

# Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficiente et inefficace

Olivier Sannier<sup>1</sup>, Florent Verfaillie<sup>2</sup>, Dorothée Lavielle<sup>2</sup>

1. UCSA du Centre Pénitentiaire de Liancourt, 60140 Liancourt, France  
2. Département de médecine Générale, UFR de Médecine, Amiens, France

Reçu le 1 septembre 2011  
Accepté le 12 décembre 2011

Disponible sur internet le :

## Correspondance :

Olivier Sannier, UCSA Centre Pénitentiaire de Liancourt, avenue Badinter, 60140 Liancourt, France.  
olivier.sannier@gmail.com

## Summary

### Risk reduction and drug use in detention: Study about the detainees of Liancourt Penitentiary

**Background** > The prison population is drug users. Recent debates around the provision of devices to reduce the risks associated with drug use (syringe exchange programs and snort kit) lead us to question local practices of the prison population.

**Method** > An anonymous questionnaire was offered to the prison population of the Liancourt penitentiary. The questions addressed the use of drugs before and during incarceration, knowledge of HIV and B and C hepatitis status, taking an opiate substitution treatment and advice on the implementation of syringe exchange programs and snort kit.

**Results** > A percentage of 54.4 of the prisoners responded to the questionnaire. An amount of 60.1 % of respondents consumed at least one drug before incarceration and 43.6 % of respondents consumed at least one drug during their incarceration. Cannabis was the most consumed drug before and during incarceration. Barely half of respondents reported knowing their HIV and hepatitis B and C status. Over 10 % of respondents said they were interesting in establishing needle exchange programs or snort kit.

## Résumé

**Contexte** > La population carcérale est usagère de drogues. Les débats récents autour de la mise à disposition de dispositifs de réduction des risques liés à l'usage de drogues (programmes d'échange de seringue et kits sniff) nous amènent à questionner les pratiques locales de la population détenue.

**Méthode** > Un questionnaire anonyme a été proposé à la population détenue du Centre Pénitentiaire de Liancourt. Les questions abordaient la consommation de drogues avant et pendant l'incarcération, la connaissance du statut sérologique concernant le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les hépatites B et C, la prise d'un traitement de substitution aux opiacés et l'avis concernant la mise en place de programmes d'échanges de seringues et kits sniff.

**Résultats** > Trois cent quatre-vingt-et-un (54,4 %) des 700 personnes détenues ont répondu ; 60,1 % des répondants consommaient au moins une drogue avant incarcération et 43,6 % des répondants consommaient au moins une drogue durant leur incarcération. Le cannabis était la drogue la plus consommée avant et pendant l'incarcération. À peine la moitié des répondants déclaraient connaître leur statut sérologique concernant le VIH et les hépatites B et C. Plus de 10 % des répondants déclaraient être intéressés par la mise en place de programmes d'échanges de seringues ou kits sniff.

*Discussion > The prison concentrate drug users and is not a repressive tool of efficient risk reduction. The strategies implemented by the medical unit of Liancourt prison require adaptations that warrant development of health resources. Then, only new tools to reduce risks associated with drug use can be established.*

*Discussion > La prison concentre les usagers de drogue et elle ne constitue pas un outil répressif efficace de la réduction des risques. Les stratégies mises en place par l'UCSA du Centre Pénitentiaire de Liancourt nécessitent des adaptations qui justifient un développement des moyens sanitaires.*

La population carcérale est usagère de drogues. En 2003, 33 % des entrants en prison en France déclaraient une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédents l'incarcération (DREES) [1]. En 2004, 12 % des usagers de drogues interrogés dans l'étude Coquelicot déclaraient s'être injectés des drogues illicites en prison dont 30 % déclaraient avoir partagé leur seringue [2]. La nature des produits consommés et les modalités d'usage intracarcéral ont été peu décrites. Des variations considérables de prévalence de consommation de drogues entre les différents pays de l'Union européenne ont été observées [3]. L'usage de drogue constitue un risque sanitaire. Ce risque est somatique (overdoses, activités spécifiques des produits consommés, abcès post-injection, perforation cloison nasale post-sniff...), Ce risque est psychiatrique, conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à des substances psychoactives. Il est infectieux : le mode de transmission prédominant des hépatites B et C en détention résulte de l'usage de drogues [4].

L'organisation des soins en milieu carcéral, qui relève du service public hospitalier depuis 1994 [5], a pour objectif de garantir à la personne détenue des soins de qualité équivalente à ceux délivrés à la population générale. Le plan national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles 2010–2014 [6] et le plan d'actions stratégiques 2010–2014 pour les personnes placées sous main de justice [7] rappellent ce même principe. Pourtant les programmes d'échanges de seringues à destination des usagers de drogues intraveineux, inscrits dans la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, dont les bénéfices sur la transmission du VIH et des hépatites sont avérés, n'ont pas été mis en place en France en milieu carcéral [8].

L'exercice sur le terrain nécessite une approche pragmatique. La prise en charge des usagers de drogue emprisonnés justifie une stratégie adaptée au milieu carcéral.

Nous avons décrit la consommation de drogues illicites, les modalités de consommation et le profil des consommateurs détenus au Centre Pénitentiaire de Liancourt. Nous avons recueilli l'opinion des personnes détenues concernant la mise à disposition des kits sniffs et des programmes d'échanges de seringues en détention. À partir des résultats nous souhaitons discuter quelles sont les stratégies adaptées de prévention des risques à développer.

## Ce qui était connu

- La population entrant en prison est usagère de drogues
- La prévalence du VIH et de l'hépatite C est plus importante en milieu carcéral qu'en milieu libre
- La mise à disposition de kits d'injections réduit les risques sanitaires liés à l'usage de drogues

## Ce qu'apporte l'article

- La population détenue interrogée poursuit sa consommation de drogues en détention
- Les stratégies sanitaires visant à réduire les risques liés à l'usage de drogue ne sont pas efficaces
- La population détenue interrogée est minoritairement intéressée par la mise à disposition de kit d'injection ou de sniff à usage unique, mais majoritairement réticente.

