

2017

**Prison workbook
(Prison)**

France

Rapport national 2017 (données 2016) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : Christophe Palle

Contributions aux workbooks

- 1.1 *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez
- 1.2 *Cadre légal* : Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez
- 2 *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Agnès Cadet-Taïrou, Magali Martinez, Eric Janssen
- 3.1 *Prévention*: Carine Mutatayi, Caroline Protais
- 3.2 *Prise en charge et offre de soins* : Christophe Palle, Anne-Claire Brisacier, Caroline Protais
- 3.3 *Bonnes pratiques* : Carine Mutatayi
- 3.4 *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz-Gómez, Maitena Milhet, Thomas Néfau
- 4 *Marché et criminalité* : Michel Gandilhon, Magali Martinez, Thomas Néfau, Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez
- 5.1 *Prison* : Caroline Protais
- 5.2 *Recherche* : Isabelle Michot, Maitena Milhet

Relecture (version française) : Julie-Émilie Adès, Ivana Obradovic (OFDT) ; Nicolas Prisse, président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, et les chargés de mission de la MILDECA

Relecture (version anglaise) : Julien Morel d'Arleux, Anne de l'Eprevier

Références bibliographiques : Isabelle Michot

Références législatives : Anne de l'Eprevier

Table of Contents

T0. Summary	3
T1. National profile	5
T1.1 Organization	5
T1.2 Drug use and related problems among prisoners.....	6
T1.3 Drug-related health responses in prisons.....	9
T1.4 Quality assurance of drug-related health prison responses.....	13
T2. Trends (Not applicable for this workbook.)	14
T3. New developments	14
T4. Additional information	15
T5. Sources and methodology.	15

T0. Summary

Please provide an abstract of this workbook (target: 500 words) under the following headings:

- National profile
 - Summary of T.1.1: Provide core data on prison system: number of prisons and of prisoners, trends.
 - Summary of T1.2.1: please describe drug use among prisoners prior to imprisonment and drug use inside prison;
 - Summary of T1.2.2 : please describe risk behaviour and health consequences among prisoners before and in prison;
 - Summary of T.1.3: please provide a summary of the main forms of drug supply in prison;
 - Summary of T1.3.1: refer to policy or strategy document at national level deals with drug-related prison health;
 - Summary of T1.3.2: please refer to the ministry (or other structure) in charge of prison health and describe role of external (community-based) service providers (if any);
 - Summary of T1.3.3: please describe the types of drug-related health responses available in prisons in your country and if possible the scale of provision in terms of coverage and capacity.

Au 1^{er} janvier 2016 la France comptait 187 établissements pénitentiaires comprenant 58 561 places de détention « opérationnelles ». Avec 66 678 détenus, la France présente une densité carcérale d'environ 114 détenus pour 100 places. Les études menées il y a une dizaine d'années montraient qu'un tiers des nouveaux détenus déclaraient une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'entrée en prison. Environ 11 % des détenus déclarant une utilisation régulière de drogues illicites consommaient plusieurs produits avant l'incarcération. La dépendance concernait 10 % des personnes détenues, mais le nombre global d'utilisateurs problématiques de drogues (PDU) n'est pas chiffré en France. La pratique de l'injection apparaissait importante chez les entrants en prison : au cours de l'année précédant l'incarcération, 2,6 % d'entre eux étaient concernés en 2003. Peu d'études fournissent des données sur la consommation intra-carcérale. Les seules enquêtes récentes sur le sujet ne fournissent que des données préliminaires. Les personnes détenues sont plus touchées par les maladies infectieuses que la population générale : bien qu'en recul, les prévalences d'infection du VIH varient selon les sources, entre 0,6 % et 2,0 % (3 à 4 fois plus qu'en population générale), tandis que celles du VHC se situent entre 4,2 % et 6,9 % (4 à 5 fois plus).

Depuis 1994, le ministère de la Santé est responsable de la santé en prison. La prise en charge des addictions en milieu carcéral repose sur un système triple : les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA – devenues unités sanitaires en milieu pénitentiaire : USMP) chargées de la santé somatique des personnes détenues ; les SMPR (services médico-psychologiques régionaux), implantés dans chacune des régions françaises, prennent en charge les toxicomanes du point de vue de la santé mentale dans les établissements où il n'y a pas de centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pénitentiaire ; enfin, des CSAPA en milieu pénitentiaire interviennent dans les 16 plus gros établissements de France (couvrant environ un quart de la population incarcérée). Par ailleurs, un CSAPA référent est désigné pour chaque établissement pénitentiaire afin de permettre un accompagnement des personnes détenues ayant des problèmes d'addiction, particulièrement à leur sortie de prison.

Pour garantir l'application des mesures de réduction des risques, deux principaux outils de prévention des maladies infectieuses sont mis en œuvre au sein des établissements pénitentiaires depuis 1996. Tout d'abord une personne détenue suivant un traitement de substitution aux opiacés (TSO) doit pouvoir non seulement continuer son traitement en prison mais aussi initier un traitement si elle le souhaite. En complément de la substitution, les établissements pénitentiaires proposent des outils de prévention et de décontamination pour lutter contre le VIH et les hépatites.

Depuis 2009, différents textes proposent d'intensifier les mesures de réduction des risques en prison. Les principaux axes d'amélioration concernent le renforcement de la couverture et du rôle des CSAPA référents, la systématisation des tests de dépistage, et l'accès généralisé à l'ensemble des mesures de réduction des risques existantes, y compris les programmes d'échange de seringues. La loi de modernisation de santé de 2016 réaffirme ces ambitions. Son décret d'application est attendu pour fin 2017, début 2018.

- New developments
 - Summary of T3: please describe the most recent developments in drug use (including NPS), and drug related interventions in prison

Le rapport sur l'évaluation des politiques interministérielles d'insertion des personnes confiées à l'administration pénitentiaire par l'autorité judiciaire paru en juillet 2016 émet un certain nombre de préconisations concernant la réinsertion des détenus présentant des conduites addictives :

- la multiplication des programmes alternatifs à la détention en cas de commission de délits liés aux addictions sur le modèle du dispositif de Bobigny.
- le développement des unités thérapeutiques en détention dédiées à la lutte contre les addictions à l'instar des programmes existants à l'étranger, sur le modèle de l'unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD), mise en œuvre à titre expérimental dans un établissement pour peine, dont l'OFDT est en charge de l'évaluation.
- la systématisation d'un programme de traitement et de suivi à l'issue de la période de détention pour toute personne souffrant d'addictions.

