

Prison workbook (Prison)

2020

France

Contributors

Caroline Protais, Anne-Claire Brisacier, Christophe Palle, Julien Morel d'Arleux (OFDT)

Rapport national 2020 (données 2019) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : Julien Morel d'Arleux

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Marc-Antoine Douchet

Contribution aux workbooks

1. *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez, Marc-Antoine Douchet
2. *Cadre légal* : Caroline Protais, Marc-Antoine Douchet, Cristina Díaz-Gómez
3. *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Magali Martinez, Clément Gérôme, Michel Gandilhon
4. *Prévention* : Carine Mutatayi
5. *Prise en charge et offre de soins* : Christophe Palle, Anne-Claire Brisacier
6. *Bonnes pratiques* : Carine Mutatayi, Anne-Claire Brisacier, Christophe Palle
7. *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz-Gómez, Magali Martinez
8. *Marchés et criminalité* : Michel Gandilhon, Magali Martinez, Caroline Protais, Victor Detrez
9. *Prison* : Caroline Protais, Anne-Claire Brisacier, Christophe Palle, Julien Morel d'Arleux
10. *Recherche* : Isabelle Michot, Maitena Milhet

Relecture (version française) : Julien Morel d'Arleux ; 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) : Anne de l'Eprevier

Références bibliographiques : Isabelle Michot

Références législatives : Anne de l'Eprevier

Sommaire

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	13
T1.4. Quality assurance of drug-related health prison responses	20
T2. Trends (Not applicable for this workbook)	20
T3. New developments	21
T4. Additional information	22
T5. Sources and methodology	22

T0. Summary

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

Au 1^{er} janvier 2020, la France comptait 188 établissements pénitentiaires comprenant 61 080 places de détention « opérationnelles ». Avec 70 651 détenus, la France présente une densité carcérale d'environ 115 détenus pour 100 places. La situation des établissements pénitentiaires a été fortement impactée par la crise sanitaire de 2020 (cf.T3). Les seules enquêtes récentes sur les usages de drogues en prison ne fournissent que des données préliminaires ou partielles, car elles ne sont pas nationales. Toutefois, 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'usagers problématiques de drogues (PDU) n'est pas chiffré en France. Les enquêtes plus récentes, réalisées de manière plus localisée, estiment la proportion de personnes consommant du cannabis entre 35 et 40 %. La quantification des autres produits donne lieu à des résultats très différents en fonction des études. Aucune donnée chiffrée sur la présence de NPS au sein des prisons françaises n'est connue. 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 sanitaire en milieu carcéral repose sur les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) qui organisent la réponse au sein de l'établissement pénitentiaire pour les soins somatiques et les soins psychiatriques. Les unités de soins psychiatriques (services médico-psychologiques régionaux - SMPR), interviennent en coordination et en soutien des USMP. Elles disposent de places d'hospitalisation de jour. Pour prendre en charge les personnes présentant des conduites addictives et leurs conséquences somatiques et/ ou psychiatriques ces unités peuvent bénéficier d'une collaboration avec un CSAPA en milieu pénitentiaire, implanté dans les onze plus gros établissements de France (couvrant environ un quart de la population incarcérée) ou d'autres spécialistes en addictologie selon les organisations locales. Un CSAPA référent est désigné pour chaque établissement pénitentiaire. Ses missions sont de contribuer à préparer la sortie et favoriser le suivi nécessaire du patient lors de la libération. En 2017, 201 CSAPA ont indiqué intervenir en milieu carcéral, dont 11 CSAPA intervenant exclusivement en milieu carcéral (ancienne Antennes-Toxicomanies créées à la fin des années 1980) et 126 CSAPA référents. Ces centres sont intervenus dans 162 établissements pénitentiaires différents.

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 doit pouvoir non seulement continuer son traitement de substitution aux opiacés (TSO) prescrit avant son incarcération mais aussi en initier un 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.

- New developments

Environ 13 700 personnes détenues ont reçu un traitement de substitution aux opioïdes en 2017, soit 8 % des individus ayant séjourné en établissement pénitentiaire, proportion qui apparaît stable depuis 2013.

L'enquête COSMOS (réalisée dans les établissements de la région Pays de la Loire fournit des données de quantification récentes concernant les usages de drogues avant et pendant l'incarcération. Là où certaines sont proches des autres données sur la question (notamment concernant la consommation de cannabis, estimée entre 35 et 40 % de la population détenue, selon les études), d'autres s'en éloignent.

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

*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 2020, la France comptait 188 établissements pénitentiaires comprenant 61 080 (+ 1.02 %) places de détention « opérationnelles » réparties entre :

- 133 maisons d'arrêt et 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) ;
- 66 centres de détention et quartiers « centres de détention », qui accueillent les majeurs condamnés présentant les meilleures perspectives de réinsertion ou en fin de peine. Leur régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation ;
- 13 maisons centrales et quartiers de maison centrale recevant les détenus les plus difficiles ;
- 31 centres de semi-liberté et 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 centres ou quartiers pour peines aménagées (situés dans des centres pénitentiaires) ;
- 50 établissements pénitentiaires pour mineurs ou quartiers mineurs, créés par la loi d'orientation et de programmation de la justice de septembre 2002 [[Loi n°2002-1138 d'orientation et de programmation pour la justice](#)] ;
- 1 unité d'accueil et de transfert ;
- 3 centres nationaux d'évaluation ou quartiers assimilés où sont évalués les détenus en vue de leur affectation en établissement ;
- 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 au 1^{er} janvier 2020 est composée de 70 % de personnes condamnées et 19 % 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 (96 %).

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

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 direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé 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 (voir tableau 1). 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. Des études plus récentes ont été réalisées dans les années 2010, à l'échelle soit d'un établissement pénitentiaire (celui de Liancourt) (Sannier et al. 2012) soit d'une région (la Picardie) (OR2S 2017). Dans la dernière étude, 40 % des détenus déclaraient avoir consommé au moins une drogue illicite durant les 12 mois précédant l'incarcération, 22 % de façon régulière et 18,5 % de façon occasionnelle. La consommation de cannabis concernait 38 % d'entre eux, celle de cocaïne/crack 6 %, la consommation d'héroïne, de morphine ou d'opium 9 %, et celle de médicaments psychotropes détournés de leur usage 2,7 %.

L'étude COSMOS (Rousselet *et al.* 2019), réalisée de 2015 à 2016 sur l'ensemble des établissements de la région Pays-de-la-Loire, témoigne de résultats à peu près concordants aux données recueillies dans les établissements de Liancourt et de Lyon-Corbas concernant la consommation de cannabis (voir tableau 1), mais ils divergent de manière importante concernant les autres produits (voir tableau 1). Il reste difficile de savoir si ces disparités sont liées aux méthodologies d'enquêtes adoptées ou à des réalités de terrain contrastées.