## Méthodes

Nous avons étudié l'ensemble de la population adulte écrouée détenue au Centre Pénitentiaire de Liancourt entre le 24 et le 28 janvier 2011. Le personnel de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) a remis à chaque personne détenue un questionnaire papier anonyme et non identifiable. Passé un délai d'une heure, le personnel de l'UCSA proposait à chaque personne détenue de lui remettre le questionnaire dans une urne fermée (Questionnaire de l'étude disponible en complément électronique).

Le questionnaire était composé de questions fermées concernant l'âge et l'année d'incarcération, la consommation et les modalités de consommation, avant et pendant l'incarcération, de tabac, alcool, et drogues illicites (cannabis, héroïne, cocaïne, crack, amphétamines, méthamphétamines, LSD et hallucinogènes, médicaments morphiniques et benzodiazépines obtenus sans prescription), l'éventuel suivi intracarcéral par

le service de psychiatrie de l'UCSA, la prise d'un traitement de substitution délivré par l'UCSA. Des questions abordaient le dépistage du VIH, des hépatites virales B et C ainsi que la connaissance de son résultat de sérodiagnostic par la personne détenue. L'avis concernant la mise en place de programme d'échanges de seringues à usage unique ou de kits à sniff à usage unique était également recueilli.

Un mois avant le début de l'étude, des affiches ont été installées dans les bâtiments de détention et dans l'UCSA annonçant le déroulement de l'étude, son but, son caractère anonyme et facultatif (sans aucun impact sur la qualité des soins). Le questionnaire avait préalablement été testé auprès de personnes détenues consultant au sein de l'UCSA. Nous avons tenu compte des remarques et des imprécisions soulevées par le questionnaire initial.

Les données recueillies ne permettaient pas d'identifier le répondant.

Les réponses à ce questionnaire ont été saisies par un médecin de l'UCSA sur un logiciel tableur. L'analyse statistique a été réalisée par un médecin biostatisticien à l'aide du logiciel R [9].

## Résultats

Parmi les 700 hommes détenus au Centre Pénitentiaire de Liancourt, 381 (54,4 %) ont répondu à l'enquête. La moyenne d'âge des répondants était de 35,0 ans.

La distribution des répondants selon l'âge (tableau I) ne différait pas significativement ( $p = 0,737$ ) de la distribution de l'âge des détenus adultes du Centre Pénitentiaire de Liancourt à la date du 1<sup>er</sup> mars 2011 (Données non publiées fournies par l'administration du Centre Pénitentiaire de Liancourt).

TABLEAU I  
Répartition par âge des répondants

Âge (ans)	Répondants		Population carcérale <sup>a</sup>	
	n	%	n	%
18 à 19	16	4,3	39	5,1
20 à 29	163	43,6	331	43,1
30 à 39	88	23,5	200	26,1
40 à 49	63	16,8	111	14,5
50 et plus	44	11,8	86	11,2
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100</b>	<b>767</b>	<b>100</b>

<sup>a</sup> Administration pénitentiaire du Centre Pénitentiaire de Liancourt.

Parmi les répondants, 12 personnes (3,3 %) étaient incarcérées depuis moins d'un an, 248 (67,6 %) depuis un à cinq ans, 83 (22,6 %) depuis six à dix ans, et 24 (6,5 %) étaient incarcérées depuis plus de dix ans.

## Consommation de tabac et d'alcool

Un taux de 80,9 % des 381 répondants fumaient du tabac avant leur incarcération et 67,0 % durant l'incarcération. Deux cent soixante-trois détenus (69,0 %) consommaient de l'alcool avant leur incarcération, et 72 (18,9 %) durant leur incarcération, dont 27 (37,5 %) régulièrement.

Cent quatre-vingt détenus (47,2 %) associaient, avant leur incarcération, une consommation d'alcool à celle d'au moins une drogue illicite ; 63 détenus (16,5 %) consommaient cette association en prison, soit 87,5 % des personnes déclarant consommer de l'alcool en détention.

## Consommation de drogues illicites

### Produits consommés

La consommation d'au moins une drogue illicite avant leur incarcération était rapportée par 229 personnes (60,1 %) et 166 personnes déclaraient consommer au moins une drogue en prison (tableau II).

Les drogues illicites les plus consommées étaient par ordre de fréquence le cannabis (202 personnes soit 53,0 % des répondants), la cocaïne (84 personnes, 22,0 %), l'héroïne (72 personnes, 18,9 %) et les amphétamines (43 personnes, 11,3 %). Des médicaments morphiniques à visée non thérapeutique étaient consommés par 48 personnes (12,6 %). La polyconsommation (deux drogues illicites ou plus) concernait 93 personnes (24,4 %).

Durant leur incarcération, 166 personnes (43,6 %) déclaraient consommer au moins une drogue illicite (hors alcool). Le cannabis était consommé par 146 répondants (38,2 %) dont 62 (16,3 %) en consommaient quotidiennement. L'héroïne était consommée par 31 personnes (8,1 %) et 27 (7,1 %) consommaient de la cocaïne. Des médicaments morphiniques à visée non thérapeutiques étaient consommés en détention par 26 personnes (6,8 %) et 33 personnes (8,7 %) consommaient des médicaments benzodiazépine qui ne leur étaient pas prescrits (dont cinq en sniff).

Parmi les 166 personnes (43,6 %) déclarant consommer au moins une drogue en prison, 112 (29,4 %) consommaient une drogue, 25 (6,6 %) déclaraient consommer deux drogues et trois (0,8 %) déclaraient consommer trois drogues. Trois personnes (0,8 %) déclaraient consommer dix drogues.

Parmi les 25 personnes (6,6 %) déclarant prendre deux drogues, l'association cannabis-benzodiazépine était la plus fréquente (huit), suivi par les associations cannabis-morphine (six), cannabis héroïne (cinq) et cannabis cocaïne (trois) (tableau III).

