relative à la sélection des projets dans le cadre de l'appel à projets pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie (http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-01/ste_20100001_0100_0063.pdf)

²⁰⁷ Plan 2008-2011, fiche n° 3-10, p.74.

²⁰⁸ Test sanguin utilisé pour le suivi des patients atteints d'hépatite C. Il permet d'évaluer le degré de fibrose du foie (c'est-à-dire son élasticité), sans recourir à une ponction biopsie hépatique, douloureuse pour le patient et dont le résultat n'est pas immédiat.

suicide en détention, à évaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques, à agir sur les déterminants de la santé des détenus (pratiques à risque infectieux) et à rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues. Le Plan 2010-2014 vise notamment la mise en place de mesures de RDR adaptées et applicables en détention pour pallier les carences constatées en France : distribution d'eau de Javel avec guide d'utilisation, accès aux préservatifs, prise en compte des risques infectieux liés à certains comportements (sniff, tatouage, injections...), accès aux matériels stériles de RDR liés à la toxicomanie, accès au Fibrosan® en prison, amélioration de la prévention (intervention de tatoueurs professionnels en milieu carcéral) et du dépistage (développement des dépistages en cours d'incarcération). L'axe du Plan consacré aux soins détaille 6 mesures, notamment celles de réorganiser le dispositif d'offre de soins en santé mentale, améliorer l'organisation, la gestion et le suivi des structures sanitaires de prise en charge des détenus et d'organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie. Le plan définit par ailleurs des orientations dans le domaine de la recherche et de la surveillance, en proposant de mener des recherches répétées sur la prévalence du VIH et des hépatites en milieu carcéral, par la mise en place de l'enquête PREVACAR, dont le promoteur est la Direction générale de la santé et la coordination scientifique est assurée par l'Institut de veille sanitaire.

Les orientations de ce plan vont dans le sens de l'amélioration des soins et complètent celles du dernier plan national de lutte contre les hépatites 2009-2012²⁰⁹ qui définit un cadre d'intervention général pour le milieu carcéral, se limitant à réaffirmer l'incitation au dépistage des hépatites des entrants et à l'évaluation de la note Santé/Justice du 9 août 2001. Le Plan de prise en charge et prévention des addictions 2007-2011²¹⁰ n'a, quant à lui, pas prévu d'action spécifique en direction du milieu carcéral.

Schémas de délivrance de soins pour les usagers de drogues en prison

Prévention des maladies infectieuses et réduction des risques

Tous les détenus passent une visite médicale obligatoire à leur arrivée en milieu carcéral, effectuée par les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), avec une possibilité de dépistage des maladies infectieuses.

Pour garantir la RDR, désormais inscrite dans la loi²¹¹, deux principaux outils de prévention des maladies infectieuses sont mis en œuvre au sein des établissements pénitentiaires depuis 1996²¹². La circulaire du 5 décembre 1996 prévoit tout d'abord un accès aux TSO en prison : un

²⁰⁹ Comité stratégique du plan national hépatites virales, Plan national de lutte contre les hépatites B et C, 2009-2012, janvier 2009, p. 17 (http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_hepatites_2009_2012.pdf)

²¹⁰ Commission addiction, Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011, novembre 2006 (http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf)

²¹¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique. Cette loi propose une définition officielle de la politique de réduction des risques (« la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants », art. L. 3121-4) et impute la responsabilité de définir cette politique à l'État (art. L. 3121-3).

²¹² Objectif prioritaire des pouvoirs publics depuis 1994 (167. Coppel, A., *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. 2002, Paris: La Découverte. ; 168. Bergeron, H., *L'état et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*. 1999, Paris: PUF. 370 p.), la RDR est prescrite par voie de circulaire en 1996 pour le milieu carcéral : circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996 ; circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de

détenu substitué doit pouvoir non seulement continuer son traitement en prison mais aussi initier un traitement s'il le souhaite, plus particulièrement à base de buprénorphine haut dosage (BHD). Depuis 2002, l'initialisation de TSO peut aussi se faire pour la méthadone²¹³.

En dehors de la substitution, les établissements pénitentiaires proposent des outils de prévention et de décontamination pour lutter contre le VIH : conformément aux recommandations du rapport Gentilini [87], la distribution périodique d'eau de Javel, en quantité et en concentration déterminées, a été généralisée en prison, afin de nettoyer tout matériel en contact avec du sang (matériel d'injection, tatouages et piercings). La distribution d'eau de Javel titrée à 12° chlorométrique se fait de manière systématique depuis le 15 décembre 1997 et, depuis 2001, l'administration invite les personnels sanitaires à informer les détenus des modalités d'utilisation de l'eau de Javel comme produit de désinfection des matériels d'injection. Le dispositif légal mis en place par la circulaire du 5 décembre 1996 pour lutter contre la propagation du VIH prévoit également la mise à disposition gratuite de préservatifs (aux normes NF) avec lubrifiant (théoriquement accessibles via les UCSA) : les détenus peuvent les conserver sur eux ou en cellule. Un accès à une prophylaxie antirétrovirale lors d'accidents d'exposition au sang est également prévu pour les personnels sanitaires, pénitentiaires ainsi que les détenus. Ainsi, pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, la seule possibilité actuelle de se protéger du risque de contracter le sida, en dehors d'avoir recours à une prophylaxie antirétrovirale post-exposition et aux préservatifs et lubrifiants en cas de relations sexuelles, consiste à désinfecter les seringues à l'eau de Javel. Ces mesures de nettoyage du matériel d'injection à l'eau de Javel ont prouvé qu'elles étaient efficaces pour l'éradication du VIH : il est en revanche établi qu'elles ne sont pas suffisamment efficaces pour combattre le virus de l'hépatite C [169]. En milieu libre, les messages sur la désinfection à l'eau de Javel ont d'ailleurs été largement abandonnés, au profit de messages sur l'absence de réutilisation du matériel d'injection (« À chaque injection, du matériel neuf »).

Contrairement au milieu libre, l'accompagnement des usagers de drogues est limité en milieu pénitentiaire (*counselling*, éducation par les pairs, soins de santé primaires) et l'accès au matériel stérile d'injection (tampons alcoolisés, flacons d'eau stérile, cupules stériles, seringues), pourtant autorisé en milieu libre depuis 1989, est absent de tous les établissements pénitentiaires. Il n'existe pas de programme d'héroïne médicalisée en prison.

En dépit des recommandations répétées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1993, les usagers de drogues injectables incarcérés ne bénéficient donc pas, en France, d'un accès au matériel stérile d'injection. Depuis 1997, le refus des pouvoirs publics d'installer des programmes d'échange de seringues en détention est constant : en 2000, ils jugeaient la mise en place de PES « prématurée » du point de vue de l'opinion publique, tout en invoquant le cadre juridique (qui prohibe l'usage de produits stupéfiants) et les effets contre-productifs d'une introduction des PES en détention (risques de constitution de réseaux d'échange de seringues, risque de reprise de l'injection pour les usagers) [160]. Plus récemment, lors de l'examen du projet de loi pénitentiaire en 2009, le Conseil national du sida (CNS) a relancé cette proposition, en prônant la mise en œuvre immédiate et progressive de programmes d'échange de seringues

l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.

²¹³ Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé.

dans l'ensemble des établissements pénitentiaires²¹⁴ [170]. Ses recommandations n'ont pas été reprises dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

Prise en charge et traitement des dépendances

Les UCSA et les SMPR, responsables du respect des règles d'hygiène et de la mise en œuvre des actions de prévention, d'éducation à la santé et de prophylaxie (mise à disposition de traitements post-exposition auprès du personnel et des détenus), sont aussi chargés de veiller à ce que les outils de prévention et de RDR soient accessibles aux personnes incarcérées. Tous les établissements sont tenus de proposer à l'entrée un traitement de substitution aux usagers de drogues dépendants aux opiacés : la prescription de médicaments de substitution, théoriquement possible dans les mêmes conditions qu'en milieu libre, pour initier ou poursuivre un traitement à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage (Subutex® depuis 1994 et/ou ensuite génériques Arrow® et Mylan®), est cependant mise en œuvre de façon disparate selon les établissements (cf. 3. Provision). En pratique, l'accès aux traitements de substitution dépend, le plus souvent, des médecins des UCSA.

L'entretien avec le médecin lors de la visite médicale d'entrée (obligatoire) permet une évaluation de l'état de santé et des besoins du détenu usager de drogues ou alcool-dépendant. Le médecin prend alors les décisions qu'il juge appropriées : sevrage, poursuite ou initiation d'un traitement de substitution, orientation vers des spécialistes, cure de désintoxication, etc. Il peut aussi orienter le détenu vers les intervenants de psychiatrie (secteur de psychiatrie générale ou SMPR, qui fonctionnent en collaboration avec le service médical, c'est-à-dire l'UCSA). Les 16 SMPR dotés d'un CSAPA (placé sous la responsabilité du psychiatre en charge du SMPR) lui délèguent la prise en charge des addictions, en collaboration avec l'UCSA. Les autres SMPR (dépourvus de CSAPA) ont pour missions de favoriser la prise en charge médico-psychologique des détenus toxicomanes et leur suivi socio-éducatif, en collaboration avec l'équipe d'insertion et de probation. Cependant, comme le note le rapport Pradier [171], la multiplicité des acteurs de lutte contre la toxicomanie peut parfois être contre-productive, du point de vue de l'accès aux soins : UCSA, SMPR, CSAPA, Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), associations... Depuis l'instruction DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, le pilotage et la coordination des soins en addictologie sont confiés à l'UCSA, pouvant cependant l'être également par convention à une personne prodiguant les soins psychiatriques dans l'établissement ou au SMPR quand il existe.

11.3. Organisation des soins liés à la drogue en prison

11.3.1. Prévention, traitement, réinsertion, réduction des risques

« Peut-on soigner en prison ? », s'interrogent certains intervenants sanitaires en prison, qui répondent à cette question par l'affirmative, mais dans certaines limites [172]. En pratique, l'accès aux soins en détention se fait sous une double contrainte : celle du temps de l'incarcération et celle du lieu qui impose l'enfermement et la surveillance. Si, globalement, les urgences et les soins quotidiens de base sont d'un niveau satisfaisant, la prise en charge des

²¹⁴ Conseil national du sida, Note valant avis du 10 septembre 2009 sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires (<http://www.cns.sante.fr/spip.php?article306&artpage=1-4>)

malades chroniques s'avère insuffisante, avec de grandes difficultés d'accès aux soins spécialistes [147]. L'insuffisance des soins psychiatriques est toutefois persistante et un certain nombre de droits fondamentaux restent encore « méconnus en détention », comme « le droit à la santé » et « la protection du secret médical » [147]. Autrement dit, l'accès à la consultation dans les UCSA se fait en principe sans difficulté [172], mais pas dans tous les établissements, et le cas de certains détenus, par exemple usagers de drogues en situation d'abus ou atteints de pathologies graves, est plus complexe car leur traitement est difficilement compatible avec un maintien en détention.

Évaluation de l'usage de drogues dans le cadre de l'examen de routine lors de l'entrée en détention

La population carcérale constitue un groupe à haute prévalence de consommation de drogues. Alors que l'enquête la plus ancienne, menée en 1986 par le service des études de l'Administration pénitentiaire, estimait la proportion de toxicomanes parmi les entrants en prison à 10,7 % [173], en 2003, un tiers des entrants en prison déclaraient une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours de l'année précédant l'incarcération, lors de la visite médicale obligatoire à l'entrée en prison [79]. Comme en population générale, le cannabis est la substance la plus fréquemment consommée (29,8 %), loin devant la cocaïne et le crack (7,7 %), l'héroïne et les opiacés (6,5 %), les médicaments détournés de leur usage (5,4 %) et les autres produits (4,0 %), souvent des amphétamines. Plus d'un entrant sur dix est polyconsommateur de produits illicites. Par ailleurs, plus de trois entrants en prison sur dix déclaraient une consommation problématique d'alcool²¹⁵ (31 %) et, alors que 80 % des détenus sont fumeurs, on compte 15 % de fumeurs intensifs (au moins 20 cigarettes par jour).

Par rapport à la situation observée lors de l'édition précédente de l'enquête, six ans auparavant, la proportion d'usagers réguliers de cannabis parmi les entrants était en augmentation en 2003, alors que celle des utilisateurs d'opiacés ou de cocaïne était en baisse ([152] ; [79]). La part des polytoxicomanes s'est elle aussi abaissée, passant de 15 % à 11 %.

L'ensemble des produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant l'incarcération restent consommés, dans des proportions moindres, pendant l'incarcération [174].

La pratique de l'injection est importante en détention, bien que le nombre d'usagers par voie intraveineuse tende à diminuer parmi les entrants : 3 % déclarent une utilisation de drogues par voie intraveineuse au cours de l'année précédant l'incarcération en 2003, vs 6 % en 1997 [79]. La majorité (61 %) des usagers de drogues vus en milieu libre, au sein du dispositif spécialisé (haut seuil, bas seuil, médecins généralistes) déclarent avoir été incarcérés au moins une fois dans leur vie : parmi eux, 12 % se sont injectés des produits en prison ([37] ; [96]). Une étude plus ancienne a établi que 13 % des injecteurs (opiacés ou autres produits) actifs au cours de l'année précédant l'incarcération se sont injectés des produits pendant les trois premiers mois de leur incarcération et la moitié d'entre eux ont partagé des seringues, les programmes d'échange de seringues étant interdits [175]. De ce fait, la prison est un lieu à haut risque infectieux : elle concentre une population souvent concernée par l'usage de drogues, précarisée, marquée par des prévalences élevées du VIH-VHC-VHB, où les pratiques de tatouage et de piercing sont surreprésentées et qui fait des allers-retours fréquents avec le milieu libre. Dans l'enquête

²¹⁵ Définie, dans l'enquête, comme supérieure ou égale à cinq verres par jour pour les hommes et trois verres par jour pour les femmes quand elle est régulière, et supérieure ou égale à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois quand elle est discontinuée.

nationale de prévalence des hépatites B et C menée en 2004, le risque relatif de contracter les hépatites B et C au cours de l'incarcération a été calculé : il est multiplié par 10 pour le VHC et par 4 pour le VHB [176].

Selon les études, 60 % à 80 % des détenus injecteurs cesseraient de s'injecter en détention [160] : les 20 % à 40 % qui poursuivent leur pratique semblent réduire la fréquence de leurs injections, en augmentant toutefois les quantités injectées [177] et en étant par plus souvent infectés par le VIH et/ou le VHC, si bien que les risques de contamination en cas de partage du matériel, de pratiques sexuelles non protégées ou de tatouage sont très importants. Les risques de contamination virale sont même plus importants en détention qu'en milieu libre, étant donné la prévalence du VIH et du VHC en détention, et la rareté du matériel disponible pour l'injection : 6 à 7% des usagers de drogues en prison commenceraient à pratiquer l'injection en prison [177].

En outre, des consommations plus accessibles, telle que la consommation médicamenteuse, se développent pendant la détention : d'une façon générale, on observe un transfert relatif des consommations de drogues illicites et rares vers les médicaments [160]. L'étude menée auprès des entrants en prison dans le cadre du programme OPPIDUM (Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse) confirme que le détournement de médicaments est plus élevé dans la population détenue que parmi les sujets rencontrés dans des structures sanitaires en milieu libre : obtention illégale deux fois plus importante et prise de doses journalières deux fois plus importantes et supérieures à celles autorisées ; les entrants en prison sont, par ailleurs, presque deux fois plus nombreux à s'administrer les produits par voie nasale et ils sont davantage consommateurs de benzodiazépines et de produits illicites [150].

