

Prison

France

Rapport national 2015 (données 2014) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : François Beck

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Aurélie Lermenier-Jeannet et Anne de l'Eprevier

Contributions aux workbooks

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

Relecture (version française)

Julie-Émilie Adès, François Beck, Aurélie Lermenier-Jeannet (OFDT)

Marie Jauffret-Roustide, Aurélie Mayet (Collège scientifique de l'OFDT)

Danièle Jourdain Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, et tous les chargés de mission de la MILDECA

Relecture (version anglaise)

Julie-Émilie Adès, François Beck, Anne de l'Eprevier

Documentation : Isabelle Michot

Références législatives : Anne de l'Eprevier

The EMCDDA is investigating how the submission of the workbooks could be made easier through the use of technology. In the first instance, a pilot using templates in Word with defined fields to distinguish the answers to questions is being tried. The outcome of the pilot will be to evaluate the usefulness of this tool and establish the parameters of any future IT project.

Templates have been constructed for the workbooks being completed this year. The templates for the pre-filled workbooks were piloted in the EMCDDA.

1. The principle is that a template is produced for each workbook, and one version of this is provided to each country, in some instances pre-filled.
2. Answers to the questions should be entered into the "fields" in the template. The fields have been named with the question number (e.g. T.2.1). It will be possible to extract the contents of the fields using the field names.
3. Fields are usually displayed within a border, and indicated by "Click here to enter text". Fields have been set up so that they cannot be deleted (their contents can be deleted). They grow in size automatically.
4. The completed template/workbook represents the working document between the NFP and the EMCDDA. Comments can be used to enhance the dialogue between the EMCDDA and the NFP. Track changes are implemented to develop a commonly understood text and to avoid duplication of work.

Table of Contents

T0. Summary	4
T1. National profile	5
T1.1 Organisation	5
T1.2 Drug use and related problems among prisoners	6
T1.3 Drug-related health responses in prisons	7
T1.4 Quality assurance of drug-related health prison responses	10
T2. Trends. Not applicable for this workbook.....	11
T3. New developments	11
T4. Additional information.....	12
T5. Notes and queries	12
T6. Sources and methodology	13

T0. Summary

- Profil national

Au 1er janvier 2014, la France comptait 191 établissements pénitentiaires comprenant 57 516 places de détention « opérationnelles ». Avec 67 075 détenus, la France présente une densité carcérale de 117 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 concerne 10 % des personnes détenues, mais le nombre global d'usagers problématiques de drogues (PDU) n'est pas chiffré en France. La pratique de l'injection apparaît importante en détention : au cours de l'année précédant l'incarcération, 2,6 % des entrants sont concernés en 2003. 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) chargées de la santé somatique des personnes détenues ; les SMPR (services médico-psychologiques régionaux), implantés dans chacune des 26 régions françaises, prennent en charge les toxicomanes du point de vue de la santé mentale dans les établissements où il n'y a pas d'antenne ; enfin, les « antennes toxicomanie » interviennent dans les 16 plus gros établissements de France (couvrant environ un quart de la population incarcérée). Par ailleurs, un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référent est désigné pour chaque établissement pénitentiaire afin de permettre un accompagnement des personnes détenues ayant des problèmes d'addiction.

La santé des usages de drogues en milieu carcéral figure dans le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 qui prévoit plusieurs mesures spécifiques et également dans le plan d'actions stratégiques « santé/prison » 2010-2014 sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

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.

- Nouveaux développements

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013) comprend plusieurs mesures spécifiques aux populations détenues qui sont en cours de réalisation. Cela comprend entre autres la diffusion de messages de prévention par vidéo et le développement (à titre de prévention) de groupes de paroles sur les comportements addictifs, l'amélioration de la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives, et le renforcement de la surveillance régulière des données sur l'état de santé des personnes placées sous main de justice.

Par ailleurs, le projet de loi de modernisation du système de santé (dite loi de santé, qui doit encore être adoptée par le Sénat) prévoit l'application de la politique de réduction des risques aux personnes détenues et le renforcement des CSAPA référents dans les plus grands établissements pénitentiaires.

T1. National profile

T1.1 Organisation

The purpose of this section is to:

- Describe the organisation of prisons and the prison population.

*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.

Au 1er janvier 2014, la France comptait 191 établissements pénitentiaires (Sous-direction de la statistique et des études 2014) comprenant 57 516 places de détention « opérationnelles » réparties entre :

- 99 maisons d'arrêt et 41 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 purger est inférieure à 1 an ou qui sont en attente d'affectation dans un établissement pour peine (centre de détention ou maison centrale) ;
- 85 établissements pour peine (qui hébergent plusieurs quartiers), soit :
 - 43 centres pénitentiaires qui comprennent au moins deux quartiers de régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) ;
 - 25 centres de détention et 37 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 5 quartiers de maison centrale ;
 - 11 centres de semi-liberté et 10 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 7 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 dont le premier a été ouvert à la mi-2008.
- 1 établissement public de santé national (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.

