

## COMMUNICATION

### Usage de substances psychoactives en prison et risques associés

MOTS-CLÉS : PRISONS. SANTÉ PUBLIQUE. SUBSTANCES PSYCHOACTIVES. SOINS. RÉDUCTION DES RISQUES

### *Psychoactive substance use in prison and associated risks*

KEY-WORDS: PRISONS. PUBLIC HEALTH. PSYCHOTROPIC DRUGS CARE. HARM REDUCTION

Laurent MICHEL \*

**L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.**

## RÉSUMÉ

*La santé et la prévention constituent en prison un enjeu majeur de santé publique en raison des caractéristiques de la population qui y est détenue : fortes prévalences de l'usage de substances psychoactives à l'entrée en détention, précarité sociale, fréquence des troubles psychiatriques. La promiscuité, le manque d'hygiène, la violence et les conditions actuelles de détention contribuent à aggraver ce risque sanitaire. Des données, bien que très anciennes, existent en France sur l'usage de substances psychoactives à l'entrée en détention, mais il n'existe pas de données d'ampleur nationale sur leur consommation au cours de la détention. Des arguments indirects suggèrent cependant la réalité de ces pratiques d'usage et les risques associés. Le principe d'équivalence avec le milieu ouvert prôné par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (UNODC), adopté en 1994 par la France, est à peu près respecté pour les interventions médicales (accès aux traitements de substitution aux opiacés, aux substituts nicotiques, aux antirétroviraux et maintenant aux traitements de l'hépatite chronique C ainsi qu'à la naloxone dans la prévention de l'overdose). Au contraire, l'accès aux outils de réduction des risques reste déficient malgré la Loi de Santé de 2016 inscrivant ce principe d'équivalence pour ces stratégies. De plus, dans une optique de santé publique, ces interven-*

---

\* CESP/Inserm 1018, Centre Pierre Nicole, Croix-Rouge française, Paris, France.  
Centre Pierre Nicole, 27 rue Pierre Nicole, 75005 Paris.

*Tirés à part* : Docteur Laurent MICHEL, même adresse  
*Article reçu le 2 octobre 2017, accepté le 5 janvier 2018*

*tions doivent être envisagées de manière globale, incluant soins et prévention pour la dépendance tabagique, la consommation de cannabis mais aussi combinaison des interventions ciblant les troubles psychiatriques, la précarité sociale et aussi et surtout, le contexte, c'est-à-dire les conditions de détention devenues particulièrement difficiles.*

## SUMMARY

*Health and prevention constitute a major public health issue in prison setting because of the characteristics of the population held there: high prevalence of use of psychoactive substances at entry, social precariousness, frequency of psychiatric disorders. Promiscuity, lack of hygiene, violence and current conditions of detention contribute to this health risk. Data on prevalence of substance use at entry are outdated in France and there are no national data on their consumption in detention. Indirect arguments, however, suggest the reality of their consumption inside prison and the associated risks. In terms of care and prevention, if the principle of equivalence with the free world recommended by the World Health Organization and UNODC, adopted in 1994 by France, is more or less respected for medical interventions (access to opioid substitution treatment, nicotine replacement therapy, anti-retrovirals treatments and now treatment for chronic hepatitis C as well as naloxone in the prevention of overdose), access to risk reduction tools remains deficient in spite of the Health Law of 2016. In addition, from a public health perspective, these interventions should be considered in a comprehensive way, including care and prevention for tobacco dependence, cannabis use, but also a combination of interventions targeting psychiatric disorders, social precariousness and, above all, the increasingly difficult conditions of detention.*

## INTRODUCTION

Avec près de 70 000 détenus en 2017, la France atteint un record historique en termes de nombre de personnes incarcérées. Cette population cumule divers facteurs de risques sanitaires : conduites addictives [1, 2], précarité sociale, troubles psychiatriques [3], infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC) 6 à 10 fois supérieure à celles de la population générale [4]. L'environnement pénitentiaire exacerbe les risques du fait de la promiscuité, la violence et les mauvaises conditions d'hygiène qui règnent dans les prisons. La surpopulation actuelle est un facteur aggravant la situation, précarisant les conditions de vie des détenus et les conditions de travail des personnels pénitentiaires et sanitaires. Au 1<sup>er</sup> mars 2017, avec 69430 détenus pour 59664 places (taux d'occupation de 118 %), 14745 détenus étaient accueillis en surnombre dans 187 établissements pénitentiaires français, 1822 dormant sur des matelas à même le sol, avec un record pour les maisons d'arrêts, dans lesquelles le taux de surpopulation est de 140 %.

