

RAPPORT FINAL

REINCARCERATION ET MORTALITE CHEZ LES DETENUS DEPENDANTS AUX OPIACES : UNE ETUDE DE COHORTE PROSPECTIVE (2003-2006)

Version finale du 26 mars 2007

| | |
|--|--|
| Plan expérimental : | Etude épidémiologique, multicentrique, nationale, prospective et descriptive |
| Groupe de recherche : | <ul style="list-style-type: none">- Réseau d'Etudes sur les Conduites Addictives, Médicament et Société, RECAMS (Villepinte)- ClinSearch (Bagneux)- Groupement d'Intérêt Public « Mission de recherche Droit et Justice », GIP (Paris)- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, OFDT (Saint-Denis) |
| Date d'initiation de l'étude : | Juin 2003 (date de sélection du premier patient) |
| Date de fin d'étude : | Septembre 2006 (date de collecte des données de réincarcération et de mortalité du dernier patient) |
| Responsable scientifique et technique : | Dr. Michel ROTILY, Directeur de l'Evaluation Thérapeutique et Médicale, ClinSearch |
| Coordinateur : | Jean-Noël MARZO, Président du RECAMS |
| Statisticienne : | Adeline Grelot, ClinSearch |

1. TABLE DES MATIERES

| | | |
|-------|--|----|
| 1. | Table des matieres | 2 |
| 2. | Liste des abréviations et définitions des termes | 6 |
| 3. | Considérations éthiques..... | 7 |
| 3.1. | Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé..... | 7 |
| 3.2. | Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés | 7 |
| 3.3. | Conseil National de l'Ordre des Médecins..... | 7 |
| 3.4. | Information et consentement du patient | 8 |
| 4. | Structure administrative de l'étude et médecins-enquêteurs | 9 |
| 4.1. | Groupe de recherche..... | 9 |
| 4.2. | Comité de pilotage..... | 10 |
| 4.3. | Médecins enquêteurs | 10 |
| 4.4. | Société en charge du monitoring, de la gestion et de l'analyse des données..... | 10 |
| 5. | Contexte et problématique..... | 11 |
| 6. | Objectifs de l'étude | 17 |
| 7. | Populations et Méthodes | 17 |
| 7.1. | Schéma général et description de l'étude..... | 17 |
| 7.2. | Sélection et suivi des établissements..... | 18 |
| 7.2.1 | Sélection des centres enquêteurs | 18 |
| 7.2.2 | Suivi des centres enquêteurs..... | 19 |
| 7.3. | Sélection de la population à l'étude | 19 |
| 7.3.1 | Critères d'inclusion..... | 19 |
| 7.3.2 | Critères de non-inclusion..... | 19 |
| 7.4. | Calcul de la taille de l'échantillon..... | 20 |
| 7.5. | Recueil des données | 20 |
| 7.6. | Circuits des données..... | 21 |
| 7.7. | Assurance qualité | 23 |
| 7.8. | Méthodologie statistique | 24 |
| 7.8.1 | Présentation des résultats..... | 24 |
| 7.8.2 | Analyses multivariées..... | 24 |
| 7.8.3 | Traitement des données manquantes | 25 |
| 8. | Bilan de la phase opérationnelle..... | 26 |
| 8.1. | Bilan de la phase de sélection des maisons d'arrêt..... | 26 |
| 8.2. | Lieux de recherche | 26 |
| 8.2.1 | Capacité d'accueil des maisons d'arrêt de l'étude..... | 27 |
| 8.2.2 | Activité des maisons d'arrêt | 27 |
| 8.3. | Phase d'initiation des maisons d'arrêt..... | 28 |
| 8.4. | Période de recrutement..... | 28 |
| 8.5. | Bilan des inclusions..... | 29 |
| 9. | Résultats | 29 |
| 9.1. | Résultats de l'analyse des données d'inclusion..... | 29 |
| 9.1.1 | Statistiques descriptives | 29 |
| 9.1.2 | Comparaison des centres participants vs. non participants, actifs vs. non actifs..... | 29 |

| | | |
|---------|---|----|
| 9.1.3 | Facteurs associés à la substitution à l’incarcération | 29 |
| 9.1.4 | Conclusion..... | 29 |
| 9.2. | Phase 2 : la réincarcération..... | 29 |
| 9.2.1 | Analyses univariées..... | 29 |
| 9.2.2 | Analyses multivariées..... | 29 |
| 9.2.2.1 | Tous les patients exceptés ceux toujours incarcérés pour l’incarcération en cours à l’inclusion dans l’étude | 29 |
| 9.2.2.2 | Tous les patients exceptés ceux toujours incarcérés pour l’incarcération en cours à l’inclusion dans l’étude ainsi que les patients non retrouvés pour la mortalité | 29 |
| 9.3. | Phase 3 : la mortalité | 29 |
| 10. | conclusion..... | 29 |
| 11. | Références bibliographiques | 29 |
| 12. | Annexes..... | 29 |

Tables des Illustrations

| | | |
|------------|--|----|
| Carte 1 : | Répartition géographique des maisons d’arrêt initiées | 26 |
| Carte 2 : | Répartition géographique des maisons d’arrêt en fonction des inclusions réalisées | 28 |
| Carte 3 : | Répartition géographique des inclusions | 29 |
| Figure 1 : | Circuit des données | 22 |
| Figure 2 : | Capacité d’accueil des maisons d’arrêt initiées | 27 |
| Figure 3 : | Répartition régionale des inclusions | 29 |
| Table 1 : | Nature des données collectées et calendrier prévu..... | 21 |
| Table 2 : | Durée moyenne de participation et nombre d’inclusions réalisées par les maisons d’arrêt initiées | 29 |
| Table 3 : | Regroupement des maisons d’arrêt selon leur taux moyen d’inclusion par mois | 29 |
| Table 4 : | Statut Substitution avant et lors de l’incarcération..... | 29 |
| Table 5 : | Socio-démographie (N=500)..... | 29 |
| Table 6 : | Situation pénale (N=500) | 29 |
| Table 7 : | Santé (N=500)..... | 29 |
| Table 8 : | Consommation de substances psychotropes (N=500)..... | 29 |
| Table 9 : | Prescriptions – Fiche pharmacie (N=500)..... | 29 |
| Table 10 : | Capacité : Participants vs. non participants, actifs vs. non actifs Source DAP (N=132) | 29 |
| Table 11 : | Substitution : Actifs vs. non actifs (Source DGS 2004)(N=130) | 29 |
| Table 12 : | Facteurs associés à la substitution à l’incarcération (N=474) | 29 |
| Table 13 : | incarcération en fin de suivi (N=507) | 29 |

| | |
|---|----|
| Table 14 : incarcération en fin de suivi et substitution (N=500)..... | 29 |
| Table 15 : incarcération en fin de suivi et substitution en 3 groupes (N=500)..... | 29 |
| Table 16 : réincarcération à l'exclusion des patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion (N=478)..... | 29 |
| Table 17 : réincarcération à l'exclusion des patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion et donnée de mortalité (N=478) | 29 |
| Table 18 : réincarcération à l'exclusion des patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion et substitution (N=471) | 29 |
| Table 19 : réincarcération et statut de substitution en 4 classes (N=469) | 29 |
| Table 20 : réincarcération et statut de substitution en 3 classes (N=471) | 29 |
| Table 21 : réincarcération et substitution avant l'incarcération Oui vs. Non (N=476) | 29 |
| Table 22 : réincarcération et substitution avant et/ou après l'incarcération Oui vs. Non (N=473) | 29 |
| Table 23 : Sélection Forward ou Stepwise automatique (N=402)..... | 29 |
| Table 24 : Sélection Backward automatique (N=402) | 29 |
| Table 25 : Sélection Forward manuelle et statut de substitution substitués vs. non substitués à l'incarcération (N=458)..... | 29 |
| Table 26 : Sélection Backward manuelle et statut de substitution 3 groupes (substitués Subutex, substitués Méthadone, non substitués) à l'incarcération (N=458) | 29 |
| Table 27 : réincarcération, sans patients non retrouvés (N=410)..... | 29 |
| Table 28 : Taux de mortalité à 24 mois (N = 500)..... | 29 |
| Table 29 : Caractéristiques des patients décédés (N = 10)..... | 29 |
| Table 30 : Mortalité et caractéristiques à l'inclusion (N = 446)..... | 29 |