La population carcérale en France est composée à près de 80 % de personnes condamnées et 14 % sont présentes au titre d'une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) ; la moyenne d'âge est d'environ 34,5 ans et ce sont presque exclusivement des hommes (96 %) (Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) 2014). Avec 67 075 détenus au 1er janvier 2014, pour 57 516 places opérationnelles, la France présente une densité carcérale de 117 détenus pour 100 places.

T1.2 Drug use and related problems among prisoners

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

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

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 drogue 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 dépendance concerne 10 % des personnes détenues : elle atteint 40 % parmi celles incarcérées depuis moins de 6 mois (Falissard *et al.* 2006). 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 drogue 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 moindres, pendant l'incarcération (Rotily 2000). En outre, on observe souvent 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 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 à la drogue

Si les drogues illicites circulent bien dans les prisons en France, l'ampleur du phénomène est difficile à apprécier. Les quelques données officielles dont on dispose en la matière remontent à 1996 : le trafic de drogues en prison affectait alors 75 % des établissements pénitentiaires français. 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). Près de vingt ans plus tard, un certain nombre d'éléments permettent de penser que la situation a peu évolué. Le cannabis reste le produit illicite qui circule le plus au sein des prisons françaises, et on assiste à l'augmentation des trafics de BHD, de sédatifs et de chlorhydrate de cocaïne.

Comportement à risque et conséquences sanitaires

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 apparaît importante en détention, bien que le nombre d'utilisateurs 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; Semaille *et al.* 2013; Remy 2004)). 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 %).

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

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 and Ministère de la justice et des libertés 2010) prévoit 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 vise 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 RDR liés à la toxicomanie, accès au Fibroscan^{®1} 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 Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référent est désigné pour chaque établissement pénitentiaire afin de permettre un accompagnement des personnes détenues ayant des problèmes d'addiction. The strategies of this plan are to improve treatment and bolster the objectives of the 2009-2012 national viral hepatitis strategic plan (DGS 2009), which defines a general framework for actions in prison settings, limiting itself to encouraging new inmates to undergo screening for hepatitis and assessing the Health/Justice memorandum of 9 August 2001.

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (MILDT 2013) comprend plusieurs mesures spécifiques aux populations détenues (voir T3.1).

¹ Appareil permettant de détecter de façon instantanée et non invasive la fibrose du foie et d'en évaluer son degré d'avancement.

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.

Depuis la loi du 18 janvier 1994 [[Loi n°94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale](#)], qui a transféré la responsabilité de la santé en prison du ministère de la Justice vers le ministère de la Santé, la prise en charge des addictions en milieu carcéral repose sur un système triple : les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) chargées de la santé somatique des personnes détenues ; les « antennes toxicomanie » qui interviennent, depuis 1987, dans les 16 plus gros établissements de France (couvrant environ un quart de la population incarcérée) ; enfin, les SMPR (services médico-psychologiques régionaux), implantés dans chacune des 26 régions françaises, prennent en charge les toxicomanes du point de vue de la santé mentale dans les établissements où il n'y a pas d'antenne. À ce dispositif général s'en ajoute un autre, créé à titre expérimental : les UPS (unités de préparation à la sortie), dans 7 établissements.

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 unités sanitaires UCSA).
- 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).

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: assessment of drug use and related problems at admission; availability of treatment (psychosocial / counselling / pharmacological-assisted), 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 loi [\[Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique\]](#)¹, 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 [\[voir ci-dessus\]](#) 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, même si la part de la méthadone au sein des TSO tend à augmenter.

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 and 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 [\[voir ci-dessus\]](#) et depuis la note Santé/Justice du 9 août 2001 [\[Note interministérielle MILDT/DGS/DHOS/DAP n°474 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive\]](#), 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), ni de programme spécifique d'information, en milieu carcéral, sur les modes de contamination liés aux pratiques d'injection.

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 d'une étude 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.*

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.

*T1.4.1 **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 and Ministère de la justice 2004). La circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 [[Circulaire interministérielle DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ 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 and Ministère des affaires sociales et de la santé 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, elle 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 and 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.

T3.1 Please report on any notable new or topical developments in drug-related issues in prisons in your country since your last report.

Plusieurs mesures spécifiques aux populations détenues du Plan gouvernemental 2013-2017 (MILDT 2013) sont actuellement en cours de réalisation, en particulier :

- Le recours à la vidéo pour diffuser des messages de prévention dans les établissements pénitentiaires.