Les conditions de vie sont ainsi particulièrement pénibles en prison. Cet élément doit être pris en compte dans l'interprétation des données portant sur l'usage de substances psychoactives par les détenus, celui-ci, notamment en ce qui concerne le cannabis ou le recours aux benzodiazépines, constituant une stratégie bien identifiée par les professionnels pénitentiaires et sanitaires pour supporter cet environnement.

Un principe d'équivalence pour les soins et la prévention entre le milieu extérieur et la prison, prôné par l'OMS en 1993, a été acté par la Loi française de 1994 (loi du 18 janvier 1994 et décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relative aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé) transférant au service public hospitalier la charge de l'organisation des soins dans les prisons françaises. La Loi Santé de Janvier 2016 a entériné ce principe pour les mesures de réduction des risques. Si la situation s'est considérablement améliorée pour les soins (dépistage et traitement du VIH, volonté récente de traiter également les sujets atteints par une hépatite chronique C pendant l'incarcération, accès aux traitements de substitution pour les sujets dépendants aux opiacés,...), nous sommes encore loin du compte pour la prévention des risques et dommages liés à l'usage de substances psychoactives en prison en France. Les outils de réductions des risques autorisés en détention sont ceux prévus par la circulaire de 1996 portant sur la prévention du VIH en prison (circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996), déjà restrictive par rapport à ce qui était autorisé à cette période en milieu libre malgré le principe d'équivalence inscrit dans la Loi de 1994. De plus, les outils autorisés sont peu et très inégalement accessibles dans les prisons [5, 6]. Cette situation n'est pas spécifique à la France [7]. Les stratégies de prise en charge des autres dépendances (cannabis, tabac, dépendances aux substances illicites autres que les opiacés) sont peu structurées et fortement dépendantes des moyens humains disponibles, souvent limités, et de la formation acquise des professionnels.

Les données concernant l'usage de substances psychoactives chez les détenus en France sont anciennes, les plus récentes datant de 2003 [1]. Elles proviennent essentiellement d'une enquête effectuée pour la première fois en 1997 [8], et répétée en 2003, à la demande du ministère de la Santé sur l'ensemble des détenus entrants sur une période de temps donnée. Elles concernent donc les consommations déclarées au moment de l'entrée en détention et non celles au cours de la détention.

Aucune enquête d'ampleur nationale n'a été conduite depuis lors, traduisant l'insuffisance de préoccupation par les pouvoirs publics sur cette thématique. Seules des études locales ont été menées, soulignant la réalité des consommations au cours de la détention (cf. *infra*).

### **Usage de substances psychoactives à l'entrée en détention**

Au plan international, Fazel et coll. [9] ont publié une revue systématique des études publiées entre 1996 et 2004, portant sur l'estimation des prévalences de l'abus ou dépendance aux drogues et à l'alcool (critères DSM-III ou IV) chez les détenus. Celles-ci pouvaient soit concerner les détenus à l'entrée en détention, soit étaient de nature transversale. Seules les études portant sur plus de 500 détenus étaient retenues. Le résultat est une mise en évidence de l'importance des problèmes d'abus ou de dépendance chez les détenus (tableau I), avec une prédominance masculine pour les problèmes d'alcool (17,7 à 30 % d'abus ou dépendance) chez les entrants et une prédominance féminine pour l'usage/dépendance aux drogues (30,3 % à 60,4 %) toujours chez les entrants.

TABLEAU 1. — Comparaison de l'estimation des prévalences chez les détenus « entrants » ou lors d'études transversales (d'après Fazel et coll., 2006)

Genre du prisonnier	Abus de substance ou dépendance	Estimation des prévalences chez les détenus entrants (%)	Estimation des prévalences au cours d'études transversales (%)
Homme	Alcool	17,7-30,0	2,0-14,9
	Drogue	10,0-48,0	3,6-47,2
Femme	Alcool	10,0-23,9	2,5-6,9
	Drogue	30,3-60,4	3,7-44,1

L'enquête nationale de 1997 a été effectuée auprès de 135 établissements pénitentiaires français, durant une période d'un mois au cours de laquelle les données portant sur 8 728 détenus entrants ont été recueillies. Sa reconduction en 2003 s'est effectuée auprès de 134 établissements pénitentiaires, durant une période de temps variant selon la taille de l'établissement (de 2 semaines à 3 mois) et permettant de recueillir les données de 6 087 détenus entrants.