Tables des Annexes

| | |
|--|----|
| Annexe 1 : Avis rendus par le Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé..... | 29 |
| Annexe 2 : Autorisation délivrée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés..... | 29 |
| Annexe 3 : Note d'information au patient et consentement | 29 |
| Annexe 4 : Liste des personnes impliquées dans le groupe de recherche | 29 |
| Annexe 5 : Liste des maisons d'arrêt impliquées dans l'étude et coordonnées des médecins enquêteurs. | 29 |
| Annexe 6 : Questionnaire médical | 29 |
| Annexe 7 : Questionnaire pharmacie | 29 |
| Annexe 8 : Questionnaire de réincarcération | 29 |
| Annexe 9 : Questionnaire de mortalité..... | 29 |
| Annexe 10 : Analyses univariées sur les données de réincarcération (tous patients)..... | 29 |

| | |
|---|----|
| Annexe 11 : Analyses univariées sur les données de réincarcération (patients retrouvés pour la mortalité) | 29 |
| Annexe 12 : Analyses multivariées sur les données de réincarcération (tous patients) | 29 |
| Annexe 13 : Analyses multivariées sur les données de réincarcération (patients retrouvés pour la mortalité) | 29 |

2. LISTE DES ABREVIATIONS ET DEFINITIONS DES TERMES

| | | |
|--------|---|---|
| AREP | : | Attaché de Recherche en Epidémiologie |
| BHD | : | Buprénorphine Haut Dosage |
| CMU | : | Couverture Maladie Universelle |
| DREES | : | Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques |
| FND | : | Fichier National des Détenus |
| GIP | : | Groupement d'Intérêt Public « Mission de recherche Droit et Justice » |
| INSEE | : | Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques |
| INSERM | : | Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale |
| IRCAMS | : | Impact des traitements de substitution sur la réincarcération et la mortalité des détenus toxicomanes |
| OFDT | : | Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies |
| RECAMS | : | Réseau d'Etudes sur les Conduites Addictives, Médicament et Société |
| RNIPP | : | Registre National d'Identification des Personnes Physiques |
| RR | : | Risque Relatif |
| UCSA | : | Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires |
| VIH | : | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

3. CONSIDERATIONS ETHIQUES

3.1. Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé

Le protocole IRCAMS a fait l'objet d'une demande d'avis auprès du Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé et reçu un avis favorable le 3 septembre 2002 (numéro d'enregistrement : 02.233).

Il a par la suite été amendé deux fois.

L'amendement n°1 au protocole a reçu un avis favorable le 14 novembre 2002 et l'amendement n°2 a fait l'objet d'une note d'information au Comité Consultatif qui a maintenu son avis favorable le 23 décembre 2003.

L'Annexe 1 contient une copie des avis favorables émis par le Comité Consultatif.

3.2. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Le fichier informatique utilisé pour réaliser l'étude a fait l'objet, en date du 17 octobre 2002, d'une demande d'autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés conformément aux articles 40-1 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, amendements et décrets d'application. Une autorisation enregistrée sous le N° 902299 a été délivrée par la Commission le 30 décembre 2002.

L'amendement n°2 au protocole a fait l'objet d'une note d'information à la Commission en date du 18 décembre 2003.

L'Annexe 2 comprend une copie de l'autorisation rendue par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

3.3. Conseil National de l'Ordre des Médecins

Etant donné qu'aucune rémunération ne devait être attribuée aux médecins enquêteurs, la présente étude n'a pas fait l'objet d'une soumission auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

3.4. Information et consentement du patient

Avant toute procédure relative à l'étude et avant toute inclusion dans celle-ci, chaque patient devait recevoir une information adéquate verbale de la part du médecin enquêteur et une note d'information écrite concernant les objectifs et les modalités de cette étude.

Tous les patients devaient donner librement et par écrit leur consentement éclairé avant leur inclusion dans l'étude.

L'Annexe 3 contient une copie de la note d'information patient et du formulaire de consentement éclairé.

4. STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE L'ETUDE ET MEDECINS-ENQUETEURS

4.1. Groupe de recherche

Cette étude est réalisée par le groupe de recherche constitué des 4 partenaires suivants :

- Le Réseau d'Etudes sur les Conduites Addictives, Médicament et Société (RECAMS), représenté par Jean-Noël Marzo.
RECAMS : Maison d'Arrêt de la Seine-Saint-Denis
B.P. 7
93423 VILLEPINTE Cedex

- ClinSearch, société prestataire de service en recherche biomédicale, représenté par le Dr. Michel Rotily et Mme Catherine Bourbier.
ClinSearch : 1, rue de l'Egalité
92220 Bagneux

- L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), représenté par M. Jean-Michel Costes, Mme Hélène Martineau et Mme Ivana Obradovic.
OFDT : 3 avenue du stade de France
93200 Saint-Denis

- Le Groupement d'Intérêt Public - Recherche Droit et Justice (GIP), représenté par M. Yann Aguila et Mme Noëlle Rivero.
GIP : 30, rue du château des rentiers
75013 Paris.

Ce projet a été conçu par le responsable scientifique et technique, le Dr. Michel Rotily (ClinSearch) et le coordinateur du projet, M. Jean Noël Marzo (RECAMS). La méthodologie et l'ensemble des documents de l'étude ont été validés par le groupe de recherche.

L'Annexe 4 présente la liste des personnes impliquées dans le groupe de recherche.

4.2. Comité de pilotage

Afin d'assurer le suivi de l'étude, un Comité de Pilotage a été créé. Ce dernier est composé par les représentants du groupe de recherche ainsi que des autorités sanitaire et judiciaire suivants :

- Direction générale de la Santé : Mme Hélène Morfini, Mme Martine Clément,
- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins : M. Yves Feuillerat,
- Ministère de la Justice : Mme Béatrice Bossard, Mme Laurence Cirba, Mme Annie Kensey, Mme Nathalie Noël,
- OFDT, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, M. Jean-Michel Costes, Mme Hélène Martineau, Mme Ivana Obradovic,
- GIP, Groupement d'Intérêt Public - Recherche Droit et Justice, Mme Noëlle Rivero,
- RECAMS, M. Jean-Noël Marzo,
- ClinSearch, M. Michel Rotily, Mme Catherine Bourbier.

4.3. Médecins enquêteurs

Les médecins enquêteurs ayant participé à cette recherche étaient les médecins exerçant en milieu pénitentiaire (unité médicale des maisons d'arrêt) sur le territoire métropolitain français.

La liste complète des maisons d'arrêt impliquées dans l'étude ainsi que les coordonnées des médecins enquêteurs est jointe en Annexe 5.

4.4. Société en charge du monitoring, de la gestion et de l'analyse des données

La société ClinSearch est chargée d'assurer le monitoring de l'étude, la saisie, le data management et l'analyse statistique des données recueillies pendant l'étude.

L'ensemble des résultats obtenus sera validé par le groupe de recherche.

5. CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Usage de drogues, toxicomanie et incarcération

En dépit de l'évolution des politiques pénales et de lutte contre les drogues et la toxicomanie, les détenus usagers de drogues représentent aujourd'hui encore une proportion importante de la population incarcérée dans les maisons d'arrêt françaises. Au cours de l'année 2000, selon l'OFDT, plus de 100 000 interpellations pour usage ou usage-revente ont donné lieu à près de 30.000 condamnations pour infractions à la législation sur les stupéfiants; les deux tiers sanctionnaient aussi une infraction d'usage. L'OFDT dans son rapport du 17 janvier 2002 confirme l'existence d'une population d'usagers « à problèmes » évaluée entre 150 000 et 180 000 personnes en 1999 (1). Le rapprochement de ces données laisse supposer une relation associant toxicomanie aux opiacés et incarcération. La surreprésentation des usagers de drogues illicites en milieu carcéral (allant de 10 à 30 % selon les établissements) fait de la prison un lieu de « passage obligé » de la personne toxicomane (2). Si l'usage simple n'est, dans les faits, plus que rarement considéré comme un délit, l'analyse des relations au sein du triangle « toxicomanie, délinquance et emprisonnement » mérite d'être approfondie.

