

Traitement des dépendances en prison

L'usage de drogues est très souvent évoqué dans les travaux français sur les prisons (Chauvenet et coll., 1996 ; OIP, 2000 et 2005 ; Combessie, 2001 ; Chantraine et Mary, 2006) mais il en constitue rarement l'objet à part entière (Bouhnik et Touzé, 1996 ; Fernandez, 2010). Parmi les nombreux travaux qui ont étudié la santé en milieu carcéral (RFAS, 1997 ; HCSP, 2004), peu se sont interrogés sur la définition d'une politique de réduction des risques (RDR) spécifiquement adaptée au contexte d'enfermement de la prison (Lebeau, 1997 ; Michel et coll., 2008). En 2010, une expertise collective de l'Inserm a, pour la première fois, questionné l'application du concept de RDR dans le champ pénitentiaire. Elle a conclu que, si différents outils de prévention existent en France, « il n'y a pas aujourd'hui de politique réelle de réduction des risques en prison » (Inserm, 2010). Elle a aussi souligné que le principe d'une équivalence des soins entre milieu libre et prison, inscrit dans la loi et recommandé par l'OMS, n'est pas effectif dans les prisons françaises, alors que l'enjeu d'une politique adaptée au contexte carcéral est crucial : près d'un quart de la population toxicomane française passe par la prison chaque année (Hyst et Cabanel, 2000).

En France, l'inégalité d'accès aux soins des usagers de drogues en prison, par rapport au milieu libre, s'explique par différents facteurs, d'abord liés aux conditions de fonctionnement du système carcéral et aux pratiques d'organisation des soins en prison. Les objectifs posés par la loi d'une part, la réalité des pratiques de soins en détention d'autre part, seront donc d'abord confrontés, puis mis en rapport avec les recommandations de pratique clinique et les standards de qualité de l'offre de prise en charge élaborés en France, afin d'éclairer la discussion sur les moyens de garantir l'égalité d'accès aux soins entre le milieu libre et la prison.

Organisation des soins en milieu carcéral

L'organisation des soins en prison est régie par la loi du 18 janvier 1994²⁴⁴ qui a transféré les compétences liées à la prise en charge sanitaire des détenus de

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

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

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

Le deuxième volet de la réforme prévoit un schéma national d'hospitalisation des personnes détenues (officialisé par l'arrêté interministériel du 24 août 2000). Celui-ci crée des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) dans huit pôles²⁴⁵, afin de faciliter l'hospitalisation des détenus. La compétence de soins somatiques des UCSA inclut en effet les soins ambulatoires nécessitant des ressources techniques localisées à l'hôpital (pour les consultations, les examens spécialisés ou les hospitalisations), qui ne peuvent être mis à la disposition des détenus qu'avec des moyens spécifiques (escorte pénitentiaire pour les transferts vers l'hôpital, présence des forces de l'ordre en cas d'hospitalisation), coûteux en temps et en personnels, nécessitant la coordination de multiples partenaires et institutions. C'est pour limiter ces difficultés que les UHSI ont été mises en place en février 2004, de façon à accueillir les détenus devant subir une hospitalisation programmée de plus de 48 heures (capacité totale : 170 lits d'hospitalisation de court séjour). Dotées d'une compétence médico-chirurgicale, les 7 UHSI ouvertes depuis 2004 sont implantées dans les centres hospitalo-universitaires.

Pour les soins en santé mentale, les détenus sont pris en charge par le service médico-psychologique régional (SMPR), avec, dans quelques uns d'entre eux,

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

une possibilité d'hospitalisation de jour. Créés en 1986²⁴⁶, les 26 SMPR (un par région administrative) sont des services rattachés à un établissement public de santé liés par convention à l'établissement pénitentiaire et qui y sont installés. Ils assurent les soins psychiatriques courants au bénéfice des personnes détenues : en plus de leurs missions de psychiatrie générale, ils sont responsables de la prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Comme les UCSA, ils sont également chargés de dépister les pathologies mentales, d'œuvrer à la prévention des suicides, de dispenser aux détenus des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués à la population générale, de favoriser l'accès aux soins pour certains détenus qui ont habituellement, en milieu libre, peu ou pas recours au dispositif de soins psychiatriques et aussi d'organiser la continuité des soins à l'occasion des transferts et à l'issue de l'incarcération.