Les principales données concernant l'usage de substances psychoactives sont présentées dans le tableau II. Une synthèse en a été effectuée dans une revue des données disponibles en prison en France en 2008 [2].

Elles montrent à l'entrée en détention, comparativement à l'enquête effectuée en 1997, une baisse de l'usage d'opiacés, du poly-usage de drogues et de psychotropes (surtout benzodiazépines), et à un moindre degré de cocaïne. L'usage de la voie intraveineuse au cours des 12 derniers mois ou un passé d'injection sont également moins fréquents (6,2 vs. 2,6 et 11,8 vs. 6,5 respectivement) reflétant les évolutions observées en population générale. En revanche, la proportion de détenus bénéficiant de Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) à l'entrée en détention augmente faiblement entre 1997 et 2003 (6,9 % vs. 7,5 %), surtout au profit de la méthadone (passage de 0,6 % à 1,5 % de la population de détenus entrants). Dans une enquête effectuée auprès de l'ensemble des détenus entrants (n=1 463) des prisons de Lyon en 2003, 11 % des détenus étaient substitués à leur entrée en détention [10]. L'enquête PREVACAR de 2010 estime la population traitée par traitements de substitution à 8 % de l'ensemble de la population incarcérée.

### Usage de substances psychoactives en détention

Dans son rapport annuel 2005, l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies recense les données disponibles sur l'usage de drogues en prison : la fourchette de détenus indiquant un usage de drogues en prison varie entre 8 et 60 %, 10 % à 42 % déclarant consommer régulièrement [11]. Chez les sujets consommant des drogues avant l'incarcération, cet usage se pérennise souvent en détention avec cependant des prévalences et des fréquences de consommation se réduisant au fil de la détention. Certains cessent l'usage de drogues en prison, d'autres l'initient,

TABLEAU 2. — Consommation de substances psychoactives et traitements de substitution chez les entrants en prison (d'après Mouquet, 2005 ; Enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Drees)

	1997 (%)	2003 (%)
Proportion d'entrants déclarant fumer, habituellement, par jour		
De 1 à 5 cigarettes	6,4	7,4
De 6 à 20 cigarettes	53,4	55,4
Plus de 20 cigarettes	18,5	15,0
Non fumeur ou fumeur occasionnel ou ancien fumeur	21,7	22,2
Total	100,0	100,0
Proportion d'entrants déclarant une consommation excessive d'alcool		
Au moins 5 verres par jour pour les hommes et 3 verres par jour pour les femmes <sup>a</sup> et/ou au moins 5 verres consécutifs au moins une fois par mois	33,3	30,9
Proportion d'entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'incarcération		
Total <sup>b,c</sup> dont :	32,0	33,3
Cannabis	25,6	29,8
Héroïne, morphine ou opium	14,4	6,5
Cocaïne ou crack	8,9	7,7
Médicaments utilisés de façon toxicomaniaque	9,1	5,4
Autres produits (LSD, ecstasy, colles, solvants...)	3,4	4,0
Polytoxicomanie <sup>d</sup>	14,6	10,5
Proportion d'entrants déclarant une utilisation de drogue illicite par voie intra-veineuse		
Au moins 1 fois	11,8	6,5
Au cours des 12 mois précédant l'incarcération	6,2	2,6
Proportion d'entrants déclarant un traitement de substitution en cours par :		
Méthadone	0,6	1,5
Subutex	6,3	6,0
Proportion d'entrants déclarant un traitement en cours par médicaments psychotropes		
Total <sup>b</sup> dont :		14,8
Neuroleptiques	17,1	4,5
Antidépresseurs	3,5	5,1
Anxiolytiques ou hypnotiques	4,0	12,0
	15,2	

<sup>a</sup> ≥ 5 verres par jour quel que soit le sexe en 1997 ; <sup>b</sup> Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant pouvant consommer plusieurs produits ; <sup>c</sup> Utilisation d'au moins une substance ;

<sup>d</sup> Utilisation d'au moins deux substances ; Champ : France entière

souvent comme un moyen de réduire les tensions et faire face à la promiscuité et la violence [12].