Prévention, information et activités éducatives pour les détenus

Chaque arrivant en prison reçoit un livret d'accueil par l'administration pénitentiaire, ainsi que le livret de présentation de l'UCSA. Ces deux documents doivent notamment l'informer sur l'offre de prévention VIH/VHC/IST disponible en milieu carcéral, l'accès aux préservatifs, la manière de formuler une demande de soins, etc. Après l'incarcération, le détenu en maison d'arrêt a un droit d'accès aux informations contenues dans son dossier médical ; il peut désigner une personne de confiance et définir son rôle dans la prise en charge ; il peut consentir (ou non) aux soins qui lui sont proposés.

Au-delà du droit à l'information des détenus pris en charge par le système de soins, conforté par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et le décret du 29 avril 2002, le législateur de 1994 a souhaité faire de la prévention et de l'éducation pour la santé un axe fort de la réforme pénitentiaire, parallèlement au volet curatif. Les actions de prévention et d'éducation à la santé disponibles en milieu carcéral dépendent des UCSA : le médecin responsable de l'UCSA coordonne les actions d'information et de prévention des maladies transmissibles, en collaboration avec l'administration pénitentiaire et en partenariat avec les services de l'État, les conseils généraux, les comités d'éducation pour la santé, les organismes d'assurance maladie, les réseaux et associations spécialisés, etc. En France, les actions d'éducation à la santé peuvent prendre la forme d'entretiens individuels (lors de consultations), de réunions collectives d'information et de prévention (souvent menées au sein de l'établissement pénitentiaire par des intervenants extérieurs), ou d'initiatives de mise à disposition d'informations (brochures, documents d'information).

En termes de prévention, les détenus ont un accès à l'eau de Javel mais sa distribution n'est pas systématique, ni le plus souvent accompagnée de l'information utile en termes de réduction des risques [92]. De plus, dans des conditions d'usage clandestin, l'eau de Javel est considérée comme une solution faible pour la décontamination du VIH [101] et très faible pour celle du VHC [102]. En effet, la prévalence des maladies infectieuses dans les établissements pénitentiaires demeure bien plus élevée qu'en milieu libre, supérieure à 1 % pour le VIH, voisine de 3 % pour le VHB et de 7% pour le VHC [103]. Par ailleurs, les pratiques d'injection sont avérées en détention [92] et le partage du matériel concerne 1 à 3 détenus usagers de drogues sur 5 ([104] ; [37, 96]), ces populations étant par ailleurs souvent porteuses du VIH et du VHC. Toutefois, les usagers de drogues en détention ne bénéficient pas de l'ensemble des dispositifs de réduction des risques accessibles en milieu libre, en particulier les programmes d'échange de seringues (PES) ([170, 178]).

En termes d'éducation à la santé, des expériences de soutien à la mise en place de programmes ce type en milieu pénitentiaire ont été initiées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)²¹⁶ dès la réforme de 1994. Implantées sur une dizaine de sites pilotes et animées par les Comités d'éducation pour la santé, des « formations-actions » ont permis de réunir surveillants, équipes des unités de consultations et de soins ambulatoires, membres des services pénitentiaires d'insertion et de probation, et enseignants, afin de développer une culture commune de l'intervention en santé. L'objectif de ce type d'initiative est de permettre une évolution des pratiques professionnelles en favorisant la coordination, qui reste l'obstacle principal à la mise en œuvre d'activités de prévention et d'éducation dans les conditions et les contraintes de l'environnement pénitentiaire²¹⁷. En pratique, les programmes d'éducation à la santé sont largement inappliqués [179] et ne sont mis en place que dans certains établissements. Théoriquement, les établissements publics de santé sont chargés d'élaborer, en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) présent dans chaque département, la direction de l'établissement pénitentiaire et les autres partenaires, un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé. Il apparaît pourtant que, d'une manière générale, y compris lorsqu'un tel plan existe, il demeure lettre morte. Nombre de rapports d'activité établis par les UCSA font état de cette situation. La situation de surpopulation des maisons d'arrêt constitue très fréquemment un obstacle à la mise en œuvre de ces programmes. De plus, les services médicaux, confrontés à des files actives de patients toujours plus importantes, concentrent leur action sur l'administration des soins proprement dits. D'autre part, les UCSA se heurtent souvent aux insuffisances des structures extérieures spécialisées dans la promotion de la santé

L'axe relatif à la prévention et à l'éducation à la santé reste à développer sur trois points²¹⁸ :

- la connaissance de la mission et du rôle des différents intervenants en matière d'éducation pour la santé ;

216 Ex-Comité français d'éducation à la santé (CFES).

217 Allocution de Philippe Lamoureux, directeur général de l'INPES, « La prévention et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire : une démarche à approfondir, à interroger, au besoin à réorienter », Actes du colloque organisé par les ministères de la Santé et de la Justice et l'INPES, le 7 décembre 2004 à Paris (« Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? »).

218 Source : colloque « Santé en prison Dix ans après la loi : quelle évolution ? », organisé par les ministères de la santé et de la justice et l'INPES, le 7 décembre 2004 à Paris, table ronde : Prévention et éducation pour la santé.

- la légitimité des actions en éducation pour la santé dans le parcours d'aide à la réinsertion de la personne détenue ;
- une meilleure adaptation au milieu carcéral de la « méthodologie de projet »²¹⁹ et du travail partenarial et pluridisciplinaire²²⁰.

D'autres facteurs limitatifs sont souvent cités par les professionnels, tels que le manque de personnels sanitaires ou de locaux, les conditions de détention et la surpopulation carcérale, l'absence de motivation des personnes détenues, leur « turnover » important, l'absence de communication autour des projets à destination des personnes détenues et des personnels pénitentiaires et enfin, la recherche de financements.

En termes de bonnes pratiques, la mise en place d' « ateliers santé » en centre de détention, par exemple, permet la circulation d'informations sur une question de santé, choisie par les détenus eux-mêmes, dans le cadre de groupes de parole intégrant une expression artistique et la projection des représentations en lien avec le thème abordé. Sur la base de 5 à 6 séances réparties sur deux mois, les ateliers sont animés conjointement par un professionnel de santé et une comédienne, avec la participation du SPIP et de l'UCSA.

Menée en détention, l'éducation à la santé diffère des actions en milieu libre du fait des particularités du public, qui modifient la relation avec la prévention : les détenus sont une population dont le niveau d'instruction et d'alphabétisation est faible (ce qui peut poser problème pour la transmission de messages d'information), souvent frustrée de communication (si bien que les actions peuvent être ressenties, soit comme des dérivatifs, soit comme la possibilité d'exprimer l'animosité vis-à-vis du système judiciaire), qui tend à privilégier ce qui pourrait aller dans le sens d'une libération plus précoce. Le public est donc captif mais pas nécessairement réceptif, au-delà de ses intérêts immédiats.

Dispense de traitements, nombre et caractéristiques des patients suivant ces traitements

L'offre de traitements disponible en milieu carcéral comprend les traitements de substitution aux opiacés, l'accompagnement médical au sevrage et le *counselling*. Aucune communauté thérapeutique n'existe en prison.

Sources disponibles

Six sources principales permettent (ou permettront) de documenter l'évolution de l'offre de substitution aux opiacés en milieu carcéral, les deux premières émanant directement des services du ministère de la Santé.

219 Bien adaptée à la promotion de la santé, la méthodologie de projet, doit permettre à l'ensemble des acteurs de créer au sein de l'établissement les conditions qui facilitent l'état de santé : personnes détenues, professionnels du soin, des services sociaux et éducatifs, surveillants et administration pénitentiaire. En détention cependant, l'organisation d'actions de prévention partenariales se heurte aux réticences des partenaires ou financeurs potentiels (CPAM, conseils généraux, réseaux mutualistes). Par ailleurs, les acteurs utilisent peu le guide « Promotion de la santé et milieu pénitentiaire » diffusé en 1998 par les ministères de la Santé et de la Justice avec le CFES (aujourd'hui, INPES).

220 Françoise Demichel, chef d'unité d'action sanitaire, Direction régionale des services pénitentiaires de Lyon, « Quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? », Actes du colloque « Santé en prison » (ministère de la Santé / ministère de la Justice / INPES), Paris, 7 décembre 2004.

La première source est issue des enquêtes menées par la DREES, en 1997 puis en 2003, dans la totalité des 134 maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. Elle fournit la proportion d'entrants déclarant un traitement de substitution en cours par méthadone ou par Subutex® lors de la visite médicale d'entrée.

La deuxième source s'appuie sur les enquêtes sur l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral régulièrement menées par la direction générale de la santé et la direction des hôpitaux du ministère de la Santé (DGS / DHOS), entre 1998 et 2004, un jour donné, auprès des médecins responsables d'UCSA, de SMPR ou des secteurs de psychiatrie générale.

La troisième résulte du système d'information RECAP (REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) mis en place depuis 2005 par l'OFDT. Le recueil de données porte sur les patients venus chercher de l'aide auprès des structures de soins aux toxicomanes intervenant en prison : il intègre donc uniquement les 16 maisons d'arrêt pourvues d'un CSAPA intra-carcéral (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, ex-CSST ou ex-CCAA, ainsi rebaptisé depuis 2008), qui était auparavant désigné sous l'appellation d'« antenne toxicomanie », représentant un quart de la population pénale.

La quatrième source est une enquête spécifique, conduite en 2006 auprès des UCSA et des SMPR, à la demande de la DHOS, de la DGS et de la MILDT qui ont missionné l'OFDT pour réaliser une évaluation d'impact de la circulaire du 30 janvier 2002 ouvrant à tout médecin exerçant en établissement de santé la possibilité de proposer un traitement de substitution à base de méthadone aux toxicomanes dépendants aux opiacés : cette enquête a intégré un volet hospitalier mais aussi un volet pénitentiaire.

La cinquième source, complémentaire, est l'inventaire des mesures de réduction des risques infectieux réalisé en 2010 auprès de l'ensemble des établissements pénitentiaires français dans le cadre du programme ANRS-PRI2DE (Programme de recherche et intervention sur la prévention du risque infectieux en milieu pénitentiaire). Cet inventaire explorait, à travers un questionnaire adressé à l'ensemble des chefs de service d'UCSA et SMPR, l'existence et l'accessibilité aux mesures de réduction des risques infectieux (dont eau de Javel, traitements de substitution aux opiacés, préservatifs, prophylaxie post-exposition, dépistage, information-éducation-communication, mais aussi l'existence de soins dispensés pour des pratiques à risques potentiellement liées à l'usage de drogues). Parmi les 171 établissements pénitentiaires auxquels un questionnaire a été adressé, 103 ont retourné des informations complètes, couvrant 69 % de la population incarcérée au moment de l'enquête.

Enfin, une sixième source pourra être mobilisée prochainement : l'enquête PREVACAR, mise en place en juin 2010 par la DGS et l'InVS, permettra de produire, en 2011, les premières données de prévalence du VIH, du VHC et des TSO en milieu pénitentiaire représentatives au niveau national, grâce à la mise en œuvre d'un plan de sondages. L'enquête comprend également un volet sur l'offre de soins, exploité en 2010, qui permet de décrire l'offre de TSO disponible dans les établissements pénitentiaires, l'offre de soins et le dépistage du VIH et de l'hépatite C, ainsi que l'offre de vaccination de l'hépatite B : les résultats de ce 2^{ème} volet seront présentés ici. L'enquête prévoit par ailleurs d'analyser les caractéristiques sociodémographiques des personnes incarcérées bénéficiant d'un TSO, dans un échantillon de 2 000 personnes détenues dans 27 établissements pénitentiaires tirées au sort pour être interrogées par questionnaire.

Accès aux TSO en milieu carcéral

En 2010, 9 % de l'ensemble des détenus bénéficient d'un traitement de substitution [89]. On sait par ailleurs qu'à leur arrivée en prison, environ 7 % des détenus déclarent avoir un traitement de substitution en cours, dont 8 fois sur 10 par Subutex® (comme en population générale) [79]. Ce chiffre diminue pendant l'incarcération car les traitements ne sont pas systématiquement poursuivis, malgré les préconisations de la loi du 18 janvier 1994. Les interruptions de traitement, indice de l'importance prêtée à la continuité des soins en prison, concernent ainsi environ un détenu sur dix, même si ce chiffre a baissé entre 1998 et 2004 (cf. tableau 3).

Tableau 11.3 : Accès aux traitements de substitution en milieu carcéral

	mars	novembre 1999	décembre 2001	février
	1998			2004
Établissements pénitentiaires	160/168 (95%)	159/168 (95%)	168 (100%)	165/168 (98%)
Pop. incarcérée au moment de l'enquête	52 937	50 041	47 311	56 939
Nombre de traitements de substitution	1036	1653	2548	3793
<i>Subutex®</i>	879 (85%)	1381 (84%)	2182 (86%)	3020 (80%)
<i>Méthadone</i>	157 (15%)	272 (16%)	366 (14%)	773 (20%)
Total pop.pénale sous substitution	2,0%	3,3%	5,4%	6,6%
Personnes sous substitution parmi les entrants	Non collecté	5,8%	12,4%	7,5%
Traitements initiés				
<i>Subutex®</i>	<i>Non collecté</i>	<i>Non collecté</i>	88%	70%
<i>Méthadone</i>	<i>Non collecté</i>	<i>Non collecté</i>	12%	30%
Traitements poursuivis				
<i>Subutex®</i>	<i>Non collecté</i>	86%	85%	82%
<i>Méthadone</i>	<i>Non collecté</i>	14%	15%	18%
Traitements interrompus	21%	19%	5,5%	11,2%
Services médicaux qui ne pratiquent pas la substitution	Non collecté	34	19	6
Pop.générale bénéficiaire d'un traitement de substitution (plan national)	Non collecté	70 000	92 000	100 000
<i>Subutex®</i>	<i>Non collecté</i>	<i>Non collecté</i>	80 000 (87%)	85 000 (85%)
<i>Méthadone</i>	<i>Non collecté</i>	<i>Non collecté</i>	12 000 (13%)	15 000 (15%)

Source : Enquêtes DGS / DHOS de mars 1998, novembre 1999, décembre 2001 et février 2004

Si, dans neuf cas sur dix, le traitement de substitution est poursuivi à l'entrée en prison, l'enjeu d'une prise en charge cohérente des dépendances aux opiacés consiste à rendre accessibles en prison l'ensemble des traitements disponibles en milieu libre. Au cours des dernières années, le nombre total de détenus sous traitement de substitution a augmenté et le nombre de services médicaux refusant de prescrire des TSO baissé²²¹. Néanmoins, l'accessibilité à ces traitements demeure disparate. Il reste encore en France un « noyau dur » d'établissements qui déclarent ne pas initier de TSO²²² ([91] ; [97], [92]), tandis que d'autres recourent à des pratiques susceptibles de compromettre l'efficacité du traitement (pilage ou mise en solution) [93]. Dans l'inventaire PRI2DE réalisé en 2010 [89], 19 % des établissements déclaraient piler ou diluer la buprénorphine haut dosage, essentiellement dans l'objectif de limiter son détournement. Par ailleurs, les posologies de méthadone étaient plafonnées dans 17 % des établissements alors qu'aucune limitation posologique n'est prévue dans l'AMM. Malgré les circulaires ministérielles et les recommandations de pratique clinique répétées, l'accès aux traitements de substitution pour les détenus héroïnomanes reste, malgré de réels progrès, plus restreint qu'en milieu libre,

221 Entre 1998 et 2004, le nombre de détenus sous traitement de substitution a augmenté plus rapidement encore que la population incarcérée. La population pénale sous substitution est ainsi passée de 2 % en 1998 à 6,6 % en 2004. Parallèlement, la part des services médicaux (UCSA, SMPR ou CSST) ne pratiquant pas la substitution a diminué (cf. tableau 3).