Pour prendre en charge les problèmes spécifiquement liés à la toxicomanie, 16 établissements pénitentiaires sont dotés, depuis 1987, de centres de soins spécialisés aux toxicomanes intra-muros (autrefois dénommés « antennes toxicomanie »), qui complètent le dispositif de soins psychiatriques et qui dépendent des SMPR. Implantés dans les grandes maisons d'arrêt (couvrant un quart de la population incarcérée), ces centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa, ex-CSST ou ex-CCAA, ainsi rebaptisé depuis 2008) ont officiellement pour missions le repérage des personnes détenues toxicomanes, le recueil épidémiologique, leur suivi et leur préparation à la sortie. Depuis 1994, les SMPR sont suppléés par les secteurs de psychiatrie générale intervenant au sein des UCSA, au nombre de 152 fin 2010 (contre 93 fin 2009).

Enfin, depuis 2010, des unités spécialement aménagées (UHSA) ont été mises en place. Implantées en milieu hospitalier²⁴⁷, elles doivent permettre les hospitalisations psychiatriques (avec ou sans consentement) de détenus atteints de troubles mentaux, lorsqu'il s'avère impossible de les maintenir dans une structure pénitentiaire classique. La création des UHSA doit notamment faciliter la mise en œuvre des dispositions de l'hospitalisation d'office prévues par la loi de 2002²⁴⁸.

Cette architecture institutionnelle doit permettre de satisfaire aux obligations posées par la loi. Ainsi, toute personne qui arrive en prison doit rencontrer un médecin « dans les délais les plus brefs » (art. D 285 du Code de procédure pénale). Cette visite médicale d'entrée obligatoire doit être l'occasion pour le

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

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

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

détenu de signaler toute pathologie nécessitant un traitement. Si le détenu entrant a un traitement médicamenteux en cours, le médecin doit en être avisé afin de décider de l'usage qui doit en être fait (art. D 335 du Code de procédure pénale).

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

Équivalence des soins

Inspirée par les recommandations du Haut comité de santé publique (HCSP) de 1993, la réforme de 1994 va au-delà d'une simple réorganisation des soins : elle pose le principe d'une équivalence des soins entre le milieu carcéral et le milieu libre en affichant l'objectif d'« assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population ». Dans cette perspective, la loi de 1994 accorde aux détenus une couverture sociale (article 3), ce qui traduit une reconnaissance du détenu en tant que citoyen, doté de droits équivalents à ceux de toute personne libre. Le principe juridique d'équivalence des soins instauré par la loi du 18 janvier 1994, selon lequel les détenus devraient pouvoir bénéficier des mêmes droits que ceux de la population générale, a été réaffirmé dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009²⁴⁹ : « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population » (article 46).

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

Prise en charge et traitement des dépendances

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

L'entretien avec le médecin lors de la visite médicale d'entrée obligatoire permet une évaluation de l'état de santé et des besoins du détenu usager de drogues ou alcool-dépendant. Le médecin prend alors les décisions qu'il juge appropriées : sevrage, poursuite ou initiation d'un traitement de substitution, orientation vers des spécialistes, cure de désintoxication... Il peut aussi orienter le détenu vers les intervenants de psychiatrie (secteur de psychiatrie générale ou SMPR, qui fonctionnent en collaboration avec le service médical, c'est-à-dire l'UCSA). Les 16 SMPR dotés d'un Csapa (placé sous la responsabilité du psychiatre en charge du SMPR) lui délèguent la prise en charge des addictions, en collaboration avec l'UCSA. Les autres SMPR (dépourvus de Csapa) ont pour missions de favoriser la prise en charge médico-psychologique des détenus toxicomanes et leur suivi socio-éducatif, en collaboration avec l'équipe d'insertion et de probation. Cependant, comme le note le rapport Pradier (Pradier, 1999), la multiplicité des acteurs de lutte contre la toxicomanie peut parfois être contre-productive, du point de vue de l'accès aux soins, si l'articulation entre les acteurs n'est pas garantie : UCSA, SMPR, Csapa, Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), associations... Depuis l'instruction DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, qui vise à clarifier les rôles des différents intervenants au niveau local en précisant les modalités de coordination et d'organisation de la prise en charge des addictions en détention, le pilotage et la coordination des soins en addictologie sont confiés à l'UCSA, pouvant cependant l'être également par convention à une personne prodiguant les soins psychiatriques dans l'établissement ou au SMPR quand il existe. L'instruction du 17 novembre 2010 détaille les principaux temps de la prise en charge, en confiant le repérage des personnes ayant des problèmes d'addiction aux UCSA, la définition d'un projet de soins adapté au médecin addictologue intervenant dans l'établissement, au professionnel d'une équipe de liaison du centre hospitalier de rattachement de l'UCSA, ou au Csapa référent pour la

prison et la préparation à la sortie au personnel du Csapa de référence ou au professionnel référent de la prise en charge.