TABLEAU II

Consommation de drogues déclarée par les répondants

Nombre de personnes détenues	Ne consomme aucune drogue à l'intérieur du Centre Pénitentiaire		Consomme au moins une drogue à l'intérieur du Centre Pénitentiaire		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ne consommaient aucune drogue avant incarcération	140	36,7	12	3,2	152	39,9
Consommaient au moins une drogue avant incarcération	75	19,7	154	40,4	229	60,1
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>56,4</b>	<b>166</b>	<b>43,6</b>	<b>381</b>	<b>100</b>

Durant leur incarcération, 29 personnes (7,6 %) déclaraient avoir débuté une nouvelle drogue, quatre déclaraient avoir débuté la consommation de deux nouvelles drogues et un déclarait avoir débuté dix nouvelles drogues. Les drogues débutées au cours de l'incarcération étaient le cannabis (12 personnes), les benzodiazépines (11 personnes), les traitements morphiniques (neuf personnes), l'héroïne (quatre personnes), le crack (quatre personnes), la cocaïne (trois personnes), les métamphétamines (deux personnes), le LSD (deux personnes) et les amphétamines (une personne).

Parmi les 152 personnes qui n'avaient jamais consommé de drogues illicites avant incarcération, 12 (3,2 %) ont débuté la consommation d'au moins une drogue en prison. La drogue débutée était le cannabis (neuf personnes), les benzodiazépines (quatre personnes), l'héroïne (deux personnes). La polyconsommation concernait deux personnes.

**Modalités de consommation**

La pratique du sniff avant leur incarcération était déclarée par 76 personnes (20 %) parmi lesquelles 21 (5,5 %) s'injectaient également des drogues avant leur incarcération. Vingt-quatre personnes (6,3 %) déclaraient sniffer des drogues à l'intérieur de la prison parmi lesquelles quatre personnes déclaraient s'injecter également des drogues (sur cinq pratiquant l'injection intraveineuse de drogues en détention) (tableau IV).

Quinze personnes (3,9 %) déclaraient avoir déjà partagé leur matériel de sniff et 20 (5,3 %) déclaraient l'avoir déjà réutilisé. Sept personnes déclaraient avoir déjà partagé leur matériel d'injection et six l'avoir déjà réutilisé.

**Traitements de substitution et consommation de drogues**

Au total, 41 personnes (10,8 %) déclaraient recevoir par l'UCSA un traitement de substitution aux opiacés (16 déclaraient recevoir de la buprénorphine et 25 de la méthadone). Parmi les personnes déclarant recevoir de l'UCSA un traitement de substitution (durant leur incarcération), 12 continuaient à

consommer de l'héroïne, quatre consommaient des médicaments morphiniques obtenus sans prescription médicale, six consommaient des benzodiazépines obtenus sans prescription médicale, dix s'injectaient une ou des drogues avant incarcération et quatre poursuivaient cette pratique en détention.

**Sérodiagnostic du virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites B et C**

Parmi les répondants, 197 personnes (51,7 %) déclaraient connaître le résultat de leur sérologie VIH, 182 (47,8 %) le résultat de leur sérologie hépatite B, et 175 personnes (45,9 %) le résultat de leur sérologie hépatite C (tableau V). Neuf personnes déclaraient être séropositives pour les trois maladies étudiées, trois personnes déclaraient avoir deux sérologies positives et 11 déclaraient avoir une sérologie positive parmi ces trois maladies virales.

Parmi les personnes déclarant ne jamais avoir réalisé de test, 37 personnes (9,7 %) déclaraient n'avoir jamais réalisé une des trois sérologies.

Parmi les personnes déclarant sniffer et ou s'injecter des drogues avant incarcération, cinq déclaraient être séropositifs pour le VIH, trois séropositifs pour le VHB et quatre séropositifs pour le VHC. Concernant les hépatites B ou C, 27 n'avaient pas connaissance de leurs statuts sérologiques. Concernant le VIH, 24 personnes n'avaient pas connaissance de leur statut sérologique.

Parmi les personnes déclarant sniffer et ou s'injecter des drogues en détention, trois personnes déclaraient être séropositives pour le VIH, trois pour le VHB et quatre pour le VHC. Concernant les hépatites B ou C, neuf personnes n'avaient pas connaissance de leurs statuts sérologiques. Concernant le VIH, dix personnes n'avaient pas connaissance de leur statut.

**Suivi psychiatrique déclaré durant l'incarcération**

Cent vingt-trois répondants (32,3 %) étaient suivis par un psychiatre parmi lesquels 105 (85,4 %) recevaient un

TABLEAU III

Drogues déclarées consommées par les répondants

	Déclarent consommer		Fréquence : au moins une fois par						Fréquence	
	n	%	Jour		Semaine		Mois		Occasionnellement	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Cannabis</i>										
Avant incarcération	202	53	101	26,5	19	5	8	2,1	55	14,4
Pendant incarcération	146	38,3	62	16,3	20	5,5	5	1,3	40	10,5
<i>Héroïne</i>										
Avant incarcération	72	18,9	34	8,7	7	1,8	6	1,6	16	4,2
Pendant incarcération	31	8,1	5	1,3	6	1,6	3	0,8	12	3,2
<i>Cocaïne</i>										
Avant incarcération	84	22	20	5,3	9	2,4	9	2,4	34	8,9
Pendant incarcération	22	7,1	3	0,8	4	1,1	8	2	6	1,5
<i>Crack</i>										
Avant incarcération	41	10,8	12	3,1	5	1,3	4	1,1	14	3,7
Pendant incarcération	14	3,7	3	0,8	2	0,5	4	1,1	2	0,5
<i>Amphétamines</i>										
Avant incarcération	43	11,3	6	1,5	2	0,5	5	1,3	20	5,3
Pendant incarcération	7	1,8	2	0,5	0	0	0	0	3	0,8
<i>Métamphétamines</i>										
Avant incarcération	16	4,2	4	1,1	4	1,1	1	0,3	4	1,1
Pendant incarcération	4	1,1	1	0,3	1	0,3	0	0	1	0,3
<i>LSD</i>										
Avant incarcération	31	8,1	5	1,3	4	1,1	6	1,5	12	3,2
Pendant incarcération	7	1,8	2	0,5	0	0	0	0	3	0,8
<i>Morphine</i>										
Avant incarcération	48	12,6	16	4,2	5	1,3	5	1,3	12	3,2
Pendant incarcération	26	6,8	10	2,6	5	1,3	1	0,3	6	1,5
<i>Benzodiazépines</i>										
Avant incarcération	42	11	14	3,7	3	0,8	2	0,5	11	2,9
Pendant incarcération	33	8,7	15	4	2	0,5	1	0,3	8	2,1