T1. National profile

T1.1 Organization

The purpose of this section is to

- describe the organisation of prisons and the prison population, in general, regardless drug use and related problems

Please structure your answers around the following question.

*T1.1.1 **Optional.** Please provide a short overview of prison services in your country: relevant topics here could include: number of prisons, capacity, & differing inmate profile (type offence, gender, age).*

Please note that SPACE statistics, which provide the statistics on the prison population in Europe (<http://www3.unil.ch/wpmu/space/space-i/annual-reports/>), will be used to complement this information.

Description du système pénitentiaire

Au 1^{er} janvier 2016, la France comptait 187 établissements pénitentiaires (Sous-direction de la statistique et des études 2016) comprenant 58 561 places de détention « opérationnelles » réparties entre :

- 86 maisons d'arrêt et 45 quartiers maison d'arrêt situés dans des centres pénitentiaires, qui accueillent les prévenus (en attente de jugement), les condamnés dont la durée de peine restant à effectuer est inférieure à 1 an ou qui sont en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale) ;
- 94 établissements pour peine (qui hébergent plusieurs quartiers), soit :
 - 50 centres pénitentiaires qui comprennent au moins deux quartiers de régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) ;
 - 27 centres de détention et 39 quartiers « centres de détention », qui accueillent les majeurs condamnés présentant les meilleures perspectives de réinsertion. Leur régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation ;
 - 6 maisons centrales et 8 quartiers de maison centrale recevant les détenus les plus difficiles ;
 - 11 centres de semi-liberté et 14 quartiers de semi-liberté recevant des condamnés admis par le juge d'application des peines au régime du placement extérieur sans surveillance ou en semi-liberté, et 9 quartiers pour peines aménagées (situés dans des centres pénitentiaires) ;
- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs, créés par la loi d'orientation et de programmation de la justice de 2002 [Loi n°2002-1138 d'orientation et de programmation pour la justice]. Et 46 quartiers mineurs placés au sein des établissements pénitentiaires.
- 1 établissement public de santé national à Fresnes (relevant aussi du ministère de la Santé), qui accueille des personnes placées sous main de justice (prévenues et condamnées) présentant des pathologies somatiques et/ou psychiatriques.

D'après les données de l'administration pénitentiaire, la population écrouée en France est composée à près de 80 % de personnes condamnées et 14,7 % sont présentes au titre d'une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS – c'est-à-dire liés à l'usage, l'usage-revente et au trafic) ; et ce sont presque exclusivement des hommes (97 %).

T1.2 Drug use and related problems among prisoners

The purpose of this section is to provide a commentary on the

- Prevalence and patterns of drug use and the related problems among prisoners
- Numerical data submitted in the relevant parts of ST 12, ST 9, TDI

Please structure your answers around the following questions.

T1.2.1 Please comment on any recent studies that provide information on prevalence of drug use (please specify substance covered and provide links if available). Structure your answer under the headings:

- Drug use prior to imprisonment
- Drug use inside prison

Usage de drogues avant incarcération

Les études menées il y a une dizaine d'années par la DREES montraient qu'un tiers des nouveaux détenus déclaraient 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 détournés (5,4 %), autres produits (LSD, ecstasy, colles, solvants : 4,0 %) (Mouquet 2005). Environ 11 % des détenus déclarant une utilisation régulière de drogues illicites consommaient plusieurs produits avant l'incarcération. La dépendance¹ concerne 10 % des personnes détenues (Falissard *et al.* 2006) : elle atteint 40 % parmi celles incarcérées depuis moins de 6 mois (Duburcq *et al.* 2004). Il reste toutefois difficile de quantifier précisément ce phénomène, du fait des difficultés d'interprétation liées aux conditions du recueil en milieu fermé.

Usage de drogues en prison

L'incarcération marque rarement l'arrêt des consommations : l'ensemble des produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant l'incarcération restent consommés, dans des proportions qui seraient toutefois moindres, pendant l'incarcération (Rotily 2000).

La détention serait par ailleurs marquée par un transfert des usages de drogues illicites (moins disponibles) vers les médicaments (Stankoff *et al.* 2000). Enfin, une part (qui n'est pas précisément chiffrée) des personnes détenues s'initient, pendant l'incarcération, à la consommation de produits illicites ou de médicaments de substitution aux opiacés détournés de leur usage. Le détournement de médicaments serait un phénomène en augmentation et plus présent dans les prisons pour femmes que pour hommes (Marais-Gaillard 2007).

Quelques enquêtes récentes permettent d'apporter des données préliminaires de quantification des consommations. Une thèse récente (D'almeida *et al.* 2016) estime que 8 prisonniers sur 10 fument dans les espaces intérieurs des établissements pénitentiaires (du tabac et/ou du cannabis). D'après les résultats d'une étude préliminaire sur l'analyse des eaux usées à la sortie de trois établissements pénitentiaires français, effectuée par l'OFDT (Néfaux *et al.* 2017), la consommation de cannabis apparaît comme étant importante en milieu carcéral : elle se situerait entre 0,7 et 2,8 joints par jour par détenu. Les quantités consommées quotidiennement au sein de l'établissement pénitentiaire apparaissent jusqu'à trois fois plus élevées que ce qui est observé à l'extérieur en population générale, même en considérant que tous les usagers d'un établissement consomment. À l'inverse, les usages d'héroïne et de cocaïne seraient marginaux (la cocaïne pouvant représenter 1 à 4 prises pour 1000 détenus). Enfin, les proportions de médicaments (TSO et benzodiazépines) retrouvées étaient conformes aux doses prescrites par les unités sanitaires ce qui permet de valider les résultats obtenus pour les autres substances. Ces résultats restent toutefois à considérer avec précaution dans la mesure où les prélèvements ne concernent qu'un nombre très réduit d'établissements. D'autres prélèvements, sur de plus longues périodes et sur d'autres

¹ Selon les critères du DSM IV.

établissements, sont en cours de réalisation et fourniront ainsi des informations plus solides sur les usages en milieu carcéral.

Le nombre global d'usagers problématiques de drogues (PDU) n'est pas chiffré en France dans le contexte particulier de la détention.

T1.2.2 Please comment on any studies that estimate drug-related problems among the prison population. If information is available please structure your answer under the following headings

- Drug related problems – on admission and within the prison population
- Risk behaviour and health consequences (please make specific reference to any available information on data on drug related infectious diseases among the prison population)

Problèmes liés aux drogues en prison

Si les drogues illicites circulent dans les prisons en France, l'ampleur du phénomène est difficile à apprécier. Les quelques données officielles dont on dispose en la matière remontent au début des années 2000 : le trafic de drogues en prison affectait alors 75 % des établissements pénitentiaires français (Jean et Inspection générale des services judiciaires 1996). Dans 80 % des cas, la substance saisie était le cannabis, dans 6 % il s'agissait de médicaments et le reste concernait l'héroïne et d'autres drogues (Senon *et al.* 2004).