¹ Selon les critères du DSM-IV

Tableau 1. Les enquêtes déclaratives significatives sur les consommations de drogues avant l'entrée en prison

Enquête	Champ	Taille de l'échantillon	Types de consultants	Méthode de passation des questionnaires	Unité de mesure	Consommation de drogues avant incarcération						
						Au moins une drogue (hors tabac)	Cannabis	Alcool	Cocaïne/crack	Opiacés	Médicaments détournés	Au moins deux produits
DREES (2003)	nationale	6 087	1/13 entrants en MA	Traitement statistique des fiches élaborées par les US pour chaque entrant	12 mois précédant l'incarcération		29,80 %	31,00 %	7,70 %	6,50 %	5,40 %	11 %
US Liancourt (2011)	locale à l'échelle d'un établissement	381	Tous les détenus du CP	Questionnaire auto-administré en cellule	Non précisé : par défaut, vie entière	60 %	53 %		22 % (cocaïne seule ?)	18,9 % (héroïne seule)	12,60 %	24,40 %
ORS Picardie (2015)	locale à l'échelle de la région Picardie	1 938	Tous les entrants	Traitement statistique des fiches élaborées par les US pour chaque entrant	12 mois précédant l'incarcération	85,50 %	37,90 %		6,10 %	9,30 %	2,70 %	27,20 %
US Lyon-Corbas (2013)	locale à l'échelle d'un établissement	457	Tous les détenus de la MA	Questionnaire auto-administré en cellule					nd			
COSMOS (2019)	locale à l'échelle de la région Pays de la Loire	800	Tous les entrants et détenus	Administration par un enquêteur dans un lieu confidentiel	12 mois précédant l'incarcération		49 %	73 %	16,50 %	8,9 % (héroïne seule)	3,50 %	

Source : compilation produite par l'OFDT sur la base de la revue de la littérature.
nd : données non disponibles

US : unité sanitaire ; MA : maison d'arrêt ; CP centre pénitentiaire

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). Les enquêtes réalisées dans les années 2010 au sein des centres pénitentiaires de Liancourt (Sannier *et al.* 2012) et de Lyon Corbas (Sahajian *et al.* 2017) témoignent d'une consommation de cannabis avoisinant 40 %, de cocaïne variant entre 7 % et 10 % et d'héroïne autour de 8 % (voir tableau 2). Selon l'enquête réalisée à Liancourt, près de 7 % des détenus consommeraient des médicaments morphiniques à visée non thérapeutique et près de 9 % des benzodiazépines non prescrites.

L'étude COSMOS, déjà citée, présente des résultats concordants concernant la consommation de cannabis (voir tableau 2), mais divergeant de manière importante sur les autres produits, les usages d'alcool, de cocaïne et d'héroïne apparaissant comme très faibles (voir tableau 2).

Tableau 2. Les enquêtes déclaratives significatives sur les consommations de drogues durant l'incarcération

Enquête	Champ	Taille de l'échantillon	Types de consultants	Méthode de passation des questionnaires	Consommation de drogues durant l'incarcération							
					Unité de mesure	Au moins une drogue (hors tabac)	Cannabis	Alcool	Cocaïne/crack	Opiacés	Médicaments détournés	Au moins deux produits
DREES (2003)	nationale	6 087	1/13 entrants en MA	Traitement statistique des fiches élaborées par les US pour chaque entrant				nd				
US Liancourt (2011)	locale à l'échelle d'un établissement	381	Tous les détenus du CP	Questionnaire auto-administré en cellule	Pourcentage calculé sur l'ensemble des répondants	43,60 %	38,20 %	7,10 %	8,1 % (héroïne seule)	15,50 %	8,20 %	
ORS Picardie (2015)	locale à l'échelle de la région Picardie	1 938	Tous les entrants	Traitement statistique des fiches élaborées par les US pour chaque entrant				nd				
US Lyon-Corbas (2013)	locale à l'échelle d'un établissement	457	Tous les détenus de la MA	Questionnaire auto-administré en cellule	Pourcentage calculé sur l'ensemble des consommateurs	83,60 %	36,80 %	30,40 %	10,30 %	7,70 %	12,30 %	57 %
COSMOS (2019)	locale à l'échelle de la région Pays de la Loire	800	Tous les entrants et détenus	Administration par un enquêteur dans un lieu confidentiel	Pourcentage calculé sur l'ensemble des répondants		37 %	2,10 %	1,90 %	*1,1 % (héroïne seule)*	10,40 %	

Source : compilation produite par l'OFDT sur la base de la revue de la littérature
nd : données non disponibles

US : unité sanitaire ; MA : maison d'arrêt ; CP centre pénitentiaire

Concernant les modes d'administration des produits, l'enquête réalisée à la Maison d'Arrêt Lyon-Corbas estime que parmi les consommateurs d'au moins un produit illicite autre que le cannabis, le mode d'administration privilégié était le sniff (pour 60 % d'entre eux) et l'injection (pour 30 %). L'enquête COSMOS montre que 3 % des personnes interrogées déclarent des pratiques de sniff et moins de 1 % d'injection. Plusieurs rapports et études ont témoigné de modes de consommation modifiés en contexte carcéral : la voie nasale devient la plus fréquente, même si l'injection est susceptible de persister (Michel 2018; Michel *et al.* 2011; Stankoff *et al.* 2000). De même, quelques études et synthèses des enquêtes existantes ont montré chez certaines personnes incarcérées un transfert des drogues illicites vers les médicaments (Bouhnik *et al.* 1999; INSERM 2010, 2012; Stankoff *et al.* 2000), voire le report d'une consommation de cocaïne/crack et d'opiacés vers le cannabis et les médicaments (Protais *et al.* 2019). L'enquête réalisée à Liancourt et l'étude COSMOS mettent en évidence des consommations de médicaments psychotropes hors cadre de prescription variant entre 10 et 15 % des répondants. Cette dernière met en évidence une modification claire des usages, les usages des produits stupéfiants baissant au cours de l'incarcération au profit des médicaments psychotropes pris dans le cadre de prescription ou issu du troc entre détenus.

Suite à une étude préliminaire conduite dans 3 prisons françaises (Néfaud *et al.* 2017), l'étude d'analyse des eaux usées à la sortie d'établissements pénitentiaires s'est poursuivie en 2017 dans 2 établissements en métropole et un établissement dans un département d'outre-mer (Kinani *et al.* 2018). Les résultats indiquent toujours une forte présence de THC, marqueur de la consommation de cannabis, dans les prélèvements. La consommation de cannabis en milieu carcéral est très nettement supérieure à celle en « milieu libre » : entre 0,5 et 4 prises de cannabis par jour et par personne sont ainsi estimées, jusqu'à 10 à 20 fois celle observée en population générale. Les consommations de cocaïne et MDMA observées en détention sont proches de celles de la population générale : une dizaine de prises de cocaïne pour 1 000 personnes en moyenne, de façon irrégulière en fonction des jours, ce qui s'explique par le petit nombre de consommateurs. La consommation de MDMA, observée en métropole

uniquement, est plus faible que celle de cocaïne et également irrégulière, la détection de MDMA dans les échantillons n'étant pas systématique. L'analyse du marqueur de consommation d'alcool s'est toujours révélée négative. Si une consommation d'alcool existe, elle reste insuffisante pour être mise en évidence, inférieure à 0,5 verre/personne. Les consommations de médicaments – méthadone, buprénorphine et morphine – ont été étudiées en parallèle afin de les comparer aux données de délivrance communiquées par la pharmacie de l'établissement. Un recouvrement satisfaisant est observé dans les deux établissements pénitentiaires de France métropolitaine investigués. L'absence de délivrance de traitements de substitution aux opioïdes durant la période de prélèvement en outre-mer concorde avec la non-détection des molécules correspondantes dans les échantillons d'eaux usées.

Aucune donnée chiffrée sur la présence de NPS au sein des prisons françaises n'est connue, alors qu'elles sont mises en évidence dans certains pays européens où les NPS sont plus diffusés (Royaume-Uni, Allemagne, Suède, Pays Baltes...) (EMCDDA 2018).

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

Les femmes et les mineurs : deux populations peu connues

Les données concernant les consommations de ces deux populations spécifiques et le statut des substances psychoactives dans ces quartiers pénitentiaires sont rares.

Les enquêtes épidémiologiques nationales datant des années 2000 (voir *supra*) sont les seules données sur la question. L'enquête de la DREES de 2003 (Mouquet 2005) proposait des données sur les mineurs entrant en prison : elle témoignait de niveaux de consommation d'alcool et de cannabis bien plus élevés qu'en population générale. 20 % des mineurs nouvellement incarcérés déclaraient avoir une consommation d'alcool excessive, 8 fois sur 10 sur un mode discontinu. De même, ils étaient près de 40 % à déclarer un usage habituel de stupéfiants dans les 12 mois précédant l'incarcération, principalement le cannabis (alors qu'en population générale, selon l'enquête ESCAPAD de 2003 (Beck *et al.* 2004), environ un garçon de 17 ans sur 7 déclarait une consommation régulière de cette substance). À l'inverse, le recours à d'autres produits restait rare : 2 % des moins de 18 ans entrants déclaraient une utilisation régulière d'opiacés.