Les statistiques concernant l'usage de drogues chez les entrants en milieu carcéral ne sont pas couramment collectées dans l'ensemble des prisons européennes, y compris en France. Aussi, il est difficile de disposer d'un profil des établissements en fonction de la fréquence des usagers de drogues. Il faut savoir que les maisons d'arrêt sont des établissements pénitentiaires réservés aux prévenus (procès en cours d'instruction) ou aux condamnés à des peines inférieures à deux ans de privation de liberté. L'expérience de terrain montre que la très grande majorité des toxicomanes est susceptible d'effectuer leur temps de détention plutôt dans des maisons d'arrêt.

Les traitements de substitution en milieu libre

L'impulsion donnée en 1995 à une politique de santé publique plus responsable et plus pragmatique a permis de progresser dans le domaine de la réduction des risques. Elle a notamment permis en milieu libre un accès plus large et plus aisé des usagers de drogues, notamment les injecteurs, à des traitements ayant fait leur preuve dans les essais cliniques comme dans les études observationnelles. Deux médicaments anti-addictifs aux opiacés ont obtenu en 1995 leur autorisation de mise sur le marché, le chlorhydrate de méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD), avec comme indication, le traitement des pharmacodépendances majeures, dans le cadre d'une prise en charge globale, à la fois médicale, sociale et psychologique. L'activité pharmacologique de la méthadone ou de la BHD, quand la posologie est bien ajustée, supprime chez les patients, les douleurs vives ressenties lors des périodes de manque, douleurs qui poussent à agir dans l'urgence, à passer à l'acte,

et éventuellement transgresser la Loi. Des retombées positives sont clairement apparues à l'arrivée de ces traitements (3).

En milieu libre, les rapports bénéfice-risque des traitements de substitution à la méthadone et la buprénorphine se sont révélés très largement positifs (4). En plus de l'adhésion au processus thérapeutique permettant d'envisager à terme un arrêt complet et définitif de la consommation d'opiacés, les objectifs des traitements de substitution sont à plus court terme une réduction des symptômes de manque et la réduction de la morbidité, en particulier celle liée aux risques infectieux (5) et aux overdoses (6). La prise en charge des usagers de drogues permet non seulement de rapprocher l'usager du système de soins et donc d'améliorer son état de santé, mais comporte également une forte dimension sociale (7). Certains travaux menés en France tendent à montrer qu'elle pourrait être importante, en permettant notamment une meilleure insertion sociale (8-11). L'évaluation de l'impact des traitements de substitution reste cependant difficile et l'évaluation des médicaments anti-addictifs aux opiacés mérite d'être réalisée à partir de plusieurs portes d'entrée, dont celle du milieu carcéral.

Les traitements de substitution en milieu carcéral

La faible disponibilité des traitements de substitution en milieu carcéral a été mise en évidence dans de nombreux pays (12). L'évaluation de l'impact des traitements de substitution en milieu carcéral a de son côté peu fait l'objet d'études. L'équipe de K. Dolan a souligné la faiblesse des traitements en milieu carcéral dans l'ensemble des pays étudiés (13) et également montré que la mise à disposition d'un traitement de substitution durant l'incarcération pouvait contribuer à la réduction des risques pendant l'incarcération (14). L'impact des traitements de substitution pendant la détention reste cependant très peu évalué ou étudié.

En France, l'autorisation de la poursuite des traitements par méthadone et BHD (circulaire DGS du 3 avril 1996), puis la possibilité d'initialiser un traitement par BHD, et enfin la circulaire du 5 décembre 1996 (15), proposant les mêmes règles pour les traitements de substitution en milieu carcéral et en milieu libre ont significativement modifié l'environnement du détenu usager de drogues (3). C'est grâce à ces dispositions que les politiques de substitution sont réellement entrées dans la réalité carcérale au cours des années 1996-1997. Plus récemment, la circulaire du 30 janvier 2002 permettait aux médecins des UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) et aux équipes de psychiatrie de pouvoir initialiser le traitement par méthadone.

Alors que le détenu usager de drogues est généralement en détention un fort consommateur de médicaments à visée psychotrope, phénomène encore observé lors des débuts des traitements de substitution en 1996-1997, la tendance aujourd'hui semble être à une diminution de ces traitements associés. La relation médecin-détenu, qui s'apparentait à un marchandage, souvent ardu, pour résister à une demande forte de produits, tend à s'apaiser et à faire place à une relation thérapeutique plus

sereine. C'est peut-être là qu'il faut voir l'un des apports les plus facilement appréciables des médicaments de substitution en détention (16).

La diversité des positions personnelles des soignants semble prévaloir sur les recommandations de la plupart des experts et des directives administratives qui en découlent. Il faut cependant reconnaître qu'il n'existe pas de véritable consensus, ni d'évaluations précises pour désigner les modalités les plus efficaces de prise en charge des usagers de drogues en milieu carcéral. Toutes les attitudes se rencontrent encore, allant du sevrage systématique et accompagné par des prescriptions pas toujours adaptées dans certains établissements, à l'offre de traitements de substitution presque institutionnalisée, en passant par les seuls relais de traitements prescrits à l'extérieur, ou encore la signature de « contrats » entre l'usager de drogue incarcéré et l'équipe soignante. La diversité de ces offres de soins dépend donc plus des équipes soignantes que du profil de la population toxicomane considérée ou des recommandations d'experts. Ainsi, dans la pratique, il semble qu'un héroïnomanie sur trois ait accès aux traitements de substitution en milieu libre, et qu'un sur sept y aurait accès en milieu carcéral (4). La dernière enquête conduite par la DGS et la DHOS en décembre 2001 a montré que 5,4% des détenus bénéficiaient à un jour donné d'un traitement de substitution, dont 86% avec de la BHD; 15 % des traitements de substitution suivis en milieu carcéral avaient été initiés pendant la détention (17). La proportion de patients bénéficiant d'un traitement de substitution variaient entre 0 et 17,5% selon les établissements pénitentiaires, 10 établissements réalisant 40 % des prescriptions de médicaments anti-addictifs. Les interruptions de traitements au moment de l'incarcération sont en nette diminution (5,5 % en 2001 versus 19 % en 1999). Les pratiques de substitution en milieu carcéral semblent donc s'être améliorées, même si une hétérogénéité des pratiques persiste. Cette enquête n'estime cependant pas le nombre de détenus dépendants aux opiacés et ne fournit donc pas le niveau d'adéquation des traitements de substitution par rapport aux besoins potentiels.

Ce contexte difficile s'explique non par le désintérêt pour le sujet - tous les débats autour de la substitution le prouvent, mais par le manque d'évaluations existantes concernant les traitements de substitution en milieu carcéral, contrairement à d'autres pays (18-19). Les publications dans les revues spécialisées traitent plus d'expériences, de témoignages que de résultats d'évaluations qui permettraient de faire la part du vrai et du faux parmi les avantages et les inconvénients de la substitution en détention, des avantages et des inconvénients d'une politique de sevrage systématique.

Il est essentiel aujourd'hui d'estimer la proportion d'usagers de drogues dépendants aux opiacés qui bénéficient d'une prescription initiale ou d'entretien d'un traitement de substitution, et d'analyser les facteurs contribuant à expliquer cette prescription.

La réincarcération, un marqueur de désinsertion sociale

Les relations entre la réincarcération et la santé ou la prise en charge sanitaire ont très peu été étudiées (20-24). Ceci est en partie dû, en France comme dans la plupart des autres pays occidentaux, à

l'inexistence de liens entre les dispositifs d'information existants (25). En France, en particulier, il n'existe pas de statistiques nationales fiables sur la réincarcération de détenus usagers de drogues.

Les études en milieu libre ont montré que les patients bénéficiant d'un traitement de substitution réduisent les actes en relation avec l'emprisonnement. Les travaux précurseurs de Dole avaient montré l'impact positif d'un traitement de substitution sur les rapports avec le monde judiciaire et pénal (2627). Plus récemment, Keen et coll. ont montré qu'un traitement de substitution pouvait réduire de plus de 80 % le temps passé en détention et de près de 40 % le nombre de condamnations (28). Les études menées en France sur l'impact potentiel des traitements de substitution sont extrêmement rares, pour ne pas dire quasi-inexistantes. Rotily et coll., dans une étude épidémiologique rétrospective effectuée entre 1995 et 1997, a montré que les antécédents d'incarcération sont moins fréquents chez les toxicomanes incarcérés ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés (24).