Comportements à risque et conséquences sur la santé

Qu'elles soient amorcées ou poursuivies en prison, les consommations de stupéfiants pèsent fortement sur l'état de santé des intéressés : abcès graves, accidents en cas d'association des médicaments à d'autres produits, état de manque sévère et de plus longue durée, apparition ou renforcement de pathologies psychologiques ou psychiatriques (Obradovic *et al.* 2011). De surcroît, les personnes détenues constituent une population qui, du point de vue des conséquences sanitaires et sociales de l'usage de drogues, cumule les facteurs de risque. Le faible accès aux soins de cette population et, plus fondamentalement, les situations de précarité et d'exclusion auxquelles elle a souvent été confrontée avant l'incarcération (absence de domicile stable, de protection sociale, etc.) contribuent à expliquer la prévalence des consommations à risque chez les entrants en détention.

La pratique de l'injection paraît importante en détention, bien que le nombre d'usagers par voie intraveineuse tende à diminuer : cela concernait, au cours de l'année précédant l'incarcération, 6,2 % des entrants en 1997 (Mouquet *et al.* 1999) ; ils n'étaient plus que 2,6 % en 2003 (Mouquet 2005). Selon les études, 60 % à 80 % des personnes détenues concernées cessent de s'injecter en détention (Stankoff *et al.* 2000). Les 20 % à 40 % restants semblent en réduire la fréquence, en augmentant toutefois les quantités injectées ; ils sont aussi 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 importants (Rotily *et al.* 1998). Ainsi, les personnes ayant connu au moins un épisode d'incarcération ont un taux de prévalence de l'hépatite C presque 10 fois supérieur à celui de la population générale (7,1 % contre 0,8 %) d'après les données issues de l'enquête Coquelicot menée en 2004.

Les personnes détenues sont plus touchées par les maladies infectieuses que la population générale (DGS 2011; DHOS 2004; Sanchez 2006) : bien qu'en recul, les prévalences d'infection du VIH varient, selon les sources, entre 0,6 % et 2,0 % (3 à 4 fois plus qu'en population générale (InVS 2009)), tandis que celles du VHC se situent entre 4,2 % et 6,9 % (4 à 5 fois plus (DHOS 2004; Meffre 2006; Remy 2004; Semaille *et al.* 2013)). Chez les personnes sous TSO, ces prévalences infectieuses sont encore plus élevées, tant pour le

VIH (3,6 %) que pour le VHC (26,3 %), l'usage de drogues étant le mode de contamination le plus fréquent (70 %).

Les risques psycho-sociaux liés à la consommation des stupéfiants en prison sont également importants. Le trafic qu'elle engendre serait une cause réelle de violence entre détenus, engendrant des règlements de compte, des menaces, un phénomène de racket (Canat et Gales 2012; Chantraine 2004; Fernandez 2010).

T.1.2.3 Please comment on any recent data or report that provide information on drug supply in prison (for example on modus operandi)

La littérature sociologique sur la prison présente l'échange de substances psychoactives et de médicaments détournés de leur usage comme omniprésent dans les prisons françaises. Les enquêtes portant directement sur l'offre de drogues en milieu carcéral restent toutefois rares et anciennes. Ce type d'échanges s'intégrerait dans un réseau de transactions plus large et concernerait 50 % de la population carcérale (Jean *et al.* 1996). Le cannabis serait la substance circulant le plus, représentant 80 % des produits saisis dans les établissements pénitentiaires français, loin devant les médicaments (6 %). Les lieux par lesquels les drogues entrent en détention seraient principalement les parloirs (47 %) (Jean *et al.* 1996), les réincarcérations (11,5 %), les retours de permission (12 %), les projections au-dessus du mur d'enceinte et le courrier. Le troc serait par ailleurs organisé autour d'un système de « guetteurs » tenu par des détenus, et aurait lieu dans des espaces géographiques non surveillés (Jean *et al.* 1996). Les promenades ainsi que les « yoyos¹ » seraient également des espaces et des moyens privilégiés (Chantraine 2004) pour se faire passer les produits. La monnaie d'échange la plus courante serait des coupes de cheveux, des médicaments psychotropes et autres biens et services (Chantraine 2004).

Les stratégies adoptées par le personnel sanitaire et pénitentiaire pour répondre à l'entrée et l'échange de drogues étaient considérées au début des années 2000 comme partielles, variant selon les établissements (Jean *et al.* 1996; Obradovic 2005; Pradier 1999). Lorsque des réponses étaient apportées par l'établissement pénitentiaire, elles étaient principalement d'ordre disciplinaire (commissions disciplinaires dans 93 % des cas, suivie d'une sanction disciplinaire dans 95 % des cas) (Jean *et al.* 1996). Les suites données au niveau du parquet intervenaient seulement dans 41 % des cas. Les unités sanitaires en milieu carcéral adoptaient également des réponses pour limiter le mésusage et l'échange de médicaments psychotropes (Obradovic 2005). Ces dernières présentaient une hétérogénéité importante, tout en soulevant des désaccords et des conflits éthiques profonds entre les professionnels. Certains adoptaient volontiers des attitudes sanctionnantes allant dans le sens de la réduction des doses prescrites, posant la question de l'égalité des détenus devant les soins par rapport à la population ordinaire. D'autres, qui ne veulent pas voir la population carcérale discriminée sont accusés d'adopter des attitudes démissionnaires.

Ces études présentent néanmoins la limite incontestable d'être anciennes. L'enquête Circé (CIRculation Consommation Échange : drogues en milieu carcéral) est actuellement menée par l'OFDT grâce un financement du ministère de la Justice. Les premiers résultats attendus pour 2018, devraient permettre d'actualiser ces données.

¹ Échanges entre détenus effectués par les fenêtres, en général de différents étages.

T1.3 Drug-related health responses in prisons

The purpose of this section is to

- Provide an overview of how drug-related health responses in prison are addressed in your national drug strategy or other relevant drug/prison policy document
- Describe the organisation and structure of drug-related health responses in prison in your country
- Comment on the provision of drug-related health services (activities/programmes currently implemented)
- Provide contextual information useful to understand the data submitted through ST24/ST10

Please structure your answers around the following questions.