Concernant les femmes, la même enquête de la DREES constatait des consommations plus élevées qu'en population générale : 17 % des entrantes déclaraient une consommation excessive d'alcool (quatre fois plus élevée qu'en population générale), près de 20 % témoignaient d'une utilisation régulière de drogues illicites dans les 12 mois précédant l'incarcération. L'enquête révélait que ces consommations étaient plus proches de celles des hommes incarcérés, qu'en population générale, élément confirmé par l'enquête de 2015 en Picardie, déjà citée. Concernant les médicaments, la consommation des femmes (14 %) était 1,6 fois supérieure à celle des hommes à l'entrée en détention et 3 fois supérieure à celle des femmes en population générale. On constate ce même décalage en population générale (OFDT 2019a), mais il est renforcé en prison. Parmi les enquêtes plus récentes, seule l'enquête réalisée en région Picardie propose une focale sur les femmes, mais ses résultats restent partiels : elle estime à 17 % les consommatrices régulières de drogues, principalement du cannabis ; l'usage des autres produits n'étant pas abordé.

Sur les questions des usages en cours d'incarcération, seule l'enquête sur la santé mentale des personnes incarcérées de 2004 fournit des données concernant les femmes. Dans cette étude, 26,5 % d'entre elles présentaient un abus/ dépendance à au moins une substance (stupéfiants et médicaments psychotropes) et 18,4 % à l'alcool.

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 chiffrées 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 and 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). L'enquête Circé réactualise les données déjà existantes sur l'organisation du trafic de drogue en détention et les réponses qui lui sont apportées. Elle confirme que le trafic de substances psychoactives est très généralisé, notamment dans les prisons pour hommes. Il prendrait une place majeure dans les échanges, en particulier pour le cannabis, dont la consommation tendrait à se généraliser. L'enquête montre qu'actuellement les parloirs et les « projections » dans la cour de promenade sont les deux principaux moyens utilisés par les détenus pour introduire des produits interdits. Elle révèle également que la mise en place d'un marché des drogues en détention s'appuie sur l'utilisation de personnes spécifiques dans le cadre de relations spécifiques. Les femmes (petite amie, mère, etc.), mais aussi les surveillants, médecins des unités sanitaires, intervenants et autres détenus menacés sont les principaux individus permettant d'introduire des drogues en détention.

Le rapport étudie également l'organisation de ce marché et ses principaux acteurs. Les échanges de drogues s'inscrivent dans un marché plus large constitué de biens, de services, d'argent liquide et dématérialisé, de dons/contre-dons, dont l'organisation découle notamment des relations unissant les personnes investies dans l'échange. Ainsi, le cours des produits consommés n'est pas fixe en prison : il dépend de la disponibilité de la substance, des besoins du revendeur, mais aussi des relations d'amitié ou d'inimitié unissant le vendeur à son client. Si certains échanges sont susceptibles de donner lieu à des dons quasi-authentiques, d'autres peuvent à l'inverse asseoir une relation d'emprise et de violence. L'enquête montre par ailleurs que les organisations sociales auxquelles le trafic donne lieu sont variées, allant de réseaux organisés et hiérarchisés à des trafics non organisés (comme celui des médicaments psychotropes). Le rapport donne en outre du crédit à l'hypothèse d'une organisation multi-produits et de moins en moins hiérarchisée des trafics. Prolongeant l'étude de l'impact du marché des substances interdites sur la vie sociale en prison, ce rapport montre que le phénomène est à l'origine de trajectoires carcérales spécifiques : de l'organisateur du trafic qui poursuit son parcours de vie de manière linéaire en prison au détenu « victime » oscillant entre une instrumentalisation par les réseaux et une protection par l'administration pénitentiaire, en passant par le détenu optimisant sa peine en faisant rentrer du cannabis par ses propres moyens, tout en nouant quelques alliances distantes avec les membres du trafic.

L'enquête dévoile enfin la variabilité des réponses apportées par l'administration pénitentiaire. Parallèlement aux sanctions, elle engage des mesures préventives sécuritaires (comme le renforcement des fouilles, la mise en place de filets « anti-projection » ou le recours à des brigades de contrôle renforcé...). Les entretiens mettent également en évidence une attitude de « laisser-faire » et de sélection des actes sanctionnés, permettant aux agents de « négocier la paix » avec certains détenus. Dans les maisons d'arrêt surpeuplées, confrontées à des contradictions structurelles importantes, les surveillants négocient en fait un « abaissement de la peur » davantage qu'une véritable « paix sociale ». L'enquête révèle ainsi les ambivalences d'une institution tiraillée entre des injonctions sécuritaires, allant dans le sens d'un contrôle renforcé des actes liés à la drogue, et la nécessité de faire régner un ordre, se construisant dans la négociation avec certains détenus dominants en détention. Le mode de fonctionnement carcéral a également des effets sur la relation entre les professionnels des unités sanitaires et les détenus. Certains soignants font état de leur

désarroi face à des personnes particulièrement enclines à détourner les médicaments prescrits à des fins de trafics ou de mésusage. Il en résulte une tendance générale à adapter les prescriptions et la distribution des médicaments, confirmant les précédents travaux sur la question. Au-delà de ce niveau général, cette enquête montre néanmoins qu'au cas par cas, les soignants adoptent une attitude compréhensive pour ne pas perdre le contact avec les détenus usurpateurs. Rares sont ceux qui revendiquent des pratiques sanctionnantes, même si certains font remonter des ruptures de contrat thérapeutique visant des détenus détournant trop massivement leur traitement. En tout état de cause, l'exercice en prison paraît confronter l'exercice médical (au sens large) à des situations « limites » : l'augmentation pernicieuse des prescriptions du fait d'une prise en charge fragmentée et du débordement de certains services ; des médicaments volés ou prescrits sous la contrainte ; ou encore des situations où le médicament détourné devient le médiateur d'un lien entre un détenu « en difficulté » et les équipes soignantes.

Comportements à risque et conséquences sur la santé

Les profils et les pratiques d'usages des personnes détenues, de même que les facteurs structurels liés aux conditions d'incarcération (promiscuité, surpopulation et accès limité aux outils de réduction des risques (Michel and Jauffret-Roustide 2019) confrontent les personnes incarcérées à des dangers spécifiques. Si le détournement de médicaments expose aux risques d'une prise non contrôlée, l'initiation à certains produits est un autre élément rapporté. Les enquêtes réalisées à Lyon-Corbas et à Liancourt estiment entre 8 % et 15 % la proportion de personnes déclarant avoir débuté la consommation d'au moins une substance psychoactive en prison.

Par ailleurs, les modes d'administration sont plus difficilement sécurisés qu'en milieu libre, en raison de l'absence d'accès aux matériels de réduction des risques. L'étude menée à la fin des années 1990 dans 4 prisons françaises mettait en évidence que 7 % de ceux pratiquant l'injection en prison déclarait s'y être initiés dans cet espace (Rotily 2000; Rotily and ORS PACA 2000). Plus récemment, l'enquête Coquelicot menée en 2011-2013 montrait que parmi les personnes rapportant avoir injecté en prison, 2,7 % des personnes déclaraient avoir réalisé leur première injection durant l'incarcération (Michel 2018).

D'une façon générale, les modes d'usage ont évolué ces vingt dernières années avec le développement de mesures de réduction des risques et l'accès aux traitements de substitution (Cadet-Tairou 2019). Toutefois, l'enquête Coquelicot (Michel *et al.* 2018) montrait que parmi les individus interrogés qui avaient relaté des antécédents d'incarcération et d'injection, 14 % avaient signalé des pratiques d'injection à l'intérieur de la prison, dont 40,5 % avec un partage d'aiguilles ou de seringues². Les enquêtes plus anciennes indiquaient alors que si la plupart des personnes détenues concernées cessent de s'injecter en détention (Stankoff *et al.* 2000), les autres semblaient en réduire la fréquence, en augmentant toutefois les quantités injectées. L'enquête menée à Lyon-Corbas montre par ailleurs que seulement 12 % des injecteurs déclaraient stériliser leur matériel avec de l'eau de javel.