- Le développement à titre de prévention de groupes de paroles sur les comportements addictifs.
- L'amélioration de l'organisation de la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives en milieu carcéral, à travers le renforcement de l'intervention des équipes hospitalières de liaison spécialisées en addictologie (ELSA). Il s'agit d'assurer une prise en charge dans les établissements pénitentiaires où n'existe pas de consultation en addictologie et où le relais de prise en charge spécialisée ne peut pas être assuré par un CSAPA.
- La promotion des pratiques recommandées dans le guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral.
- Le renforcement de la surveillance régulière des données sur l'état de santé des personnes placées sous main de justice dans le cadre d'un groupe de travail partenarial santé-justice, coordonnée par la MILDECA.
- L'installation de dispositifs anti-projection (filets, vidéosurveillance), de portiques à ondes millimétriques et la formation de personnels à l'utilisation de ces dispositifs.

Par ailleurs, sur le plan législatif, le projet de loi de modernisation du système de santé (dite loi de santé) prévoit, dans son article 8, l'application de la politique de réduction des risques aux personnes détenues (dont la possibilité d'expérimenter les programmes d'échanges de seringues en prison), selon des modalités adaptées au milieu carcéral. Il est également prévu de renforcer les CSAPA référents (chaque prison dispose d'un CSAPA référent faisant le lien entre la prison et l'extérieur) dans les plus grands établissements pénitentiaires. Ce projet de loi a été adopté à l'Assemblée nationale en avril 2015, il doit encore être discuté par le Sénat avant d'être définitivement adopté. Une fois la loi promulguée, il est prévu la rédaction d'un décret en Conseil d'État précisant les modalités d'application de ces mesures.

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.

T4.1 Optional. Please describe any additional important sources of information, studies or data on drug use or drug problems among prisoners' particular interest studies on psychiatric comorbidity and post-release mortality. Where possible, please provide references and/or links.

L'Université de Toulouse-Jean Jaurès mène, avec un financement de la MILDECA, l'étude « Parcours de vie et trajectoire addictive chez les personnes incarcérées et placées sous main de justice ».

T4.2 Optional. Please comment on any other important aspect of this topic that has not been covered in the questions above but is important for your country.

T5. Notes and queries

The purpose of this section is to highlight areas of specific interest for possible future elaboration. Detailed answers are not required.

No current question

T6. Sources and methodology

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

T6.1 Please list notable sources for the information provided above.

- Séries statistiques des personnes placées sous main de justice (1980-2014), Ministère de la Justice (voir bibliographie).
- Expertise collective sur la réduction des risques infectieux (2010), INSERM (voir bibliographie).
- Enquête sur l'état de santé des entrants en prison (1997, 1999, 2003), DREES.
- Enquête PREVACAR (2010), DGS.
- Inventaire ANRS-PRI²DE (2009), ANRS.

T6.2 Where studies or surveys have been used, please list them and where appropriate describe the methodology?

Méthodologie

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 DGS, soit un taux de réponse de 86 %, représentant plus de 56 000 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1^{er} 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.

Bibliographie :

- 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 Prevacar, 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.
- DGS (2009). Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. Ministère de la santé et des sports, Paris.
- DGS (2011). Enquête Prevacar - Volet offre de soins - VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. DGS (Direction générale de la santé), Paris.
- 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.
- Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) (2014). Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014. Ministère de la Justice.
- Falissard, B., Loze, J.-Y., Gasquet, I., Duburc, A., de Beaurepaire, C., Fagnani, F. *et al.* (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry 6 (33).
- Gentilini, M. and 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.
- Meffre, C. (2006). Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. InVS, Saint-Maurice.

- 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. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (39) 409-412.
- MILDT (2013). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. MILDT, Paris.
- Ministère de la justice and 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.
- Ministère de la santé et de la protection sociale and 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.
- Ministère de la santé et des sports and 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.
- Ministère des affaires sociales et de la santé and MILDT (2013). Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral.
- Mouquet, M.C., Dumont, M. and 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).
- Obradovic, I., Bastianic, T., Michel, L. and 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.
- Prudhomme, J., Ben Diane, M.K. and 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. and 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. and Lafay, N. (2004). Prison. In: Richard, D., Senon, J.L. & Valleur, M. (Eds.) Dictionnaire des drogues et des dépendances. Larousse, Paris.
- Sous-direction de la statistique et des études (2014). Les chiffres clés de la Justice - Edition 2014. Ministère de la Justice.
- Stankoff, S., Dherot, J., DAP (Direction de l'administration pénitentiaire) and 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.
- Verger, P., Rotily, M., Prudhomme, J. and 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.