T1.3.1 Is drug-related prison health explicitly mentioned in a policy or strategy document at national level? (Relevant here are any drug-specific health strategy for prisons; as well as the national drug or prison strategy documents).

Le plan d'actions stratégiques « santé/prison » 2010-2014 sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (Ministère de la santé et des sports et Ministère de la justice et des libertés 2010) prévoyait d'agir sur les déterminants de la santé des détenus (pratiques à risque infectieux) et de rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues. Il visait notamment la mise en place de mesures de réduction des risques 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 réduction des risques (RdR) liés à la toxicomanie, accès au Fibroscan® (appareil permettant de détecter de façon instantanée et non invasive la fibrose du foie et d'en évaluer son degré d'avancement) en prison, amélioration de la prévention (intervention de tatoueurs professionnels en milieu carcéral) et du dépistage (développement des dépistages en cours d'incarcération). Par ailleurs, un CSAPA référent est désigné pour chaque établissement pénitentiaire afin de permettre un accompagnement des personnes détenues ayant des problèmes d'addiction, particulièrement à leur sortie de prison. Ces CSAPA référents sont dotés d'un demi-ETP d'éducateur pour coordonner la continuité des soins. Les crédits sont répartis en fonction de la population carcérale et de la densité à l'intérieur des établissements.

Les orientations du plan « santé/prison » vont dans le sens de l'amélioration des soins et complètent celles du plan national de lutte contre les hépatites 2009-2012 (DGS 2009) 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 [[Note interministérielle MILDT/DGS/DHOS/DAP n°474 du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive](#)].

Dans l'optique d'un prochain plan, une évaluation du plan « santé/prison » 2010-2014 a été menée par les services des ministères de la Santé et de la Justice (Branchu *et al.* 2015). Elle souligne que des actions restent à mener en vue d'une réduction des risques sanitaires liés à l'usage de stupéfiants (en coordination avec le plan gouvernemental de lutte contre les drogues) et que « l'ensemble des outils de la politique de réduction des risques, y compris désormais l'échange de seringues [...] doit être mobilisé ». Par ailleurs, au-delà de la couverture des CSAPA référents, en cours d'achèvement (75 % des établissements couverts à l'heure actuelle), « l'enjeu réside dans l'adaptation des interventions des CSAPA en milieu carcéral ».

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013) comprend plusieurs mesures spécifiques aux populations détenues :

- Renforcer les CSAPA référents par l'élaboration d'un guide et par la présentation de ces structures lors d'assises de la santé en prison ;
- Construire une recherche-action concernant les actions de dépistage pour les personnes en détention ;
- Soutenir le développement d'une application de recueil des données sur l'état de santé des personnes entrant en prison ;
- Organiser la coordination des intervenants sanitaires, pénitentiaires, judiciaires et associatifs amenés à prendre en charge une personne placée sous main de justice.

Par ailleurs, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 vient également réaffirmer la nécessité de diffusion des outils de réduction des risques en milieu carcéral [[Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#)]. L'article 44 réaffirme la nécessité de proposer au détenu un bilan de santé relatif aux consommations de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac, en précisant qu'il doit être effectué dès le début de l'incarcération. Le décret d'application de cette loi reste toujours attendu à ce jour.

T1.3.2 Please describe the structure of drug-related prison health responses in your country.
Information relevant to this answer includes: ministry in charge; coordinating and implementing bodies/organizations; relationship to the system for community-based drug service provision.

La loi du 18 janvier 1994 [[Loi n°94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale](#)] a créé le système de soins tel qu'on le connaît aujourd'hui en milieu carcéral, basé sur la spécialisation des services. Elle rend le service public hospitalier responsable de la prise en charge. D'une part, l'ambulatoire est assuré dans l'enceinte des établissements pénitentiaires au sein d'unités spécialement dédiées : les unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral (UCSA, devenues unités sanitaires en milieu pénitentiaire : USMP) et les unités de soins psychiatriques (services médico-psychologiques régionaux - SMPR), qui disposent de lits d'hospitalisation de jour. Les 16 CSAPA en milieu carcéral (ex « antennes toxicomanie » implantées depuis 1987) interviennent en lien avec les USMP et les SMPR. Ils couvrent environ un quart de la population incarcérée. En 2000, l'arrêté interministériel du 24 août permet la création d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) qui réalisent des soins somatiques [[Arrêté relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées](#)]. Dix ans plus tard [[Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux](#)], les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), qui réalisent des soins psychiatriques, voient le jour. L'hospitalisation de certains détenus qui souhaitent se sevrer peut être réalisée dans ces UHSA avec l'accord de l'équipe sanitaire et le consentement du détenu. Toutefois, la prise en charge de ces personnes en UHSA n'est pas un axe priorisé par les professionnels et les actions thérapeutiques spécifiquement destinées à la gestion des conduites addictives y sont quasi-inexistantes (Protais 2015).

Le guide méthodologique concernant la prise en charge sanitaire des personnes détenues (Ministère de la justice et Ministère des affaires sociales et de la santé 2012) établit quelques changements qui se mettront en place progressivement. Il retient une approche en trois niveaux, au-delà des spécialisations des services, en fonction des prises en charge proposées : le niveau 1 rassemble les consultations, les prestations et activités ambulatoires ; le niveau 2, les soins requérant une prise en charge à temps partiel (alternative à l'hospitalisation complète) ; enfin le niveau 3 regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet¹.

Parallèlement, le dispositif légal de réduction des risques en milieu carcéral prévoit différentes possibilités d'accès aux soins pour les détenus toxicomanes depuis la circulaire du 5 décembre 1996 [[Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine \(VIH\) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels](#)] :

- Dépistage du VIH et des hépatites théoriquement proposé à l'entrée (centres de dépistage anonyme et gratuit, CDAG) mais pas systématique pour le VHC (données du POPHEC, Premier observatoire en prison de l'hépatite C).
- Mesures prophylactiques (mesures d'hygiène et mise à disposition du personnel et des personnes détenues de traitements post-exposition).
- Mise à disposition de préservatifs avec lubrifiant (théoriquement accessibles via les USMP).
- Accès aux TSO et mise à disposition d'eau de Javel pour désinfecter tout matériel en contact avec du sang (matériel d'injection, tatouages et piercings).

Cette circulaire est actualisée par le Guide méthodologique de 2012 mentionné ci-dessus. (voir également ci-après partie T1.4.1)

¹ En distinguant la prise en charge ambulatoire de celle à temps partiel, les actuelles USMP sont rattachées au niveau 1, tout comme les CSAPA intervenant en milieu carcéral, alors que les SMPR appartiennent aux niveaux 1 et 2. Les UHSA et UHSI relèvent du niveau 3.