Aux Etats-Unis, un programme d'éducation destiné aux femmes détenues à haut risque de réincarcération et d'infection à VIH, reposant sur une relation renforcée avec les médecins et l'équipe de travailleurs sociaux, relation qui se poursuivait à l'extérieur de la prison, a montré que le groupe « intervention » avait un taux de récidive à 3 et 12 mois inférieur au groupe « contrôle » (22).

L'impact des traitements de substitution au cours de la détention sur la notion de réincarcération est donc un champ de recherche pratiquement vierge. Il est donc urgent de montrer quel peut-être leur impact sur la réincarcération des détenus.

La mortalité des détenus et des usagers de drogues

La mortalité des détenus pendant ou après leur incarcération est un phénomène encore peu étudié, alors qu'il mériterait fortement de l'être (29-31). En Allemagne, les causes de décès ont fait l'objet d'une étude qui a montré l'importance des suicides par pendaison ou intoxication (32). En France, l'équipe de Bourgoin a étudié la place du suicide dans la population carcérale et ses déterminants (33). Elle a pu montrer que le taux de suicide avait fortement augmenté au cours des dernières années, que le sexe et la nature du délit n'étaient apparemment pas associés au suicide. En revanche, les facteurs majeurs semblaient liés à l'intégration sociale et familiale (34). Or il a été montré que les traitements de substitution jouaient un rôle important sur ces facteurs. On est donc en droit de s'attendre à un impact positif des traitements de substitution sur le suicide en prison.

Une récente étude réalisée dans le cadre d'une évaluation des dispositifs de préparation à la sortie a montré que la mortalité des détenus après leur libération était significativement plus élevée pour l'ensemble des causes de décès par rapport à la population française (35). En particulier les décès par overdose et les morts violentes étaient particulièrement élevés dans l'année qui suivait la libération. Les décès par overdose dans la période suivant la libération ont également été soulignés par plusieurs auteurs britanniques (3637).

Il est donc essentiel de s'intéresser à la mortalité des détenus ainsi qu'à ses causes et d'évaluer le rôle des traitements de substitution sur ce marqueur essentiel.

Les enseignements d'une pré-étude rétrospective

Une première étude a été réalisée par le RECAMS afin de vérifier s'il existait une corrélation entre le nombre de réincarcérations et le type de traitement proposé en prison, en recourant aux méthodes de la pharmaco-épidémiologie. Cette étude tentait de mettre en évidence un lien statistique en choisissant de séparer au sein d'une population de toxicomanes aux opiacés actifs au moment de leur incarcération en maison d'arrêt, deux sous-populations :

- l'une constituée de personnes à qui ont été prescrits de la méthadone ou de la BHD,
- l'autre sans traitement de substitution.

Les taux de réincarcération ont été comparés de ce seul point de vue sur une période de trois années et demie. Cette étude multi-sites, fondée sur l'examen de dossiers des patients incarcérés en 1997, avec le recueil du maximum des informations communes à tous les dossiers médicaux, a permis de montrer qu'il existait une corrélation entre incarcération, retour en prison et traitement de substitution en cours d'incarcération. Ce travail de défrichage s'est appuyé sur les seuls critères substitution versus non substitution, avec l'alternative réincarcération versus non réincarcération durant la période déterminée. La réincarcération a été jugée pertinente comme indicateur de désinsertion sociale, facile d'utilisation. Cette première étude a permis d'envisager une recherche prospective qui seule peut permettre une meilleure compréhension des liens associant prison et toxicomanie.

Sur l'ensemble des 9 maisons d'arrêt ayant participé à cette étude préliminaire, 3606 dossiers ont été exploités. 420 dossiers de toxicomanes actifs aux opiacés ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen, calculé à partir de l'année de naissance ou de l'âge indiqué sur le dossier, était de 29,2 ans, relativement proche des 30,5 ans de la moyenne nationale dans l'ensemble des maisons d'arrêt.

Les réincarcérations observées par types de traitements proposés au moment de l'incarcération durant la période considérée apparaissent clairement. En regroupant les deux produits de substitution, soit 89 personnes concernées, nous comptons, après 3,5 années, 17 réincarcérations (19%) ($p < 0,01$) et 72 non-réincarcérations (81%) ($p < 0,01$). En procédant de la même façon pour les personnes concernées par le sevrage, toutes modalités confondues, soit 331 personnes, il a été recensé 129 réincarcérations (39%) ($p < 0,01$) et 202 non-réincarcérations (61%) ($p < 0,01$).

Il existe une relation de fait entre la prise d'un traitement de substitution aux opiacés durant une période d'incarcération et la réduction du nombre des réincarcérations ultérieures dans les trois années et demie qui ont suivi la première incarcération.

Cette étude est bien sûr puissante puisqu'elle s'est appuyée sur près de 20% des dossiers médicaux de la période considérée. Les plus grandes maisons d'arrêt, celles des métropoles de Paris, Lille et Marseille ont participé à ce travail. Les tests statistiques du Chi-2 sont hautement significatifs pour toutes les comparaisons de résultats, laissant une marge de sécurité rarement atteinte pour des mises en rapport de données s'approchant de celles étudiées en sciences sociales. Les résultats sont en totale cohérence avec ceux publiés par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et

des Statistiques) concernant la même période. L'âge des patients conforte la représentativité des maisons d'arrêt choisies pour ce travail.

Toutefois plusieurs biais doivent être évoqués dans cette pré-étude. Le choix de ne compter les réincarcérations que dans une même maison d'arrêt (le détenu sort de prison et est éventuellement réincarcéré dans une autre maison d'arrêt) sous-évalue le nombre réel des réincarcérations. Le RECAMS n'a pas eu d'autre choix que de faire l'hypothèse (probable) que le pourcentage de personnes réincarcérées ailleurs (dans une autre maison d'arrêt) est le même dans la sous population substituée que dans la sous population non substituée. Seul un accès à un fichier central aurait permis un contrôle, mais il n'y a pas de raison objective pour que ce facteur géographique lié au lieu du délit aille plus dans un sens que dans un autre.

Un autre biais plus gênant est celui que l'on pourrait qualifier de judiciaire. Il est en effet possible que l'attitude d'un juge ne soit pas identique face à une personne toxicomane, en position de récidive, avec ou sans prise en charge pour sa dépendance aux opiacés. Pour ne pas perturber, pour éviter d'interrompre éventuellement, surtout à l'époque, un traitement en cours, le sursis, la mise à l'épreuve, un travail d'intérêt général peut être préféré par le juge à une nouvelle incarcération, d'autant plus que la précédente s'est révélée inappropriée, a abouti à un échec.

Enfin concernant directement les réincarcérations, de nombreuses personnes sont réincarcérées en l'absence de nouveaux délits mais tout simplement parce qu'elles sont rattrapées par des affaires antérieures à la période de la première incarcération. Il n'y a cependant pas de raisons pour que les proportions de ces réincarcérations soient différentes dans la sous-population substituée que dans la sous-population non-substituée.

Un autre biais potentiel de la pré-étude, probablement le plus important, est celui lié aux pratiques médicales de l'époque. En effet, celle-ci s'est déroulée en 1997, c'est à dire à une période durant laquelle la prescription des traitements de substitution en milieu carcéral n'en était qu'à ses débuts. Pour de nombreux médecins comme pour une grande partie du personnel infirmier intervenant en prison, ce type de traitement était mal compris. La prescription de médicaments en détention résultait souvent d'un fastidieux marchandage (7). De nombreux surveillants voyaient avec méfiance des produits qui risquaient d'entraîner une augmentation du trafic de médicaments en détention. Les prescripteurs auraient-ils, consciemment ou non, en tout cas au début, choisi les personnes toxicomanes les plus observantes aux traitements pour leurs premières prescriptions de BHD. Cette hypothèse est d'autant moins à rejeter que le nombre de traitements de substitution prescrits au cours de cette période a été relativement faible au regard des prescriptions actuelles dans ces mêmes établissements (89 personnes avec médicaments de substitution pour 420 détenus toxicomanes aux opiacés-héroïnomanes injecteurs, soit 21 %).

Du fait des biais potentiels évoqués au décours de la pré-étude, il est donc apparu important de réaliser une étude prospective soucieuse de les éviter.

6. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude est de valider l'hypothèse selon laquelle la prise d'un traitement de substitution au cours de la détention permet de réduire significativement le taux de réincarcération évalué sur une période de 24 mois.

Les objectifs secondaires de l'étude sont d' :

- analyser les facteurs associés à la poursuite de la substitution pendant l'incarcération.
- étudier la mortalité sur une période de 24 mois chez les usagers d'opiacés selon l'existence ou non d'un traitement de substitution au cours de la détention.

7. POPULATIONS ET METHODES

7.1. Schéma général et description de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, multicentrique, nationale, prospective et descriptive. Cette étude est conduite auprès de patients entrant de l'état de liberté et dépendants aux opiacés. Les patients pouvaient recevoir ou non un traitement de substitution mais tous devaient être dépendants aux opiacés à leur incarcération. Afin d'atteindre les objectifs de cette recherche, il était nécessaire d'inclure 500 détenus auprès de 50 maisons d'arrêt.

L'étude comporte 3 phases distinctes :

- Phase 1 : cette phase correspondait à l'inclusion des patients dans l'étude. Elle avait lieu au cours de la première semaine d'incarcération du détenu. Si le patient répondait aux critères d'inclusion, le médecin-enquêteur complétait en sa présence 4 questionnaires :
 - Le questionnaire médical : ce questionnaire permettait de disposer d'information sur la dépendance aux opiacés, l'état de santé et les caractéristiques socio-démographiques des patients,
 - Le questionnaire pharmacie : ce questionnaire devaient renseigner les traitements prescrits au patient lors de son entrée en maison d'arrêt, notamment les traitements liés à la dépendance et les psychotropes,
 - Le questionnaire de réincarcération,
 - Le questionnaire de mortalité.

Pour ces 2 derniers questionnaires, le médecin-enquêteur devait reporter uniquement l'identité complète du patient.

Un exemplaire de chaque questionnaire est joint en annexes (Annexe 6 à Annexe 9).

- Phase 2 : cette phase correspond au recueil des données de réincarcération. Celles-ci ont été obtenues à partir du Fichier National des Détenus (FND) de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (Ministère de la Justice).
- Phase 3 : cette phase correspond au recueil des données de mortalité. Les dates et causes de décès ont été obtenues à partir des données de l'INSEE-INSERM et, quand cela sera possible, par l'interrogation des instituts médico-légaux (les ces de décès doivent être recueillies prochainement).

7.2. Sélection et suivi des établissements

7.2.1 Sélection des centres enquêteurs

Il était initialement prévu de sélectionner 50 maisons d'arrêt réparties sur l'ensemble de la France métropolitaine. Chacune devait inclure 10 patients minimum.

Pour des raisons opérationnelles (disponibilité des médecins-enquêteurs et nombre d'entrants dépendant aux opiacés vus en consultation), et en accord avec l'équipe enquêtrice, le nombre de patients à inclure par centre a été révisé. Finalement, les centres acceptant de participer et s'engageant à inclure 5 patients minimum ont été sélectionnés.

De plus, les médecins ont été sélectionnés sans distinction de pratique vis-à-vis de la substitution.

La sélection des maisons d'arrêt a été réalisée sur appel téléphonique par des Attachés de Recherche en Epidémiologie (AREP). Après accord des maisons d'arrêt pour participer à l'étude, un rendez-vous a été planifié avec l'AREP afin de remettre aux médecins enquêteurs les documents de l'étude, de lui présenter le protocole ainsi que les procédures spécifiques au projet. Suite à cet entretien, la maison d'arrêt ainsi initiée pouvait alors commencer l'étude et inclure des patients.

7.2.2 Suivi des centres enquêteurs

Tout au long de l'étude, les centres ont été régulièrement contactés par les AREP afin :

- de répondre aux questions des médecins enquêteurs,
- d'apporter des solutions aux problèmes rencontrés,
- de relancer les centres avec un taux de recrutement faible,
- de s'assurer que les différents questionnaires étaient correctement complétés et envoyés.

Une lettre d'information a été mensuellement adressée à tous les médecins enquêteurs afin de leur présenter l'état d'avancement du projet mais également de leur apporter des compléments d'informations sur le protocole.

7.3. Sélection de la population à l'étude

Les patients devaient être inclus par ordre d'arrivée, sans sélection particulière, à l'exception des critères d'inclusion et d'exclusion. Les usagers d'opiacés remplissant les critères d'inclusion définis devaient être interrogés par le médecin enquêteur à leur entrée en milieu carcéral, au cours de la première semaine d'incarcération.

7.3.1 Critères d'inclusion

Les patients pouvaient être inclus dans l'étude s'ils remplissaient tous les critères suivants:

- Première semaine d'incarcération du détenu,
- Prévenus ou condamnés,
- Dépendant aux opiacés, quelque soit le mode de prise des opiacés,
- Bénéficiant ou non d'un traitement de substitution, prescrit avant ou pendant la présente incarcération,
- Volontaires pour participer à l'étude après une information complète et loyale.

7.3.2 Critères de non-inclusion

Les patients présentant un des critères suivants ne pouvaient pas être inclus dans l'étude :

- Détenus mineurs,
- Détenus transférés depuis un autre établissement,
- Détenus refusant de participer à l'étude et de signer la lettre de consentement éclairé.

7.4. Calcul de la taille de l'échantillon

Deux hypothèses ont été convenues pour estimer le nombre de patients nécessaire pour atteindre l'objectif principal de l'étude, à partir des données de l'étude rétrospective réalisée par le RECAMS.

Hypothèse n°1: Ré-incarcération : 20% dans le groupe des substitués / 30 % dans le groupe des non substitués : Risque relatif (RR) = 1,50

Hypothèse n°2 : Ré-incarcération : 20% dans le groupe des substitués / 35 % dans le groupe des non substitués : RR= 1,75

Avec un risque de première espèce de 5%, et une puissance de 80 %, il faut :

Hypothèse n°1 : 2 groupes de 313 patients, soit 700 patients au total, en supposant que 10 % seront des perdus de vue.

Hypothèse n°2 : 2 groupes de 151 patients, soit 350 patients au total, en supposant que 10% seront des perdus de vue.

Par ailleurs, dans l'état des pratiques au moment de la recherche, la proportion de substitués devait être moindre que celle des non-substitués. Un rapport de 1 substitué pour 2 à 3 non substitués était probable. D'après l'hypothèse n°2 et pour parvenir à la même puissance statistique, avec le même risque de première espèce, il était nécessaire d'inclure :

Ratio 1:2 : Groupe de substitués: 115 patients / Groupe de non substitués 230 patients, soit 345 patients + 10 % de perdus de vue, 380 patients.

Ratio 1:3 : Groupe de substitués: 115 patients / Groupe de non substitués 345 patients, soit 460 patients + 10 % de perdus de vue, 500 patients.

Au total, l'hypothèse d'un échantillon de 500 détenus usagers d'opiacés doit permettre de répondre à l'objectif principal de cette recherche.

7.5. Recueil des données

La Table 1 présente la nature des données collectées et le calendrier pour ce recueil.