222 En 2004, 9 établissements pénitentiaires, représentant 20 % de la population carcérale, prescrivait à eux seuls un tiers des traitements de substitution, l'un d'entre eux en assurant plus de 10 %. Les éditions successives de l'enquête ont montré qu'il persistait des établissements pénitentiaires où aucun traitement de substitution n'était prescrit, même si leur nombre était en baisse, et que certains établissements ne pratiquaient les TSO que sous forme de méthadone. Des études qualitatives complémentaires ont corroboré ces éléments en montrant l'application, dans certains sites, de quotas pour les traitements de substitution, de critères pour être substitué (durée estimée de la peine par exemple) ou de modalités d'administration ne correspondant pas aux bonnes règles de prescription : Subutex® pilé ou dilué avant d'être administré, par exemple 90. Delfraissy, J.-F., *Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Rapport 2002. Recommandations du groupe d'experts* J.-F. Delfraissy, Editor. 2002, Flammarion: Paris.

alors même qu'il a été démontré que le nombre d'incarcérations (ou de réincarcérations) est plus faible chez les personnes ayant bénéficié avant ou pendant l'incarcération d'un traitement de substitution [94] ; [95]).

L'enquête PREVACAR permet d'actualiser les connaissances sur l'offre de soins, notamment en matière de TSO en France. Réalisée en juin 2010 auprès de 145 établissements pénitentiaires, cette enquête bénéficie d'un taux de participation de 86 %, représentant 56 011 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1^{er} juillet 2010. Concernant l'offre en matière de TSO, elle montre que 100 % des UCSA délivrent un accès à au moins un des deux types de TSO, soit par buprénorphine haut dosage, soit par méthadone. Quelques établissements ne proposent toutefois qu'un seul traitement : BHD seule dans 4 établissements, méthadone seule dans 4 autres. La continuité des soins à la sortie, en matière de TSO, ne concerne que la moitié des établissements (55 %), 38 % des établissements déclarant ne pas mettre en œuvre de procédure formalisée.

Concernant l'offre en matière de réduction des risques, 18 % des équipes des UCSA ont eu connaissance de seringues usagées dans l'établissement et 29 % dans les établissements accueillant moins de 500 personnes détenues. La découverte de seringues concerne plutôt les établissements de grande capacité, supérieure à 150 places. Ces données concordent avec les données recueillies dans l'enquête Coquelicot qui mettaient en évidence que 12 % des usagers de drogues avaient eu recours à l'injection au moins une fois dans leur vie ([37] ; [96]).

Le très bon taux de participation des établissements à l'enquête PREVACAR, grâce à la mobilisation des personnels des équipes soignantes, permet de disposer de données épidémiologiques représentatives de la population des détenus (le taux de données manquantes n'excédant pas 3 %). Les principales limites de l'enquête résident dans le mode déclaratif du recueil de données et l'existence d'un biais de désirabilité sociale de la part des répondants, renforcé par le caractère institutionnel de l'enquête. Cette enquête étant coordonnée par le Ministère de la Santé, il est possible que les intervenants l'aient perçue comme un contrôle de pratiques, les incitant à valoriser leur conformité aux bonnes pratiques en matière de TSO et d'éducation à la santé. De plus, le questionnaire était renseigné par le médecin responsable de l'UCSA qui n'est pas toujours au plus près de la réalité des pratiques sur le terrain, du fait de sa moindre proximité avec les personnes détenues. Enfin, le caractère imprécis de certaines questions, en particulier sur l'existence de procédures formalisées pour la continuité des soins à la sortie, a pu rendre difficile la compréhension de certaines questions par les répondants. Les informations portant plus spécifiquement sur les seringues, dont l'UCSA n'a pas toujours connaissance, proviennent de propos rapportés par d'autres intervenants que ceux de l'UCSA : ils constituent donc un indicateur objectif, quoique partiel, de pratiques d'injection en détention.

Si l'on ne connaît pas la part des détenus initiés aux TSO pendant leur incarcération, on sait en revanche que la part du Subutex® (70 %) tend à baisser parmi les initialisations en détention, ce qui s'explique en partie par les risques associés à la prise de ce traitement²²³. Par ailleurs, depuis le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008,

223 Si la buprénorphine haut dosage est le principal traitement prescrit en ville (Canarelli, Coquelin, 2009), elle est, en milieu carcéral, « relativement facile à détourner de son indication » (Pradier, 1999), outre le fait qu'elle peut être « injectée » ou « sniffée ». Le mode de dispensation de la méthadone (sous forme de solution buvable à ingérer quotidiennement au centre médical sous les yeux du personnel soignant) ne se prêtant pas à ce genre de manipulation, le ministère de la Santé a autorisé en 2002 la primoprescription de méthadone dans tous les établissements de santé, y compris dans les UCSA et les SMPR.

les pouvoirs publics visent l'objectif d'améliorer l'accès aux TSO par méthadone en la rendant accessible dans tous les établissements pénitentiaires. Cet objectif, affirmé dans une circulaire du ministère de la santé du 30 janvier 2002, a été évalué par l'OFDT [97]. L'enquête menée auprès des UCSA et des SMPR (avec un taux de réponse de 65 %) a mis en évidence une remarquable progression de l'accès à la méthadone. En 2006, 35 % des détenus dépendants aux opiacés étaient pris en charge dans le cadre d'un TSO à base de méthadone, vs 22 % en 2004 ([35] ; [176]), si bien qu'ils représentaient 40 % de l'ensemble de la population pénale dépendante aux opiacés en prison. En 2010, cette proportion reste stable (2/3 de détenus substitués le sont par buprénorphine haut dosage et 1/3 par méthadone) [89]. L'évolution des pratiques médicales s'incarne dans un deuxième chiffre : environ 70% des établissements interrogés déclaraient au moins une primoprescription de méthadone au cours du second semestre 2006 (plus souvent parmi les maisons d'arrêt, de taille importante, où le mode d'organisation des soins était simplifié de façon à ne prévoir qu'un service prescripteur unique). Cependant, en 2010, 13 % des établissements ayant répondu à l'inventaire PRI2DE déclaraient ne jamais initier de traitement de substitution [89]. L'évaluation de l'OFDT a également montré que, si les règles d'organisation de la prescription étaient hétérogènes, les pratiques médicales de délivrance et de suivi différaient peu d'un établissement à l'autre²²⁴. Il apparaît en outre qu'environ 8 % des établissements privilégient une stratégie de sevrage et près de 10 % des professionnels envisagent le risque d'overdose comme un obstacle à la prescription de méthadone [35], le risque létal connu étant établi à environ 1 mg/kg/j pour un sujet non tolérant aux opiacés (Michel, 2006). La structure de l'offre de TSO accessibles en milieu carcéral a donc évolué au cours des dix dernières années : bien que la BHD (Subutex®) reste prédominante parmi les traitements poursuivis en prison, la part de la méthadone est en hausse, tout particulièrement depuis la circulaire du 30 janvier 2002 ouvrant aux médecins la possibilité de prescrire la méthadone en première intention : en 2004, 30% des initialisations effectuées étaient à base de méthadone (contre 12% à la veille de la circulaire).

Caractéristiques des détenus bénéficiant d'un TSO

Les caractéristiques des détenus bénéficiant d'un traitement de substitution sont documentées par l'enquête RECAP (OFDT), qui porte sur les usagers de drogues reçus dans les CSAPA intervenant en prison. Dans les 9 CSAPA en milieu fermé ayant répondu à la dernière édition de l'enquête (sur 16 au total), le public accueilli est plus homogène qu'en milieu libre (cf. tableau 4) : il comprend une majorité d'hommes (96 % vs 79 %), dont plus de la moitié est âgée de 25 à 40 ans, souvent inactifs avant l'incarcération (un tiers environ), d'un niveau d'études faible (près

224 Dans près de deux tiers des cas, la prescription de méthadone est partagée ou déléguée à un autre service que l'UCSA, service pourtant désigné comme compétent dans les textes (l'UCSA n'exerçant sa mission que dans un tiers des cas). Les modalités de délivrance des traitements à base de méthadone sont, à l'inverse, très homogènes : majoritairement, la délivrance est quotidienne ; elle a lieu dans un local de soins (délivrance en cellule dans moins de 10 % des établissements) et en général sous contrôle médical ou infirmier (sauf cas rares de remise du traitement au détenu en mains propres, sans contrôle de la prise). Les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé sont proches de ceux observés en milieu ouvert (hospitalier), c'est-à-dire compris entre 23 mg/jour et 76 mg/jour (minimum/maximum), ce qui traduit une bonne application des indications thérapeutiques incitant à la prudence : 60 % des unités de soins déclarent des niveaux de posologie minimale d'initiation en deçà des doses initiales quotidiennes indiquées dans la circulaire de 2002 (« 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique »). À l'inverse, un quart des services (en général des UCSA) déclarent des posologies d'initiation maximales fortes, d'au moins 100 mg par jour. Ce constat fait écho aux résultats enregistrés dans la littérature internationale, qui font état de hauts, voire de très hauts dosages de méthadone (de plus de 100 mg à plus de 1 000 mg par jour), justifiés par une nécessité pharmacologique pour certains patients (98. Maremmani, I. and et al., *Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with axis I psychiatric comorbidity*. Journal of Addictive Diseases, 2000. vol. 19(2): p. 29-41.; 99. Leavitt, S.B., et al., *When "enough" is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose*. The Mount Sinai Journal of Medicine, 2000. vol. 67(n° 5 & 6): p. 404-411.).

de 40 % déclarant un niveau d'études inférieur ou égal au BEPC). Ils déclarent deux fois plus souvent que les patients reçus en CSAPA à l'extérieur un problème d'alcool et une polyconsommation de drogues. Les patients reçus pour un problème d'opiacés dans un CSAPA en milieu fermé sont moins nombreux à bénéficier d'un TSO. En outre, si la part des patients reçus pour un problème d'opiacés bénéficiant d'un TSO à base de Subutex® est comparable dans les CSAPA des milieux libre et fermé (près de 20 %), ceux qui sont pris en charge à l'aide de méthadone sont beaucoup moins nombreux en prison (10 % vs 22,5 %). Enfin, l'ancienneté dans la substitution est plus importante parmi les patients détenus : 44 % d'entre eux sont substitués depuis plus de 5 ans, vs 31 % des substitués reçus dans un CSAPA en milieu libre.

Tableau 11.4 : Substitution dans les 9 CSAPA intervenant en milieu pénitentiaire ayant répondu à l'enquête RECAP, 2009

	CSAPA		CSAPA		CSAPA total_2009	
	Prisons		hors prisons			
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Répartition suivant le traitement de substitution aux opiacés en cours						
Non	1 808	70,0	37 651	56,9	39 459	57,4
Oui, Méthadone	255	9,9	14 882	22,5	15 137	22,0
Oui, Subutex®	515	19,9	12 973	19,6	13 488	19,6
Oui, autre	6,0	0,2	611	0,9	617	0,9
Total réponses "utiles" Substitution	2 584	100,0	66 117	100,0	68 701	100,0
Taux de réponse		85,1		76,9		77,2
Répartition suivant la durée des traitements de substitution aux opiacés en cours						
Depuis moins de 6 mois	49	12,1	2 958	18,0	3 007	17,9
De 6 mois à 1 an	39	9,6	1 722	10,5	1 761	10,5
De 1 an à 2 ans	51	12,6	2 343	14,3	2 394	14,2
De 2 à 5 ans	89	22,0	4 221	25,7	4 310	25,6
Depuis plus de 5 ans	177	43,7	5 155	31,4	5 332	31,7
Total réponses "utiles" Durée Substitution	405	100,0	16 399	100,0	16 804	100,0
Taux de réponse						
(en référence au nombre total des patients en traitement de substitution)		52,2		57,6		57,5

Source : OFDT, RECAP 2009

Préparation de la sortie de prison et continuité des soins à la sortie de prison

La sortie de prison est associée à un important risque de rechute, parfois mortelle, des détenus sous traitement de substitution ([105] ; [106] ; [107]). D'après une étude effectuée en 2001 auprès des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes, le risque de décès par overdose chez l'ancien détenu serait multiplié par plus de 120, si on le compare à la population générale [162] ; [180]). Cette même étude établit une surmortalité par overdose particulièrement élevée chez les sortants de moins de 55 ans.

Le relais de prise en charge des toxicomanes à la sortie de prison est désigné comme une question « fondamentale » dans l'ensemble des textes organisant les soins en prison, depuis la loi du 18 janvier 1994. La loi de 1994 prône ainsi la préparation du suivi sanitaire des détenus à la sortie, en coordination avec le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP),

orientation reprise ensuite par la note interministérielle du 9 août 2001 puis par la circulaire du 30 janvier 2002 qui pose que le relais de prise en charge à la sortie doit être « envisagé avec le patient dès l'indication de la prescription ». Plus récemment encore, les recommandations de la « *Conférence de consensus sur le suivi des personnes placées sous traitement de substitution* »²²⁵ préconisent d'améliorer « *l'anticipation de la sortie en lien avec les partenaires extérieurs, la généralisation des consultations en addictologie, visant en particulier à favoriser l'accès aux soins, réduire les risques et prévenir la survenue de surdoses à la sortie* ».

Le *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues* mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour aider les professionnels récapitule très précisément les conditions de prise en charge sanitaire des détenus aux différentes étapes de leur trajectoire en détention. Il spécifie que les modalités concernant la sortie doivent être envisagées suffisamment tôt avant la date de libération définitive prévue. La préparation à la sortie doit mobiliser de façon coordonnée, en interne, les équipes sanitaires et pénitentiaires et en externe, les structures spécialisées. Les relais nécessaires doivent être mis en place pour l'accompagnement sanitaire et social lors de la sortie (hébergement, soins, protection sociale...) ainsi que pour la réinsertion sociale et professionnelle. Pour les personnes prévenues, bénéficiant d'une ordonnance de mise en liberté, un support d'information sur les relais sanitaires et sociaux extérieurs doit leur être remis au moment de leur sortie ». Théoriquement donc, lors de la libération, une ordonnance prescrivant le traitement de substitution, méthadone ou Subutex®, doit être délivrée au détenu, afin d'éviter toute interruption en l'attente d'une consultation. Cela nécessite que l'UCSA ou le SMPR soit informé à l'avance de la libération par le greffe de l'établissement, ce qui n'est pas toujours le cas. Pour être pris en charge à sa sortie, le patient doit connaître un prescripteur identifié et prévenu à l'extérieur, auquel il pourra être adressé pour son suivi médical et/ou psychiatrique : il peut s'agir d'une structure spécialisée (CSAPA), d'une structure hospitalière ou d'un médecin généraliste (appartenant de préférence à un réseau avec lequel un contact aura été préalablement établi). Pour favoriser ce relais, des rencontres doivent donc être organisées et des contacts pris pendant la détention – ce qui s'avère souvent complexe, en pratique – car l'admission dans un CSAPA ou dans un centre de postcure se fait sur prescription médicale. La personne détenue qui souhaite bénéficier d'un tel suivi à sa sortie doit par ailleurs en faire la demande auprès des médecins de l'UCSA ou du SMPR. Le SPIP et les personnels de l'UCSA ou du SMPR sont chargés d'informer la personne détenue des possibilités de prise en charge à la sortie.