traitement psychotrope. Un suivi psychologique était entrepris par 159 personnes (41,7 %). Soixante-dix-huit (20,4 %) n'avaient pas de suivi par le service de psychiatrie.

Parmi les 166 personnes déclarant consommer au moins une drogue (hors tabac et alcool) en détention, 54 déclaraient être suivis par un psychiatre avec un traitement, huit par un

psychiatre sans traitement médicamenteux, 67 par un psychologue, 41 ne pas être suivis par le service de psychiatrie.

Parmi ces 35 personnes déclarant avoir débuté au moins une nouvelle drogue, dix personnes déclaraient ne pas avoir de suivi psychiatrique ni psychologique. Trois d'entre eux déclaraient être suivis par un psychiatre qui leur délivrait un

TABLEAU IV

**Modalités de consommation de drogues déclarées par les répondants**

	Répondants			
	Avant incarcération		Pendant incarcération	
	n	%	n	%
<b>Héroïne</b>				
Sniffée	48	12,6	16	4,2
Fumée	25	6,5	10	3,4
Injectée	16	4,2	4	10,5
<b>Cocaïne</b>				
Sniffée	59	14,4	17	4,5
Fumée	33	8,6	10	2,6
Injectée	14	3,7	4	1,1
<b>Crack</b>				
Sniffée	4	1,0	5	1,3
Fumée	28	7,3	9	2,4
Injectée	4	1,0	1	0,3
<b>Morphine</b>				
Sniffée	26	6,8	9	2,4
Fumée	7	1,8	5	1,3
Injectée	7	1,8	2	0,5
Avalée	27	7,0	19	5
<b>Benzodiazépine</b>				
Sniffée	4	1,0	5	1,3
Fumée	3	0,7	2	0,5
Injectée	3	1,0	1	0,3
Avalée	32	8,4	22	5,8

traitement, quatre personnes être suivies par un psychologue, trois personnes ne pas être suivies par le service de psychiatrie. Parmi les 52 personnes ayant déclaré consommer des drogues en sniff avant incarcération et avoir arrêté cette pratique durant l'incarcération, 14 se déclaraient intéressés par la mise à disposition de kits sniff et 13 déclaraient que cela faciliterait leur consommation.

Parmi les 17 personnes ayant déclaré consommer des drogues en injection avant incarcération et avoir arrêté cette pratique durant l'incarcération, trois se déclaraient intéressés par la mise en place des programmes d'échange de seringues et cinq déclaraient que cela faciliterait leur consommation.

**Avis des personnes détenues concernant les programmes d'échange de seringues et la mise à disposition de kits à sniff**

Au total, 49,9 % des répondants déclaraient ne pas être intéressés par les kits à injection, et 39,4 % ne pas être intéressés par les kits à sniff. Pour 51,9 % des répondants, le kit injection encouragerait la consommation de drogues. Pour 51,5 % des répondants, le kit sniff n'encouragerait pas la consommation de drogues (tableau VI).

Parmi les 24 personnes (6,3 %) qui déclaraient sniffer des drogues en prison, 11 déclaraient être intéressés par les kits sniff et sept n'étaient pas intéressés. Dix personnes déclaraient que cela faciliterait leur consommation et sept que cela ne faciliterait pas leur consommation. Onze personnes déclaraient que les kits sniff n'encourageraient pas la consommation et sept que cela encouragerait la consommation de drogues.

Parmi les cinq personnes qui déclaraient s'injecter une drogue en détention, quatre déclaraient être intéressés par le kit injection, quatre déclaraient être intéressés par le kit à sniff, trois pensaient que cette mise à disposition n'encourageraient pas la consommation de drogues.

**Discussion**

**La prison concentre les usagers de drogue**

Avec un taux de réponse de 54,4 %, et représentatif (en âge et sexe) de la population détenue au Centre Pénitentiaire de

TABLEAU V

**Résultats des sérodiagnostics déclarés par les répondants**

	Jamais réalisé		Ne sait pas ou ne connaît pas le résultat		Test déclaré positif		Test déclaré négatif		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	<b>Sérologie VIH</b>	53	13,9	57	15	15	3,9	182	47,8	307
<b>Sérologie Hépatite B</b>	51	13,4	63	16,5	17	4,5	165	43,3	296	77,7
<b>Sérologie hépatite C</b>	53	13,9	58	15,2	12	3,1	163	42,8	286	75,1



TABLEAU VI

Avis des répondants concernant la mise à disposition de seringues à usage unique ou de kit à sniff (« roule ta paille »)

	Oui		Plutôt oui		Plutôt non		Non		Total réponses
	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	n	% <sup>a</sup>	
Déclarent être intéressé par le kit injection	19	9,4	3	1,4	26	12,8	164	81,2	202
Déclarent être intéressé par le kit sniff	22	11,4	9	4,7	13	6,7	149	77,2	193
Pensent que le kit injection faciliterait leur consommation de drogues	13	7,6	8	4,7	10	5,8	140	81,9	171
Pensent que le kit sniff faciliterait leur consommation de drogues	18	10,6	11	6,5	12	7,1	129	75,9	170
Pensent que le kit injection encouragerait la consommation de drogues	88	42,7	19	9,2	15	7,3	84	40,8	206
Pensent que le kit sniff encouragerait la consommation de drogues	79	39,8	17	8,6	18	9,1	84	42,4	198

<sup>a</sup> Pourcentage des personnes ayant répondu à cette question.