T1.3.3 Please comment on the types of drug-related health responses available in prisons in your country and if possible the scale of provision in terms of coverage and capacity.

Information relevant to this answer could include: health screening at prison entry, including assessment of drug use and related problems (specify rules and deadlines, approach of drug use assessment, such as use of standardise tools, medical or other staff involved; availability of treatment (psychosocial / counselling / pharmacological-assisted), OST in prison (initiation and/or continuation and requirements for continuation; treatment regimens, including dosage; collaboration with external providers; registration, coverage of drug users prisoners), harm reduction interventions (including syringe distribution), overdose prevention training and naloxone (in prison or on release), testing, vaccination and treatment of infectious diseases & referral processes to external services on release.

Afin de prévenir les risques sanitaires de l'usage de drogues et la propagation des maladies infectieuses, aggravés par l'état de surpopulation carcérale, les nouveaux arrivants sont dépistés pour diagnostiquer les problèmes de santé liés à l'usage de substances. À leur arrivée en prison, toutes les personnes détenues passent par une consultation médicale réalisée par l'unité sanitaire, avec le dépistage de la tuberculose, un test volontaire et gratuit du VIH et, depuis peu, le dépistage de l'hépatite C ainsi que la vaccination contre l'hépatite B. L'enquête PREVACAR menée en 2010 (DGS 2011) montre que la pratique du dépistage des maladies infectieuses a progressé au cours de la dernière décennie.

Pour garantir l'application des mesures de réduction des risques, désormais inscrite dans la loi¹ [[Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique](#)], puis réaffirmée dans la loi de modernisation du système de santé [[Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016](#)], deux principaux outils de prévention des maladies infectieuses sont mis en œuvre au sein des établissements pénitentiaires depuis 1996. La circulaire du 5 décembre 1996 [[voir T1.3.2 ci-dessus](#)] prévoit tout d'abord un accès aux TSO en prison : une personne détenue suivant un TSO doit pouvoir non seulement continuer son traitement en prison mais aussi initier un traitement s'il le souhaite, le plus souvent à base de BHD. Depuis 2002, l'initialisation de TSO peut aussi se faire avec la méthadone. En revanche, comme en milieu libre, il n'existe pas de programme d'héroïne médicalisée en prison. Cependant, en pratique, tous les établissements pénitentiaires ne proposent pas un accès généralisé à l'ensemble des traitements disponibles (Michel *et al.* 2011). En 2010 quelques établissements ne proposent 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 % déclarant ne pas mettre en œuvre de procédure formalisée.

Selon les enquêtes PREVACAR (Chemlal *et al.* 2012; DGS 2011) et PRI²DE (Michel *et al.* 2011) les plus récentes, entre 8 % et 9 % des personnes détenues, soit 5 000 individus, bénéficient d'un TSO. La prévalence des TSO est significativement plus élevée chez les femmes et en maison d'arrêt. La prédominance de la BHD apparaît marquée (68,5 % des TSO prescrits en prison en 2010), même si la part de la méthadone au sein des TSO tend à augmenter (passant de 15,2 % en 1998 à 31,5 % en 2010). Une enquête récente (Carrieri *et al.* 2017) a par ailleurs démontré que le passage de la BHD à la méthadone pourrait réduire significativement la commission des infractions en lien avec la drogue (notamment d'achat et de vente de stupéfiants) ainsi que les taux d'incarcération.

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 (Gentilini et Tcheriatchoukine 1996), 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 la circulaire Santé-Justice du 5 décembre 1996 [[voir T1.3.2 ci-dessus](#)] et depuis la note Santé/Justice du 9 août 2001 [[Note interministérielle n°474 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive](#)], l'administration invite les personnels sanitaires à informer les personnes détenues 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 unités sanitaires) : les personnes détenues peuvent les conserver sur elles 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 pour les personnes détenues. 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 acceptables 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 (Crofts 1994). Les personnes détenues 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 (INSERM 2010). 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 en France de programme d'échange de seringues dans les prisons, l'initiative ayant été jugée « prématurée » par la Mission santé-justice en 2000, avant de faire l'objet de nouvelles recommandations dans le cadre de l'expertise collective INSERM menée en 2010 (INSERM 2010). Le décret d'application de la loi de modernisation du système de santé de 2016 attendu en 2017-2018 devrait toutefois permettre leur mise en place en milieu pénitentiaire pour répondre à l'objectif d'équivalence de politique de réduction des risques avec le milieu ouvert (Branchu *et al.* 2015).

¹ 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).

T1.3.4 Please comment any contextual information helpful to understand the estimates of opioid substitution treatment clients in prison provided in ST24.

L'estimation de la prévalence des personnes sous TSO est effectuée à partir de l'étude PREVACAR, enquête transversale sur un échantillon tiré au sort, il peut donc y avoir des doubles comptes avec des personnes ayant fait un séjour en prison et qui sont suivies par un CSAPA/médecin généraliste pour leur traitement à leur sortie (et inversement). Surtout, il s'agit de données déclaratives de la part des unités de soins, elles ont pu vouloir se conformer aux bonnes pratiques, surestimant la part des personnes sous TSO.

T1.3.5 Optional. Please provide any additional information important for understanding the extent and nature of drug-related health responses implemented in prisons in your country.

Deux programmes visant à prévenir les consommations de substances psychoactives en prison et leurs conséquences (sanitaires mais aussi en termes de violence) sont lancés en 2016. Le premier vise d'abord les détenus eux-mêmes à travers un programme diffusé sur les réseaux vidéo internes des établissements pénitentiaires et orienté sur l'usage de cannabis. La deuxième action concerne le mésusage des médicaments psychotropes, grâce à des brochures d'information à destination des détenus et de leur entourage (voir description plus précise en T1.2.1 dans le workbook Prévention de l'année 2016).

T1.4 Quality assurance of drug-related health prison responses

The purpose of this section is to provide information on quality system and any drug-related health prison standards and guidelines.

Note: cross-reference with the Best Practice Workbook.

Please structure your answers around the following question.

T.1.4.1 Optional. Please provide an overview of the main treatment quality assurance standards, guidelines and targets within your country.