Compte tenu de ces pré-requis complexes à garantir en milieu fermé, en pratique, les recommandations ne sont pas systématiquement appliquées et la prise en charge sanitaire des sortants de prison souffre de nombreuses carences. En 2003, seuls 30 % des sortants accueillis dans les appartements du service addiction de l'association ARAPEJ 93 disposaient d'une couverture maladie universelle de base accompagnée d'une CMU complémentaire, or seule la CMU permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé²²⁶. En outre, l'évaluation de la mise en œuvre de la note de 2001 relative à la prise en charge des personnes incarcérées ayant des problèmes d'addiction conduite par l'OFDT a relevé que la « *continuité des soins à la sortie de prison* » figure parmi les « *contextes de prise en charge identifiés comme les plus problématiques* » dans deux tiers des 157 établissements observés [161].

225 Conférence de consensus, Lyon 24-25 juin 2004 (http://extra.istnf.fr/portail-site/_upload/ISTNF/e-mediathèque/a_docs_ISTNF/substitution220206.pdf).

226 Source : 124. Observatoire international des prisons, *Les conditions de détention en France. Rapport 2005*. 2005, Paris: La Découverte. 285 p.

Souvent, les détenus toxicomanes sortent avec un comprimé de Subutex® pour la journée et doivent se débrouiller sans ordonnance les jours suivants.

Face aux difficultés de mise en œuvre d'un accompagnement de la sortie, des dispositifs spécifiques ont été mis en œuvre. En 1992, des structures, dépendant des SMPR, ont été créées en vue de préparer les détenus toxicomanes à leur sortie de prison : 7 unités pour sortants (UPS), dont il ne reste aujourd'hui que la moitié, ont été mises en place dans les établissements les plus importants, ainsi qu'un quartier intermédiaire sortant (QIS) au centre pénitentiaire de Fresnes (Val-de-Marne), fermé depuis plusieurs années. Composées d'éducateurs spécialisés, d'assistants sociaux, de psychologues et d'infirmiers, les équipes des UPS doivent faciliter l'accès des détenus dépendants à un hébergement et leur permettre de développer un projet professionnel, tout en garantissant la mise à jour de leurs droits sociaux. En principe, et « dans toute la mesure du possible », les personnes sortant d'UPS peuvent, si elles le désirent, continuer à être suivies pendant au moins trois mois après la libération. Les « stagiaires » sont recrutés, sur la base du volontariat, au sein des établissements pénitentiaires de la région d'intervention du SMPR. Les personnes désirant intégrer une UPS, mais incarcérées dans une région où il n'en existe pas, doivent pouvoir demander un transfert en invoquant ce motif.

Ce dispositif spécifique visant les détenus toxicomanes a fait l'objet d'une évaluation en deux volets, menée de 1999 à 2003 [162] ; [163]). L'évaluation a pointé les difficultés de fonctionnement des UPS : insuffisance des effectifs de « stagiaires », mauvaise acceptation du projet par les équipes pénitentiaires, mauvaise intégration des UPS dans la vie des établissements, difficulté à atteindre le public-cible des détenus le plus en difficulté, difficultés de recrutement des stagiaires, dysfonctionnements liés aux contraintes carcérales, problème de coordination des intervenants (SPIP, administration pénitentiaire, SMPR, UCSA, etc.). Des pistes d'amélioration ont alors été envisagées par la MILDT mais le dispositif a peu évolué, en dehors de la suppression de quelques UPS (comme Metz ou Lyon).

Plus récemment, l'évaluation de la primoprescription de méthadone par les UCSA a montré qu'en 2007, les professionnels des UCSA jugeaient que le relais à la sortie est correctement assuré pour les patients sous méthadone, le plus souvent sous la forme d'une orientation postpénale vers un CSAPA extérieur, les orientations vers un médecin généraliste ou vers un service hospitalier arrivant loin derrière [35]. En l'absence de données complémentaires sur la continuité des soins à la sortie, il faudra attendre la mise en œuvre des mesures nouvelles envisagées par la MILDT et le ministère de la Santé pour relancer une réflexion sur les conditions d'accompagnement des détenus dépendants aux opiacés à la sortie de prison. La mise en œuvre des « *programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prisons au sein de structures sociales et médico-sociales existantes avec hébergement, en lien avec l'hôpital de rattachement de la prison* »²²⁷ sera examinée de près dans les années qui viennent.

²²⁷ Ces programmes d'accueil pour sortants de prisons ont été créés par la circulaire interministérielle n° DGS/MC2/MILDT/2009/63 du 23 février 2009 relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie. Il s'agit de créer des unités d'hébergement collectif d'environ 10 places, qui constituent un lieu d'accueil immédiat à la sortie de prison, sans temps de latence entre le jour de la sortie et le jour de l'accueil, permettant l'accompagnement et la mise en place de relais médico-sociaux et d'insertion.

La question de la préparation à la sortie et de l'accompagnement après libération doit être envisagée en lien avec les perspectives de réinsertion du détenu. L'administration pénitentiaire accomplit ses missions de réinsertion via les SPIP, en partenariat avec une quinzaine d'associations, au niveau local et national, dont par exemple Sidaction, qui propose des programmes de lutte contre le VIH et les hépatites en détention, ou AIDES qui conduit des actions au sein des établissements pénitentiaires autour du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles. En 2010, 5,4 M€ ont été versés par l'administration pénitentiaire au secteur associatif.

11.3.2. Dépistage en prison (obligatoire/non obligatoire) : présentation du programme, échantillonnage, champ, évaluation

En dehors du dépistage obligatoire de la tuberculose et de la syphilis²²⁸, les détenus se voient également proposer un dépistage du VIH sur la base du volontariat et à titre confidentiel. Toute personne incarcérée doit pouvoir bénéficier, avec son accord, d'une information et d'un conseil personnalisés sur le sida et, le cas échéant, de la prescription d'un test de dépistage (non obligatoire). La remise des résultats est impérativement faite par un médecin.

De même, le dépistage des hépatites (B et C) est proposé mais il n'est pas obligatoire, même si la circulaire du 8 décembre 1994 recommande qu'il soit proposé aux personnes particulièrement exposées (adolescents, jeunes adultes et usagers de drogues par voie intraveineuse). Contre l'hépatite B, une vaccination peut aussi être proposée mais elle n'est pas obligatoire.

Le dépistage du sida et des hépatites virales est organisé soit directement par les UCSA, soit par l'intermédiaire des Centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG), qui eux-mêmes dépendent soit de l'État, soit du département (Conseil général).

Selon les enquêtes de pratiques, seules deux tiers des UCSA proposent systématiquement ce dépistage : « les actions de prévention de l'infection du VIH, du sida et des hépatites ne sont pas effectives dans tous les établissements » [104]. Les consultations de rendu de résultats sont à peu près systématiques en cas de dépistage positif, moins fréquemment en cas de résultat négatif. La proposition de vaccination antivirale B devrait être systématique [103].

La situation semble cependant avoir évolué : dans l'inventaire ANRS-PRI2DE effectué en 2010, 90 % de l'ensemble des établissements (n=103) ayant répondu au questionnaire déclarent systématiquement proposer un dépistage pour le VIH et les hépatites à l'entrée en détention. Les 10 % restants sont des établissements pour peines, dans lesquels les détenus sont transférés après un séjour en maison d'arrêt où ils sont censés déjà avoir bénéficié d'une proposition de dépistage. Ils sont en revanche moins de 70 % à déclarer remettre aux détenus les résultats de tests sérologiques négatifs [89]. La proportion de détenus ayant effectivement eu recours en prison à un dépistage du VIH et des hépatites reste cependant faible : elle était par exemple de 41 % des détenus pour le dépistage du VIH dans 8 établissements de la région parisienne en 2005, de 38 % pour le VHC et de 37 % pour le VHB [181].

228 La radiographie est réalisée systématiquement chez tous les entrants en prison et tous les détenus présents qui n'en auraient pas bénéficié à leur arrivée. La déclaration des cas de tuberculose est obligatoire : elle est transmise par le médecin ayant effectué le diagnostic au médecin responsable de l'UCSA. Le dépistage de la syphilis est lui aussi obligatoire, au titre de la prévention des maladies vénériennes.

11.4. Qualité des soins. Recommandations pratiques et normes de délivrance des soins

11.4.1. Assurance qualité des services liés aux drogues en prison

Plusieurs documents, de statuts divers, donnent des recommandations de prise en charge médicale en prison des personnes infectées par le VIH ou les hépatites virales ou en situation d'usage de drogues. Tout d'abord, les textes législatifs et réglementaires fixent les orientations gouvernementales en matière de réduction des risques et de délivrance des soins en prison. Ainsi, la loi du 18 janvier 1994 et les circulaires d'application des directives du ministère de la Justice et de la Santé (cf. Legal framework), dont la première est la circulaire de 1994 autorisant la prescription de méthadone en prison à des fins de substitution aux opiacés, donnent les axes de mise en œuvre des changements introduits par la loi. L'une de ces circulaires, en 2004, a en outre été assortie d'un Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues rédigé par les services des ministères de la Justice et des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville qui décline, en sept chapitres, les modalités d'organisation des soins somatiques et de la coordination des actions de prévention (ch.1), des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire (ch.2), de l'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier (ch.3), de la situation des personnels sanitaires précédemment employés par l'administration pénitentiaire (ch.4), des modalités de prise en charge sanitaire des détenus (ch.5), de la procédure et de l'échéancier d'exécution (ch.6) et de la protection sociale des détenus (ch.7).

Outre ces orientations de politique générale, différents rapports censés guider l'organisation des soins ont été édités. Ils abordent aussi la question des traitements de substitution en milieu carcéral : rapport d'évaluation des corps d'inspection ministériels sur l'organisation des soins aux détenus [182], rapport de la Mission Santé-Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral [160], rapports des commissions d'enquête parlementaire ([145] ; [133]). D'autres textes, concernant plus spécifiquement les politiques de lutte contre le Sida, font aussi référence aux soins aux détenus en situation d'usage de drogues : avis du Conseil national du sida [178] sur les risques liés aux usages de drogues, dont le premier remonte à 1993, rapports d'experts sur, par exemple, l'accès à la méthadone [183] ou le VIH [90], rapport de la Cour des comptes [184], rapport de la Haute autorité de santé (HAS) sur le dépistage VIH [185], etc. Des recommandations de pratique clinique ont également été élaborées au niveau national, sur des aspects particuliers de la politique sanitaire en détention : « Guide des bonnes pratiques de substitution en milieu carcéral » en 2003²²⁹, recommandations de prise en charge médicale des personnes infectées

229 La Commission nationale consultative des traitements de substitution a confié, en 2003, à Laurent Michel, chef de service du SMPRCSST de la maison d'arrêt de Bois d'Arcy, et Olivier Maguet, responsable de l'action communautaire à l'association AIDES, la réalisation d'un guide de bonnes pratiques permettant aux professionnels d'adapter leurs pratiques au contexte carcéral et au dispositif local. Ce rapport a émis un certain nombre de recommandations, parmi lesquelles une recommandation transversale consistant à envisager la prescription d'un TSO non pas comme une fin en soi mais comme partie intégrante d'un projet thérapeutique d'ensemble centré sur le patient (Michel, Maguet, 2003). Les autres recommandations, dont chacune décline les conduites à suivre suivant les différentes situations possibles, prônent de reconduire systématiquement les TSO à l'entrée en prison, d'initier des TSO lors de l'incarcération de façon à faire de la détention un tremplin à la prise en charge, de recourir aux contrôles urinaires pour authentifier une prise de TSO à l'entrée en prison ou pour résoudre des situations d'« impasse thérapeutique », etc. Cf. Michel, Maguet, 2003, pp.42-51.

par le VIH 2010, dit « rapport Yéni »²³⁰ [186]. Ces recommandations ont souvent fait l'objet de commandes de la part des autorités institutionnelles, même si d'autres résultent d'initiatives associatives. La section française de l'OIP a ainsi publié, en 2006, le premier Guide du sortant de prison, avec le concours de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) qui regroupe 750 associations travaillant dans les domaines de l'accueil, l'hébergement, l'insertion professionnelle et sociale, l'accès au logement et à l'emploi des personnes en situation de précarité. L'objectif de ce Guide, qui a été complété d'un additif en 2008 pour intégrer les changements réglementaires ayant affecté les aménagements de peine, la préparation à la sortie de prison et les mesures de contrôle, est d'informer les sortants de prison sur l'ensemble des ressources favorisant leur insertion à la sortie (OIP, 2006). Cet outil d'accès au droit a été envoyé dans l'ensemble des bibliothèques des 190 prisons de France à l'occasion de la journée mondiale des droits de l'Homme, le 10 décembre 2008.

Par ailleurs, les organes spécifiquement chargés du suivi de la situation sanitaire des prisons, à l'image du CGLPL, font état d'observations et de recommandations, dans leur rapport annuel ou dans des recommandations particulières portant sur des établissements particuliers²³¹.

Enfin, des Conférences de consensus, internationales²³² ou nationales²³³, livrent régulièrement des recommandations sur la prise en charge sociosanitaire des détenus usagers de drogues. Ainsi la conférence de consensus de 2004 sur les TSO recommandait-elle, par exemple, de faire de la dispensation de TSO le principal outil de réduction des risques d'infection virale (VIH, VHB, VHC) en milieu pénitentiaire, en formant mieux les équipes de soins en milieu pénitentiaire et les agents de l'administration pénitentiaire, en généralisant les consultations d'addictologie pour les détenus et en préparant le relais des soins en ville et la sortie des détenus (prévention des surdoses).

La plupart des travaux menés s'accordent sur six recommandations générales, qui correspondent parfois aux obligations légales existantes jugées insuffisamment appliquées :

1. informer chaque détenu sur la prévention VIH/VHC/IST, l'accès aux préservatifs et le traitement post-exposition pour les détenus séropositifs ;
2. faire systématiquement une proposition de dépistage du VIH et des hépatites virales à l'entrée en prison et la renouveler régulièrement au cours de l'incarcération, en l'accompagnant d'un accès à de l'information et de l'éducation à la santé ;

230 Placé sous la Présidence du Professeur Patrick Yéni, du CHU Bichat-Claude-Bernard, ce groupe d'experts majoritairement hospitaliers a tenté de résumer les connaissances acquises dans le domaine du VIH et de les mettre en perspective pour optimiser la prise en charge des patients. Il a émis des recommandations pour chacun des 17 axes de politique identifiés dans le document, dont certains concernent la prison : il recommande par exemple de proposer un dépistage du VIH, des hépatites virales C, B/D et des IST systématiquement lors de l'entrée en prison, puis de nouveau plusieurs fois lors du séjour, ou parmi les conditions du succès thérapeutique des traitements antirétroviraux, de mieux utiliser les dispositifs permettant la sortie de détention de personnes dont l'état de santé est durablement incompatible avec la prison (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf).

²³¹ Voir la rubrique « recommandations » sur le site Internet du CGLPL (<http://www.cgpl.fr/rapports-et-recommandations/dernieres-recommandations/>).

²³² Conférence internationale de consensus sur l'hépatite C, *Gastroenterol Clin Biol*, 1999 ; 23 : 730-5.

²³³ Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. 23 et 24 juin 2004

3. former le personnel des prisons à la prévention, à la réduction des risques et à l'intérêt du traitement post-exposition ;
4. mettre à disposition librement les préservatifs ;
5. assurer des stratégies de substitution aux opiacés et des programmes d'échange de seringues pour réduire la transmission du VIH, des hépatites et des IST.
6. impliquer les associations intervenant en détention dans le travail de prévention mené auprès des détenus, en coordination avec les UCSA.