Offre de soins de la dépendance, nombre et caractéristiques des patients recevant un traitement

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

Sources disponibles

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

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

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

La troisième source est issue du bilan de la note interministérielle du 9 août 2001 réalisé en 2003 par l'OFDT (Obradovic, 2004). Celui-ci a été mené sur la base d'un questionnaire conçu par l'OFDT au printemps 2003, en lien avec la Mildt, la DGS, la DHOS et la DAP2, et adressé à l'ensemble des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de métropole et d'outre-mer, qui ont répondu pour les établissements. Cette enquête s'est attachée à mesurer l'état d'avancement de la réflexion sur la prise en charge en détention dans chaque département, mais également à pointer quelques tendances quant aux carences et aux disparités du dispositif de prise en charge sanitaire et sociale proposé aux personnes détenues, tout au long de l'incarcération et à leur sortie.

La quatrième source résulte du système d'information RECAP (REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) mis en place depuis 2005 par l'OFDT. Le recueil de données porte sur les patients venus chercher de l'aide auprès des structures de soins aux toxicomanes intervenant en prison : il

intègre donc uniquement les 16 maisons d'arrêt pourvues d'un Csapa intra-carcéral, représentant un quart de la population pénale.

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

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

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

Accès aux TSO en milieu carcéral

En 2010, 9 % de l'ensemble des détenus bénéficient d'un traitement de substitution (Michel et coll., 2011). On sait par ailleurs qu'à leur arrivée en prison, environ 7 % des détenus déclarent avoir un traitement de substitution en cours, dont 8 fois sur 10 par Subutex® (comme en population générale)

(Mouquet, 2005). Ce chiffre diminue pendant l'incarcération car les traitements ne sont pas systématiquement poursuivis, malgré les préconisations de la loi du 18 janvier 1994. Les interruptions de traitement, indice de l'importance prêtée à la continuité des soins en prison, concernent ainsi environ un détenu sur dix, même si ce chiffre a baissé entre 1998 et 2004 (tableau I). Alors qu'en 2003, l'accès aux traitements de substitution aux opiacés n'était pas garanti dans tous les établissements, le principe d'équivalence des soins avec l'extérieur semble avoir progressé au cours de la décennie 2000 (Obradovic, 2004).

Tableau I : Accès aux traitements de substitution en milieu carcéral

	Mars 1998	Novembre 1999	Décembre 2001	Février 2004
Établissements pénitentiaires	160/168 (95 %)	159/168 (95 %)	168 (100 %)	165/168 (98 %)
Pop. incarcérée au moment de l'enquête	52 937	50 041	47 311	56 939
Nombre de traitements de substitution	1 036	1 653	2 548	3 793
Subutex®	879 (85 %)	1 381 (84 %)	2 182 (86 %)	3 020 (80 %)
Méthadone	157 (15 %)	272 (16 %)	366 (14 %)	773 (20 %)
Total population pénale sous substitution	2,0 %	3,3 %	5,4 %	6,6 %
Personnes sous substitution parmi les entrants	Non collecté	5,8 %	12,4 %	7,5 %
Traitements initiés				
Subutex®	Non collecté	Non collecté	88 %	70 %
Méthadone	Non collecté	Non collecté	12 %	30 %
Traitements poursuivis				
Subutex®	Non collecté	86 %	85 %	82 %
Méthadone	Non collecté	14 %	15 %	18 %
Traitements interrompus	21 %	19 %	5,5 %	11,2 %
Services médicaux qui ne pratiquent pas la substitution	Non collecté	34	19	6
Population générale bénéficiaire d'un traitement de substitution (plan national)				
Subutex®	Non collecté	Non collecté	80 000 (87 %)	85 000 (85 %)
Méthadone	Non collecté	Non collecté	12 000 (13 %)	15 000 (15 %)

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

Si, dans neuf cas sur dix, le traitement de substitution est poursuivi à l'entrée en prison, l'enjeu d'une prise en charge cohérente des dépendances aux opiacés consiste à rendre accessibles en prison l'ensemble des traitements disponibles en milieu libre. Au cours des dernières années, le nombre total de détenus sous traitement de substitution a augmenté et le nombre de services