Il n'existe pas en France de données nationales sur l'usage de drogues à l'intérieur des prisons. L'enquête RESSCOM [13], de nature qualitative, réalisée en 1998-1999 auprès de sortants de prison précarisés souligne la réalité de l'usage de substances psychoactives en prison, qu'il s'agisse de drogues illicites, moins fréquentes qu'au dehors, mais surtout de psychotropes et traitements de substitution détournés de leur usage. Le cannabis est considéré comme un « produit de confort », voire comme un médicament pour gérer le « stress » de la détention. Certains décrivent un usage quotidien d'héroïne par voie intraveineuse, un développement de l'inhalation de

buprénorphine voire l'initiation de dépendances aux opiacés par la buprénorphine. Ce dernier élément est également évoqué dans le rapport TREND de l'Observatoire français des Drogues et Toxicomanies de 2010 [14].

Dans une étude publiée en 2012 [15] portant sur la population d'un seul établissement pénitentiaire français, 43,6 % des détenus ayant répondu (54,4 % de l'ensemble des détenus) à un questionnaire portant sur l'usage de drogues et les pratiques à risque en détention déclaraient un usage de drogues illicites à l'intérieur de la détention. Parmi eux, 38,6 % évoquaient un usage de cannabis (dont 16,3 % une consommation quotidienne), 8,1 % évoquaient un usage d'héroïne et 7,1 % un mésusage de traitements de substitution (essentiellement buprénorphine).

Une enquête portant sur l'analyse des eaux usées de 3 établissements pénitentiaires français (2 d'Ile de France et 1 du Val de Loire) a été récemment publiée par l'OFDT (2017) [16]. Elle permet une estimation quantitative relativement précise, malgré un certain nombre de limites méthodologiques, des consommations de substances psychoactives en détention à partir des métabolites retrouvés dans les canalisations d'évacuation des eaux usées. Ses résultats sont inquiétants : chaque personne détenue consommerait entre 0,7 et 2,8 joints de cannabis par jour et il y aurait entre 1 et 4 prises de cocaïne pour 1000 détenus par jour.

La part de ceux initiant un usage de substances psychoactives en prison n'est pas connue mais est évoquée par de nombreux professionnels : drogues illicites (surtout cannabis), psychotropes (benzodiazépines essentiellement) ou traitements de substitution. Dans l'enquête de Sannier et col. [15], 3,2 % des détenus ayant répondu au questionnaire déclaraient avoir initié un usage de substance en prison, essentiellement cannabis et benzodiazépines.

Il n'existe ni données sur la réalité de l'usage abusif de benzodiazépines en prison ni données sur les prescriptions. L'expérience personnelle de responsable d'un Service Médico-psychologique régional en maison d'arrêt et la confrontation aux pratiques d'autres structures de soins en milieu pénitentiaire montre que globalement, entre un quart et la moitié des détenus en maison d'arrêt reçoivent des prescriptions de benzodiazépines, ce qui est bien entendu bien supérieur à ce qui est observé en population générale.

Le tabagisme est également considérable. En 2003, 78 % des détenus entrants déclaraient fumer du tabac quotidiennement et environ un sur sept consommait plus de vingt cigarettes par jour. La consommation de tabac est interdite en détention sauf dans les cours de promenade et dans les cellules, considérées comme des espaces privatifs. En maison d'arrêt où l'encellulement individuel est exceptionnel, la règle est une cohabitation de 2 à 3 détenus par cellule, la situation des personnes insuffisantes respiratoires ou simplement intolérantes à la fumée du tabac est inextricable. Par ailleurs, le « paquet de cigarettes » est la valeur de référence pour les échanges en détention, la circulation de l'argent y étant interdite.

La consommation d'alcool reste marginale, issue d'entrées illicites essentiellement par les parloirs ou d'une production artisanale limitée en cellule. Il ne paraît pas

possible d'entretenir une dépendance à l'alcool en détention : l'entrée en détention est à risque pour les personnes dépendantes à l'alcool, avec des manifestations de sevrages parfois spectaculaires pouvant nécessiter un transfert en milieu médicalisé.