À ces recommandations nationales s'ajoutent évidemment des recommandations internationales, à l'instar du rapport de l'OMS/UNAIDS/UNODC de 2007 intitulé « *Effectiveness of interventions to manage HIV in prison. Needle and syringe programmes and bleach and decontaminations strategies* » [101].

Ce tour d'horizon des recommandations pratiques et normes de délivrance des soins en vigueur en France doit toutefois être mis au regard des résultats d'évaluation mis à la disposition des pouvoirs publics, sur l'efficacité des outils de réduction des risques aujourd'hui disponibles en milieu carcéral, notamment les TSO et la mise à disposition gratuite d'eau de Javel. Si, aux termes de la loi, les TSO doivent être systématiquement proposés, ils ne présentent pas moins des garanties insuffisantes au regard de la RDR, comme l'a souligné récemment le Conseil national du Sida [170], ce qui a conduit plusieurs évaluations de programmes de RDR à prôner une combinaison des mesures de réduction des risques, incluant les TSO aussi bien que les PES [187]. De même, l'usage de l'eau de Javel présente des difficultés. Si certaines évaluations témoignent d'une distribution relativement satisfaisante de l'eau de Javel et d'une diffusion large des informations sur l'intérêt de la RDR [181], d'autres soulignent des carences dans l'accès et l'information fournie à visée de RDR. L'inventaire PRI2DE des mesures de RDR en prison et de leur accessibilité montre que dans certains établissements, la délivrance d'eau de Javel ne se fait pas suivant les préconisations : avant l'uniformisation récente sur un plan national de l'achat d'eau de Javel par l'administration pénitentiaire, le degré chlorométrique (12°) n'était pas toujours respecté et une information intelligible sur son utilisation à visée de RDR n'était dispensée que dans 22 % des établissements ayant répondu à l'enquête. Les informations relatives à la RDR ne semblent donc pas toujours correctement maîtrisées par les personnes détenues, mais elles ne le sont pas systématiquement non plus par les personnels pénitentiaires et sanitaires. Rappelons à ce titre que si la distribution de l'eau de Javel est du ressort de l'administration pénitentiaire, l'information portant sur son utilisation à visée de RDR devrait être dispensée par les personnels sanitaires conformément aux indications du guide méthodologiques relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de 2004 [89]. En outre, les conditions d'efficacité de la désinfection par l'eau de Javel ne sont pas garanties : la consommation de drogue étant interdite, l'injection et la désinfection du matériel sont réalisées dans la précipitation alors que, pour garantir une décontamination efficace, le temps consacré doit être conséquent. Enfin, même correctement utilisée, l'eau de Javel ne permet pas d'éliminer avec certitude le VHC. Les organisations internationales recommandent pour les établissements pénitentiaires la distribution de matériel d'injection à usage unique, les programmes de distribution d'eau de Javel ne pouvant être considérés que comme une stratégie de second plan [188].

Description des recommandations en vigueur sur les traitements (prévention, traitement, réinsertion, réduction des risques) y compris les traitements standards de substitution aux opiacés (TSO) en prison : médications, modèles, contrôle du détournement.

Un certain nombre d'initiatives visant à ériger des cadres de bonnes pratiques ou de recommandations ont été menées en France. Un rapport sur l'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral commandé en 2001 par la Commission nationale consultative des traitements de substitution à une équipe d'observation, formée d'un médecin intervenant à la maison d'arrêt de Bois d'Arcy et d'un militant de l'action communautaire à l'association de lutte contre le sida AIDES, a permis de produire un « guide des bonnes pratiques » de substitution en milieu carcéral, permettant aux professionnels d'adapter leurs pratiques au contexte carcéral et au dispositif local [93]. Après avoir rencontré détenus, personnels sanitaires et pénitentiaires, les auteurs relevaient de nombreuses difficultés dans l'organisation des soins en matière de traitements de substitution. La difficulté à clarifier l'identité « soignante » en détention était soulignée, face aux pressions sécuritaires notamment liées au trafic de psychotropes, ainsi qu'un manque de moyens et de formation des professionnels. Différentes recommandations portant sur l'accès aux soins et son organisation étaient formulées. L'une des principales concernait la nécessité de travailler autour d'un projet thérapeutique individualisé pour chaque détenu substitué et d'atteindre un niveau équivalent de dispensation des soins avec le milieu libre. L'importance d'une reconduction systématique des traitements de substitution préexistants à l'incarcération était mentionnée, ainsi que l'indication à initier largement ces traitements chez les détenus présentant une dépendance aux opiacés à l'entrée en détention ou se révélant au cours de l'incarcération (le sevrage lié à l'incarcération n'étant par définition pas choisi, mais ceci aussi dans la perspective de la sortie : insertion dans une filière de soins, prévention des overdoses à la sortie et de la reprise d'une consommation avec ses conséquences). Les modalités de délivrance de la buprénorphine haut dosage, fortement influencées par la crainte du détournement et du mésusage existant en détention (néanmoins comparables bien que plus visibles qu'en milieu libre), doivent permettre à la fois la banalisation de la délivrance chez les détenus « autonomes » afin d'éviter toute stigmatisation inutile et la personnalisation avec dispensation devant soignant pour les détenus les plus fragiles, victimes de racket ou suspectés de détournement. La dispensation de méthadone ne peut par contre s'envisager que quotidiennement devant soignant en raison du potentiel léthal qui lui est associé en l'absence de tolérance aux opiacés ou de potentialisation par d'autres psychotropes sédatifs. La préparation de la sortie dès l'entrée en détention constitue une autre recommandation essentielle avec organisation dès que possible de contacts avec les futures structures relais pendant l'incarcération. D'autres recommandations concernent la formation et l'accompagnement des équipes, le dossier médical, les extractions, les contrôles urinaires, la confidentialité des soins et les co-prescriptions. Le rapport émanant de ce travail a été diffusé conjointement par le ministère de la Santé et de la Justice à l'ensemble des chefs de services d'UCSA et SMPR des prisons françaises, ainsi qu'à l'ensemble des directeurs d'établissements pénitentiaires et aux directions régionales de l'administration pénitentiaire.

Ce type de démarche se poursuit aujourd'hui, avec la préparation d'un guide de bonnes pratiques professionnelles concernant les traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral, en application du plan gouvernemental 2008-2011. Ce guide, basé sur les recommandations actualisées du rapport précédent mais aussi étayé par de multiples rencontres avec les intervenants sanitaires en milieu pénitentiaires, devrait être disponible avant la fin de l'année 2011.

11.4.2. Formation des personnels

Formation du personnel des prisons en prévention des drogues, évaluation et réduction des risques

Pour mettre en œuvre ses missions, l'administration pénitentiaire (AP) s'appuie sur 34 147 agents (au 1^{er} janvier 2010) exerçant des métiers divers : personnels de surveillance, de direction, d'insertion et de probation, personnels administratifs et personnels techniques. À ces personnels rémunérés par l'AP s'ajoutent les personnels de santé, rattachés au ministère de la Santé.

Les personnels de surveillance représentent la catégorie de personnel la plus nombreuse (75 %) : en contact permanent et direct avec les détenus, ils assurent la sécurité à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement et participent à l'individualisation de la peine et à la réinsertion des personnes privées de liberté. Ils forment entre 70 % et 80 % des nouveaux recrutements chaque année, depuis septembre 2002 où le ministre de la Justice a annoncé le recrutement de près de 10 000 fonctionnaires pénitentiaires sur 5 ans. Les personnels de direction sont à l'inverse les moins nombreux (environ 1 %) : ils regroupent les directeurs des services pénitentiaires (DSP) qui ont en charge la direction des établissements et les directeurs des services pénitentiaires d'insertion et de probation (DSPIP) qui ont la responsabilité des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Les personnels des SPIP (11,5% des agents de l'AP) se répartissent entre travailleurs sociaux (chefs de service d'insertion et de probation), conseillers d'insertion et de probation (CIP) et assistants de service social. En milieu fermé, ils sont chargés d'une mission d'aide à l'insertion sociale par un suivi individuel des personnes détenues ; ils organisent les différentes activités socio-éducatives dans l'établissement, sous la conduite d'un chef de service ; ils préparent et suivent les mesures d'aménagement de peine. Les personnels techniques (moins de 2 % des effectifs de l'AP) ont une double fonction : assurer la maintenance des infrastructures et intervenir dans la formation professionnelle des détenus ou de la direction des ateliers. Enfin, les personnels administratifs (7 %) assurent la gestion des greffes et des services comptables. Ils ont également en charge la gestion matérielle et administrative liée au fonctionnement des établissements et des services.

En 2010, 1,6 M€ de budget de fonctionnement ont été affectés à la formation continue des agents à l'École nationale d'administration pénitentiaire (ENAP), hors masse salariale et frais de déplacement, ce qui représente 15 638 journées de formation, dont ont bénéficié 3 153 personnes (soit 9 % des effectifs). Les chiffres publiés ne permettent pas de connaître les catégories d'agents qui ont bénéficié de ces formations.

Les formations spécifiques à la prévention et à la réduction des risques sont peu nombreuses dans l'ensemble de l'offre de formation continue proposée par l'ENAP. Une formation de 12 places par an existe depuis quelques années : destinée aux personnels de surveillance identifiés par l'établissement, elle a pour vocation de procurer les connaissances et les outils nécessaires pour devenir référent « toxicomanie » et mettre en place des interventions en matière de stupéfiants en direction des personnels pénitentiaires. Ces référents toxicomanie ont la possibilité de suivre ensuite une 2^{ème} formation qui vise à actualiser les connaissances des référents déjà formés et à leur donner les moyens d'échanger avec leurs homologues.

Pour compléter le dispositif de formation de droit commun, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 a prévu de mettre en place une formation interministérielle des formateurs en matière de drogues et de toxicomanies et des formations initiales et continues dans chacun des ministères concernés (fiche 4-1). Des sessions de

formation continue ont donc continué d'être proposées aux fonctionnaires sur ces questions (école nationale de la magistrature, haute école de la santé publique, école nationale de l'administration pénitentiaire...), sans qu'un effort particulier soit toutefois consenti sur les questions sanitaires.

11.4.3. Discussion, limitations méthodologiques et informations manquantes

Équivalence des soins

Plus de quinze ans après l'entrée en vigueur de la réforme de 1994, l'objectif d'une équivalence des soins entre l'intérieur et l'extérieur est loin d'être atteint. Tout d'abord, la mise en œuvre du dispositif légal de RDR soulève de nombreuses difficultés. Encadré par la circulaire du 5 décembre 1996, le dispositif français de RDR restreint, comparativement au milieu ouvert, les modalités d'accès aux outils de réduction des risques, en contradiction avec les préconisations de l'OMS datant de 1993 sur l'équivalence de la prévention et des soins entre milieu ouvert et fermé. Par exemple, cette circulaire ne prévoit pas la possibilité de mettre à disposition des détenus usagers actifs de drogues du matériel d'injection stérile. Par ailleurs, les différentes études menées depuis 2001 montrent que la RDR pâtit des insuffisances de coordination au sein du système de soins : la réalité de la toxicomanie est mal connue et souvent mal perçue par l'administration, la coordination des intervenants est limitée et le partage des rôles entre les UCSA et les SMPR demeure flou [182] ; [161], ce qui entrave l'accessibilité aux soins des détenus.

En outre, le traitement de la dépendance ne se fait pas de la même manière dans tous les établissements ([171] ; [93] ; [189]), en partie du fait des disparités dans les moyens de la prise en charge. Il continue de se heurter à l'opposition de certains acteurs, notamment dans les établissements où aucun CSAPA n'intervient [161]. Si l'incitation au recours à la méthadone par les pouvoirs publics depuis 2002 facilite la primoprescription au sein du milieu carcéral, elle n'élimine pas les refus de prescription, constatés en 2006, puis en 2010, dans plusieurs établissements [35] ; [132] ; [89]). Or le Comité consultatif national d'éthique a souligné combien la disparité des offres de substitution est dommageable pour les détenus (Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 2006). Enfin, il faut rappeler que les TSO, s'ils doivent être systématiquement proposés, ne présentent pas des garanties suffisantes au regard de la RDR, de même que les conditions de délivrance de l'eau de Javel.

Les conditions d'utilisation de l'eau de Javel ne sont en effet pas toujours conformes aux préconisations (cf. 4. Service quality/Quality assurance). L'inventaire PRI2DE de l'accessibilité des mesures de RDR en prison a ainsi montré qu'avant la mise en place d'un plan national d'achat d'eau de Javel par l'administration pénitentiaire, le degré chlorométrique (12°) n'était pas systématiquement respecté ; par ailleurs, une information intelligible sur son utilisation à visée de RDR n'était dispensée que dans 22 % des établissements [92]. Les informations relatives à la RDR ne semblent donc pas toujours correctement maîtrisées par les personnes détenues, mais elles ne le sont pas systématiquement non plus par les personnels pénitentiaires et sanitaires. Rappelons à ce titre que si la distribution de l'eau de Javel est du ressort de l'administration pénitentiaire, l'information portant sur son utilisation à visée de RDR devrait être dispensée par les personnels sanitaires conformément aux indications du guide méthodologiques relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de 2004 [89]. En outre, les conditions d'efficacité de la désinfection par l'eau de Javel ne sont pas garanties, l'injection et la désinfection du matériel de consommation de drogue étant souvent réalisées dans la précipitation alors que le temps consacré à une décontamination efficace doit être long.

Les bénéfices d'une approche de RDR se trouvent donc parfois invalidés par la réalité même de sa mise en œuvre.

En ce qui concerne l'accès aux préservatifs, la disponibilité des préservatifs masculins est quasi-systématique mais, dans la grande majorité des cas, uniquement à l'UCSA ; la mise à disposition de lubrifiants n'existe que dans la moitié des établissements ; enfin, l'accès aux préservatifs féminins dans les établissements accueillant des femmes est beaucoup plus limité [89].

Si la prophylaxie post-exposition est en théorie accessible aux détenus dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, via l'UCSA ou les urgences des établissements sanitaires de rattachement, 47 % des responsables d'UCSA ayant répondu au questionnaire de l'inventaire PRI2DE estiment que les détenus ne sont pas informés de la possibilité d'y avoir recours et 31 % déclarent ne pas être en mesure de répondre à la question. Par ailleurs, au cours des 12 mois précédant la même enquête, seules 3 prescriptions de prophylaxie post-exposition ont été déclarées mais aucune au décours de pratiques à risque liées à un usage de drogues. Ceci malgré la déclaration, dans 34 % des établissements de soins en détention, d'abcès potentiellement liés à des pratiques d'injection, certains précisant cependant que ces abcès auraient été acquis antérieurement à l'incarcération [89]. Des pratiques de sniff chez les détenus sont également fréquemment décrites par les personnels soignants au cours de l'enquête (résultats non publiés).

Dans le cadre du même inventaire PRI2DE, l'exploration de la disponibilité et de l'accessibilité aux différentes mesures de réduction des risques en prison en France a permis de calculer un score d'observance aux recommandations nationales (sur la base de la circulaire-cadre de décembre 1996 et du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de 2004) mais aussi internationales, en prenant comme document de référence le rapport de l'OMS/UNAIDS/UNODC de 2007, intitulé « *Effectiveness of interventions to manage HIV in prison. Needle and syringe programmes and bleach and decontaminations strategies* » (cf. 4. Service quality/Quality assurance). L'objectif était, dans un contexte où l'accès aux mesures de RDR était inférieur à celui en milieu ouvert, d'évaluer le niveau d'application des mesures préconisées au plan national mais aussi international, et ainsi, indirectement, le risque infectieux en détention : le score national, faible, mais surtout international, très faible, traduit pour les auteurs une carence globale dans l'application des mesures de réduction des risques en prison en France, révélatrice de l'absence d'une politique de santé publique et de réduction des risques à la hauteur des besoins observés [89].