Les détenus sont également plus souvent infectés par le VIH et/ou le VHC, si bien que les risques de contamination en cas de partage du matériel, sont importants (Rotily *et al.* 1998). La surexposition aux maladies infectieuses en prison est d'ailleurs un phénomène plus général, qui dépasse les seuls injecteurs (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), 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). En matière de tuberculose, le milieu carcéral, qui fait cohabiter un ensemble de personnes présentant de nombreux facteurs de risque de développer la maladie, présente un taux de

² Le partage peut concerner ici le partage de seringues avec aiguilles serties déjà utilisées, et dans le cas des seringues avec aiguilles détachables (non serties), soit le partage du corps de la seringue uniquement, soit le partage de l'aiguille uniquement, soit le partage des deux.

déclaration plus de 10 fois supérieur à celui de la population générale en France. En 2018, une tuberculose maladie a été déclarée chez 54 personnes détenues, pour une population de 71 000 détenus, soit un taux de déclaration de 76/100 000. Ce taux était de 86/100 000 en 2016 et de 96/100 000 en 2017 (Guthmann *et al.* 2020).

Au total, qu'elles soient amorcées ou poursuivies en prison, les consommations de stupéfiants pèsent fortement sur l'état de santé des intéressés : 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 somatiques psychologiques ou psychiatriques, risques infectieux, abcès (Obradovic *et al.* 2011).

L'usage détourné de médicaments psychotropes et de substitution ainsi que le trafic qu'il engendre seraient par ailleurs, une cause de violence entre personnes incarcérées, générant des règlements de comptes, des menaces et des rackets (Canat 2012; Chantraine 2004; Fernandez 2010; Monod 2017; Protais and Jauffret-Roustide 2019; Tissot 2016).

En détention, des détenus repérés comme « faibles » sont susceptibles de faire l'objet de violences physiques et psychologiques et d'être utilisés à des fins de profit personnel par d'autres. La figure du « pointeur » (criminel sexuel) (Le Caisne 2004) régulièrement citée dans la littérature sur la prison, mais aussi celle du « toxico » (Protais and Jauffret-Roustide 2019; Tissot 2016) peut aboutir à ce type de victimisation. Celui qui fait l'objet de cette dernière caractérisation est vu par les autres personnes incarcérées comme un consommateur de longue date, dépendant aux « drogues dures » et/ou aux médicaments psychotropes. C'est pourtant davantage la présentation de l'individu qui intervient dans cette catégorisation que le produit consommé : la personne sera perçue comme telle si la consommation a causé des dommages visibles sur le long terme, comme le ralentissement, la somnolence ou la dégradation physique.

Khosrokhavar (Khosrokhavar 2004) témoignait déjà de l'assujettissement dont certaines personnes incarcérées pouvaient faire l'objet de la part des réseaux de trafics en détention. L'enquête Circulation, consommation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral (Circé)³ (Protais and Jauffret-Roustide 2019) montre que ce type de rapport s'inscrit dans le temps et débute parfois par une modalité d'échange prenant la forme d'un « don pervers ». Certains donnent en effet des produits en apparence gratuits à ceux qu'ils auront repérés comme « toxicos » pour les inscrire par la suite dans une situation de redevabilité et de dépendance à leur égard. Le « don » est ici détourné de sa fonction première, afin de produire une situation d'emprise. Certains surveillants témoignent alors de personnes escaladant les grillages des cours de promenades pour aller chercher des colis « projetés » de l'extérieur (contenant le plus souvent du cannabis ou des téléphones portables), destinés à certains autres détenus, contre un « joint ». Les risques pris en réalisant cette action interdite par la réglementation pénitentiaire ne sont pas contrebalancés par la maigre rétribution accordée. Lorsque cette situation d'emprise s'accompagne de sévices physiques, ces relations s'inscrivent dans une violence au long cours (Gandilhon 2010; INSERM 2012; Monod 2017; Protais and Jauffret-Roustide 2019), faite de pressions et maltraitances. Pour ces personnes incarcérées, la période de détention s'inscrit alors dans des trajectoires « descendantes », telles qu'elles sont décrites plus haut.

Les conséquences de cet état de santé dégradé sont importantes sur l'évolution sociale des personnes après l'incarcération. L'étude du profil des consultants des structures de soin en addictologie témoigne d'une forte représentation des personnes passées par la prison dans leur file active. Les données du Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge

³ L'étude Circé menée par l'OFDT et le Cermes3 a été conduite entre 2016 et 2018 et éclaire la question du marché des drogues en prison. Cette recherche sociologique dresse un état des lieux des substances psychoactives (stupéfiants, médicaments détournés de leur usage et alcool) présentes en détention. Le rapport étudie la manière dont ces substances sont introduites, mais aussi, l'organisation du marché, les relations sociales qui le sous-tendent et qu'il génère, ainsi que les réponses apportées par l'administration pénitentiaire et les unités sanitaires.

(dispositif RECAP) visant à suivre les caractéristiques des personnes prises en charge dans les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) exploités par l'OFDT montrent qu'en 2018, 27 % des personnes suivies ont déjà été incarcérées au cours de leur vie (OFDT 2019b). De même, dans le cadre de l'enquête ANRS-Coquelicot⁴, 60 % en 2004 et 61% en 2011 déclaraient au moins une période de détention (Jauffret-Roustide *et al.* 2009; Jauffret-Roustide *et al.* 2013). Enfin, 17 % des usagers qui fréquentent les CAARUD, interrogés dans l'enquête ENa-CAARUD témoignent d'au moins une incarcération dans l'année.

L'enquête ENa-CAARUD indique par ailleurs que les usagers les plus précarisés présentent un risque plus important d'avoir connu la prison que les autres. L'enquête de Pauly *et al.* publiée en 2010 (Pauly *et al.* 2010) qui a comparé des personnes pharmacodépendantes ou sous traitement de substitution entrant en établissement pénitentiaire et vues en CSAPA montre que les facteurs associés à l'incarcération sont la précarité ainsi qu'un usage problématique de médicaments détournés.

T1.2.3. Please comment on any recent data or report that provide information on drug supply in prison (for example on modus operandi)

Pas de nouveautés, voir T1.2.3 du workbook Prison 2018.

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).

En 2015, l'inspection générale des services judiciaires, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances ont été saisies afin d'évaluer les 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 Bobigny (voir workbook Prévention 2016).

⁴ Cette enquête a été réalisée en 2004 et 2011 par le Cermes3 et l'Institut de Veille Sanitaire dans 5 agglomérations françaises auprès d'une population de plus de 1 500 usagers ayant injecté ou sniffé (quel que soit le produit) ou fumé du crack, au moins une fois au cours de leur vie. Les personnes ont été recrutées dans des dispositifs susceptibles d'accueillir des usagers de drogues (CSAPA, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), services hospitaliers, médecins généralistes (uniquement en 2004-2006) et équipes de rue).

- 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).
- la systématisation d'un programme de traitement et de suivi à l'issue de la période de détention pour toute personne souffrant d'addictions.

Le plan définissant la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice (Ministère des affaires sociales et de la santé and Ministère de la justice 2017), paru en avril 2017, renforce les moyens de dépistage du VIH, VHC et VHB, en proposant de développer l'usage des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et de renouveler le dépistage pendant la détention. Il encourage également à améliorer le repérage des conduites addictives en instaurant un bilan de santé « relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac » systématique à l'entrée en détention. Ce bilan avait déjà été proposé par le guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral réactualisé en 2015 sous une forme standardisée.

Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (MILDECA 2018) comprend également plusieurs mesures spécifiques visant les populations détenues, dont les plus importantes sont détaillées dans la section T3 du workbook Prison 2018.

Par ailleurs, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 réaffirme 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](#)] (voir le workbook « Cadre légal » de l'année 2016 pour une présentation générale des objectifs de cette loi). Le décret d'application reste toujours attendu à ce jour, alors que la plupart des acteurs du soin en milieu carcéral et les enquêtes sociologiques sur le sujet jugent l'accès aux outils de RDRD comme « déficient » (Michel 2018) et inégal (Joël 2018) en France.

En juin 2019, le ministère des solidarités et de la santé et le ministère de la justice ont arrêté une feuille de route ciblant, pour la période 2019-2022, 28 actions prioritaires issues de la stratégie nationale santé des personnes placées sous main de justice adoptée en 2017. Parmi ces actions 7 concernent les personnes détenues prises en charge pour des questions d'addiction : renforcement des enquêtes permettant de mieux connaître l'état de santé des personnes placées sous main de justice (actions 1 à 3), l'amélioration des dépistages des maladies infectieuses et du repérage des conduites addictives (actions 11 et 13), veiller à la continuité des soins après la libération (action 23) et promouvoir les actions de santé communautaires pour la prise en charge des addictions (action 27).

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.

Le système de soins en milieu carcéral tel qu'il existe actuellement a été défini par la loi du 18 janvier 1994 [[Loi n°94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale](#)]. Il repose sur la spécialisation des services. La santé des détenus est depuis cette loi de la compétence du secteur public hospitalier généraliste. Un établissement hospitalier chargé de dispenser les soins a ainsi été désigné pour chaque établissement pénitentiaire.

Les soins en ambulatoire sont assurés dans l'enceinte des établissements pénitentiaires par des unités spécialement dédiées, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) chargées du soin somatique et psychiatrique. Des unités spécialisées dans les soins psychiatriques (services médico-psychologiques régionaux - SMPR), peuvent également intervenir, en coordination et en soutien des USMP. Les SMPR disposent de places d'hospitalisation de jour. USMP et SMPR sont amenés à prendre en charge les problèmes d'addictions. Les USMP assurent notamment le dépistage des consommations et des

dommages qui leur sont liés lors de la visite médicale à l'entrée en détention réalisée par une infirmière pour chaque entrant. Elles proposent ensuite, en lien avec le SMPR le cas échéant, une prise en charge adaptée.

Le dispositif spécialisé en addictologie est également impliqué dans la prise en charge des détenus. Parmi les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) existants, des référents, institués en 2011, ont été désignés pour chacun des établissements pénitentiaires (126 en 2019). Ces CSAPA sont chargés d'intervenir en détention, en lien avec les USMP et les SMPR, principalement pour assurer la continuité des soins à la sortie. Une enveloppe financière a été prévue pour permettre à chaque CSAPA désigné comme référent de consacrer un demi équivalent temps plein (un équivalent temps plein dans les gros établissements pénitentiaires) d'un travailleur social à l'intervention auprès d'usagers de drogues incarcérés ou venant de sortir de prison. En dehors de ces CSAPA référents, d'autres CSAPA déploient également une activité au sein des établissements pénitentiaires. Au total, 201 CSAPA ont indiqué intervenir en milieu carcéral en 2017, dont 11 CSAPA qui y consacrent toute leur activité (ancienne Antennes-Toxicomanies créées à la fin des années 1980). Ces centres sont intervenus dans 162 établissements pénitentiaires différents auprès de 29 600 personnes présentant des conduites addictives.

Les détenus peuvent également faire l'objet d'une hospitalisation. 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).

Publié en janvier 2018, le guide méthodologique concernant la prise en charge sanitaire des personnes détenues (Ministère de la justice and Ministère des solidarités et de la santé 2017), actualisation de celui de 2012 (Ministère de la Justice and Ministère des Affaires sociales et de la Santé 2012), 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 complet⁵.

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).

⁵ 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

- 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 2018 mentionné ci-dessus.

Par ailleurs, la France expérimente depuis juin 2017 une première communauté thérapeutique en milieu carcéral, placée au centre de détention de Neuvic : l'unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD). Cette adaptation du modèle des quartiers sans drogue anglais, espagnols ou des dispositifs équivalents aux États-Unis et au Canada, propose un cadre thérapeutique communautaire reposant sur un système de pairs-aidants en trois phases, sur une durée de 6 mois. Le programme concerne des usagers de drogues inscrits dans une démarche d'arrêt du produit. L'évaluation de processus demandée à l'OFDT pour évaluer sa mise en œuvre témoigne de résultats prometteurs : le dispositif permet de pacifier les relations entre détenus et surveillants (faisant évoluer leurs pratiques vers la dimension « sociale » de leur métier). La majorité des bénéficiaires envisagent par ailleurs des effets positifs sur leur capacité de résistance à l'offre de produits et, plus généralement, sur leurs relations sociales et leur manière de se positionner face au futur. Ce bilan soulève toutefois quelques interrogations : concernant l'aspect sélectif du programme (relativement fermé aux personnes souhaitant travailler en détention et aux délinquants sexuels), les objectifs poursuivis (abstinence ou réduction de la consommation ?) et la question de la confidentialité des informations personnelles délivrées, dans un cadre où le personnel socio-sanitaire et les agents pénitentiaires se disent unis par un « secret partagé ». Les résultats globalement positifs mis en évidence ont conduit à poursuivre l'expérimentation avec l'objectif de trouver des réponses aux questions de fonctionnement soulevées par l'évaluation. Des données médico-économiques sont également attendues en vue de statuer sur l'éventuelle réplique du dispositif dans d'autres établissements du territoire.

T1.3.3. Please fill in the table below on selected interventions, if possible; 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.

Table Drug related interventions in prison

Type of intervention	Specific interventions	YES/NO (indicated whether it is formally available or not available)	Number of prisons in the country where interventions are actually implemented	Comments or specifications on the type of intervention
Assessment of drug use and drug related problems at prison entry		Oui	Concerne toutes les prisons	Tous les entrants de prison rencontrent un personnel soignant (infirmière puis médecin) chargé d'évaluer leur état de santé global et de leur proposer une prise en charge adaptée à leurs besoins
Counselling on drug related problems				
	Individual counselling	Oui	50 % des CSAPA référents en 2017	
	Group counselling	Oui	44 % des CSAPA référents en 2017	
Residential drug treatment				
	Drug free units/Drug free wings	Non		
	Therapeutic community /residential drug treatment	Oui	1 établissement dans un cadre expérimental : le centre de détention de Neuvic	Prise en charge communautaire basé sur un système de pair-aidant, en 3 phases, sur un cycle de 6 mois
Pharmacologically assisted treatment				
	Detoxification	Non		
	OST ⁶ continuation from the community to prison	Oui	Concerne toutes les prisons	
	OST initiation in prison	Oui	Concerne toutes les prisons	
	OST continuation from prison to the community	Oui	Concerne toutes les prisons	
	Other pharmacological treatment targeting drug related problems	Traitements par substituts nicotiques pour le sevrage tabagique	Concerne toutes les prisons	

⁶ OST: Opioid Substitution Treatment

Preparation for release

	Referrals to external services on release	Oui	174 CSAPA interviennent dans 161 des 185 établissements pénitentiaires.	Une de leur mission est la préparation à la sortie. Ils suivent 29 650 personnes ayant un problème de conduite addictive en 2017. En 2017, 97 % des CSAPA référents engageaient avec les personnes un projet de soins ambulatoires à la sortie, 86 % un projet de soins résidentiels, 83 % une mise en lien avec d'autres CSAPA (Fédération Addiction 2019).
	Social reintegration interventions	Oui	Donnée inconnue	En 2017, 58 % des CSAPA référents déclaraient accompagner physiquement leurs patients lors de permissions de sortie et 48 % déclaraient un accompagnement physique à la sortie de prison (Fédération Addiction 2019).
	Overdose prevention interventions for prison release (e.g. training, counselling, etc.)			
	Naloxone distribution	OUI	Donnée inconnue	Les personnes détenues à leur sortie de prison font partie des publics prioritaires pour la distribution de naloxone depuis que cette dernière a été disponible en 2016 (cf. Note n°2016-223 du 11/07/2016). Ce principe a été réaffirmé par la feuille de route pour prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes arrêtée en juillet 2019 par le ministère en charge de la santé.