### **Pratiques à risque en détention**

Les pratiques liées à l'usage de drogues à risques sur le plan infectieux, essentiellement liées aux pratiques d'injection mais aussi au sniff, existent. Différentes études en Europe montrent qu'entre 16 et 60 % des sujets s'injectant au dehors continuent à pratiquer l'injection en prison et qu'entre 7 % et 24 % des détenus s'injectant ont commencé à s'injecter lors de leur séjour en prison [17]. Néanmoins, une grande partie de ceux pratiquant l'injection avant l'incarcération la cesse ou la réduit en prison mais la reprennent dès leur sortie. Certains s'initient à l'injection en prison, et ceux qui s'injectent en prison le font moins fréquemment qu'au dehors mais en partageant plus fréquemment leur matériel d'injection [18].

On ne peut une fois de plus que constater une absence de données directes récentes en France. Dans l'enquête de Rotily effectuée dans 4 prisons françaises en 1997-1998, au cours de laquelle 1 212 détenus ont répondu à un auto-questionnaire anonyme, 48 % de ceux pratiquant l'injection à l'entrée en détention continuaient à s'injecter en détention, 21 % de ceux pratiquant l'injection partageaient leur matériel en détention et 7 % de ceux pratiquant l'injection disaient s'être initiés à l'injection en prison [19]. La première enquête Coquelicot [20], effectuée en 2003-2004 auprès d'usagers problématiques de drogues pris en charge dans les dispositifs spécialisés en milieu libre relève des pratiques d'injections chez 12 % des sujets interrogés ayant été incarcérés (avec un partage de matériel d'injection chez 30 % d'entre eux). De même, dans les enquêtes PREVACAR [4] et ANRS-PRIDE [5, 6], les professionnels de santé évoquaient avoir eu connaissance de seringues retrouvées en détention ou avoir prodigué des soins pour des complications liées à l'usage de drogues (injection et sniff). La seconde enquête Coquelicot, réalisée en 2011-2013 également auprès de sujets présentant un usage problématique de drogues en milieu libre, comportait un recueil plus détaillé de données sur les pratiques d'injection au cours d'incarcération antérieures. Elle soulignait l'importance des pratiques d'injection et de partage de seringues en détention : 14 % de ceux ayant un antécédent d'injection de drogues et d'incarcération déclaraient des pratiques d'injection en détention et parmi eux, 40,5 % avaient partagé leur matériel d'injection au moins une fois en prison [21]. Une recherche épidémiologique (ANRS-Coquelicot Prisons) vient de démarrer en 2017, avec comme objectif d'estimer le niveau des pratiques à risques associées à l'usage de drogues en prison.

### **Accès aux soins pour les usagers de substance psychoactives licites ou illicites**

Les unités sanitaires, présentes dans tous les établissements, les services médico-psychologiques régionaux, présents dans 26 établissements pénitentiaires et les quelques centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

(CSAPA) internes aux établissements pénitentiaires ont la charge du repérage, de l'évaluation et de la prise en charge des conduites addictives, mais aussi de la prévention et de l'éducation sanitaire. Ils sont soutenus dans cet objectif par un CSAPA référent, attitré à chaque établissement pénitentiaire et ayant pour objectif la préparation à la sortie et la continuité des soins pour les personnes présentant des conduites addictives, par détachement d'un travailleur social. De nombreux établissements bénéficient également de l'intervention d'autres structures, hospitalières, médico-sociales ou associatives, en fonction d'accords locaux.

La prise en charge des conduites addictives souffre d'une insuffisance de moyens, trop confinée à des professionnels insuffisamment formés et confrontés à un nombre considérable de tâches, souvent prioritaires.

L'accès aux thérapeutiques médicamenteuses est le même en prison qu'au dehors. L'ensemble de la palette des traitements utilisées dans la prise en charge des conduites addictives y est accessible. Le principe d'équivalence pour l'initiation et la continuité des traitements de substitution aux opiacés (buprénorphine et méthadone) est en grande partie respecté. Entre 8 et 10 % de l'ensemble des détenus bénéficient de l'un des 2 traitements (7,9 % dans l'enquête PREVACAR de 2010). Depuis peu, une mise à disposition de naloxone est possible pour les détenus sortants de prisons à risque d'une overdose aux opiacés. Les substituts nicotiques ou autres traitements de la dépendance nicotinique sont également accessibles mais avec parfois une limitation liée au coût de ces thérapeutiques pour les pharmacies hospitalières de rattachement des établissements pénitentiaires. Le développement des interventions psychosociales, indispensables en complément des thérapeutiques médicamenteuses ou pour les dépendances ne pouvant bénéficier d'un traitement substitutif, est dépendant des possibilités locales, des effectifs soignants et de la richesse des partenariats avec l'extérieur.