Liancourt, nous avons eu de nouvelles données françaises sur l'usage de drogues en milieu carcéral. L'expertise collective Inserm sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues (2010) rappelait qu'« il n'existe pas en France de données récentes sur l'usage de drogues à l'intérieur des prisons » [10].

C'est la première étude française qui a questionné les personnes détenues durant leur incarcération au sujet de leur consommation de drogues. Les études COQUELICOT [2], ENACAARUD [11] et le fichier RECPA [12] questionnaient des personnes libres au sujet de leur consommation durant une éventuelle précédente incarcération. Les études DREES 1999 [13], DREES 2003 [1] sur la santé à l'entrée en prison questionnaient uniquement les détenus à leur entrée. Les études PRIZDE [14] et PREVACAR [4] qui évoquaient la consommation de drogues intracarcérale n'interrogeaient pas directement la population détenue. L'étude PRIZDE interrogeait la perception du soignant ayant participé à l'étude. L'étude PREVACAR était une étude rétrospective sur les données du dossier médical. Parmi les répondants, 60,1 % déclaraient consommer au moins une drogue illicite avant leur incarcération. L'usage de drogues illicites est beaucoup plus important au Centre Pénitentiaire de Liancourt que dans la population générale. Selon le rapport de l'OFDT sur les niveaux d'usage de drogues en France en 2010 [15], l'usage actuel du cannabis (dans les 12 derniers mois) concernait 8 % des 18-64 ans, 0,9 % de la population avait consommé de la cocaïne au cours de l'année et 3,8 % des 18-64 ans l'avait expérimenté dans l'année. Quant à l'expérimentation de l'héroïne, elle était de 1,2 % dans l'ensemble de 18-64 ans. Nos chiffres ont montré que les détenus étaient de plus importants usagers de drogues illicites que la population générale. Cette concentration d'usagers de drogues en détention n'apparaît pas uniquement en rapport avec la proportion de personnes condamnées pour infractions sur la législation des

stupéfiants (ILS) qui représentent en France 14,0 % des condamnés [16]. Mais les données de notre étude ne nous permettent pas d'analyser les liens entre usagers de drogues et incarcération.

Avec 43,6 % des répondants déclarant consommer au moins une drogue illicite durant leur incarcération, notre étude a montré que la prison était un lieu particulier de consommation de drogues illicites. Les données de consommations de stupéfiants en détention issues de l'enquête DREES 2003, apparaissent comparables à celles de notre étude (tableau VII).

Mais ces chiffres issus d'une étude élaborée localement faute de projet de recherche national engagé, malgré les demandes du terrain, ne représentent pas l'ensemble de la population carcérale française et ne peuvent donc être extrapolées à l'ensemble de cette dernière.

En Europe, des variations considérables de prévalence de consommation de drogue parmi les détenus ont été observées passant de 8 % des répondants déclarant avoir déjà consommé de la drogue avant leur incarcération dans certains pays européens à 65 % dans d'autres [3]. Dans ces études (sans référence française) 10 à 42 % des personnes détenues déclaraient consommer régulièrement des drogues illicites [17].

Les méthodes différaient et ne permettent pas de comparaison. Par exemple, une étude belge [18] utilisait un autoquestionnaire de 60 questions supervisé par des interviewers après échantillonnage de 10 % de la population. Une étude anglaise questionnait uniquement des personnes détenues condamnées à une nouvelle peine d'emprisonnement [19]. Nous n'avons pas retrouvé d'étude (en langue française ou anglaise) utilisant une méthode similaire à la notre et qui consistait à proposer un autoquestionnaire à toute personne incarcérée (quel que soit son moment d'incarcération et sa durée de peine).

TABLEAU VII

Les résultats des enquêtes DREES et les résultats de l'enquête RRUDD

	Proportion d'entrants déclarant une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 derniers mois (en %)		Proportion de personnes déclarant une consommation non occasionnelle avant incarcération (en %)
	DREES 1997	DREES 2003	Liancourt 2011
Cannabis	25,6	29,8	33,6
Héroïne	14,4	6,5	12,3
Cocaïne ou crack	8,9	7,7	10,1 (cocaïne uniquement)
Médicaments utilisés de façon toxicomaniaque	9,1	5,4	5,0 (benzodiazépine uniquement)
LSD, ecstasy, colles, solvants...	3,4	4,0	3,3 (amphétamines uniquement)
Aux moins deux drogues	14,6	10,5	

L'analyse des résultats de notre étude doit tenir compte de potentiels biais dans les réponses apportées par les personnes détenues. Une étude de l'Office Français des Drogues et Toxicomanies [20] recensait les biais possibles dans les enquêtes auprès des usagers de drogue en milieu libre (biais de désirabilité, de sélection, d'information). Les auteurs soulignaient que les données étaient généralement fiables mais qu'il était nécessaire d'utiliser des questionnaires simples avec des repères biographiques afin d'améliorer la cohérence des données. Une sous déclaration était évoquée dans certaines situations (injection de drogues, racket...). Nous n'avons pas retrouvé d'étude française évaluant la fiabilité des réponses des usagers de drogues en milieu carcéral. Deux principaux biais sont à prendre en compte : un biais de sélection car la participation à l'étude était facultative (43,6 % des personnes détenues ne se sont pas exprimées) ; un biais d'information car le comportement étudié est répréhensible.