médicaux refusant de prescrire des TSO a baissé²⁵⁰ ; cependant, l'accessibilité à ces traitements demeure disparate. Il reste encore en France un « noyau dur » d'établissements qui déclarent ne pas initier de TSO²⁵¹ (Morfini et Feuillerat, 2004 ; Michel et Maguet, 2005 ; Obradovic et Canarelli, 2008), tandis que d'autres recourent à des pratiques susceptibles de compromettre l'efficacité du traitement (pilage ou mise en solution) (Michel et Maguet, 2003). Dans l'inventaire Pri2de réalisé en 2010 (Michel et coll., 2011), 19 % des établissements déclaraient piler ou diluer la buprénorphine haut dosage, essentiellement dans l'objectif de limiter son détournement. Par ailleurs, les posologies de méthadone étaient plafonnées dans 17 % des établissements alors qu'aucune limitation posologique n'est prévue dans l'AMM. Malgré les circulaires ministérielles et les recommandations de pratique clinique répétées, l'accès aux traitements de substitution pour les détenus héroïnomanes reste, malgré de réels progrès, plus restreint qu'en milieu libre, alors même qu'il a été montré que le nombre d'incarcérations (ou de réincarcérations) est plus faible chez les personnes ayant bénéficié avant ou pendant l'incarcération d'un traitement de substitution (Rotily et coll., 2000 ; Lévasseur et coll., 2002). L'enquête Prevacar permet d'actualiser les connaissances sur l'offre de soins, notamment en matière de TSO en France. Réalisée en juin 2010 auprès de 145 établissements pénitentiaires, cette enquête bénéficie d'un taux de participation de 86 %, représentant 56 011 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1^{er} juillet 2010. Concernant l'offre en matière de TSO, elle montre que 100 % des UCSA délivrent un accès à au moins un des deux types de TSO, buprénorphine haut dosage (68,5 % des établissements) ou méthadone. Quelques établissements ne proposent toutefois qu'un seul traitement : BHD seule dans 4 établissements, méthadone seule dans 4 autres. Un tiers (31 %) des TSO a été initié pendant l'incarcération (40 % pour la BHD et 13 % pour la méthadone). La continuité des soins à la sortie, en matière de TSO, ne concerne que la moitié des établissements (55 %), 38 % des établissements déclarant ne pas mettre en œuvre de procédure formalisée.

Le très bon taux de participation des établissements à l'enquête Prevacar, grâce à la mobilisation des personnels des équipes soignantes, permet de

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

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

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

Ces pratiques d'injection ne sont pas systématiquement sécurisées. L'enquête Pri2de, réalisée auprès de 116 établissements sur 171, couvrant 77 % de la population française incarcérée, montre que dans plus de 60 % des établissements, l'information des détenus sur l'utilisation d'eau de Javel à des fins de RDR n'est pas disponible ou considérée comme non intelligible par les médecins.

Si l'on ne connaît pas la part des détenus initiés aux TSO pendant leur incarcération, on sait en revanche que la part du Subutex® (70 %) tend à baisser parmi les initialisations en détention, ce qui s'explique en partie par les risques associés à la prise de ce traitement²⁵². Par ailleurs, depuis le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, les pouvoirs publics visent l'objectif d'améliorer l'accès aux TSO par méthadone en la rendant accessible dans tous les établissements pénitentiaires. Cet objectif, affirmé dans une circulaire du ministère de la Santé du 30 janvier 2002, a été évalué par l'OFDT (Obradovic et Canarelli, 2008). L'enquête menée auprès des UCSA et des SMPR (avec un taux de réponse de 65 %) a mis en évidence une remarquable progression de l'accès à la méthadone. En 2006, 35 % des détenus dépendants aux opiacés étaient pris en charge dans le cadre d'un TSO à base de méthadone, *versus* 22 % en 2004

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

(Obradovic et Canarelli, 2008 ; DGS/DHOS, Ministère de la Santé, 2004), si bien qu'ils représentaient 40 % de l'ensemble de la population pénale dépendante aux opiacés en prison. En 2010, cette proportion reste stable (2/3 de détenus substitués le sont par buprénorphine haut dosage et 1/3 par méthadone) (Michel et coll., 2011). L'évolution des pratiques médicales s'incarne dans un deuxième chiffre : environ 70 % des établissements interrogés déclaraient au moins une primo-prescription de méthadone au cours du second semestre 2006 (plus souvent parmi les maisons d'arrêt, de taille importante, où le mode d'organisation des soins était simplifié de façon à ne prévoir qu'un service prescripteur unique). Cependant, en 2010, 13 % des établissements ayant répondu à l'inventaire Pri2de déclaraient ne jamais initier de traitement de substitution (Michel et coll., 2011). L'évaluation de l'OFDT a également montré que, si les règles d'organisation de la prescription étaient hétérogènes, les pratiques médicales de délivrance et de suivi différaient peu d'un établissement à l'autre²⁵³. Il apparaît en outre qu'environ 8 % des établissements privilégient une stratégie de sevrage et près de 10 % des professionnels envisagent le risque d'overdose comme un obstacle à la prescription de méthadone (Obradovic et Canarelli, 2008), le risque léthal connu étant établi à environ 1 mg/kg/j pour un sujet non tolérant aux opiacés (Michel, 2006). La structure de l'offre de TSO accessibles en milieu carcéral a donc évolué au cours des dix dernières années : bien que la BHD reste prédominante parmi les traitements poursuivis en prison, la part de la méthadone est en hausse, tout particulièrement depuis la circulaire du 30 janvier 2002 ouvrant aux médecins la possibilité de prescrire la méthadone en première intention : en 2004, 30 % des initialisations effectuées étaient à base de méthadone (contre 12 % à la veille de la circulaire). Les avancées dans la prise en charge et la continuité des soins aux détenus continuent d'être encouragées par les pouvoirs publics, qui ont impulsé, dans le cadre du Plan gouvernemental 2008-2011, l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques professionnelles concernant les TSO en détention.