Cet état des lieux général met en lumière les difficultés d'application de la loi de janvier 1994, qui tiennent à quatre facteurs principaux.

1. La cohabitation difficile entre le monde pénitentiaire et le monde médical, tout d'abord, entrave la mise à disposition de soins aux détenus. Pour certains auteurs, l'écart entre le dispositif de réforme « sur le papier » et « à l'épreuve du terrain » s'explique par l'insuffisante préparation des professionnels aux changements introduits par la loi, qui a ainsi contribué à durcir les systèmes d'oppositions structurant le champ de la prise en charge des détenus : la loi de 1994 suscite des conflits entre les deux principales catégories professionnelles chargées de l'éprouver sur le terrain, parce qu'elle fragilise les frontières des métiers [190]. Entre le personnel médical et l'institution pénitentiaire, en effet, deux logiques s'opposent : celle de la garde et de la sécurité et celle des soins, lorsque, par exemple, les mesures de sécurité imposées par l'AP (menottes, entraves, escortes, garde policière, etc.) viennent compliquer et retarder les prises en charge, voire

les empêcher, faute de moyens matériels. La conséquence de cette antinomie est la multiplication des procédures internes pour régler les problèmes sanitaires rencontrés par les détenus, entre autres par la rédaction de certificats médicaux.

2. Le deuxième facteur contrevenant à l'applicabilité de l'équivalence des soins tient aux obstacles rencontrés par les services d'insertion et de probation. La mission de réinsertion de l'AP, qui s'effectue par l'intermédiaire des SPIP, implique pour le détenu souffrant d'une pathologie chronique de pouvoir bénéficier au cours de sa détention d'un projet médico-social de sortie. Cette préparation à la sortie comporte une action médicale qui passe par la remise d'un résumé de son dossier quelques jours avant sa libération, et une action sociale – qui s'avère plus difficile à organiser. Souvent, la libération signifie un retour à la précarité, qui perturbe le suivi médical et thérapeutique prévu à la sortie. Le manque de coordination parfois observé entre les structures médicales à l'extérieur et le SPIP n'explique pas, à lui seul, cet échec : les SPIP sont en effet confrontés au manque de relais sociaux lors de la sortie de prison, notamment en termes d'hébergement et d'accueil à la sortie de prison. Par ailleurs, la prise en charge sociale s'organise le plus souvent dans les services sociaux des services hospitaliers ou par le biais des associations prenant en charge les patients. L'organisation de cette prise en charge postpénale est compliquée par le fait que la reprise des droits sociaux ne peut s'établir qu'après la sortie et uniquement pour les personnes en situation administrative régulière. Le contraste entre la nécessité d'organiser une prise en charge médicale des détenus dès la sortie et l'absence d'une politique sociale spécifique adaptée aux sortants de prison explique largement la difficulté à promouvoir l'accès aux soins auprès de cette population spécifique, qui cumule déjà des facteurs de vulnérabilité.
3. Le troisième facteur faisant obstacle au principe d'équivalence des soins est, précisément, lié aux caractéristiques de la population détenue, où la précarité, les troubles psychiques et les comorbidités liées à la toxicomanie, freins objectifs au suivi médical, sont surreprésentés. Par ailleurs, la nature des pathologies chroniques auxquelles ces patients sont confrontés et leurs modes de traitement, qui imposent un suivi au long cours et une discipline thérapeutique²³⁴, sont peu ajustés aux schémas cognitifs d'une population caractérisée par un faible niveau d'éducation.
4. Enfin, un quatrième frein à l'application du principe d'équivalence des soins réside dans les conditions particulières de préservation du secret médical en prison. En raison de la promiscuité, la prison est un lieu où le secret médical est difficile à préserver : le passage obligé par un surveillant pour toute convocation, médicale ou non, l'étroitesse et l'insonorisation relative des locaux de soins, les jours de consultation et le nom du médecin qui assure la consultation spécialisée, la prise des traitements en présence de codétenus, sont autant d'éléments qui concourent à la rupture de la confidentialité. Régulièrement, l'administration pénitentiaire demande que les dispositions vis-à-vis du secret médical soient revues pour des questions de sécurité. Ainsi, la réforme de 1994 a donc eu des effets paradoxaux : elle n'a non seulement pas permis de faire de la prison un lieu de sortie de la toxicomanie mais elle n'a même pas facilité l'imposition de la prison comme lieu de décroche, même provisoire ([127] ; [191]).

234 Le traitement du VIH et des hépatites virales chroniques B et C n'ont aucune traduction clinique visible pendant des années. Leur intérêt peut, à ce titre, sembler abstrait à certains patients, ce qui ne les incite pas à un suivi régulier.

Si la prise en charge sanitaire des détenus a connu de réels progrès depuis 1994, après le passage d'une « médecine humanitaire » à une médecine hospitalière en prison, la pratique contredit la volonté du législateur d'offrir aux détenus des soins équivalents à ceux donnés à la population générale, d'abord parce que la position de détenu semble par elle-même incompatible avec le principe d'équivalence des soins : la surpopulation des établissements pénitentiaires, confrontée à l'insuffisance des effectifs médicaux (notamment psychiatriques) et aux contraintes liées à l'enfermement limitent de fait l'accès des détenus aux soins somatiques et/ou psychologiques. D'une manière générale, le système de soins pour les personnes détenues comporte encore de nombreuses défaillances, à la fois en termes d'hygiène, de délais d'attente (pour les soins spécialisés ou les hospitalisations), de permanence des soins (absence de permanence médicale la nuit et les week-ends dans la plupart des établissements pénitentiaires), d'accès aux soins spécialisés (problèmes d'escorte pour les consultations à l'extérieur) et de respect du secret médical (Moreau, 2010). Pour garantir l'égalité des soins et assurer la pérennité de la prise en charge médico-sociale après la libération, les conditions nécessaires semblent être de poursuivre l'amélioration de la prise en charge médicale des personnes au sein des établissements pénitentiaires et de développer pendant le temps de la détention des actions de prévention et des politiques de réduction des risques.

11.4.4. Limites méthodologiques et manques d'information observés

Le constat global est celui d'un relatif déficit d'informations sur la situation sanitaire dans les prisons, par rapport à d'autres pays européens. Les données concernant l'usage de substances psychoactives chez les détenus en France sont anciennes [192], les plus récentes datant de 2003. Ce désintérêt relatif pour les usages de drogues en détention comme objet de recherche n'est pas nouveau. Avant la réforme de 1994, de rares enquêtes étaient menées sur la santé en prison, localement, par des associations de lutte contre le VIH ou par des organismes de recherche sur la santé – à l'instar de l'ORS PACA. Les premières études épidémiologiques spécifiquement consacrées à l'usage de drogues en prison ont vu le jour après la réforme. Conduites par l'INSERM, elles observent l'offre de soins d'une manière limitée à la prise en charge des toxicomanes par les antennes toxicomanie, dans leur ensemble [193] ou dans des établissements pénitentiaires ciblés, comme le centre pénitentiaire des Baumettes où deux enquêtes INSERM ont été menées en 1996 et en 1997. Aujourd'hui encore, les enquêtes sur le VIH, les hépatites et les pratiques à risques en détention sont peu nombreuses et irrégulières. Les données disponibles sont souvent anciennes et les modalités de leur recueil s'avèrent souvent discutables sur un plan méthodologique [132].

Pendant de nombreuses années, la santé des détenus n'a été étudiée, au plan national, qu'à travers l'enquête généraliste menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères sanitaires et sociaux, relative à la santé des entrants en prison, en 1997 puis en 2003. La première édition de cette enquête représentative estimait ainsi qu'environ 30 % des entrants en prison cumulaient les consommations de produits à risque (alcool, tabac, drogues, psychotropes) et que les médecins prescrivaient une consultation spécialisée en psychiatrie pour près d'un entrant sur dix (hors motifs relatifs aux addictions) [152]. Les pathologies psychiatriques dans le milieu carcéral et les prises en charges spécifiques réalisées étaient en revanche peu connues, jusqu'à ce qu'une enquête spécifique soit menée, en juin 2001, auprès des équipes de soignants travaillant dans les SMPR, chargés de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : celle-ci visait à mieux décrire l'état de santé des détenus, interrogés lors de l'entretien d'accueil à l'entrée en détention ou suivis régulièrement en SMPR [154]. Mais la première enquête épidémiologique d'envergure sur la santé mentale des détenus, menée auprès de 1 000

personnes et coordonnée par un groupe d'experts, a été financée par le ministère de la Santé en 2003-2004, dix ans après la loi sur l'équivalence des soins.

Depuis la dernière enquête « santé entrants » de la DREES en 2003, aucune nouvelle étude sur ce thème n'a été réalisée par la direction des études du ministère de la Santé : le ministère a cessé de confier ses enquêtes régulières, sur la substitution d'une part, et la prévalence du VIH et du VHC d'autre part, à ses directions centrales : la Direction générale de la santé et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (devenue depuis 2010 Direction générale de l'offre de soins). Désormais, les connaissances sur la prévalence du VIH et des hépatites en milieu carcéral seront actualisées grâce à l'enquête PREVACAR, dont la coordination scientifique a été confiée à l'Institut de veille sanitaire par la Direction générale de la santé. Cette décision s'inscrit dans le cadre du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 sur la politique de santé pour les détenus qui propose de définir un « corpus commun de données pour un dispositif de surveillance de la santé des détenus incluant des indicateurs relatifs au suivi des pathologies chroniques, de la santé mentale et des maladies infectieuses », notamment en menant des recherches répétées. Le premier exercice de l'enquête PREVACAR, dont les résultats préliminaires ont été exposés ici, a eu lieu en 2010.

De surcroît, les chiffres disponibles sur la prévalence des maladies infectieuses dans les lieux de détention sont partiels : il s'agit souvent de données agrégées, anciennes, souvent déclaratives, portant sur un échantillon limité de détenus, ne permettant pas d'appréhender la proportion d'usagers de drogues en prison ni les cas avérés de transmission par l'échange de seringues. Obtenir un échantillon fiable est complexe, dans la mesure où certains patients ne peuvent être interrogés, pour des raisons disciplinaires ou sécuritaires. Il en résulte une grande variabilité du profil des détenus interrogés selon les études, celles-ci ciblant le plus souvent des populations en fonction du statut judiciaire (détention provisoire ou condamnation, peines courtes ou longues) et du type d'établissement (avec des niveaux de sécurité et des durées de peine variables). Les biais de sélection sont donc consubstantiels à la pratique des enquêtes en prison et les études existantes doivent être interprétées en fonction des critères de sélection définis. L'extrapolation des données s'avère donc délicate, d'autant plus que souvent, aucun examen objectif (par exemple, un dépistage urinaire ou un prélèvement sanguin) n'est réalisé. Par ailleurs, les instruments diagnostiques standardisés classiques n'ont pas été validés pour des populations de détenus. De plus, la crainte du non-respect du secret médical peut fausser les déclarations des détenus, de même que le profil psychologique des détenus lui-même, qui relève une forte prévalence des personnalités antisociales. Plus généralement, les enquêtes portant sur l'usage de drogue et les pratiques à risque proprement dit en prison sont difficiles à réaliser en raison des réticences des détenus à parler de pratiques illégales dans un lieu de sanction mais aussi des réticences des décideurs politiques, peu enclins à reconnaître des pratiques de consommation de drogue dans un lieu supposé accueillir des justiciables pour infractions à la législation des stupéfiants : 20 % des détenus ont d'ailleurs commis des infractions à la législation sur les stupéfiants [194]. Enfin, la conduite d'études fiables sur le plan méthodologique se heurte également à d'autres obstacles en prison : résistances de l'administration pénitentiaire, ambiguïté du consentement dans un lieu de privation de liberté, difficultés techniques multiples pour accéder aux établissements et aux détenus, risque de stigmatisation des populations-cibles. Il apparaît donc nécessaire qu'une prise de conscience forte des enjeux sanitaires en prison s'impose à l'ensemble des acteurs aussi bien de terrain que politiques pour que les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'une politique de santé publique comparable à celle existant en milieu libre puisse exister.

Enfin, outre leur champ limité, leur fréquence irrégulière et leur méthodologie parfois critiquable, les études sur la prévalence des maladies infectieuses, l'incidence des pratiques à risque sur la

sérologie au VIH et au VHC et, plus généralement, l'usage de drogues et le recours à l'injection en détention sont relativement peu nombreuses en France [132]. Le rapport du groupe d'experts VIH de 2008 note par exemple la quasi-absence de données fiables sur l'infection par le VIH et sa prise en charge dans les prisons [186]. D'autres « points aveugles » des dispositifs d'information quantitatifs peuvent être évoqués : la prévalence de l'abus/dépendance dans la population générale des prisonniers (incluant les longues peines), les pratiques de consommation (peu de données sur le sniff, par exemple), les modes d'approvisionnement de drogues en prison, l'évolution des prévalences d'usage de drogues au cours de la période d'incarcération, la contamination virale pendant la détention. Si l'on connaît la prévalence du VIH et des hépatites virales, l'incidence de nouvelles contaminations n'a jamais été évaluée en prison, l'administration pénitentiaire opposant un refus de principe à ce genre d'études. Mal connue, la question des contaminations en détention mériterait pourtant d'être explorée, pour être prise en compte dans le cadre d'une politique de santé publique en milieu carcéral prônant un objectif d'équivalence des soins avec l'extérieur.

11.5. Conclusion

Les études concernant les addictions en prison sont encore peu nombreuses et peu régulières, ce qui ne permet pas de retracer des évolutions. Elles sont en outre délicates à comparer entre elles, en raison des biais de sélection propres à chaque enquête et des difficultés méthodologiques inhérentes aux enquêtes en prison. On peut toutefois faire les constats suivants : les usagers de drogues sont surreprésentés chez les sujets en détention provisoire ou condamnés à de courtes peines ; les produits consommés en prison ne semblent pas spécifiques et leurs proportions sont peu variables dans le temps ; les pratiques d'injection sont fréquentes et se déroulent dans des conditions sanitaires n'assurant pas la prévention des maladies transmissibles par voie sanguine ; la prison joue un rôle favorisant dans l'initiation aux drogues illicites. La proportion non négligeable de prisonniers s'injectant en prison, ajoutée au constat de la forte prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les toxicomanes, fait courir un risque de contamination majeur aux détenus, la distribution de kits stériles étant prohibée en France.

C'est l'une des principales conclusions formulées par l'expertise collective sur la réduction des risques conduite en France en 2010 qui juge que, si différents outils de réduction des risques existent actuellement, encadrés par la circulaire de 1996, il n'y a pas aujourd'hui de politique réelle de réduction des risques en prison en France [103]. En effet, malgré une législation de santé publique volontariste concernant les détenus, la mise en œuvre des outils de réduction des risques est loin d'être systématique : le dépistage n'est toujours pas effectué ; l'accès aux traitements de substitution aux opiacés, considérée par l'OMS comme une mesure de première ligne en détention, demeure très hétérogène et des pratiques inadaptées (pilage de la BHD, mise en solution...) compromettent l'efficacité de ces thérapeutiques ; la distribution bimensuelle d'eau de Javel à chaque détenu, recensée par l'OMS comme une mesure de seconde ligne face notamment aux dispositifs d'échange de seringues, n'est pas souvent observée et aucun mode d'emploi clair n'y est associé la plupart du temps ; l'accès aux préservatifs s'est généralisé mais les conditions d'accès restent insatisfaisantes (informations aux détenus, confidentialité, discrétion, accès souvent unique en lieu de soin) ; enfin, la prévalence du sida et des hépatites virales reste bien supérieure en milieu carcéral qu'en milieu libre, alors même que la prise en charge de ces pathologies se heurte à l'insuffisance de l'accès aux consultations spécialisées (infectiologie, hépatologie, psychiatrie, addictologie...). Aujourd'hui, donc, le principe d'une équivalence des soins et des mesures de prévention entre milieu libre et prison, recommandé depuis 1993 par l'OMS, n'est toujours pas observé en France.