Infectious diseases interventions				
	HIV ⁷ testing	Oui	Le test est systématiquement proposé lors de la visite médicale d'entrée.	
	HBV ⁸ testing	Oui	Le test est systématiquement proposé lors de la visite médicale d'entrée.	
	HCV ⁹ testing	Oui	Le test est systématiquement proposé lors de la visite médicale d'entrée.	
	Hepatitis B vaccination	Oui	La vaccination est systématiquement proposée lors de la visite médicale d'entrée.	
	Hepatitis C treatment with interferone	Non		
	Hepatitis C treatment with DAA ¹⁰	Oui	Dans certaines prisons	
	ART ¹¹ therapy for HIV	Oui	Dans toutes les prisons	
Needles and syringe exchange		Non		
Condom distribution		Oui	Dans toutes les prisons	
Others (specify)				

Voir T1.3.3 du workbook Prison 2018, hormis pour les données chiffrées qui ont été actualisées dans la partie T1.3.4 de ce workbook.

En 2015, le dépistage du VIH et du VHC est effectif pour 70 % des détenus, avec un rendu systématique des résultats dans 72 % des unités sanitaires (Remy *et al.* 2017). Les méthodes non-invasives d'évaluation de la fibrose hépatique sont réalisées dans 84 % des unités sanitaires, et 56 % bénéficient d'une consultation spécialisée sur site ; 66 % ont initié au moins un traitement par antiviraux à action directe en 2015, et 130 patients ont été traités.

⁷ Human Immunodeficiency Virus

⁸ Hepatitis B Virus

⁹ Hepatitis C Virus

¹⁰ direct-acting antivirals

¹¹ antiretroviral therapy

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

Le nombre de personnes détenues ayant eu un traitement de substitution aux opiacés (TSO) en 2017 s'élève à 13 700, soit 8 % des personnes ayant séjourné en établissement pénitentiaire. Après une période d'augmentation entre 1998 et 2010, la part des personnes détenues ayant une prescription de TSO semble stable depuis. La BHD seule (42,1 % des cas) est autant prescrit en 2017 que la méthadone qui poursuit sa progression (42,8 % des cas en 2017 vs 15,2 % en 1998). La part des patients traités par BHD/naloxone (comptabilisés de façon distincte de la BHD à partir de 2017) s'élève à 15 % et se situe à un niveau plus élevé qu'en milieu libre. Si le choix entre traitement par méthadone et par BHD existe dans l'ensemble des établissements, la BHD n'est souvent prescrite que sous l'une de ses formes : ainsi, 55 % des établissements délivrent uniquement la forme seule de la BHD et 11 % des établissements uniquement la BHD associée à la naloxone. La part des détenus ayant un TSO diffère selon le type d'établissement. Les centres de détention (établissements accueillant les personnes détenues condamnées à une peine supérieure à 2 ans) et les maisons d'arrêt (établissements pour les prévenus et les personnes condamnées dont la durée de peine à purger est inférieure à deux ans) ont la plus forte prévalence de TSO avec 8 % des détenus en bénéficiant, tandis que 5 % des détenus reçoivent des TSO en maison centrale (établissement pour les condamnés à une longue peine) en 2017 (Brisacier 2019).

En 2010, la prévalence des TSO chez les femmes était plus du double de celle des hommes (respectivement 16,5 % vs 7,7 %) selon l'enquête Prévacar (Barbier *et al.* 2016). Une enquête récente (Carrieri *et al.* 2017) a par ailleurs démontré que le passage de la BHD à la méthadone en ville, en réduisant le mésusage, 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.

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.

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

Voir T1.3.3 et T1.4.1 du workbook Prison 2018.

T2. Trends

The purpose of this section is to provide a commentary on the context and possible explanations of trends.

T2.1. Please indicate notable trends in drug use and drug related problems or important developments in drug and prison policy and drug related interventions in prisons of your country over the past 5 years.

En 2019-2020, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) va conduire grâce au soutien du Fonds de lutte contre les addictions [[Arrêté du 2 août 2019 fixant la liste des bénéficiaires et les montants alloués par le fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives au titre de 2019](#)], une enquête pilote pour recueillir, selon la méthodologie des enquêtes en population générale, des données de prévalence concernant la consommation de produits psychoactifs par les personnes détenues (voir également section T 1.1.3 du workbook « Prévention »).

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.

L'étude COSMOS, réalisée de 2015 à 2016 sur l'ensemble des établissements de la région Pays-de-la-Loire, et dont les résultats viennent de paraître (Rousselet *et al.* 2019) obéit à une méthodologie permettant davantage de maîtriser les biais de déclaration. Les questionnaires ont été administrés par des enquêteurs extérieurs dans un espace garantissant la confidentialité des informations. Elle fournit de nouvelles données de quantification des consommations avant et après l'incarcération, confirmant pour partie, les données des enquêtes précédentes sur le sujet (voir tableau 1 et 2 du T1.2.1).

Par ailleurs, comme dans les autres pays d'Europe, la crise du COVID-19 a touché les prisons françaises qui ont dénombré, au 27 avril, 44 personnels positifs au Covid-19 (187 présentant des symptômes mais n'ayant pas été testés) et 24 détenus positifs (et 99 présentant des symptômes). Les établissements pénitentiaires ont mis en place un certain nombre de mesures destinées à mettre en application les mesures de confinement national prononcées à compter du 17 mars 2020 et à garantir la sécurité sanitaire des agents et de la population détenue. Ainsi, la rotation des personnels a été limitée pour éviter la contamination. Du gel hydroalcoolique et des gants à usage unique (pour les fouilles) ont également été mis à disposition des agents. De même, des masques ont été distribués à l'ensemble des personnels ayant un contact régulier et prolongé avec la population détenue. À destination des prisonniers, les parloirs, les activités (socio-culturelles et culturelles), ainsi que le travail ont été suspendus. Des mesures compensatoires ont été mises en place, comme la gratuité de l'accès à la télévision, un crédit de 20 euros en mars, 40 euros en avril, sur les comptes téléphoniques des détenus, la création d'une messagerie pour les proches des détenus et une augmentation des aides accordées aux détenus les plus précaires. Certains temps forts de la vie religieuse ont toutefois pu être maintenus (comme le Ramadan) et les services pénitentiaires ont créé une ligne permettant la communication avec des aumôniers de chaque culte. À noter également que certains ateliers ont été réouverts à titre dérogatoire pour permettre la confection de masques. Par ailleurs, les promenades et les tours de douche ont été réalisés en groupe plus restreints, les établissements ont été réorganisés de manière à permettre la mise en quatorzaine des détenus arrivants (avec un test de dépistage à J-7) et l'isolement de ceux ayant été diagnostiqués comme porteurs du coronavirus. Ces mesures ont été accompagnées à partir du 25 mars par l'entrée en vigueur de l'ordonnance ([Ordonnance n° 2020-303](#)) portant adaptation des règles de procédure pénale sur le fondement de la loi d'urgence permettant à certains condamnés l'assignation à résidence en fin de peine pour les reliquats inférieurs à 2 mois et les réductions de peine supplémentaires pour les reliquats de 2 à 6 mois. Ces mesures visent à réduire la surpopulation carcérale. Entre le 16 mars et le 1^{er} Juillet 2020, la densité carcérale est passée de 119 à 96,9 % et de 140 % à 108,5 % dans les maisons d'arrêt. Avec 58 695 personnes détenues au 1^{er} juillet 2020, le nombre de personnes détenues a baissé de 18 % en un an (-13 075 personnes entre le 1^{er} juillet 2019 et le 1^{er} juillet 2020).