253. Dans près de deux tiers des cas, la prescription de méthadone est partagée ou déléguée à un autre service que l'UCSA, service pourtant désigné comme compétent dans les textes (l'UCSA n'exerçant sa mission que dans un tiers des cas). Les modalités de délivrance des traitements à base de méthadone sont, à l'inverse, très homogènes : majoritairement, la délivrance est quotidienne ; elle a lieu dans un local de soins (délivrance en cellule dans moins de 10 % des établissements) et en général sous contrôle médical ou infirmier (sauf cas rares de remise du traitement au détenu en mains propres, sans contrôle de la prise). Les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé sont proches de ceux observés en milieu ouvert (hospitalier), c'est-à-dire compris entre 23 mg/jour et 76 mg/jour (minimum/maximum), ce qui traduit une bonne application des indications thérapeutiques incitant à la prudence : 60% des unités de soins déclarent des niveaux de posologie minimale d'initiation en deçà des doses initiales quotidiennes indiquées dans la circulaire de 2002 (« 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique »). À l'inverse, un quart des services (en général des UCSA) déclarent des posologies d'initiation maximales fortes, d'au moins 100 mg par jour. Ce constat fait écho aux résultats enregistrés dans la littérature internationale, qui font état de hauts, voire de très hauts dosages de méthadone (de plus de 100 mg à plus de 1 000 mg par jour), justifiés par une nécessité pharmacologique pour certains patients (Maremmani et coll., 2000 ; Leavitt et coll., 2000).

Caractéristiques des détenus bénéficiant d'un TSO

Les caractéristiques des détenus bénéficiant d'un traitement de substitution sont documentées par l'enquête Prevacar et par l'enquête Recap (OFDT) qui porte sur les usagers de drogues reçus dans les Csapa intervenant en prison. L'enquête Prevacar montre ainsi que les patients sous TSO, âgés en moyenne de 34,9 ans, se caractérisent par une surreprésentation féminine (16,5 % des femmes sous TSO, *versus* 7,7 % des hommes) et par une situation précaire vis-à-vis de l'emploi au moment de la détention (46 % au chômage, situation inconnue pour 31,7 %, seulement 16,5 % en situation d'activité professionnelle). Parmi les patients sous TSO, 3,6 % sont atteints du VIH et 26,3 % du VHC.

L'enquête Recap montre de plus que, dans les 9 Csapa en milieu fermé ayant répondu à la dernière édition de l'enquête (sur 16 au total), le public accueilli est plus homogène qu'en milieu libre (tableau II).

Tableau II : Substitution dans les 9 Csapa intervenant en milieu pénitentiaire ayant répondu à l'enquête Recap, 2009

	Csapa prisons		Csapa hors prisons		Csapa total 2009	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Répartition suivant le traitement de substitution aux opiacés en cours						
Non	1 808	70,0	37 651	56,9	39 459	57,4
Oui, Méthadone	255	9,9	14 882	22,5	15 137	22,0
Oui, Subutex®	515	19,9	12 973	19,6	13 488	19,6
Oui, autre	6,0	0,2	611	0,9	617	0,9
Total réponses « utiles » substitution	2 584	100,0	66 117	100,0	68 701	100,0
Taux de réponse		85,1		76,9		77,2
Répartition suivant la durée des traitements de substitution aux opiacés en cours						
Depuis moins de 6 mois	49	12,1	2 958	18,0	3 007	17,9
De 6 mois à 1 an	39	9,6	1 722	10,5	1 761	10,5
De 1 an à 2 ans	51	12,6	2 343	14,3	2 394	14,2
De 2 à 5 ans	89	22,0	4 221	25,7	4 310	25,6
Depuis plus de 5 ans	177	43,7	5 155	31,4	5 332	31,7
Total réponses « utiles » durée substitution	405	100,0	16 399	100,0	16 804	100,0
Taux de réponse (en référence au nombre total des patients en traitement de substitution)		52,2		57,6		57,5