Les stratégies de réduction des risques liées à l'usage de substance sont pour leur part insuffisantes. Les outils mis à disposition se limitent, pour l'usage de substance illicites, aux traitements de substitutions pour les sujets dépendants aux opiacés, à la prophylaxie post-exposition et à la mise à disposition d'eau de javel pour la stérilisation du matériel d'injection. La disponibilité de l'eau de javel n'est de plus que très partielle [5] et son efficacité limitée sur la prévention du VIH et surtout du VHC dans les conditions réelles de la détention en fait un outil qui a été retiré des recommandations officielles de l'OMS et l'ONUSIDA [22] au profit de la recommandation de la mise à disposition des programmes d'échange de seringue dans tous les établissements pénitentiaires. La « morcellisation » des interventions et leur grande variabilité d'un établissement à l'autre souligne l'absence encore actuelle de réelle politique globale de réduction des risques en prison [5].

L'expertise collective Inserm sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues a formulé les recommandations suivantes en 2010 [23] :

*« Le groupe d'experts recommande en premier lieu que conformément aux recommandations de l'OMS, le principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de réduction*



*des risques entre prison et milieu libre soit appliqué. Il recommande par ailleurs, après un état des lieux des pratiques à risques en milieu carcéral, de pallier les carences constatées en France : distribution d'eau de Javel sans guide d'utilisation, insuffisance d'accès aux préservatifs, non prise en compte des risques infectieux liés à certains comportements fréquents en milieu pénitentiaire (sniff, tatouage, injections...), absence d'accès au matériel stérile.» et « La méconnaissance par les personnels intervenant en prison et par les détenus des enjeux sanitaires associés à certaines pratiques à risques conduit à suggérer que toute action nouvelle de réduction des risques en milieu carcéral soit précédée d'un travail de préparation et d'explication destiné à repérer les représentations et les modifier, et permettre l'adhésion des différentes catégories d'intervenants. Des actions de formation et de sensibilisation auprès des professionnels intervenant en détention devraient également permettre leur adhésion à une approche plus globale de la réduction des risques. »*

En janvier 2016, la Loi de Santé a inscrit dans la loi la mise en œuvre du principe d'équivalence avec le milieu extérieur pour les mesures de réduction des risques en prison : « *La politique de réduction des risques s'applique également aux personnes détenues selon des modalités adaptées au milieu carcéral.* ». Son application pose encore problème et le premier projet de décret d'application a été repoussé, constituant en fait une quasi-régression comparativement à la situation actuelle, toutes les mesures de réduction des risques et des dommages (RdRD) devant être restreintes aux unités sanitaires. En clair, le décret aurait proposé que tout usage d'outils de RdRD soit restreint aux services médicaux. Cela revenait à proposer la création de salles de consommation à moindre risque dans tous les établissements pénitentiaires, projet évidemment voué à l'échec quand l'on connaît les implications aussi bien en termes de moyens requis, que d'acceptabilité par les détenus (absence de confidentialité, pratiques d'injection limitées aux horaires d'ouverture) mais aussi les professionnels pénitentiaires et sanitaires. Rappelons que la mise en place des salles de consommation à moindre risques en milieu libre est très récente en France, limitée (2 salles) et continue de faire l'objet de débats. La mise en place de programmes d'échange de seringue en prison n'est mise en œuvre que dans un nombre limité de pays où elle fait l'objet d'évaluations positives. Les craintes concernant l'augmentation des pratiques d'injection ou l'utilisation de seringues comme arme ont été démenties [18, 24]. Malgré les recommandations successives de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'UNODC, la dissémination de ces programmes est limitée. Des réticences politiques et sociales importantes restent présentes, probablement issues d'années de centrage sur une politique internationale prohibitionniste de « guerre aux drogues ». Rappelons qu'en France, l'usage simple de cannabis reste passible d'une peine de prison (Loi de 1970). La gymnastique conceptuelle nécessaire pour concilier pénalisation de l'usage simple de drogues illicites et accompagnement pragmatique des pratiques d'usage pour en réduire les risques, reste difficile en prison en l'absence d'une volonté affirmée des pouvoirs publics et d'efforts pédagogiques auprès de l'ensemble des acteurs mais aussi des détenus.