Table 1 : Nature des données collectées et calendrier prévu

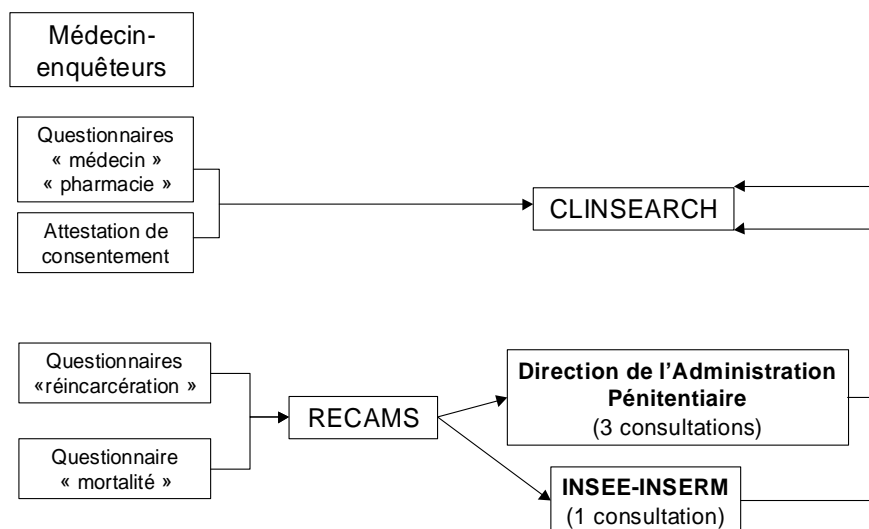
| Nature des données collectées | Inclusion | Suivi (M24) |
|--|---|--|
| <u>Recueil du consentement éclairé</u> | X (recueilli par les médecins-enquêteurs de Juin 2003 à Septembre 2004) | |
| <u>Questionnaire Médecin et Pharmacie</u> - Statut de substitution - Données socio-démographiques - Situation pénale - Données de santé - Consommation de substances psychotropes - Prescription à l’incarcération | X (recueillies par les médecins-enquêteurs de Juin 2003 à Septembre 2004) | |
| <u>Questionnaire de réincarcération</u> - Date de libération pour la présente incarcération (si applicable) - Date de réincarcération et de libération (si applicable) - Statut pénal | | X (recueillies auprès de la Direction de l’Administration Pénitentiaire en Octobre 2004, Septembre 2005 et Octobre 2006) |
| <u>Questionnaire de mortalité</u> - Présence du patient dans le RNIPP* - Date et cause de décès (si applicable) | | X (recueillies auprès de l’INSEE-INSERM en Novembre 2006) |

* Registre National d’Identification des Personnes Physiques

7.6. Circuits des données

Les données pour un même patient proviennent de trois sources différentes : le médecin-enquêteur, le Ministère de la Justice et l’INSEE et l’INSERM. La figure suivante présente le circuit des différentes données collectées.

Figure 1 : Circuit des données



Lors de l'inclusion d'un patient, le médecin enquêteur devait remplir le questionnaire médecin et pharmacie et renseigner l'identité du patient sur les questionnaires de réincarcération et de mortalité.

Le questionnaire médecin et pharmacie devaient être envoyés à la société ClinSearch qui était en charge de la saisie des données. Il était également demandé au médecin enquêteur de joindre aux questionnaires une attestation d'obtention de consentement du patient autorisant ainsi la saisie et l'analyse des données le concernant.

Le suivi consistait à recueillir pour chaque patient inclus les données de réincarcération et de mortalité au cours des 24 mois suivants son inclusion.

Les données relatives à la réincarcération d'un patient ont été recueillies auprès du Ministère de la Justice à partir du FND qui centralise toutes les informations provenant des établissements pénitentiaires. Le FND contient un historique sur 15 mois pour chaque détenu. Afin d'obtenir un suivi de 24 mois pour chaque patient inclus dans l'étude, il a été nécessaire de réaliser 3 consultations de ce fichier.

Les questionnaires de réincarcération et de mortalité ont été adressés au RECAMS sous enveloppes fermées. Les enveloppes contenant les questionnaires de mortalité ont été envoyées au Ministère de la Justice aux dates prévues d'interrogations de leurs fichiers. Une fois les consultations réalisées, les parties non nominatives des questionnaires de réincarcération ont été retournées à la société ClinSearch pour saisie. Les parties nominatives ont été détruites par le Ministère de la Justice.

Les données concernant la mortalité des patients inclus ont été recueillies à partir du registre des personnes vivantes organisé par l'INSEE-INSERM et, dans la mesure du possible, auprès des instituts médico-légaux.

Concernant les questionnaires de mortalité, il faut tout d'abord mentionner une modification apportée par l'INSEE-INSERM à leur procédure d'interrogation du RNIPP et du SC8-INSERM. De ce fait, la procédure d'obtention des données de mortalité décrite dans le protocole « IRCAMS, version finale du 10 juin 2003, modifiée par deux amendements le 16/10/03 et le 15/12/03 » a été légèrement modifiée. En effet, l'INSEE-INSERM n'acceptant plus de formulaire de demande sur support papier, le médecin responsable du RECAMS a eu la charge de saisir les données nominatives présentes sur les questionnaires de mortalité dans un fichier électronique et de le transmettre à l'INSEE-INSERM sur support magnétique. La CNIL a été informée de cette modification.

Après consultation du RNIPP et du SC8-INSERM, l'INSEE-INSERM a retourné au médecin responsable du RECAMS le fichier anonymisé. Le médecin responsable du RECAMS a ensuite transmis ce fichier à la société ClinSearch pour saisie.

Chaque questionnaire était identifié par un code-barres permettant ainsi de relier tous les questionnaires d'un même patient.

Les causes principales de décès ont été transmises mi-janvier.

7.7. Assurance qualité

Cette étude a été réalisée conformément aux Bonnes Pratiques Epidémiologiques et au Code de la Santé Publique.

Les AREP devaient s'assurer lors de la réception des questionnaires médecins et pharmacie de la présence d'une attestation de consentement dûment complétée par le médecin enquêteur.

Toutes les données recueillies dans les différents questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie sur une base de données Microsoft Access®. Afin de garantir la qualité des données, la double saisie a été réalisée par deux opérateurs différents selon les procédures opératoires standard de la société ClinSearch.

7.8. Méthodologie statistique

L'analyse statistique a été réalisée sous SAS Version 8.02 puis 9.1 (SAS Institute, Cary, North Carolina).

7.8.1 Présentation des résultats

Pour la phase I (inclusion), les données quantitatives sont présentées de la façon suivante : Moyenne (Ecart-type) [Min-Médiane-Max] (Effectif de répondants). Pour les phases II et III (réincarcération et mortalité), les données quantitatives présentées sont : l'effectif de répondants, la moyenne, l'écart-type, la médiane, le minimum et le maximum.

Les données qualitatives sont présentées de la façon suivante : Effectif (pourcentage) de chaque modalité de la variable. Les pourcentages de chaque modalité sont calculés à partir des données renseignées : le dénominateur ne comprend pas les données manquantes (Modalité *Données manquantes*).

Les tests habituels de comparaison de populations ont été utilisés : Test du Chi² ou Fisher exact pour les variables qualitatives, Test de Fisher pour les variables quantitatives (ANOVA). Le seuil de significativité est fixé à 5%. Lorsque la valeur p du test est inférieure à 0,0001, le résultat '0,000' est noté dans les tables récapitulatives.

7.8.2 Analyses multivariées

Les facteurs associés à la poursuite de la substitution pendant l'incarcération ont été déterminés par régressions logistiques multivariées. Les variables ont été sélectionnées pour le modèle final par des méthodes pas à pas ascendantes et descendantes.

Pour étudier le lien entre le statut de substitution et la réincarcération, des modèles multivariés des risques proportionnels (modèle de Cox) ont été mis en œuvre. Les variables dépendantes étaient le statut de substitution et les facteurs associés à la poursuite de la substitution pendant l'incarcération (déterminés à l'inclusion). Plusieurs codages du statut de substitution en classes ont été étudiés.

Pour chacune des variables retenues, l'hypothèse des risques proportionnels a été vérifiée graphiquement ; dans un second temps le modèle de Cox a été stratifié sur les variables pour lesquelles l'hypothèse des risques proportionnels n'était pas vérifiée. Des méthodes de sélection pas-à-pas (procédures de sélection « Forward », « Backward » et « Stepwise » automatiques, procédures « Forward » et « Backward » manuelles) ont permis de sélectionner les variables du modèle final. Les procédures automatiques proposées par le logiciel SAS éliminent de la totalité de l'analyse les

observations pour lesquelles il existe des données manquantes à une ou plusieurs de l'ensemble des variables dépendantes étudiées pour l'analyse multivariée. Les procédures de sélection manuelles permettent de prendre en compte un plus grand nombre d'observations, puisque à chaque étape ne sont éliminées que les observations pour lesquelles il existe des données manquantes à une ou plusieurs des variables pour l'analyse en cours.

Il était initialement prévu de modéliser le lien entre le statut de substitution et la mortalité à 24 mois par des régressions de Poisson. En raison du faible nombre de décès, les analyses se sont limitées à des statistiques univariées classiques.

7.8.3 Traitement des données manquantes

Pour la conduite des analyses multivariées, il était indispensable de se pencher sur le problème des données manquantes afin d'éviter la perte d'un nombre trop élevé d'observations. Si le nombre de données manquantes est important (variables qualitatives), alors la classe « NR (non renseigné) » est conservée dans l'analyse.