Source : OFDT, RECAP 2009

Le public accueilli comprend une majorité d'hommes (96 % *versus* 79 %), dont plus de la moitié est âgée de 25 à 40 ans, souvent inactifs avant l'incarcération (un tiers environ), d'un niveau d'études faible (près de 40 % déclarant un niveau d'études inférieur ou égal au BEPC). Ils déclarent deux fois plus souvent que les patients reçus en Csapa à l'extérieur un problème d'alcool et une polyconsommation de drogues. À noter que les patients reçus pour un problème d'opiacés dans un Csapa en milieu fermé sont moins nombreux à bénéficier d'un TSO que les patients en milieu ouvert. En outre, si la part des patients reçus pour un problème d'opiacés bénéficiant d'un TSO à base de BHD est comparable dans les Csapa des milieux libre et fermé (près de 20 %), ceux qui sont pris en charge à l'aide de méthadone sont beaucoup moins nombreux en prison (10 % *versus* 22,5 %). Enfin, l'ancienneté dans la substitution est plus importante parmi les patients détenus : 44 % d'entre eux sont substitués depuis plus de 5 ans, *versus* 31 % des substitués reçus dans un Csapa en milieu libre.

Préparation de la sortie et de la continuité des soins

La sortie de prison est associée à un important risque de rechute, parfois mortelle, des détenus sous traitement de substitution (Harding-Pink, 1990 ; Seaman et coll., 1998 ; Marzo et coll., 2009). D'après une étude effectuée en 2001 auprès des sortants de la Maison d'arrêt de Fresnes, le risque de décès par overdose chez les anciens détenus serait multiplié par plus de 120, si on le compare à la population générale (Prudhomme et coll., 2001 ; Verger et coll., 2003). Cette même étude établit une surmortalité par overdose particulièrement élevée chez les sortants de moins de 55 ans.

Le relais de prise en charge des toxicomanes à la sortie de prison est désigné comme une question « fondamentale » dans l'ensemble des textes organisant les soins en prison, depuis la loi du 18 janvier 1994. La loi de 1994 prône ainsi la préparation du suivi sanitaire des détenus à la sortie, en coordination avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), orientation reprise ensuite par la note interministérielle du 9 août 2001 puis par la circulaire du 30 janvier 2002 qui pose que le relais de prise en charge à la sortie doit être « envisagé avec le patient dès l'indication de la prescription ». Plus récemment encore, les recommandations de la « Conférence de consensus sur le suivi des personnes placées sous traitement de substitution »²⁵⁴ préconisent d'améliorer « l'anticipation de la sortie en lien avec les partenaires extérieurs, la généralisation des consultations en addictologie, visant en particulier à favoriser l'accès aux soins, réduire les risques et prévenir la survenue de surdoses à la sortie ».

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

Le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (2004) mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour aider les professionnels récapitule très précisément les conditions de prise en charge sanitaire des détenus aux différentes étapes de leur trajectoire en détention. Il spécifie que « les modalités concernant la sortie doivent être envisagées suffisamment tôt avant la date de libération définitive prévue. La préparation à la sortie doit mobiliser de façon coordonnée, en interne, les équipes sanitaires et pénitentiaires et en externe, les structures spécialisées. Les relais nécessaires doivent être mis en place pour l'accompagnement sanitaire et social lors de la sortie (hébergement, soins, protection sociale...) ainsi que pour la réinsertion sociale et professionnelle. Pour les personnes prévenues, bénéficiant d'une ordonnance de mise en liberté, un support d'information sur les relais sanitaires et sociaux extérieurs doit leur être remis au moment de leur sortie ». Lors de la libération, une ordonnance prescrivant le traitement de substitution, méthadone ou BHD, doit être délivrée au détenu, afin d'éviter toute interruption en l'attente d'une consultation. Cela nécessite que l'UCSA ou le SMPR soit informé à l'avance de la libération par le greffe de l'établissement, ce qui n'est pas toujours le cas. Pour être pris en charge à sa sortie, le patient doit connaître un prescripteur identifié et prévenu à l'extérieur, auquel il pourra être adressé pour son suivi médical et/ou psychiatrique : il peut s'agir d'une structure spécialisée (Csapa), d'une structure hospitalière ou d'un médecin généraliste (appartenant de préférence à un réseau avec lequel un contact aura été préalablement établi). Pour favoriser ce relais, des rencontres doivent donc être organisées et des contacts pris pendant la détention – ce qui s'avère souvent complexe, en pratique – car certaines structures exigent parfois un courrier de l'UCSA pour recevoir un ancien détenu. La personne détenue qui souhaite bénéficier d'un suivi à sa sortie peut en faire la demande auprès des médecins de l'UCSA ou du SMPR. Le SPIP et les personnels de l'UCSA ou du SMPR sont chargés d'informer la personne détenue des possibilités de prise en charge à la sortie. Les pratiques de préparation à la sortie et de continuité des soins restent disparates selon les établissements.