Partie C. Bibliographie

Liste alphabétique des références bibliographiques utilisées

1. BEN LAKHDAR, C., Le trafic de cannabis en France. Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment. 2007, OFDT: St Denis. p. 21.
2. HCSP, Objectifs de santé publique, Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004, propositions, Collection Avis et rapports, avril 2010. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000219/0000.pdf>. 2010.
3. Grünfeld, J.P., Rapport au Président de la République, Recommandations pour le plan cancer 2009-2013 du 14 février 2009, <http://www.e-cancer.fr> 2009.
4. Vaillant, D., D. Raimbourg, and A. Lepetit, Rapport du groupe de travail parlementaire de députés SRC : Légalisation contrôlée du cannabis. 2011, Assemblée nationale: Paris.
5. KOPP, P. and C. PALLE, Vers l'analyse du coût des drogues illégales. Un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts. 1998, OFDT: Paris. p. 80 p.
6. KOPP, P. and P. FENOGLIO, Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. 2000, OFDT: Paris. p. 277 p.
7. Kopp, P. and P. Fenoglio, Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France en 2003 (Réactualisation du rapport OFDT, mai 1998). 2006(Rapport): p. 57 p.
8. Adès, J.E. and M. Gandilhon, Le cannabis dans le débat public et médiatique, in Cannabis, données essentielles, J.M. Costes, Editor. 2007, OFDT: St Denis. p. 161-167.
9. HBSC, Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children (HBSC) international report from the 2005/2006 survey. 2008: Copenhagen. p. 206 p.
10. ESPAD, The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries. 2009: Stockholm. p. 408 p.
11. Parquet, P., Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. Dossiers techniques ed. Éducation pour la santé pour mieux vivre. 1997, Vanves: CFES. 107.
12. DESCO-MILDT, Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire, ed. C. repères. 2006, Paris: CNDP. 125.
13. DGESCO-MILDT, Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire, ed. R.v. scolaire. 2010, Paris: CNDP. 109.

14. Bantuelle, M. and R. Demeulemeester, eds. Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces. 2008, INPES: Paris. 132.
15. LEGLEYE, S., et al., Usages de drogues des étudiants, chômeurs et actifs de 18-25 ans. Tendances, 2008(62): p. 1-4.
16. ASDO, Evaluation qualitative des REAAP. 2009. p. 74.
17. Vaissade, L. and S. Legleye, Capture-recapture estimates of the local prevalence of problem drug use in six French cities. European Journal of Public Health, 2009. 19(1): p. 32-7.
18. BECK, F., et al., Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé. Tendances, 2011(76).
19. CADET-TAIROU, A. and D. CHOLLEY, Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002 : pratiques et disparités à travers 13 sites français. 2004, OFDT: St Denis. p. 120 p.
20. COSTES, J.-M., "une estimation de prévalence", in Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances. Edition 1995. 1995, OFDT: Paris. p. 44-45.
21. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances. Edition 1999. 1999, Paris: OFDT. 271.
22. BELLO, P.Y., Estimations locales de la prévalence de la toxicomanie : rapport final. 1998, OFDT: Paris. p. 104 p.
23. CHEVALLIER, E., Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France : une étude multicentrique à Lens, Lille, Marseille, Nice et Toulouse. 2001, OFDT: Paris. p. 112 p.
24. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002. 2002, Paris: OFDT. 368.
25. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Drogues, chiffres clés. 2009, OFDT: St Denis. p. 6 p.
26. CADET-TAIROU, A., M. GANDILHON, et al., Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009, N.é.d.r.n.d.d. TREND., Editor. 2010, OFDT: St Denis, . p. 281.
27. Cadet-Taïrou, A., A. Coquelin, and A. Toufik, Profils, pratiques des usagers de drogues ENa -CAARUD. 2010, à paraître, OFDT: Saint-Denis.
28. CADET-TAÏROU, A., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND. 2008, OFDT: St-Denis. p. 189.
29. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, La prise en charge et la prévention des addictions : plan 2007-2011. 2006, Ministère de la Santé et des Solidarités: Paris. p. 19.
30. MILDT, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. 2008, La Documentation française: Paris. p. 111.

31. Toufik, A., et al., Profils, pratiques des usagers de drogues - ENa-CAARUD. Résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des « usagers » des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques. 2008: p. 48.
32. CANARELLI, T. and A. COQUELIN, Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Premiers résultats d'une analyse de données de remboursement concernant plus de 4 500 patients en 2006 et 2007. Tendances, 2009(65): p. 1-6.
33. CADET-TAIROU, A., et al., Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. 2010, OFDT: St Denis. p. 281.
34. Afssaps-CEIP, OPPIDUM, RESULTATS DE L'ENQUETE 21 2009.
35. OBRADOVIC, I. and T. CANARELLI, Primoprescription de méthadone en établissement de santé. Tendances, 2008(60): p. 1-4.
36. PALLE, C. and L. VAISSADE, Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005. Tendances, 2007(54): p. 1-6.
37. JAUFFRET-ROUSTIDE, M., et al., Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2006(33): p. 244-247.
38. Bello, P.Y., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND. 2004, OFDT: Saint Denis. p. 271 p.
39. BELLO, P.-Y., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Sixième rapport national du dispositif TREND. 2005, OFDT: St Denis. p. 176.
40. Janssen, E., Les décès par surdose de drogues en France. Une présentation critique. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2009. 57(2): p. 126-129.
41. Lecomte, D., et al., Décès par usage de stupéfiant en Ile-de-France. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 1994. 35: p. 159-161.
42. Lepère, B., et al., Reduction in the number of lethal heroin overdoses in France since 1994. Focus on substitution treatments. Annales de Médecine Interne, 2001. 152 (suppl. n°3): p. 1S5-1S12.
43. Rahis, A.C., A. Cadet-Taïrou, and J.M. Delile, Les nouveaux visages de la marginalité, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, , in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999, OFDT, Editor. 2010, OFDT: Saint-Denis. p. 26-37.
44. Sudérie, G., M. Monzel, and E. Hoareau, Evolution de la scène techno et des usages en son sein, in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999, OFDT, Editor. 2010, OFDT: Saint-Denis. p. 84-93.
45. Fournier, S. and S. Escots, Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gais 2010: Saint-Denis.

46. BELLO, P.-Y., Cadet-Taïrou, A., Halfen, S., L'état de santé des usagers problématiques" in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. 2010, OFDT. p. 38-50.
47. Lahaie E., C.-T.A., The SINTES monitoring system, OFDT Contribution to the National, Alert Unit in France, , in EMCDDA Conference: Identifying Europe Information needs for Effective Drug policy, Poster, Editor. 2009: Lisbon.
48. CADET-TAÏROU, A., et al., Huitième rapport national du dispositif TREND. Tendances, 2008(58): p. 1-4.
49. GAUTIER, A., et al., , Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. 2005, INPES: Saint-Denis. p. 271.
50. GAUTIER, A., Baromètre santé médecins généralistes 2009. Baromètres santé. 2011, St Denis: Inpes. 261.
51. DUPLESSY-GARSON C., Résultats de l'enquête nationale 2007 sur les automates de réduction des risques. . 2007, Association Safe.
52. CHALUMEAU, M., LES CAARUD EN 2008, ANALYSE NATIONALE DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ ASA-CAARUD. 2010, OFDT: St. Denis. p. 21.
53. REYNAUD-MAURUPT, C., et al., Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques". 2007, OFDT: St Denis. p. 143 p.
54. COSTES, J.-M., et al., Prévalence de l'usage problématique de drogues en France - estimations 2006. 2009, OFDT: St Denis. p. 29.
55. Jauffret-Roustide, M., et al., A national cross-sectional study among drug-users in France : epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. BMC Infectious diseases, 2009. 9(113).
56. Brouard, C., et al., Evolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des système de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 200-2007. Surveillance et traitement des hépatites B et C en France : bilan et perspectives). BEH, 2009(20-21): p. 199-204.
57. SANSFACON, D., et al., Drogues et dommages sociaux. Revue de littérature internationale. 2005, OFDT: St Denis. p. 456 p.
58. Toufik, A., et al., Première enquête nationale sur les usagers des caarud. Profil et pratiques des usagers de drogues à partir de l'Enquête Ena-Caarud. Tendances, 2008. 61: p. 4.
59. Cadet-Tairou, A.M.G. and et al., Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. 2010: p. 281.
60. OFDT, Système d'observation RECAP (reccueil de données continu sur les personnes en traitement pour usage problématique de drogues). 2009.
61. Maguet, O. and Calderon C., Insertion par l'emploi des usagers de drogues, in Territoires en réseaux. 2010, Drogues et Société. p. 56.

62. Observatoire International des Prisons, Rapport annuel. Les conditions de détention en France. 2005: Paris. p. 285.
63. BARRE, M.C., M.L. POTTIER, and S. DELAITRE, Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales. 2001, OFDT: Paris. p. 192 p.
64. JOUBERT M. et al, Trafics de drogues et Modes de vie, ENSP, (<http://www.bdsp.ehesp.fr/base/scripts/ShowA.bs?bqRef=117880>). 1995(N°4 p:1-29).
65. Mouquet et al, La santé des personnes entrées en prison en 2003. DRESS Etudes et Résultats, 2005.
66. Rotily, M., Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. , . 2000, ORS PACA. Rapport de la mission santé-justice. Ministère de la justice: Paris.
67. Stankoff, S. and J. Dherot, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. . 2000, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé: Paris.
68. Mouquet et al, La santé des entrants en prison: un cumul de factures de risque. DRESS Etudes et Résultats, 1999. 4(10).
69. Mouquet, M.-C., La santé des personnes entrées en prison en 2003. DRESS Etudes et résultats, 2005(N° 386).
70. DREES, Enquête sur la santé des entrants, in Etudes et résultats. 2005. p. 12.
71. OBRADOVIC, I. and T. CANARELLI, Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. 2008, OFDT: St Denis. p. 80.
72. Ocrtis, Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2008. 2009.
73. Ministère de la Justice, Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire 2010. 2010: DAP/Ministère de la Justice.
74. Timbart, O., 20 ans de condamnations pour crimes et délits. Infostat Justice, 2011(n° 114).
75. Ministère de l'Intérieur (sous-direction de la statistique, d.é.e.d.i.d., Bilan du comportement des usagers de la route, année. 2006. p. 77 p.
76. Obradovic, I., La réponse pénale à l'usage de stupéfiants, OFDT. Tendances, 2010(n° 72).
77. OBRADOVIC, I., Caractéristiques du public reçu dans les Consultations jeunes consommateurs pour un problème d'addiction, 2005-2007. BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2009(30): p. 332-336.
78. Rouillon, F., et al., Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison conduite entre 2003 et 2004. 2007: Inserm.
79. Mouquet and et al., La santé des personnes entrées en prison en 2003. DRESS Etudes et Résultats, 2005.

80. Michel, L., et al., Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE 2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2011(n° 39/2011).
81. Ben Diane, M.-K., M. Rotily, and C. Delorme, Vulnérabilité de la population carcérale française face à l'infection VIH et aux hépatites, in Précarisation, risque et santé, C.P. Joubert M, Facy F, Ringa V., Editor. 2001, Inserm: Paris. p. pp. 437-449.
82. Rotily, M., L'usage de drogues en milieu carcéral, in Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances. Edition 1999, J.-M. Costes, Editor. 1999, OFDT: Saint-Denis.
83. Jean, J.P., Rapport sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés et sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison, rapport du groupe de travail constitué à la demande du Garde des Sceaux, présidé par Jean-Paul Jean, magistrat et inspecteur des services judiciaires. 1996: Paris.
84. Richard, D., J.L. Senon, and M. Valleur, Dictionnaire des drogues et des dépendances. 2004, Paris: Larousse. 626 p.
85. Gandilhon, M. and E. Hoareau, Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France, in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. 2010, OFDT. p. 124-126.
86. Khosrokhavar, F., L'islam dans les prisons. 2004, Paris: Editions Balland.
87. Gentilini, M., Infection à VIH, hépatites, toxicomanies dans les établissements pénitentiaires et état d'avancement de l'application de la loi du 18 janvier 1994. Rapport au garde des Sceaux et au secrétaire d'Etat à la Santé. 1996. p. p. 79.
88. Crofts, N., Hepatitis C infection among injecting drug users: where do we go from here? Drug Alcohol Review, 1994(13(3)): p. 235-237.
89. Michel, L., et al., Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health, 2011.
90. Delfraissy, J.-F., Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Rapport 2002. Recommandations du groupe d'experts J.-F. Delfraissy, Editor. 2002, Flammarion: Paris.
91. Morfini, H. and Y. Feuillerat, Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire. 2001/2004, Ministère de la Santé.
92. Michel, L. and O. Maguet, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, ed. Inserm. 2010: INSERM, expertise collective.
93. Michel, L. and O. Maguet, L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral. Rapport pour la commission nationale consultative des traitements de substitution. 2003.
94. Rotily, M., et al., HIV risk behavior in prison and factors associated with reincarceration of injecting users. Presse Med 29, 2000. 28: p. 1549-1556.

95. Levasseur, L., et al., Fréquence des réincarcérations dans une même maison d'arrêt : rôle des traitements de substitution. Etude rétrospective préliminaire. *Annales de Médecine Interne* . 2002. 153 (Suppl 3): p. 1S14-11S19.
96. Jauffret-Roustide, M. and et al., A national cross-sectional study among drug-users in France : epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infectious diseases*, 2009. 9(113).
97. Obradovic, I. and T. Canarelli, Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. Analyse des pratiques médicales depuis la mise en place de la circulaire du 30 janvier 2002 relative à la primoprescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé. 2008, Saint-Denis: OFDT. 79 p.
98. Maremmani, I. and et al., Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with axis I psychiatric comorbidity. *Journal of Addictive Diseases*, 2000. vol. 19(2): p. 29-41.
99. Leavitt, S.B., et al., When "enough" is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 2000. vol. 67(n° 5 & 6): p. 404-411.
100. Michel, L., Addiction aux substances psychoactives illicites-polytoxicomanies. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2006. vol. 164(3): p. 247-254.
101. OMS (WHO), Effectiveness of sterile and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for Action. Technical papers. 2005: World Health Organization.
102. Hagan, H. and et al., Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? *Epidemiology*, 2003(14): p. 628-629.
103. Bello, P.-Y., et al., Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Expertise collective. 2010, Paris: Inserm.
104. Rotily, M., Stratégies de réductions des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral. Prévalence des pratiques : synthèse, in Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral, S. Stankoff and J. Dherot, Editors. 2000, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé.
105. Harding-Pink, D., Mortality following release from prison. *Med. Sci. Law*, 1990. Vol. 30(n° 1).
106. Seaman, S.-R., R.-P. Brettle, and S. Gore, Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal*, 1998. 316: p. 426-428.
107. Marzo, J.N., et al., Maintenance therapy and 3-year outcomes of opioid-dependent prisoners: a prospective study in France (2003-2006). *Addiction*, 2009. 104: p. 1233-1240.
108. CADET-TAIROU, A., A. COQUELIN, and A. TOUFIK, CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008. *Tendances*, 2010(74).