Un premier guide relatif aux modalités de prise en charge sanitaire des personnes détenues avait été diffusé en 1994 auprès des intervenants sanitaires du milieu pénitentiaire. Ce guide a été actualisé pour la première fois en 2005 (Ministère de la santé et de la protection sociale et Ministère de la justice 2004). La circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 [[Circulaire interministérielle n°2012-373 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice](#)] réactualise ce texte avec le *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues* (Ministère de la justice *et al.* 2012). Dans ses grandes lignes, ce guide rappelle les principes en vigueur relatifs à l'organisation des soins proposés aux personnes détenues tant sur le plan des soins somatiques que sur celui de la prise en charge psychiatrique, conformément au plan d'actions stratégiques « santé/prison » 2010-2014 (Ministère de la santé et des sports *et al.* 2010). Le risque de décès par overdose chez les anciens détenus serait multiplié par plus de 120, si on le compare à la population générale (Prudhomme *et al.* 2001; Verger *et al.* 2003).

Le guide spécifie également que les modalités concernant la sortie doivent être envisagées suffisamment tôt avant la date de libération définitive prévue. Mais en pratique, les moyens du dispositif d'accueil actuel s'avèrent souvent insuffisants : outre les problèmes d'accès aux soins pendant la détention (notamment liés à la surpopulation), les difficultés d'hébergement et de continuité des soins persistent à la sortie, en particulier dans les maisons d'arrêt. Par ailleurs, il propose une convention cadre à destination des acteurs de terrain afin que les personnes détenues bénéficient des droits prévus en matière de protection sociale. D'autres documents cadres sont également joints au guide, et en particulier des repères utiles à la prise en charge spécifique des personnes mineures.

Le *Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral* (Ministère des affaires sociales et de la santé et MILDT 2013) préconise notamment, pour la méthadone, une délivrance quotidienne supervisée, y compris les week-ends et jours fériés, afin d'éviter le risque de surdose. Cette recommandation s'avère difficile à appliquer systématiquement dans le contexte de pénurie de personnel sanitaire évoquée par les professionnels intervenant en milieu carcéral.

T2. Trends (Not applicable for this workbook.)

T3. New developments

The purpose of this section is to provide information on any notable or topical developments observed in drug-related issues in prisons in your country **since your last report**.

T1 is used to establish the baseline of the topic in your country. Please focus on any new developments here.

If information on recent notable developments have been included as part of the baseline information for your country, please make reference to that section here. It is not necessary to repeat the information.

T.3.1 Please report on any notable new or topical developments in drug-related issues in prisons in your country since your last report examples, NPS prevalence and responses in prison.

Le 6 mai 2015, le premier ministre a saisi l'inspection générale des services judiciaires, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances afin d'évaluer des politiques interministérielles d'insertion des personnes confiées à l'administration pénitentiaire. Les conclusions de cette mission d'enquête ont été rendues publiques en juillet 2016 (Delbos *et al.* 2016). Plusieurs préconisations concernent la réinsertion des détenus présentant des conduites addictives, dont trois principales :

- la multiplication des programmes alternatifs à la détention en cas de commission de délits liés aux addictions sur le modèle du dispositif de Bobigny².
- le développement des unités thérapeutiques en détention dédiées à la lutte contre les addictions à l'instar des programmes existants à l'étranger, sur le modèle de l'unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD) , mise en œuvre à titre expérimental dans un établissement pour peine, dont l'OFDT est en charge de l'évaluation.
- la systématisation d'un programme de traitement et de suivi à l'issue de la période de détention pour toute personne souffrant d'addictions.

² Inspiré des programmes de traitement de la toxicomanie mis en place au Québec, le programme expérimental de Bobigny fonctionne depuis mai 2015. Il est destiné aux délinquants récidivistes présentant une problématique addictive à l'alcool ou aux stupéfiants. Le dispositif propose un ajournement de peine durant lequel est mis en place un suivi psychologique et social renforcé d'une durée de 1 an. Le tribunal pourra ensuite réévaluer la peine en fonction de l'évolution de la personne.

T4. Additional information

The purpose of this section is to provide additional information important to drug use among prisoners, its correlates and drug-related health responses in prisons in your country that has not been provided elsewhere.

Please structure your answers around the following questions.

T4.1 Optional. Please describe any additional important sources of information, specific studies or data on drug market and crime. Where possible, please provide references and/or links.

Deux études, déjà menées il y a quelques années, vont faire l'objet d'un nouvel exercice, dont les résultats sont prévus pour 2017-2018. Il s'agit d'une part du second volet de l'enquête PRI²DE (voir T5.2 pour la description de la 1^{ère} enquête), qui vise à étudier l'acceptabilité des mesures de RdR chez les acteurs du soin en milieu carcéral, le personnel pénitentiaire et les détenus.

D'autre part, l'enquête Coquelicot va être déclinée en milieu carcéral pour déterminer les prévalences du VIH et du VHC, ainsi que les modes de consommation en prison.

Par ailleurs, l'enquête qualitative CIRCÉ (CIRculation Consommation Échange : drogues en milieu carcéral), dont l'OFDT est co-responsable, a pour objectif de mettre en lumière les trajectoires de consommation ainsi que les mécanismes du trafic de substances psychoactives en milieu carcéral. Les résultats sont attendus pour 2018.

T4.2 Optional. Please describe any other important aspect of drug market and crime that has not been covered in the specific questions above. This may be additional information or new areas of specific importance for your country.

T5. Sources and methodology.

The purpose of this section is to collect sources and bibliography for the information provided above, including brief descriptions of studies and their methodology where appropriate.

Please structure your answers around the following questions.

T5.1 Please list notable sources for the information provided above.

Branchu, C., Guedj, J., D'Almeida, S., Zientara-Logeay, S., De Blasi, M., Lopez, F. (2015). Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), Paris. Available: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article542> [accessed 27/10/2017].

Canat, A.B., Gales, B. (2012). Facteurs influençant la toxicomanie en milieu carcéral. Etude qualitative chez d'anciens détenus recrutés en Centres de Soins pour Toxicomanes. Thèse de médecine, Université Joseph Fournier - Faculté de médecine de Grenoble.

Carrieri, P., Vilotitch, A., Nordmann, S., Lions, C., Michel, L., Mora, M. *et al.* (2017). Decrease in self-reported offences and incarceration rates during methadone treatment: A comparison between patients switching from buprenorphine to methadone and maintenance treatment incident users (ANRS-Methaville trial). International Journal of Drug Policy 39 86-91.