**La stratégie répressive apparaît inefficace**

La première stratégie de prévention des risques liés à l'usage de drogue en France est la répression. Elle vise à limiter l'usage de drogues (et les risques associés). Nos résultats ne nous permettent pas de discuter les stratégies appliquées à l'extérieur de la détention même si elles sont aujourd'hui remises en cause [21]. L'incarcération n'empêche pas la poursuite de l'usage de drogues : 40,4 % des répondants consommaient avant incarcération et poursuivaient cet usage à l'intérieur de la prison. En prison, la menace de répression est la première mesure de prévention de l'usage de drogues. Le fait d'absorber sans autorisation médicale des « substances de nature à troubler le comportement » constitue une faute passible de jours de cellule disciplinaire (mitard) de même que la possession ou le trafic de produits stupéfiants. Des poursuites judiciaires peuvent être engagées et risquent d'entraîner une nouvelle

condamnation pénale du détenu concerné. Les boissons alcoolisées ne sont pas autorisées en prison. Leur consommation est passible de poursuites disciplinaires.

Ce cadre répressif carcéral ne paraît pas dissuasif. Les importants moyens déployés par l'administration pénitentiaire (dont fouilles répétées de personnes détenues et de cellules) n'empêcheraient pas l'entrée de drogues en milieu carcéral. L'enfermement permet parfois l'initiation de drogues jusqu'alors non testées (9,2 % des répondants). Ce cadre ne préserve pas non plus la population carcérale de l'expérimentation de stupéfiants.

La dépendance physique n'apparaît pas être le seul motif de poursuite de consommation en milieu carcéral. Le cannabis et les benzodiazépines, drogues aux propriétés anxiolytiques sont les plus consommées en détention. La consommation d'héroïne reste importante de même que la consommation de morphiniques détournés. Cet effet anxiolytique pourrait renforcer l'attachement au produit visant à compenser un univers carcéral apparaissant hostile, surpeuplé, violent favorisant les situations de stress. Les activités occupationnelles et le travail sont d'accès complexe et limité en détention. Cette restriction limite l'accès à d'autres stratégies de diminution du stress. Jurgens et al. [22] évoquaient l'usage de drogues intracarcérales comme un moyen de réduire les tensions et faire face à la promiscuité et la violence.

Dans un souci d'anonymat la localisation des répondants en maison d'arrêt (surpeuplée, plusieurs détenus par cellule) ou en centre de détention (un seul détenu par cellule, accès favorisé aux activités occupationnelles) n'a pas été recueillie même si elle aurait pu nous apporter des éléments d'interprétation intéressants.

La consommation de substances psychostimulantes reste limitée : 27 personnes consommaient de la cocaïne et 14 personnes consommaient du crack en milieu carcéral ; 18,9 % de la



population détenue déclarait consommer de l'alcool à l'intérieur du Centre Pénitentiaire (pour près de la moitié occasionnellement). Cette consommation d'alcool étant associée à la consommation d'autres drogues psychoactives dans 87,5 % des cas. Ces modalités de consommation pourraient correspondre à la recherche d'états d'ivresse ponctuelle vis-à-vis d'une vie carcérale monotone.

On peut supposer que la médicalisation de cette population n'apporte pas de réponse plus satisfaisante à la réduction de consommation de produits illicites en détention étant donné que seul 20,4 % de la population interrogée déclarait ne pas avoir de suivi par le service de psychiatrie. Il existait manifestement un détournement de médicaments prescrits par l'UCSA (benzodiazépines, morphiniques) qui devrait nous inciter à la vigilance.

Les facteurs renforçant la consommation de stupéfiants en détention sont à étudier de manière plus spécifique afin que les politiques de prise en charge de ces usagers ne se limitent pas à une répression qui apparaît aussi inefficace à l'extérieur qu'à l'intérieur de la détention.

### La prise en charge sanitaire nécessite des adaptations

Malgré cette surreprésentation des usagers de drogue en milieu carcéral, les moyens sanitaires disponibles sont considérablement inférieurs à ceux disponibles en milieu libre. Il n'est pas prévu de poste d'addictologue sur les effectifs médicaux recommandés. L'intervention de travailleurs sociaux dédiés est très limitée. Il n'existe pas de programme d'échange de seringues en milieu carcéral. Ainsi, à Liancourt, au jour de l'étude, le temps médical comprenait 1,6 équivalent temps plein (ETP) de médecin généraliste (sur les 2,5 ETP budgétés) et la présence d'un psychiatre était assurée une demi-journée chaque jour. Aucun addictologue n'y intervenait, et le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie local détachait un demi-ETP d'éducateur. Les stratégies sanitaires existantes actuellement et ayant pour but de réduire les risques liés à l'usage de drogue ne sont évidemment pas répressives. Nous en avons étudiés deux d'entre elles.

#### Dépistage des infections chroniques contractées suite à l'usage de drogues (hépatites B et C et VIH)

En dépistant les personnes à risques, on porte à leur connaissance leurs statuts sérologiques et on peut leur proposer une prise en charge thérapeutique adaptée qui limite les risques sanitaires inhérents à l'évolution de la maladie. Ce dépistage limite le risque de transmission de l'infection. Le dépistage est un temps de parole et d'éducation pour la santé (counseling). Nous avons observé une méconnaissance du patient concernant son statut sérologique VIH et Hépatites B et C. À peine plus de la moitié des usagers de drogue en sniff ou en injection durant leur incarcération connaissait leur statut

sérologique concernant les hépatites B, C et le VIH. Seule la moitié de la population carcérale déclarait connaître son statut sérologique. Les résultats déclarés n'étaient pas en adéquation avec les chiffres issus des bilans biologiques de l'UCSA. En effet, sur l'année 2010, parmi les 450 tests réalisés à l'entrée de la personne en prison, on retrouvait sept personnes ayant un antigène HbS VHB positifs, deux personnes avaient des anticorps VIH positifs et 12 un anticorps anti VHC positif. Cependant, dans notre étude, ils étaient 15 à déclarer une séropositivité au VIH, 17 au VHB et 12 au VHC. Cette inadéquation peut signifier soit que le patient ne connaissait pas bien son statut sérologique, soit que l'UCSA n'avait pas dépisté ni pris en charge des personnes qui avaient une infection VIH ou Hépatite B ou C connue.