109. REYNAUD-MAURUPT, C., Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes - Une enquête qualitative exploratoire conduite en France. 2006, OFDT: St Denis. p. 160 p.
110. TOUFIK, A., S. Legleye, and M. Gandilhon, Approvisionnement et prix in Cannabis, données essentielles, J.-M. Costes, Editor. 2007, OFDT: St Denis. p. 66-72.
111. WEINBERGER, D., Réseaux criminels et cannabis indoor en Europe : maintenant la France ? Drogues, enjeux internationaux, 2011(1).
112. Ben Lakhdar, C., Le trafic de cannabis en France. Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment. 2007: p. 21.
113. OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants), Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2008. 2009, Ministère de l'Intérieur, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire.
114. TOUFIK, A., S. ESCOTS, and C.-T. A., La transformation des usages de drogues liées à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés, in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. 2010, OFDT. p. 10-25.
115. MERLE S and VALLART M, Martinique, Guyane : les spécificités de l'usage ultra-marin in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. 2010, OFDT. p. 62-72.
116. GIRARD G and BOSCHER G, L'ecstasy, de l'engouement à la 'ringardisation' in Costes, J.M., Les usages de drogues en France depuis, 1999. 2010, OFDT. p. 96-105.
117. Institut National de Police Scientifique, Statistiques 2009. 2010. p. 41.
118. Ocrtis, Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2010. 2011, Ministère de l'Intérieur, Direction générale de la police nationale, Direction centrale de la police judiciaire.
119. SINTES, Composition de l'héroïne et connaissance des usagers - Résultats de l'enquête SINTES Observation (mars 2007 à juin 2008). 2010, OFDT: Saint Denis. p. 36 pages.
120. Ocrtis, Trafic et usages des produits stupéfiants en France en 2010. 2011, Ocrtis: Paris.
121. LAHAIE, E., Enquête 2009 SINTES sur la composition des produits de synthèse. 2011, OFDT: Saint Denis. p. 48 pages.
122. Chauvenet, A., C. Faugeron, and P. Combessie, Approches de la prison. 1996, Bruxelles: De Boeck-Université/Montréal, Presses de l'Université de Montréal/Ottawa.
123. Observatoire international des prisons, Prisons : état des lieux. 2000, Paris: L'Esprit frappeur.
124. Observatoire international des prisons, Les conditions de détention en France. Rapport 2005. 2005, Paris: La Découverte. 285 p.
125. Combessie, P., Sociologie de la prison. 2004, Paris: La Découverte.

126. Chantraine, G. and P. Mary, Introduction. Mutations pénales, nouvelles perspectives d'analyse. *Déviance et société*, 2006. 30(2006/3): p. 267-271.
127. Bouhnik, P. and S. Touzé, *Héroïne, sida, prison, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés*. 1996, Paris: RESSCOM, ANRS.
128. Fernandez, F., *Emprises. Drogues, errance, prison : figures d'une expérience totale*. 2010, Bruxelles: Larcier.
129. *Revue française des affaires sociales, La santé en prison : un enjeu de santé publique. Revue française des affaires sociales (RFAS)*, 1997(numéro spécial).
130. Haut comité de la santé publique (HCSP), *La santé en prison. Actualité dossier santé publique (adsp)*, 2004(n° 44).
131. Lebeau, B., *La réduction des risques et l'esprit des lois. Psychotropes - Revue internationale des toxicomanies*, 1997(4).
132. Michel, L., P. Carrieri, and A. Wodak, Preventive measures and equity of access to care for French prison inmates: still limited knowledge, but urgent need for action. *Harm Reduction Journal*, 2008(5:17).
133. Hyst, J.-J. and G.-P. Cabanel, *Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*. 2000, Sénat.
134. Ministère de la Justice, *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire*. 2011: DAP/Ministère de la Justice.
135. Tournier, P.-V., *L'état des prisons françaises. Pouvoirs*, 2010. 2010/4(n° 135): p. 93-108.
136. Kensey, A., *Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques (Direction de l'administration pénitentiaire)*, 2010(n° 35).
137. Aebi, M. and N. Delgrande, *Annual penal statistics SPACE 1 Survey 2008*. 2010a, Strasbourg: Conseil de l'Europe.
138. Tournier, P.-V., *Prisons d'Europe, inflation carcérale et surpeuplement*. 2002, Paris: CESDIP.
139. Portelli, S., *Les alternatives à la prison. Pouvoirs*, 2010. 4(n° 135): p. 15-28.
140. Aebi, M. and N. Delgrande, *Annual penal statistics SPACE 2. Non-custodial sanctions and measures served in 2007*. 2010b, Strasbourg: Conseil de l'Europe.
141. Bérard, J. and G. Chantraine, *80 000 détenus en 2017 ? Réforme et dérive de l'institution pénitentiaire*. 2008, Paris.
142. Observatoire international des prisons, *Les conditions de détention en France. Rapport 2003*. 2003, Paris: La Découverte.
143. Vasseur, V., *Médecin-chef à la prison de la Santé*. 2000, Paris: Le Cherche Midi éditeur.

144. Décarpes, P., Topologie d'une prison médiatique. Champ pénal, Nouvelle revue internationale de criminologie, 2004. vol. 1.
145. Mermaz, L. and J. Floch, Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises. Tome I : rapport. Tome II : auditions. 2000, Assemblée nationale.
146. Lecerf, J.-R., L'administration pénitentiaire face au risque suicidaire. Avis n° 104 (2008-2009) fait au nom de la commission des lois, déposé le 20 novembre 2008 sur le projet de loi des finances 2009. 2009, Sénat.
147. Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), Rapport d'activité 2010. 2011, Paris: Dalloz.
148. Danet, J., Cinq ans de frénésie pénale, in La frénésie sécuritaire, L. Mucchielli, Editor. 2008, La Découverte: Paris. p. pp. 19-29.
149. Insee, L'histoire familiale des hommes détenus. Synthèse, 2002(n° 59).
150. Pauly, V., et al., Evaluation des conduites addictives chez les personnes entrant en milieu pénitentiaire à partir du programme OPPIDUM du réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP). L'Encéphale, 2010(n° 36): p. 15-28.
151. social, C.é.e., Les conditions de la réinsertion socio-professionnelle des détenus en France. Rapport présenté par Decisier D. Journal officiel, 2005.
152. Mouquet and et al., La santé des entrants en prison: un cumul de factures de risque. DRESS Etudes et Résultats, 1999. 4(10).
153. Marchetti, A.-M., La France incarcérée. Etudes, 2001. Tome 395(9): p. 177-185.
154. Coldefy, M., P. Faure, and N. Pietro, La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. DREES, Etudes et résultats, 2002(181).
155. Bessin, M. and M.-H. Lechien, Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison. 2000, Centre de sociologie européenne, EHESS: Paris.
156. Institut national de veille sanitaire (InVS), Caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés (CNAMTS), and Centre technique d'appui et de formation des centre d'examents de santé (CTAFCES), Estimation du taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004. 2005, Saint-Maurice: InVS. 14 p.
157. Sanchez, G., Le traitement du VHC en prison : le foie, une bombe sous les barreaux. Journal du sida, 2006(n° 185): p. 9-12.
158. Haut comité de la santé publique (HCSP), Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. 1993, Ecole nationale de la santé publique: Rennes.

159. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001). 2000, Paris: Documentation française. 226 p.
160. Stankoff, S. and J. Dherot, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. 2000.
161. Obradovic, I., Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, 2003. 2004. 2-11-094940-6: p. 100 p.
162. Prudhomme, J., M.K. Ben Diane, and M. Rotily, Evaluation des unités pour sortants (UPS). 2001: p. 117 p.
163. Prudhomme, J., P. Verger, and M. Rotily, Fresnes - Mortalité des sortants. Etude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes. Second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS). 2003, Saint-Denis: OFDT.
164. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool : 2004-2008. 2004, Paris: La Documentation française. 76 p.
165. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. 2008, Paris: La Documentation française.
166. Ministère de la Santé et des Sports and Ministère de la Justice et des libertés, Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. 2010: Ministère de la Santé et des Sports/Ministère de la Justice et des libertés,.
167. Coppel, A., Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. 2002, Paris: La Découverte.
168. Bergeron, H., L'état et la toxicomanie : histoire d'une singularité française. 1999, Paris: PUF. 370 p.
169. Crofs, N., Hepatitis C infection among injecting drug users: where do we go from here? Drug Alcohol Review, 1994(13(3)): p. 235-237.
170. Conseil national du sida (CNS), Note valant avis l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires, 10 septembre 2009. 2009.
171. Pradier, P., La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 : évaluation et perspectives. 1999, Paris: Administration pénitentiaire.
172. Kanoui-Mebazaa, V. and M.-A. Valantin, La santé en prison. Les tribunes de la santé, 2007. 2007/4(17): p. 97-103.
173. Kensey, A. and L. Cirba, Les toxicomanes incarcérés. 1989, Paris: Ministère de la Justice-Direction de l'administration pénitentiaire.
174. Rotily, M., Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. 2000.

175. Rotily, M., L'infection à VIH en milieu carcéral. 1997, ORS: Marseille.
176. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Enquête un jour donné sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire : résultats de l'enquête de juin 2003. 2004: Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).
177. ORS PACA, Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport final. 1998, ORS PACA.
178. sida, C.n.d., Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux, 20 janvier 2011. 2011.
179. Commission consultative des droits de l'homme (CNCDH), Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues. Propositions. Résolution adoptée par l'Assemblée plénière le 19 janvier 2006. 2006.
180. Verger, P., et al., High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. *Journal of Forensic Science*, 2003. vol. 48(n° 3).
181. DRASS Ile-de-France (DRASSIF), VIH/IST/hépatites en milieu carcéral en Ile-de-France. Etat des lieux et propositions, septembre 2007. 2007.
182. Inspection général des affaires sociales (IGAS) and Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation. 2001: La Documentation française.
183. Caumon, M.-J., et al., L'accès à la méthadone en France. Rapport réalisé à la demande du ministre de la Santé. 2002.
184. Cour des comptes, Rapport public annuel 2010. 2010.
185. Haute autorité de santé (HAS), Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage. Recommandations en santé publique. 2009.
186. Yeni, P., et al., Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts, ed. P. Yeni. 2008, Paris: Flammarion.
187. Darke, S., S. Kaye, and R. Finlay-Jones, Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients. *Addiction*, 1998(93(8)): p. 1169-1175.
188. OMS, ONUDC, and ONUSIDA, Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Décontamination Strategies. 2007.
189. Michel, L. and O. Maguet, Traitements de substitution en milieu carcéral : guide des bonnes pratiques. *L'Encéphale*, 2005. 31(cahier 1): p. 92-97.
190. Lechien, M.-H., L'impensé d'une réforme pénitentiaire. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2001(n° 136-137).
191. Brillet, E., La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique. *Archives de la police criminelle*, 2009. 2009/1(31): p. 107-143.

192. Bonnevie, M.-C. and M. Wcislo, Enquête "un jour donné" en milieu pénitentiaire sur l'infection par le VIH. Principaux résultats année 1996. 1996, Paris: ministère de la Justice, ministère du Travail et des Affaires sociales.
193. Facy, F., et al., Toxicomanes incarcérés vus dans les antennes toxicomanie : enquête épidémiologique 1994. 1995: p. 44 p.
194. De Bruyn, F. and J.-C. Cagnet, Usage et trafic de produits stupéfiants des personnes prises en charge par l'Administration pénitentiaire, in La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), A. Bauer, Editor. 2010, CNRS: Paris.
195. PLANCKE, L. and Y. SCHLERET, Les déplacements transfrontaliers liés aux drogues dans le Nord et l'Est de la France, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, vus à travers le dispositif TREND, COSTES JM (Dir), Editor. 2010, OFDT: Saint-Denis. p. 137-145.
196. MISSION OPERATIONNELLE TRANSFRONTALIERE, Etat des lieux de la coopération transfrontalière sanitaire. 2001, Editions de l'Ecole nationale de la santé publique: RENNES.
197. TUTELEERS P and P. HEBBERECHT, Drug related cross-border trafic patterns. 1998, European forum for urban safety. p. 84.
198. OFDT, Les consommations transfrontalières, in Tendances récentes, rapport TREND. 2000: PARIS. p. 61-65.
199. SUDERIE, G., Phénomènes transfrontaliers concernant l'usage et l'achat de drogues et l'usage de dispositifs de soins ou de réduction des risques ; Contribution du Pôle TREND de Toulouse, Note à l'OFDT, Editor. 2011: Toulouse.
200. GANDILHON, M., Le petit trafic de cocaïne en France. Tendances, 2007. 53: p. 4.
201. FOURNIER, S. and S. ESCOTS, eds. Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gais. ed. OFDT. 2010: Saint-Denis.
202. PLANCKE, L., S. LOSE, and S. WALLART, Usages de drogues sur le site de Lille en 2010. Etat des lieux et endances récentes 2011, Le Cèdre Bleu / OFDT. p. 103.
203. JEANMART, C., Des usagers, des drogues et des familles. Analyse de trajectoire de recours en territoires transfrontaliers franco-belge. 2005, CNRS-Clersé-IFRESI: Lille.
204. TOUFIK, A., S. ESCOTS, and A. CADET-TAIROU, La transformation des usages de drogues liée à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. 2010, OFDT: Saint-Denis. p. 10-25.
205. GANDILHON, M. and E. HOAREAU, Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.
206. MADESCLAIRE, T., Première et deuxième notes de synthèse sur les consommations de substances psychoactives en contextes gais parisiens - observations ethnographiques. 2010, non publié, Association Charonne / OFDT: Paris.

207. SUDERIE, G., M. MONZEL, and E. HOAREAU, Evolution de la scène techno et des usages en son sein, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.
208. CADET-TAIROU, A., et al., Drogues et usages de drogues en France ; état des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. 2010, OFDT: Saint-Denis. p. 280.
209. URIELY, N. and Y. BELHASSEN, Drugs and risk-taking in tourism. Annals of Tourism Research, 2006. 33(2): p. 339-359.
210. SCHLERET, Y., M. MONZEL, and O. ROMAIN, Phénomènes émergents liés aux drogues en 2010, Tendances récentes sur le site de Metz. 2011, CMSEA / ORSAS/ OFDT: Metz.
211. SUDERIE, G., Phénomènes émergents liés aux drogues, tendances récentes sur les usages de drogues à Toulouse en 2007. 2006, Graphiti - CIRDD Midi-Pyrénée / OFDT: Toulouse.
212. SUDERIE, G., Phénomènes émergents liés aux drogues, tendances récentes sur les usages de drogues à Toulouse en 2006. 2007, Graphiti - CIRDD Midi-Pyrénée / OFDT: Toulouse.
213. SUDERIE, G., Phénomènes émergents liés aux drogues, tendances récentes sur les usages de drogues à Toulouse en 2007. 2008, Graphiti - CIRDD Midi-Pyrénée / OFDT: Toulouse.
214. RAHIS, A., A. CHARMETANT, and J. DELILE, Bordeaux, rapport TREND 2010. 2011, CEID / OFDT: Bordeaux.
215. PANUNZI-ROGER, N. and B. CASTEL, Les soins de toxicomanie en zone frontalière : situation dans le Hainaut et le département du Nord. Psychotropes, 2002 à vérifier. 7(3-4): p. 102-125.
216. JEANMART, C., Médecins généralistes et usagers de drogues. Pour une analyse des pratiques en territoire transfrontalier franco-belge. 2006-2007, ALTO-SSMG, G&T59-62, CLERSE.