Du côté des unités sanitaires, une diffusion des gestes barrières a été réalisée à côté d'une limitation des activités thérapeutiques de groupe, des consultations spécialistes et des extractions médicales. Les consultations généralistes, d'urgence et les soins dentaires ont été priorisés. L'intervention des CSAPA référent a été réduite dans la majorité des établissements pénitentiaires français. Certains établissements ont mis en place des systèmes de consultation/soutien téléphonique en substitution des rencontres de visu. Les professionnels de santé ont pu constater une certaine baisse des consommations de drogues illicites contre une hausse des

demandes de traitements psychotropes et des consultations liées au manque et au sevrage (dans des proportions toutefois gérables pour les services). Suite à la libération d'un grand nombre de détenus au début du confinement (environ 5 000 personnes) et alors que l'activité des CSAPA était réduite en raison du confinement, des difficultés d'accès aux soins des sortants de prison ont par ailleurs été rapportées par plusieurs CSAPA, notamment pour les personnes qui bénéficiaient d'un TSO en prison. La continuité de leur traitement n'avait souvent pas été organisée avant leur sortie et les CSAPA ont eu à les prendre en charge rapidement (Gérome and Gandilhon 2020).

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, 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, ont fait l'objet d'un nouvel exercice, dont les résultats sont prévus pour 2021. Il s'agit d'une part du second volet de l'enquête PRI²DE (voir T5.2), qui vise à étudier l'acceptabilité des mesures de RDRD chez les acteurs du soin en milieu carcéral, le personnel pénitentiaire et les détenus.

D'autre part, l'enquête Coquelicot a été déclinée en milieu carcéral pour déterminer les prévalences du VIH et du VHC, ainsi que les modes de consommation en prison. Les premiers résultats sont attendus pour 2021.

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.

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

Barbier, C., Maache, A., Bauer, D., Joannard, N. and Lerasle, S. (2016). Enquête flash relative à la prise en charge des addictions en milieu carcéral. Organisation, pratiques et activités. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Direction générale de la santé, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris.

Beck, F., Legleye, S. and Spilka, S. (2004). Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbka.pdf> [accessed 18/06/2020].

Bouhnik, P., Jacob, E., Maillard, I., Touzé, S. and RESSCOM (1999). L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison - Poly-consommations - Substitution. Les « années cachets ». Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DGS, Ministère de la Justice, DAP, Paris.

- Brisacier, A.-C. (2019). Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes ». Mise à jour 2019. OFDT, Paris. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO190308.pdf> [accessed 19/06/2019].
- Cadet-Taïrou, A. (2019). Modes d'usage, évolutions récentes. Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Paris.
- Canat, A.-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.
- D'almeida, S., Nizri, D. and 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. and 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 18/06/2020].
- 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: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR - Volet offre de soins - VIH hepatitis et traitements de substitution en milieu carceral octobre 2011.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf) [accessed 18/06/2020].
- 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. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris.
- Duburcq, A., Coulomb, S., Bonte, J., Marchand, C., Fagnani, F. and 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 18/06/2020].
- EMCDDA (2018). Rapport européen sur les drogues 2018 : tendances et évolutions. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/edr2018> [accessed].
- 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).
- Fédération Addiction (2019). CSAPA référents en milieu pénitentiaire. Vers une meilleure identification. Fédération Addiction, Paris. Available: <https://www.federationaddiction.fr/csapa-referents-en-milieu-penitentiaire-document/> [accessed 18/06/2020].
- Fernandez, F. (2010). Emprises. Drogues, errance, prison : figures d'une dépendance totale. Larcier, Bruxelles.

- Gandilhon, M. (2010). L'institution carcérale en France au miroir des drogues illicites. Cahiers de la Sécurité (12) 153-161.
- Gérome, C. and Gandilhon, M. (2020). Evolution des usages et de l'offre de drogues au temps du COVID-19 : observations croisées du dispositif TREND. Bulletin TREND COVID-19. OFDT (2). Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Bulletin-TREND-COVID-2.pdf> [accessed 18/06/2020].
- Guthmann, J.-P., Laporal, S. and Lévy-Bruhl, D. (2020). La tuberculose maladie en France en 2018. Faible incidence nationale, forte incidence dans certains territoires et groupes de population [Tuberculosis in France in 2018: Low national incidence, high incidence in certain geographical areas and population groups]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (10-11) 196-203.
- INSERM (2010). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. INSERM, Paris. Available: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86> [accessed 18/06/2020].
- INSERM (2012). Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. INSERM, Paris. Available: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/2071> [accessed 18/06/2020].
- Jauffret-Roustide, M., Oudaya, L., Rondy, M., Le Strat, Y., Couturier, E., Mougin, C. *et al.* (2009). Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France [Women drug users and practices at risk of transmission of HIV and hepatitis. Complementary epidemiological and socio-anthropological approaches, Coquelicot Survey 2004-2007, France]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (10-11) 96-99.
- Jauffret-Roustide, M., Pillonel, J., Weill-Barillet, L., Léon, L., Le Strat, Y., Brunet, S. *et al.* (2013). Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 [Estimation of HIV and hepatitis C prevalence among drug users in France - First results from the ANRS-Coquelicot 2011 Survey]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (39-40) 504-509.
- Jean, J.-P. and 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.
- Joël, M. (2018). Rapport INED-Sidaction. Prévention et réduction des risques et des dommages en prison et à la sortie. Available: https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2018/05/rapport_8pages.pdf [accessed 18/06/2020].
- Khosrokhavar, F. (2004). L'Islam dans les prisons. Balland, Paris.
- Kinani, A., Karolak, S. and Lévi, Y. (2018). Suivi de la consommation de drogues illicites par l'analyse des eaux usées dans trois établissements pénitentiaires de 2016 à 2017. Rapport de recherche remis à la Direction de l'administration pénitentiaire [non publié].
- Le Caisne, L. (2004). L'économie des valeurs : Distinction et classement en milieu carcéral. L'Année sociologique 54 (2) 511-537.
- Marais-Gaillard, N. (2007). Réseau d'influences criminels 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: <https://www.vie-publique.fr/rapport/28760-prevalence-des-hepatites-b-et-c-en-france-en-2004> [accessed 18/06/2020].

- Michel, L. (2018). Usage de substances psychoactives en prison et risques associés. Académie Nationale de Médecine, Paris. Available: <http://www.academie-medecine.fr/usage-de-substances-psychoactives-en-prison-et-risques-associes/> [accessed 18/06/2020].
- Michel, L. and Jauffret-Roustide, M. (2019). Prisons françaises et risque infectieux : l'urgence de la mise en oeuvre du principe d'équivalence pour les mesures de prévention et de réduction des risques [French prisons and infectious risk: The urgent need to scale-up harm reduction interventions]. Presse Médicale (La) 48 (7-8 Part 1) 752-755.
- 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.
- Michel, L., Trouiller, P., Chollet, A., Molinier, M., Duchesne, L., Jauffret-Roustide, M. *et al.* (2018). Self-reported injection practices among people who use drugs in French prisons: Public health implications (ANRS-Coquelicot survey 2011-2013). Drug and Alcohol Review 31 (Suppl. 1) S268-S276.
- MILDECA (2018). Alcool, tabac, drogues, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Alcohol, tobacco, drugs, screens: National plan for mobilisation against addictions 2018-2022]. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Paris. Available: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022> [accessed 17/06/2020].
- 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. Available: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique_Personnes_detenues_2012.pdf [accessed 18/06/2020].
- Ministère de la justice and Ministère des solidarités et de la santé (2017). Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique. Ministère de la Justice, Ministère des solidarités et de la santé, Paris. Available: <http://www.justice.gouv.fr/prison-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/guide-methodologique-prise-en-charge-sanitaire-des-ppsmj-31174.html> [accessed 05/08/2019].
- Ministère de la Justice and Ministère des Solidarités et de la Santé (2019). Feuille de route : Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022. Dossier de presse du 2 juillet 2019. Available: <http://www.presse.justice.gouv.fr/dossiers-de-presse-10097/dossiers-de-presse-2019-12952/feuille-de-route-sante-ppsmj-2019-2022-32526.html> [accessed 18/06/2020].
- Ministère des affaires sociales et de la santé and Ministère de la justice (2017). Stratégie santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ). Available: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf [accessed 05/08/2019].
- Monod, G. (2017). Cannabis et prison. Pratiques en santé mentale 63 (2) 39-42.
- Mouquet, M.C. (2005). La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et résultats. DREES (386). Available: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-des-personnes-entrees-en-prison-en-2003> [accessed 18/06/2020].
- Néfau, T., Sannier, O., Hubert, C., Karolak, S. and Lévi, Y. (2017). L'analyse des drogues dans les eaux usées : outil d'estimation des consommations, application en milieu carcéral. Note 2017-01. OFDT, Saint-Denis. Available: <https://www.ofdt.fr/index.php?cID=922> [accessed 05/08/2019].