8. BILAN DE LA PHASE OPERATIONNELLE

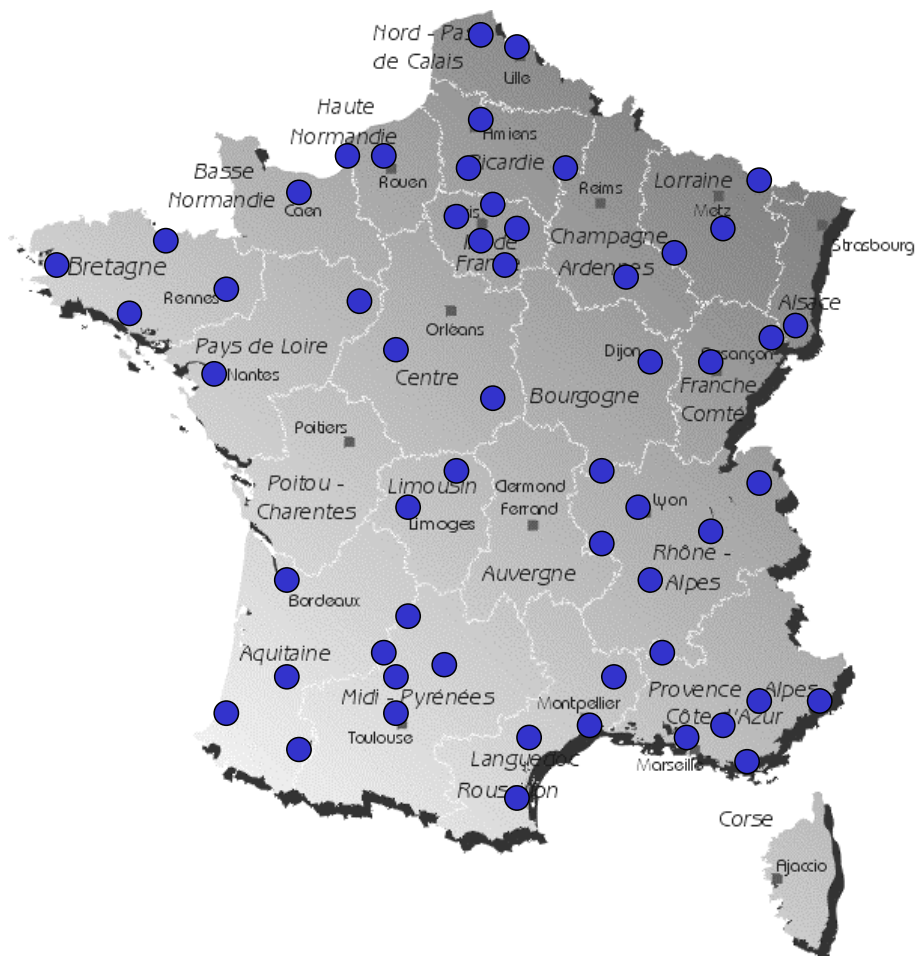
8.1. Bilan de la phase de sélection des maisons d'arrêt

Au total, 113 maisons d'arrêt parmi les 117 existant en France ont été contactées pour participer à l'étude. Cinquante six maisons d'arrêt n'ont pas été sélectionnées pour les raisons suivantes : 38 ont refusé, 2 n'avaient pas le potentiel de recrutement requis (5 patients minimum), 2 n'avaient pas d'équipe médicale disponible pendant la durée de l'étude et enfin, 14 pour lesquelles il n'a pas été possible de joindre le chef de service afin d'obtenir son autorisation.

8.2. Lieux de recherche

La Carte 1 présente la répartition géographique des maisons d'arrêt initiées dans le cadre de l'étude.

Carte 1 : Répartition géographique des maisons d'arrêt initiées

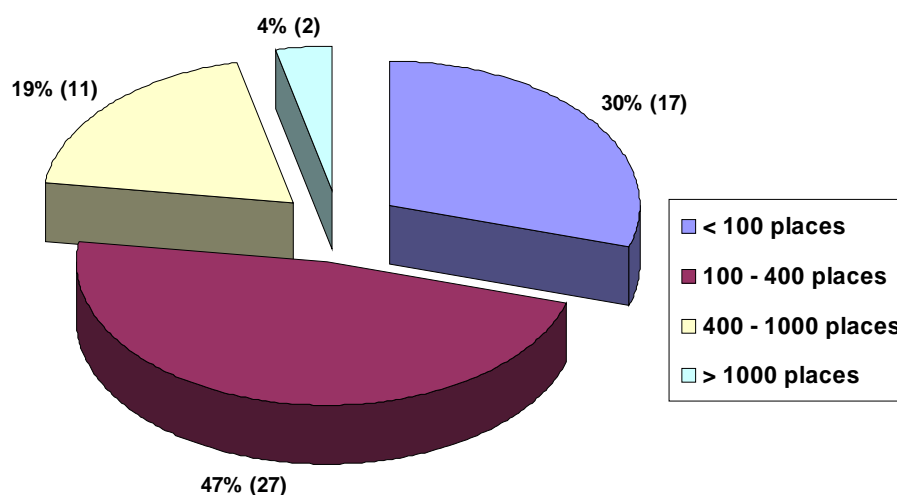


Au total, 57 maisons d'arrêt ont été initiées au lieu des 50 initialement prévues. L'ensemble du territoire métropolitain était représenté à l'exception de 2 régions qui sont le Poitou-Charente et l'Auvergne. Lors de la phase de sélection, les maisons d'arrêt contactées dans ces régions n'ont pas finalement souhaité participer à l'étude. Cependant, on constate que l'ensemble des régions administratives pénitentiaires est représenté.

8.2.1 Capacité d'accueil des maisons d'arrêt de l'étude

La Figure 2 présente la répartition des maisons d'arrêt selon leur capacité d'accueil. Ces données ont été communiquées par la Direction de l'Administration Pénitentiaire et sont datées du 1^{er} Février 2004.

Figure 2 : Capacité d'accueil des maisons d'arrêt initiées

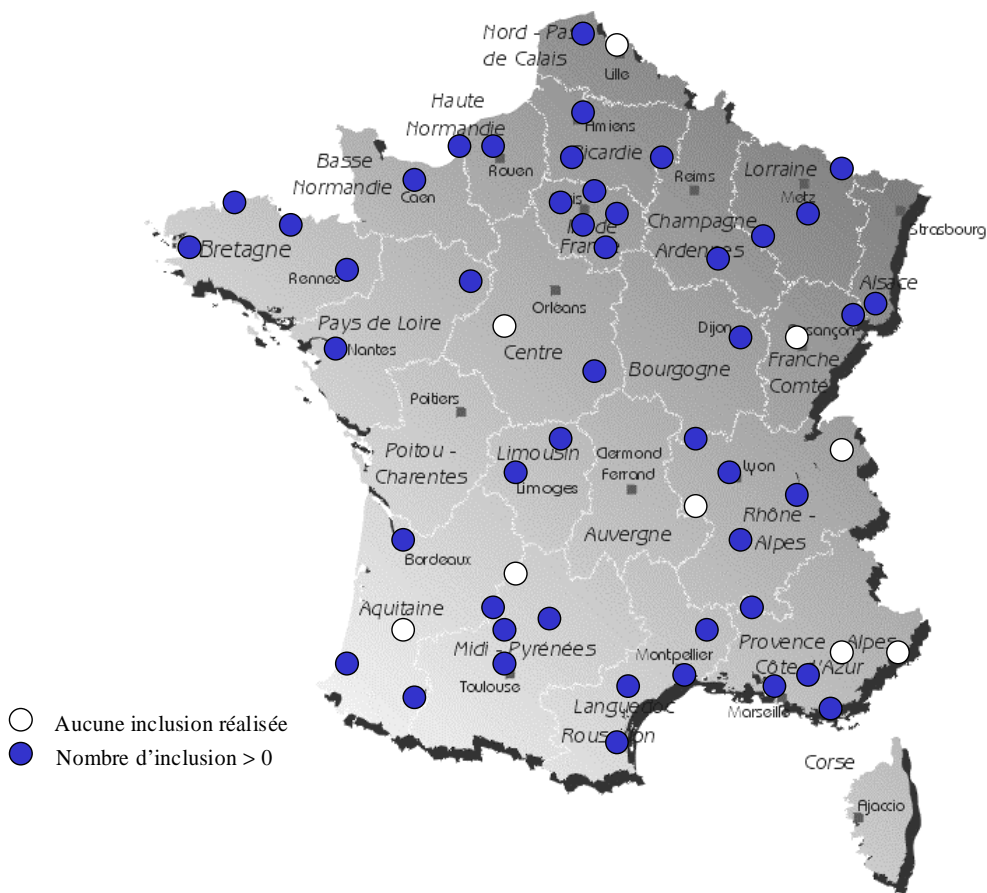


La majorité des maisons d'arrêt initiées (77%) sont des maisons d'arrêt à petite capacité d'accueil (1 à 400 places), 19% sont de capacité moyenne (400 à 1000 places) et seules 2% ont une capacité supérieure à 1000 places.