Le projet ANRS-PRIDE qui doit débiter en 2017 se propose d'évaluer l'acceptabilité sociale de la mise en place d'un éventail complet de mesures de RdRD dans différents établissements pénitentiaires français, sur le modèle de ce qui est proposé par l'OMS et l'UNODC [22]. Il se fonde sur l'hypothèse que l'efficacité des mesures préconisées pour la prison n'est plus discutée, la littérature internationale étant abondante, mais que leur mise en œuvre est conditionnée par d'autres facteurs d'ordre sociologiques ou politiques qu'il est nécessaire d'objectiver.

Enfin, comme en milieu libre, seule la combinaison des interventions a montré son efficacité en termes de soins et de réduction des risques : les soins et le pronostic sont optimisés lorsque des mesures de réduction des risques pour les usagers de drogues sont associées et de même, des mesures thérapeutiques comme l'accès à la méthadone, aux antirétroviraux pour tous les sujets VIH+ et au traitement du VHC pour tous les sujets porteurs d'une hépatite chronique (« *treatment as prevention* ») sont centrales dans la prévention des dommages associés à l'usage de drogues [25]. Appliqué à la prison et à la population hautement vulnérable qui s'y trouve, ce principe d'une intervention combinée doit associer au traitement des addictions (incluant tabac et cannabis) soins psychiatriques, mesures de réinsertion sociale et bien entendu amélioration indispensable des conditions de détention.

## CONCLUSIONS

« *Prison health is public health* ». Par cette affirmation de l'Organisation Mondiale de la Santé [26], reprise par le Conseil de l'Europe en 2014, il est rappelé que la population pénitentiaire est en contact constant avec le milieu extérieur, réintègre pour la majorité le milieu libre et fait partie des populations vulnérables nécessitant une attention particulière qui ne peut être dissociée des politiques de santé publique nationales.

Le principe d'équivalence pour la santé avec le milieu extérieur, incluant la prévention et la RdRD, n'est pas juste un slogan. Il incombe aux autorités qui ont la responsabilité de priver cette population de liberté, le situant ainsi dans le champ des droits de l'homme. Ce principe est la clé du développement d'une politique de santé publique cohérente appliquée à la prison.

L'ensemble des mesures « clefs » préconisé par l'UNODC et l'OMS [22] afin de prévenir les maladies infectieuses en milieu pénitentiaire devrait être appliqué et un dispositif de surveillance déployé afin de collecter des données épidémiologiques régulières. La formation et l'attribution de moyens adaptés en sont cependant les corollaires.

## RÉFÉRENCES

- [1] Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Drees;2005 March, 2005.
- [2] Michel L, Carrieri MP, Wodak A. Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review. *Harm Reduct J.* 2008;5:17.
- [3] Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry.* 2006 ; 6:33.
- [4] Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Euro Surveill.* 2013 ; 18(28).
- [5] Michel L, Jauffret Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J, et al. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRIDE, 2009. *BEH.* 2011;39(25 octobre 2011):409-12.
- [6] Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J, et al. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRIDE): implications for public health and drug policy. *BMC Public Health.* 2011;11:400.
- [7] Michel L, Lions C, Van Malderen S, Schiltz J, Vanderplasschen W, Holm K, et al. Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern. *BMC Public Health.* 2015 ; 15(1):1-12.
- [8] Mouquet MC. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. *Etudes et Résultats.* 1999;4(janvier 1999):1-10.
- [9] Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction.* 2006;101(2):181-91.
- [10] Sahajian F, Lamothe P, Fabry J. [Psychoactive substance use among newly incarcerated prison inmates]. *Sante Publique.* 2006;18(2):223-34.
- [11] OEDT. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanie. Rapport annuel 2005. Bruxelles;2006.
- [12] Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis.* 2009;9(1):57-66.
- [13] Bouhnik AD, Jacob E, Maillard I, Touzé S. L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison — polyconsommations — substitution : les " années cachets ". Paris;1999 Décembre 2000.
- [14] OFDT. Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et tendances récentes 2007-2009. OFDT;2010.
- [15] Sannier O, Verfaillie F, Lavielle D. [Risk reduction and drug use in detention: study about the detainees of Liancourt Penitentiary]. *Presse Med.* 2012;41(7-8):e375-85.
- [16] Nefau T, Sannier O, Hubert C, Karolak S, Levi Y. L'analyse des drogues dans les eaux usées : outil d'estimation des consommations, application en milieu carcéral. Saint-Denis: OFDT;2017 Saint Denis, Mars 2017. Report No.: note 2017-01 Contract No.: note 2017-01.
- [17] Stöver H, Weilandt C, Zurhold H, Hartwig C, Thane K. Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reduction Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/Analyse Drug use among Prisoners: European Community. 2008.
- [18] WHO. Needle and syringe programmes and decontaminations strategies. WHO — UNAIDS — UNODC;2007.
- [19] Rotily M. Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : synthèse. In Stankoff S, Dhérot J : Rapport de la mission santé-justice sur la réduction

des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral Direction de l'Administration Pénitentiaire, Direction Générale de la Santé2000.