Actuellement, à l'UCSA du Centre Pénitentiaire de Liancourt, la copie des résultats de dépistage n'est remise au patient que sur demande, et seuls les patients ayant une sérologie positive ou pouvant être vaccinés contre l'hépatite B sont reconvoqués. La moitié de la population entrant au Centre Pénitentiaire de Liancourt en 2010 a réalisé les sérologies de dépistage proposées.

Dans l'étude PRI2DE [14] des tests VIH, VHB, et VHC étaient proposés systématiquement dans 90 % des établissements de détention, mais un rendu des résultats négatifs dépistés n'était réalisé que dans 65 % des établissements.

Le temps médical et paramédical disponible à l'UCSA limite les possibilités d'organisation de consultations de rendus systématiques. Un envoi direct des résultats au patient n'est pas envisageable car aucune confidentialité ne serait garantie dans ce mode de communication.

Ces résultats doivent nous amener à réorganiser notre dispositif. Le nouveau plan d'actions stratégique 2010–2014 concernant les personnes placées sous main de justice [7] nous y encourage. La mise en place des Test d'Orientation et de Dépistage Rapide (TROD) en milieu carcéral, en articulation avec le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010–2014 [6], constituerait un progrès en améliorant l'offre de soins et en assurant au patient un rendu immédiat de son résultat. Il permettrait aussi aux usagers de drogues intraveineux dont le réseau veineux limite les possibilités de prélèvement sanguin d'avoir un dépistage. Il justifie la rédaction d'un protocole, entre le Centre Hospitalier de référence et l'Agence Régionale de Santé conformément à l'Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des TROD de l'infection à VIH.

#### Accès aux traitements de substitution aux opiacés

Les traitements de substitution aux opiacés sont des outils de prévention des risques qui visent à limiter les risques infectieux et somatiques. Ils favorisent la réinsertion de la personne sous traitement qui sort du cycle de recherche compulsive du produit. Certains estiment qu'ils diminuent le risque de réincarcération [23]. Dans notre étude, 41 personnes déclaraient

recevoir un traitement de substitution aux opiacés. Sur les 21 personnes déclarant s'injecter des drogues avant incarcération, dix avaient d'un traitement de substitution délivré par l'UCSA au jour de l'étude. Cela signifie que dix personnes sont rentrées dans un parcours de soins en détention. L'UCSA assure ici son rôle en permettant et incitant un usager de drogue à entreprendre une démarche de soins.

Cependant, sur les cinq personnes déclarant poursuivre l'injection de drogues en prison, quatre avaient un traitement de substitution délivré par l'UCSA au jour de l'étude, donc d'une prise en charge médicale. Cette prise en charge médicale n'apparaît alors pas efficiente.

De plus 12 personnes sous traitement de substitution délivré par l'UCSA consommaient toujours de l'héroïne témoignant aussi d'une prise en charge partiellement efficiente et probablement d'un dosage inadapté du traitement de substitution ou un défaut de prise.

Là encore les temps sanitaires disponibles ne permettent pas la mise en place d'un cadre thérapeutique (suivi médical rapproché des personnes sous traitement de substitution, contrôle effectif de la prise). Alors que l'UCSA du Centre Pénitentiaire de Liancourt propose aux usagers de drogues opiacées les traitements buprénorphine ou méthadone en instauration, maintenance ou dans la perspective d'un sevrage, les capacités de mise en œuvre de l'offre de soin n'apparaissent pas adaptées aux besoins.

### **La mise à disposition de programmes d'échange de seringue et de kits à sniff**

La consommation de drogues en détention était importante, la pratique du sniff également. La pratique de l'injection de drogues en détention apparaît restreinte mais non nulle. La réutilisation ou l'échange du matériel semble être une pratique limitée. Quinze personnes avaient déjà échangé leur matériel de sniff et sept avaient déjà échangé leur matériel d'injection. Malheureusement nous n'avions pas interrogé spécifiquement cette pratique durant l'incarcération.

L'étude COQUELICOT [2] rapportait la pratique de l'injection de drogues en prison parmi 12 % des personnes interrogés. Notre étude a confirmé l'utilisation de seringues pour l'usage de drogues (et également leur échange) en milieu carcéral.

La mise en place de programmes d'échanges de seringue et la mise à disposition de kit à sniff sont donc des sujets pertinents en milieu carcéral. L'impact de tels programmes en milieu carcéral est bien documenté [24]. Ils ont montré la non compromission de la sécurité des employés, ni des détenus, l'absence d'augmentation de la consommation de drogue ou de son injection, la réduction des comportements à risque et de la transmission de maladies (comme les infections à VIH et à VHC). Nous souhaitons aussi connaître l'intérêt que portait la population carcérale par rapport à la mise à disposition de kits sniff et injection. Nous avons observé une discordance entre le nombre

de personnes ayant déclaré la consommation de drogues en sniff ou injection et le nombre de personnes déclarant être intéressées par les programmes d'échange de seringues et les kits à sniff.

Dans ces conditions soit les répondants n'ont pas déclaré les modalités de leur consommation en détention dans les premières questions (les résultats présentés précédemment seraient donc sous-estimés), soit les répondants ont considéré ces outils comme de réels facilitateurs de consommation qui modifierait leur mode de consommation actuel. Les répondants ont exprimé d'ailleurs cet avis à une très faible majorité (51,9 % des répondants à la question).

Parmi les personnes déclarant un usage de drogues en sniff uniquement avant incarcération, un peu plus d'un quart d'entre eux se disaient intéressés par les kits sniffs et que cela faciliteraient leur consommation.