- Chantraine, G. (2004). Par-delà les murs : expériences et trajectoires en maison d'arrêt. PUF, Paris.
- Chemlal, K., Bouscaillou, J., Jauffret-Roustide, M., Semaille, C., Barbier, C., Michon, C. *et al.* (2012). Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (10-11) 131-134.
- Crofts, N. (1994). Hepatitis C infection among injecting drug users: where do we go from here? Drug and Alcohol Review 13 (3) 235-237.
- D'almeida, S., Nizri, D., Dara, M. (2016). Le tabagisme passif en prison : définir une politique factuelle de santé. Thèse de médecine, Université Paris Descartes (Paris 5), Faculté de Médecine.
- Delbos, V., Del Volgo, B., Gourdet, H., Morelle, A., Pelosse, H., Boudet, L. (2016). Rapport sur l'évaluation des politiques interministérielles d'insertion des personnes confiées à l'administration pénitentiaire par l'autorité judiciaire. Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) ; Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ; Inspection Générale des Finances (IGF), Paris. Available: <http://www.modernisation.gouv.fr/laction-publique-se-transforme/en-evaluant-ses-politiques-publiques/espace-dedie/evaluation-politiques-interministerielles-insertion-personnes-administration-penitentiaire> [accessed 27/10/2017].
- DGS (2009). Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Ministère de la santé et des sports, Paris. Available: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/article/programmes-et-plans-nationaux-de-lutte-contre-l-hepatite-b-et-c> [accessed 27/10/2017].
- DGS (2011). Enquête Prevacar - Volet offre de soins - VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Direction générale de la santé (DGS), Paris. Available: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf [accessed 27/10/2017].
- DHOS (2004). 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. DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), Paris.
- Duburcq, A., Coulomb, S., Bonte, J., Marchand, C., Fagnani, F., Falissard, B. (2004). Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique). CEMKA-EVAL, Bourg-La-Reine. Available: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf [accessed 27/10/2017].
- Falissard, B., Loze, J.-Y., Gasquet, I., Duburcq, A., de Beaurepaire, C., Fagnani, F. *et al.* (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry 6 (33).
- Fernandez, F. (2010). Emprises. Drogues, errance, prison : figures d'une dépendance totale. Larcier, Bruxelles.
- Gentilini, M., Tcheriatchoukine, J. (1996). 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. DGS (Direction Générale de la Santé), Paris.

INSERM (2010). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. INSERM, Paris.

InVS (2009). Surveillance du VIH/Sida en France. Données du 30 septembre 2009. InVS, Saint-Maurice. Available: http://www.invs.sante.fr/publications/2010/vih_sida_donnees_septembre_2009/vih_sida_donnees_septembre_2009.pdf [accessed 27/10/2017].

Jean, J.-P., Inspection générale des services judiciaires (1996). Groupe de travail sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison et sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés. Rapport à Monsieur le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice. Ministère de la Justice, Paris.

Marais-Gaillard, N. (2007). Réseau d'influences criminelles dans les prisons françaises. L'économie carcérale des stupéfiants. Thèse de droit, Paris, Département de recherche sur les menaces criminelles contemporaines, Panthéon Assas Paris II.

Meffre, C. (2006). Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. InVS, Saint-Maurice. Available: http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/vhb_france_2004.pdf [accessed 27/10/2017].

Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderon, C., Cohen, J. *et al.* (2011). Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009 [Prevention of infectious risks in prison settings in France. ANRS-PRI²DE inventory, 2009]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (39) 409-412.

MILDT (2013). Government plan for combating drugs and addictive behaviours 2013-2017. MILDT, Paris. Available: http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_eng_df_0.pdf [accessed 27/10/2017].

Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé (2012). Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique. Ministère de la Justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris. Available: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique_Personnes_detenues_2012.pdf [accessed 27/10/2017].

Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice (2004). Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ministère de la santé et de la protection sociale, Paris. Available: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf [accessed 27/10/2017].

Ministère de la santé et des sports, Ministère de la justice et des libertés (2010). Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Available: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf [accessed 27/10/2017].

- Ministère des affaires sociales et de la santé, MILDT (2013). Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral. Available: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_TSO_en_milieu_carceral.pdf [accessed 27/10/2017].
- Mouquet, M.C., Dumont, M., Bonnevie, M.C. (1999). La santé des entrants en prison : un cumul de factures de risque. Etudes et résultats. DREES (4).
- Mouquet, M.C. (2005). La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et résultats. DREES (386).
- Néfau, T., Sannier, O., Hubert, C., Karolak, S., Lévi, Y. (2017). L'analyse des drogues dans les eaux usées : outil d'estimation des consommations, application en milieu carcéral. OFDT, Saint-Denis. Available: <http://www.ofdt.fr/index.php?cID=922> [accessed 27/10/2017].
- Obradovic, I. (2005). 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 [Addictions in prison. A survey on socio-sanitary care for addicted prisoners using or overusing licit or illicit substances]. Tendances. OFDT (41).
- Obradovic, I., Bastianic, T., Michel, L., Jauffret-Roustide, M. (2011). Politique de santé et services de soins concernant les drogues en prison (thème spécifique 1) [Drug-related health policies and services in prison (Selected issue 1)]. In: Pousset, M. (Ed.), 2011 National report (2010 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues. OFDT, Saint-Denis.
- Pradier, P. (1999). La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 : évaluation et perspectives. Ministère de la justice, Paris. Available: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/004000190/index.shtml> [accessed 27/10/2017].
- Protais, C. (2015). La gestion des drogues et des conduites addictives en UHSA. Note de synthèse d'une enquête effectuée dans les 7 UHSA de France. Note 2015-07. OFDT, Saint-Denis. Available: <http://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/la-gestion-des-drogues-et-des-conduites-addictives-en-uhsa/> [accessed 27/10/2017].
- Prudhomme, J., Ben Diane, M.K., Rotily, M. (2001). Evaluation des unités pour sortants (UPS). ORS PACA, Marseille.
- Remy, A.J. (2004). Le traitement de l'hépatite en prison est possible avec des résultats satisfaisants : résultats définitifs du premier observatoire prison hépatite C (POPHEC). Gastroentérologie Clinique et Biologique 28 (8-9) 784.
- Rotily, M., Delorme, C., Ben Diane, M.K. (1998). 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. ORS PACA, Marseille.
- Rotily, M. (2000). Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport de la mission santé-justice. Ministère de la justice ; ORS PACA, Paris.