- 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). Rapport national 2011 (données 2010) à l'OEDT par le point focal national Reitox - France. Nouveaux développements, tendances et information détaillée sur des thèmes spécifiques. OFDT, Saint-Denis.
- OFDT (2019a). Drogues et addictions, données essentielles. OFDT, Paris. Available: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/> [accessed 18/06/2020].
- OFDT (2019b). RECAP : REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge. Tableaux statistiques 2007-2018. OFDT, Saint-Denis. Available: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2007-18_series.pdf [accessed 26/05/2020].
- OR2S (2017). État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex-Picardie. Caractéristiques sanitaire et sociale des nouveaux détenus en 2015. Observatoire régional de la santé et du social, Amiens. Available: http://www.or2s.fr/images/Prison/2017_CaracteristiquesSanitaireEtSociale_NouveauxDetenusEn2015_Picardie.pdf [accessed 18/06/2020].
- Pauly, V., Frauger, E., Rouby, F., Sirere, S., Monier, S., Paulet, C. *et al.* (2010). Évaluation des conduites addictives chez les personnes entrant en milieu pénitentiaire à partir du programme OPPIDUM du réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP). L'Encéphale 36 (2) 122-131.
- 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: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcpvc.pdf> [accessed 18/06/2020].
- Protais, C. and Jauffret-Roustide, M. (2019). Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral. Résultats de l'enquête Circé sur la question du marché des drogues en prison. Rapport final à destination de la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la justice. OFDT, Paris. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpz4.pdf> [accessed].
- Protais, C., Milhet, M. and Díaz Gómez, C. (2019). Les addictions dans le programme Un chez soi d'abord. Enquête APROCHES. OFDT, Paris. Available: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpz9.pdf> [accessed 18/06/2020].
- 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.
- Remy, A.J., Canva, V., Chaffraix, F., Hadey, C., Harcouet, L., Terrail, N. *et al.* (2017). L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015 [Hepatitis C in prison settings in France: a national survey of practices for 2015]. BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (14-15) 277-283.
- Rotily, M. (2000). Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport de la mission santé-justice. Ministère de la justice ; ORS PACA, Paris.
- 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. and ORS PACA (2000). Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : synthèse. In: Stankoff, S. & Dherot, J. (Eds.), Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites

virales en milieu carcéral. Direction de l'administration pénitentiaire ; Direction générale de la santé, Paris.

Rousselet, M., Guerlais, M., Caillet, P., Le Geay, B., Mauillon, D., Serre, P. *et al.* (2019). Consumption of psychoactive substances in prison: Between initiation and improvement, what trajectories occur after incarceration? COSMOS study data. PLoS One 14 (12) e0225189.

Sahajian, F., Berger-Vergiat, A. and Pot, E. (2017). Use of psychoactive substances in prison: Results of a study in the Lyon-Corbas prison, France. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 65 (5) 361-367.

Sanchez, G. (2006). Le traitement du VHC en prison : le foie, une bombe sous les barreaux. Journal du Sida (185) 9-12.

Sannier, O., Verfaillie, F. and Lavielle, D. (2012). Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace. La Presse Médicale 41 (7-8) e375-e385.

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.

Stankoff, S., Dherot, J., DAP and DGS (2000). Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, Paris. Available: <https://www.vie-publique.fr/rapport/24983-rapport-de-la-mission-sante-justice-sur-la-reduction-des-risques-de-tran> [accessed 18/06/2020].

Tissot, N. (2016). Prise et déprise : faire usage de drogue en prison. Rhizome (62) 13-15.

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 sont déroulées en 2017-2018. 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 sont menées au sein des mêmes établissements et pendant les mêmes périodes, permettant d'affiner et de confronter les résultats des deux approches.

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 Santé publique France (SpF)

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 a été réalisée dans différents établissements pénitentiaires français entre septembre et décembre 2016.

Bilan de fonctionnement de l'unité de réhabilitation pour les usagers de drogues (URUD) un an après son ouverture

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'OFDT a été désigné par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) pour mener une évaluation du processus de l'URUD au moment de sa création. L'évaluation se présentait davantage comme un accompagnement à la mise en place du dispositif que comme une enquête visant à mesurer l'impact de la prise en charge mise en place sur l'évolution des personnes. Elle s'appuie sur une méthodologie qualitative, mêlant l'observation du dispositif sur une durée de deux semaines et une trentaine d'entretiens avec les principaux acteurs du dispositif.

CIRCE : CIRculation, 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 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 auprès des CSAPA référents en milieu pénitentiaire

Fédération Addiction

Un état des lieux des pratiques professionnelles des CSAPA référents a été réalisé au moyen d'un questionnaire diffusé par courrier et par voie électronique à l'ensemble des CSAPA référents. Il y a désormais un CSAPA référent par établissement (parfois c'est le même CSAPA pour plusieurs établissements) et pour certains établissements plusieurs CSAPA peuvent intervenir (le CSAPA référent et un autre CSAPA). Il y a ainsi 126 CSAPA référents parmi les 201 qui interviennent en prison (dont 11 uniquement en milieu pénitentiaire). Ces 126 CSAPA référents sont gérés par 36 centres hospitaliers et 49 associations. La moitié des CSAPA référents ont répondu aux questions posées qui portaient sur leurs caractéristiques institutionnelles, les conditions de travail des professionnels, la visibilité de leur mission, la définition de leur rôle et les activités réalisées.

La Fédération Addiction, avec le soutien de professionnels et de la direction générale de la santé, a publié un document de référence qui décrit les bonnes pratiques des CSAPA référents et dresse un état des lieux de ce dispositif innovant mis en œuvre entre 2012 et 2014 (Fédération Addiction 2019).

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.

Enquête sur les traitements de substitution en prison

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Un nouveau système d'information, dénommé « Pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général » (PIRAMIG), a été mis en place en 2017 pour le recueil de l'activité des unités sanitaires en milieu pénitentiaire et a pris le relais de l'Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD). La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) centralise ces données. En 2017, 92 % des établissements pénitentiaires (représentant 88 % des détenus ayant séjourné dans l'année) ont renseigné des données sur les TSO. Le pourcentage de personnes bénéficiant d'un TSO est calculé en rapportant le nombre de personnes ayant reçu une prescription de TSO au nombre de personnes détenues ayant séjourné en établissement pénitentiaire une année donnée. Ce dernier nombre est fourni par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP).

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

Direction générale de la santé (DGS) / Santé publique France (SpF)

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 avait été adressé à chaque UCSA et SMPR (service médico-psychologique régional) au mois de novembre 2009 : 66 % des 171 établissements avaient répondu au questionnaire, couvrant 74 % de la population incarcérée au moment de l'étude.

Les questions portent 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 est ensuite conduit afin de préciser certains aspects, sur un plan plus qualitatif.