Il existait au Centre Pénitentiaire de Liancourt une proportion de détenus, usagers de drogues, qui prenaient des risques connus associés à cette consommation et étaient demandeurs d'accès à des outils de réduction des risques. Leurs mises en place par l'UCSA apparaissent justifiées. L'incarcération ne doit pas limiter l'accès aux stratégies de soins appliquées en milieu libre. Cela engendrerait un défaut de moyen conduisant à une perte de chance pour la personne détenue. Les réticences des différents milieux (pénitentiaires, sanitaires, détenus) exigent la construction de projets pilotes rigoureux. Or il apparaît que l'UCSA du Centre Pénitentiaire de Liancourt ne propose pas une stratégie de traitement de substitution aux opiacés efficiente. La conduite du dépistage du VIH et des hépatites B et C est aussi à améliorer. Une réorganisation de la prise en charge n'aura d'intérêt que si des moyens humains sont engagés à la juste mesure de l'enjeu sanitaire ici démontré (43,6 % d'usagers de drogue en détention). L'offre sanitaire pourrait ensuite s'enrichir et se rapprocher de l'offre disponible en milieu extérieur. Elle devrait aussi pouvoir enfin proposer à la personne détenue souhaitant se sevrer de toute drogue d'accéder à des programmes spécifiques qui existent depuis plusieurs années dans plusieurs pays européens. Ces programmes se déroulant dans des unités spécifiques dites « sans drogue » ont des résultats intéressants à des coûts équivalents à un programme de substitution [25].

La prison concentre les usagers de drogues et constitue un lieu de consommation de drogues qui nous amène à remettre en cause l'utilisation exclusive d'un système répressif. L'apparente inefficacité de la stratégie sanitaire de réduction des risques en milieu carcéral justifie une réflexion pragmatique.

**Déclaration d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article

**Remerciements :** les auteurs remercient l'équipe de l'UCSA du Centre Pénitentiaire de Liancourt et le Dr Tiphaine Canarelli de l'Office Français des Drogues et Toxicomanie.



Complément électronique disponible sur le site Internet de *La Presse Médicale* (<http://www.em-consulte.com/revue/lpm>).

Questionnaire de l'étude

## Références

- [1] Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. DREES études et résultats n° 386, mars 2005. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>.
- [2] Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2006;33:244-7, [http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/beh\\_33\\_2006.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/beh_33_2006.pdf).
- [3] Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport annuel 2010 : état du phénomène de la drogue en Europe. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne; 2011. doi: 10.2810/34205 (p. 41-4) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>.
- [4] Bouscaillou J, Jauffret Roustide M, Chemlal K, Semaille C, Barbier C et al. Prévalence de l'infection par le VIH et par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les personnes détenues et état des lieux relatif à la mise en œuvre des traitements de substitution au sein des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) des établissements pénitentiaires en France métropolitaine (étude prevacar). *Bull Epidemiol Hebd* 2012 ([sous presse]).
- [5] Assemblée nationale. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Code de Santé Publique. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005615126&dateTexte=20110824>.
- [6] Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_lutte\\_contre\\_le\\_VIH-SIDA\\_et\\_les\\_IST\\_2010-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf).
- [7] Ministère de la Santé et des Sports, ministère de la justice et des Libertés. Plan d'Actions Stratégiques 2010-2014, politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, 12 novembre 2010. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_actions\\_strategiques\\_detenus.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf).
- [8] Conseil national du sida. Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires. 10 septembre 2009. [http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2009-09-10\\_nva\\_fr\\_prevention.pdf](http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2009-09-10_nva_fr_prevention.pdf).
- [9] R Development Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2009 ([ISBN 3-900051-07-0]) <http://www.R-project.org>.
- [10] Inserm. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations. Éditions Inserm 2010, <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/reduction-des-risques-chez-les-usagers-de-drogues-une-expertise-collective-de-l-inserm>.
- [11] Toufik A, Cadet-Tairou A, Janssen E, Gandilhon M. Profils et pratiques des usagers de drogues ENA-CAARUD – Résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des « usagers » des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques. Saint-Denis: OFDT; 2008, (48p).
- [12] Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP). 2010 <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2010.pdf> (consulté le 03/12/2011).
- [13] Mouquet MC, Dumont M, Bonnevie MC. La santé à l'entrée en prison: un cumul de facteurs de risque. *Etudes Results* 1999;4 ([DREES]).
- [14] Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J et al. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. *BMC Public Health* 2011;11:400. doi: 10.1186/1471-2458-11-400, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/400>.
- [15] Office Français de Drogues et des Toxicomanies. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Tendances no 76. Juin 2011. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxbr6.pdf>.
- [16] Direction de l'administration pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1<sup>er</sup> janvier 2011. [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/chiffres\\_clés\\_2011.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_clés_2011.pdf).
- [17] European Monitoring Center for Drugs and Drug Addictions. Statistical bulletin 2010: Figure DUP-1: prevalence of lifetime drug use among prisoners. 2010. [http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index\\_106541EN.html](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index_106541EN.html).
- [18] Todts S, Glibert P, Van Malderen S, Saliez V, Hogge M, Van Huyck C. Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires. 2008. Bruxelles: SPF Justice; 2009.
- [19] Stewart D. Drug use and perceived treatment need among newly sentenced prisoners in England and Wales. *Addiction* 2009;104(2):243-7.
- [20] Emmanuelli J, Lert F, Valenciano M. Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, OFDT. Etude 1999;18:1-61, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/pes.pdf>.
- [21] Groupe SRC. Rapport du groupe de travail « Légalisation contrôlée du cannabis ». Assemblée nationale XIII législature. 5 juillet 2011. [http://deputes.lesocialistes.fr/sites/default/files/RapportLegalisationCannabis%20\(1\).pdf](http://deputes.lesocialistes.fr/sites/default/files/RapportLegalisationCannabis%20(1).pdf).
- [22] Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis* 2009;9:57-66.
- [23] Office Français de Drogues et des Toxicomanies. Substitution et réincarcération – Éléments d'analyse d'une relation complexe. Tendances n° 57, décembre 2007. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxionc.pdf>.
- [24] Lines R, Jurgens R, Betteridge G, Stover H, Laticevski D, Nelles J. L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales. 2<sup>e</sup> ed. Réseau Juridique canadien VIH/Sida. 2006. ISBN 1-896735-52-5. <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1171>.
- [25] Martin C, Player E. Drug treatment in prison: evaluation of the rapt treatment programme. Waterside Press; 2000, (ISBN-13:978-1872870267).