- Sanchez, G. (2006). Le traitement du VHC en prison : le foie, une bombe sous les barreaux. Journal du Sida (185) 9-12.
- Semaille, C., Le Strat, Y., Chiron, E., Chemlal, K., Valantin, M.A., Serre, P. *et al.* (2013). Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. Eurosurveillance 18 (28) art. 20524.
- Senon, J.L., Méry, B., Lafay, N. (2004). Prison. In: Richard, D., Senon, J.L. & Valleur, M. (Eds.), Dictionnaire des drogues et des dépendances. Larousse, Paris [accessed].
- Sous-direction de la statistique et des études (2016). Les chiffres clés de la Justice - Edition 2016. Ministère de la Justice, Paris. Available: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/chiffres-cles-de-la-justice-10303/les-chiffres-cles-de-la-justice-edition-2016-29359.html> [accessed 27/10/2017].
- Stankoff, S., Dherot, J., DAP (Direction de l'administration pénitentiaire), DGS (Direction générale de la santé) (2000). Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. Ministère de la Justice, Paris. Available: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000683/index.shtml> [accessed 27/10/2017].
- Verger, P., Rotily, M., Prudhomme, J., Bird, S. (2003). High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. Journal of Forensic Sciences 48 (3) 614-616.

T5.2 Where studies or surveys have been used please list them and where appropriate describe the methodology?

Méthodologie

Analyse des eaux usées à la sortie d'établissements pénitentiaires

Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) du ministère de la Justice / Centre national de la recherche scientifique (UMR 8079 - Université Paris Sud) / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Durant l'année 2015, une étude sur l'analyse des résidus de drogues illicites dans les eaux usées à la sortie d'établissements pénitentiaires a été menée. Il s'agissait avant tout d'une étude de faisabilité pour identifier les difficultés de réalisation de prélèvements d'eaux usées dans des milieux fermés tels que les prisons.

À l'issue de cette étude, quelques échantillons ont pu être prélevés et analysés mais, sans répétition des prélèvements dans chaque prison, les résultats obtenus ne sont pas suffisants pour estimer les consommations. Cependant, la faisabilité étant prouvée, de nouvelles campagnes de prélèvements se dérouleront en 2016 et 2017. Les résultats ainsi obtenus permettront d'estimer les consommations de drogues et de certains médicaments au sein des établissements pénitentiaires étudiés. De plus, des enquêtes déclaratives devraient être menées au sein des mêmes établissements et pendant les mêmes périodes, permettant d'affiner et de confronter les résultats des deux approches.

Pour plus d'information, se référer à la note OFDT publiée en mars 2017 et consacrée à [l'analyse des drogues dans les eaux usées : outil d'estimation des consommations, application en milieu carcéral](#).

ANRS-Coquelicot 2017 : Étude sur les pratiques de consommations et la perception des mesures de réduction des risques chez les usagers de drogues en prison

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Cermes3-Inserm U988) et Institut de veille sanitaire (InVS)

Cette étude a pour objectif de mesurer les consommations chez les usagers de drogues en prison via un questionnaire en face-à-face. Elle concerne la perception par les usagers des mesures de réduction des risques, les pratiques de consommation (produits et modalités d'usage), leur prise en charge en milieu sanitaire, leur connaissance des modes de transmission du VIH, VHC, VHB et leurs pratiques à risque (contexte de l'initiation aux drogues, partage du matériel de consommation, utilisation du préservatif, etc.).

L'enquête sera réalisée dans différents établissements pénitentiaires français entre septembre et décembre 2016. Les résultats sont attendus pour 2017.

CIRCÉ : CIRrculation, Consommation, Échange : drogues en milieu carcéral

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) / Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)

Il s'agit d'une enquête qualitative par entretiens ayant pour objectif d'étudier les trajectoires de consommation de substances psychoactives (alcool, produits illicites, médicaments psychotropes), la mise en place des mesures de réduction des risques ainsi que le phénomène du trafic en milieu carcéral. Elle se décline en deux volets : le premier, plutôt sanitaire, porte sur les consommations et les mesures de réduction des risques ; le second sur la circulation et les échanges de produits psychoactifs en milieu carcéral.

Enquête sur l'état de santé des entrants en prison

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de la Santé

Cette enquête a été réalisée pour la première fois en 1997 dans l'ensemble des maisons d'arrêt et des quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires, le dernier exercice date de 2003. Elle recueillait, à l'occasion de la visite médicale d'entrée, des informations sur les facteurs de risque pour la santé des entrants, et les pathologies constatées, repérées en particulier par les traitements en cours. La consommation de substances psychoactives déclarée concernait le tabagisme quotidien, la consommation excessive d'alcool (> 5 verres par jour) et l'utilisation « prolongée et régulière au cours des 12 mois précédant l'incarcération » de drogues illicites.

PREVACAR : Enquête sur les prévalences VIH et VHC en milieu carcéral

Direction générale de la santé (DGS) / Institut de veille sanitaire (InVS)

Menée en juin 2010, cette enquête mesure la prévalence des infections par le VIH et le VHC ainsi que la proportion de personnes sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. Elle comporte aussi un volet sur l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires : organisation et pratiques de dépistage, prise en charge des personnes infectées par le VIH et/ou les hépatites, accès aux TSO et à la réduction des risques.

Pour le volet « prévalence », les données ont été recueillies par questionnaire anonyme rempli par le médecin responsable. Pour le volet « offre de soins », un questionnaire comprenant 35 items a été envoyé à l'ensemble des 168 unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) : 145 d'entre elles l'ont renvoyé à la Direction générale de la santé (DGS), soit un taux de réponse de 86 %, représentant plus de 56 000 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1er juillet 2010.

PRI²DE : Programme de recherche et d'intervention pour la prévention du risque infectieux en détention

Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS)

L'étude PRI²DE a été conçue pour évaluer les mesures de réduction des risques infectieux à déployer en milieu carcéral. Elle repose sur un inventaire ayant pour objectif de connaître la disponibilité et l'accessibilité aux mesures de réduction des risques infectieux officiellement préconisées en France en milieu pénitentiaire, ainsi que leur connaissance par les détenus et les équipes de soins. Pour cela, un questionnaire a été adressé à chaque UCSA et SMPR (service médico-psychologique régional) au mois de novembre 2009 : 66 % des 171 établissements ont répondu au questionnaire, couvrant 74 % de la population incarcérée au moment de l'étude.

Les questions portaient entre autres sur les traitements de substitution aux opiacés, la réduction des risques infectieux (eau de Javel, préservatifs et lubrifiants, outils et protocoles concernant le tatouage ou le piercing, etc.), le dépistage et l'information transmise aux détenus sur le VIH, les hépatites et les autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que les soins dispensés suite à des pratiques à risques présumées (abcès, infections cutanées,...). Un entretien avec un soignant a ensuite été conduit afin de préciser certains aspects, sur un plan plus qualitatif.