- [20] Jauffret Roustide M, Emmanuelli J, Desenclos JC. L'impact limité de la réduction des risques sur la transmission du VHC chez les usagers de drogues. L'exemple de l'étude ANRS-Coquelicot. RevEpidemiolSantePublique. 2006;54(HS1):53-9.
- [21] Michel L, Gerfaux-Trouiller P, Chollet A, Molinier M, Duchesne L, Jauffret Roustide M. Self-reported injection practices among people who use drugs in French prisons: public health implications (ANRS-Coquelicot survey 2011-2013). Drug and Alcohol Review. 2017;In press.
- [22] UNODC. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Vienna, Austria: UNODC;2012.
- [23] Inserm. Réduction des risques chez les usagers de drogues. Inserm;2010.
- [24] UNODC. A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings. Vienna, Austria: UNODC;2014.
- [25] Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. Lancet. 2010;376(9738):367-87.
- [26] UNODC/WHO. Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization;2013.

## DISCUSSION

### M. Jean-Pierre OLIE

*Il est toujours surprenant d'apprendre la possibilité d'importer des substances illicites, a fortiori des seringues à l'intérieur des établissements pénitentiaires.*

*La coordination entre offre de soins somatiques (les UCSA) et offre de soins addictologiques (CSAPA et SMPR) est-elle une recommandation voire une obligation ?*

Sur le fond, en raison de la polypathologie fréquente des détenus et en particulier de la fréquence des comorbidités psychiatriques, addictologiques et infectieuses, la coordination entre offres de soins somatiques et addictologiques apparaît comme une nécessité et une évidence, comme en milieu libre (principe des soins intégrés). Il est à noter que dans la majorité des établissements pénitentiaires, ce sont les UCSA (devenues Unités Sanitaires) qui assurent l'ensemble de ces soins puisque seuls 26 établissements sur 186 sont dotés de Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) et 16 parmi eux de CSAPA intra-carcéraux (ex-antennes de toxicomanies). De manière générale, la coordination entre services de soins était, et reste actuellement variable d'un établissement à l'autre, tributaire de la qualité des relations entre professionnels.

Sur un plan réglementaire, avant 2001, la coordination des soins addictologiques était confiée aux SMPR et dans les autres établissements, aux Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires, services de médecine présents dans tous les établissements pénitentiaires. La note du 9 Août 2001 de la MILDT « relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une conduite abusive », a permis la définition d'un protocole de soins signé par l'ensemble des responsables des services sanitaires de

l'établissement et les responsables des services pénitentiaires pour chaque établissement, ainsi que la nomination d'un responsable de projet désigné parmi les intervenants médicaux. Elle recommandait ainsi fortement une coordination des acteurs sanitaires impliqués dans la prise en charge des personnes présentant une conduite addictive. L'instruction DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à « l'organisation de la prise en charge des addictions en détention » précise les modalités de coordination et d'organisation de la prise en charge des addictions en détention. Il est proposé que ce soit un professionnel de l'UCSA qui assure la fonction de pilotage de l'organisation de la prise en charge de l'addiction en détention, cette mission pouvant cependant être confiée par convention à une personne du service assurant les soins psychiatriques dans l'établissement pénitentiaire ou du SMPR, quand il existe. Il y est indiqué que la « qualité de la prise en charge implique que la coordination de l'ensemble des intervenants soit organisée et lisible » avec définition de « projets de soins adaptés » incluant « ...la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques... ». Cette instruction de 2010 prévoit également pour chaque établissement pénitentiaire l'identification d'un CSAPA dit « référent » de proximité, assurant la fonction « de mise en relation avec un partenaire extérieur pour favoriser le suivi nécessaire du patient lors de sa libération ». Les pouvoirs publics ont à ce titre financé un ½ temps de travailleur social pour chaque CSAPA désigné référent pour un établissement pénitentiaire.