Compte tenu de ces pré-requis complexes à garantir en milieu fermé, en pratique, les recommandations ne sont pas systématiquement appliquées et la prise en charge sanitaire des sortants de prison souffre de nombreuses carences. En 2003, seuls 30 % des sortants accueillis dans les appartements du service addiction de l'association ARAPEJ 93 disposaient d'une couverture maladie universelle de base accompagnée d'une CMU complémentaire, or seule la CMU permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé²⁵⁵. En outre, l'évaluation de la mise en œuvre de la note de 2001 relative à la prise en charge des personnes incarcérées ayant des problèmes d'addiction conduite par l'OFDT a relevé que la « continuité des soins à la

sortie de prison » figure parmi les « contextes de prise en charge identifiés comme les plus problématiques » dans deux tiers des 157 établissements observés (Obradovic, 2004). Souvent, les détenus toxicomanes sortent avec un comprimé de Subutex® pour la journée et doivent se débrouiller sans ordonnance les jours suivants.

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

Ce dispositif spécifique visant les détenus toxicomanes a fait l'objet d'une évaluation en deux volets, menée de 1999 à 2003 (Prudhomme et coll., 2001 et 2003). L'évaluation a pointé les difficultés de fonctionnement des UPS : insuffisance des effectifs de « stagiaires », mauvaise acceptation du projet par les équipes pénitentiaires, mauvaise intégration des UPS dans la vie des établissements, difficulté à atteindre le public-cible des détenus le plus en difficulté, difficultés de recrutement des stagiaires, dysfonctionnements liés aux contraintes carcérales, problème de coordination des intervenants (SPIP, administration pénitentiaire, SMPR, UCSA...). Des pistes d'amélioration ont alors été envisagées par la Mildt mais le dispositif a peu évolué, en dehors de la suppression de quelques UPS (comme Metz ou Lyon).

Plus récemment, l'évaluation de la primo-prescription de méthadone par les UCSA a montré qu'en 2007, les professionnels des UCSA jugeaient que le relais à la sortie est correctement assuré pour les patients sous méthadone, le plus souvent sous la forme d'une orientation post-pénale vers un Csap extérieur, les orientations vers un médecin généraliste ou vers un service hospitalier arrivant loin derrière (Obradovic et Canarelli, 2008). En l'absence de données complémentaires sur la continuité des soins à la sortie, il faudra attendre la mise en œuvre des mesures nouvelles envisagées par la Mildt et le ministère de la Santé dans le cadre du futur Plan gouvernemental 2012 pour relancer une réflexion sur les conditions d'accompagnement des détenus

dépendants aux opiacés à la sortie de prison. La mise en œuvre des « programmes d'accueil courts et d'accès rapide pour les sortants de prisons au sein de structures sociales et médico-sociales existantes avec hébergement, en lien avec l'hôpital de rattachement de la prison »²⁵⁶ sera examinée de près dans les années qui viennent. Enfin, le plan d'actions stratégiques 2010-2014 portant sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice prévoit la mise en œuvre d'une politique globale en détention, ayant pour objectif d'améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes détenues, de renforcer les dispositifs de soins existants et de les faire évoluer, et de prévoir des dispositifs renforcés pour certaines catégories de personnes détenues (comme les personnes adoptant des comportements addictifs)... Tout particulièrement, ce plan se penche sur la continuité des soins après la détention et prévoit, outre la création d'appartements de coordination thérapeutique ou de lits halte soins santé, d'organiser de façon cohérente l'accès à l'hébergement des personnes sortant de détention, afin de permettre la poursuite des soins et de mettre en place des référentiels et des formations communs. Le plan prévoit en outre la création d'un mi-temps d'éducateur spécialisé au sein de Csapa référents dans les établissements pénitentiaires pour accompagner le détenu dans sa démarche de continuité des soins.

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

Ivana Obradovic

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

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

BIBLIOGRAPHIE

- BOUHNİK P, TOUZÉ S. Héroïne, sida, prison, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés. RESSCOM, ANRS, Paris, 1996
- CANARELLI T, COQUELIN A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. *Tendances*, n° 65, mai 2009, 4p
- CHANTRAINE G, MARY P. Prisons et mutations pénales, nouvelles perspectives d'analyse. *Déviante et Société* 2006, 30 : 267-271. DOI : 10.3917/ds.303.0267
- CHAUVENET A, FAUGERON C, COMBESSIE P. Approches de la prison. Bruxelles, De Boeck-Université/Montréal, Presses de l'Université de Montréal/Ottawa, 1996
- COMBESSIE P. Prisons in France: Stalemate or Evolution? The Question is still Topical. In : Imprisonment Today and Tomorrow. International Perspectives on Prisoners' Rights and Prison Conditions. VAN ZYL SMIT D, DÜNKEL F (dir.). La Haye, Londres & Boston: Kluwer Law International, 2001253-287
- DELFRAISSY J.-F. (ED.). Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Rapport 2002. Recommandations du groupe d'experts. Paris, Flammarion, 2002
- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS). Enquête un jour donné sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire : résultats de l'enquête de juin 2003. 2004
- FERNANDEZ F. Emprisonnés. Drogues, errance, prison : figures d'une expérience totale. Bruxelles, Larcier, 2010
- HARDING-PINK D. Mortality Following Release From Prison. *Med Sci Law* 1990, 30 : N° 1
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (HCSP). La santé en prison. Actualité Dossier Santé Publique (adsp), n° 44, La Documentation française, 2004
- HYEST J-J, CABANEL G-P. Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. Les rapports du Sénat, n° 449, Sénat, 2000
- INSERM (INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Collection Expertise collective, Éditions Inserm, 2010
- LEAVITT SB, SHINDERMAN M, MAXWELL S, EAP C, PARIS P. "When "enough" is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2000, 67 : 404-411
- LEBEAU B. La réduction des risques et l'esprit des lois. *Psychotropes* 1997, 4
- LEVASSEUR L, MARZO J-N, ROSS N, BLATIER C, LOWENSTEIN W. Fréquence des réincarcérations dans une même maison d'arrêt : rôle des traitements de substitution. *Annales de Médecine Interne* 2002, 153
- MAREMMANI I, ZOLESI O, AGLIETTI M, MARINI G, TAGLIAMONTE A, et coll. Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with axis i psychiatric comorbidity. *Journal of Addictive Diseases* 2000, 19 : 29-41

MARZO J-N, ROTILY M, MEROUEH F, VARASTET M, HUNAULT C, et coll. Maintenance therapy and three-year outcome of opioid-dependent prisoners: a prospective study in France (2003-2006). *Addiction* 2009, **104** : 1233-1240

MICHEL L. Addictions aux substances psychoactives illicites-polytoxicomanies. *Annales médico-psychologiques* 2006, **164** : 247-254

MICHEL L, MAGUET O. L'organisation des soins en matière de traitements de substitutions en milieu carcéral. Rapport pour la Commission Nationale Consultative des Traitements de Substitution, 2003

MICHEL L, MAGUET O. Guidelines for substitution treatments in prison populations. *Encephale* 2005, **31** : 92-97

MICHEL L, CARRIERI P, WODAK A. Preventive measures and equity of access to care for French prison inmates: still limited knowledge, but urgent need for action. *Harm Reduction Journal* 2008, **5** : 17

MICHEL L, JAUFFRET-ROUSTIDE M, BLANCHE J, MAGUET O, CALDERON C, et coll. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. *BMC Public Health* 2011, May 27, **11** : 400

MORFINI H, FEUILLERAT Y. Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire. Ministère de la Santé, décembre 2001 et février 2004

MOUQUET M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Drees, Études et Résultats, mars 2005, n° 386

OBRAĐOVIC I. Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. OFDT, 2004

OBRAĐOVIC I, CANARELLI T. Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. Analyse des pratiques médicales depuis la mise en place de la circulaire du 30 janvier 2002 relative à la primoprescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé. OFDT, Saint-Denis, 2008, 79p

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (OIP). Prisons : un état des lieux. L'Esprit Frappeur, Paris, 2000

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (OIP). Les conditions de détention en France. Rapport 2005. La Découverte, Paris, 2005

PRADIER P. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 : évaluation et perspectives. Administration pénitentiaire, Paris, 1999

PRUDHOMME J, BEN DIANE M-K, ROTILY M. Évaluation des Unités pour sortants. OFDT, 2001

PRUDHOMME J, VERGER P, ROTILY M. Fresnes – Mortalité des sortants. Étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes. Second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS), 2003, OFDT

RFAS (Revue Française des Affaires Sociales). Numéro spécial « La santé en prison : un enjeu de santé publique », janvier-mars 1997

ROTILY M. Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalences des pratiques : synthèse. In : Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. STANKOFF S, DHEROT J (eds). Direction de l'Administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, 2000

SEAMAN SR, BRETTLE RP, GORE SM. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison : Database linkage study. *BMJ* 1998, **316** : 426-428

VERGER P, ROTILY M, PRUDHOMME J, BIRD S. High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a french prison. *J Forensic Science* 2003, **48** : N° 3