8.2.2 Activité des maisons d'arrêt

La carte 2 présente la répartition des maisons d'arrêt en fonction des inclusions réalisées.

Carte 2 : Répartition géographique des maisons d'arrêt en fonction des inclusions réalisées



Au total, 10 maisons d'arrêt n'ont réalisé aucune inclusion, ce qui représente 18% des centres initiés.

8.3. Phase d'initiation des maisons d'arrêt

Cinquante-sept maisons d'arrêt ont été initiées entre Juin 2003 et Juin 2004. La durée moyenne de participation effective est donc variable selon les centres et s'étend de 4 à 16 mois. La durée moyenne de participation de chaque maison d'arrêt est présentée dans la Table 2.

8.4. Période de recrutement

La phase de recrutement a eu lieu de Juin 2003 (date de la 1ère inclusion) à Septembre 2004 (date d'inclusion du dernier patient). Seize mois ont donc été nécessaires pour inclure les 500 patients nécessaires.

8.5. Bilan des inclusions

Au total 507 patients ont été inclus par 47 maisons d'arrêt. La Table 2 présente la répartition des inclusions par maison d'arrêt et la Table 3 un regroupement des maisons d'arrêt selon leur taux moyen d'inclusion par mois.

Table 2 : Durée moyenne de participation et nombre d'inclusions réalisées par les maisons d'arrêt initiées

| Région | Maison d'arrêt | Unité de soins | Date effective d'ouverture du centre | Actif / Inactif | Nombre de patients inclus | Durée moyenne de participation (en mois) |
|--------------------|----------------|----------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------------|--|
| Alsace | MULHOUSE | UCSA | 25/03/2004 | Actif | 14 | 6 |
| Aquitaine | PAU | UCSA | 11/03/2004 | Actif | 17 | 7 |
| Aquitaine | GRADIGNAN | UCSA | 01/04/2004 | Actif | 2 | 6 |
| Aquitaine | BAYONNE | UCSA | 23/04/2004 | Actif | 5 | 5 |
| Aquitaine | MONT DE MARSAN | UCSA | 05/05/2004 | Inactif | 0 | 5 |
| Aquitaine | AGEN | UCSA | 28/05/2004 | Actif | 3 | 4 |
| Basse-Normandie | CAEN | SMPR | 06/10/2003 | Actif | 4 | 11 |
| Bourgogne | DIJON | UCSA | 16/10/2003 | Actif | 1 | 11 |
| Bretagne | RENNES | SMPR | 08/07/2003 | Actif | 2 | 15 |
| Bretagne | BREST | UCSA | 10/07/2003 | Actif | 12 | 15 |
| Bretagne | PLOEMEUR | UCSA | 24/07/2003 | Inactif | 0 | 14 |
| Bretagne | SAINT BRIEUC | UCSA | 22/08/2003 | Actif | 2 | 13 |
| Centre | BLOIS | UCSA | 26/09/2003 | Inactif | 0 | 11 |
| Centre | BOURGES | UCSA | 08/04/2004 | Actif | 1 | 6 |
| Champagne-Ardennes | TROYES | UCSA | 14/04/2004 | Actif | 5 | 6 |
| Franche-Comté | MONTBELIARD | UCSA | 13/05/2004 | Actif | 1 | 5 |
| Franche-Comté | BESANCON | UCSA | 25/03/2004 | Inactif | 0 | 6 |
| Franche-Comté | BELFORT | UCSA | 25/03/2004 | Actif | 6 | 6 |
| Haute-Normandie | LE HAVRE | UCSA | 18/07/2003 | Actif | 9 | 15 |
| Haute-Normandie | ROUEN | SMPR | 20/08/2003 | Actif | 32 | 13 |
| IDF | VILLEPINTE | UCSA | 27/06/2003 | Actif | 26 | 15 |
| IDF | NANTERRE | UCSA | 02/07/2003 | Actif | 61 | 15 |
| IDF | BOIS D'ARCY | SMPR | 03/07/2003 | Actif | 16 | 15 |
| IDF | OSNY | UCSA | 25/08/2003 | Actif | 20 | 13 |
| IDF | FRESNES | SMPR | 08/09/2003 | Actif | 13 | 13 |

(suite)

| Région | Maison d'arrêt | Unité de soins | Date effective d'ouverture du centre | Actif / Inactif | Nombre de patients inclus | Durée moyenne de participation (en mois) |
|----------------------|-------------------------|----------------|--------------------------------------|-----------------|---------------------------|--|
| Languedoc-Roussillon | VILLENEUVE LES MAGDELON | UCSA | 11/07/2003 | Actif | 63 | 15 |
| Languedoc-Roussillon | NIMES | UCSA | 16/07/2003 | Actif | 10 | 15 |
| Languedoc-Roussillon | PERPIGNAN | SMPR | 15/10/2003 | Actif | 17 | 11 |
| Languedoc-Roussillon | BEZIERS | UCSA | 15/03/2004 | Actif | 5 | 7 |
| Limousin | LIMOGES | UCSA | 26/04/2004 | Actif | 4 | 5 |
| Limousin | GUERET | UCSA | 13/05/2004 | Actif | 1 | 5 |
| Lorraine | SARREGUEMINES | UCSA | 23/03/2004 | Actif | 6 | 6 |
| Lorraine | NANCY | UCSA | 31/03/2004 | Actif | 6 | 6 |
| Lorraine | BAR LE DUC | UCSA | 13/05/2004 | Actif | 2 | 5 |
| Midi-Pyrénées | ALBI | UCSA | 19/08/2003 | Actif | 1 | 13 |
| Midi-Pyrénées | CAHORS | UCSA | 21/08/2003 | Inactif | 0 | 13 |
| Midi-Pyrénées | TOULOUSE | SMPR | 29/08/2003 | Actif | 11 | 13 |
| Midi-Pyrénées | MONTAUBAN | UCSA | 29/09/2003 | Actif | 2 | 12 |
| Nord - Pas de Calais | DUNKERQUE | UCSA | 02/07/2003 | Actif | 21 | 15 |
| Nord - Pas de Calais | LOOS LES LILLE | UCSA | 04/05/2004 | Inactif | 0 | 5 |
| PACA | MARSEILLE | UCSA | 09/07/2003 | Actif | 14 | 15 |
| PACA | TOULON | UCSA | 09/07/2003 | Actif | 3 | 15 |
| PACA | DRAGUIGNAN | UCSA | 15/07/2003 | Inactif | 0 | 15 |
| PACA | LUYNES | UCSA | 23/07/2003 | Actif | 1 | 14 |
| PACA | LE PONTET (Avignon) | UCSA | 21/04/2004 | Actif | 13 | 5 |
| PACA | NICE | SMPR | 11/05/2004 | Inactif | 0 | 5 |
| Pays de la Loire | NANTES | UCSA | 03/09/2003 | Actif | 28 | 13 |
| Pays de la Loire | LE MANS | UCSA | 03/05/2004 | Actif | 5 | 5 |
| Picardie | LAON | UCSA | 12/03/2004 | Actif | 9 | 7 |
| Picardie | AMIENS | UCSA | 09/04/2004 | Actif | 10 | 6 |
| Picardie | BEAUVAIS | UCSA | 07/05/2004 | Actif | 2 | 5 |
| Rhône-Alpes | SAINT ETIENNE | UCSA | 22/07/2003 | Inactif | 0 | 14 |
| Rhône-Alpes | VALENCE | UCSA | 11/09/2003 | Actif | 5 | 13 |
| Rhône-Alpes | CHAMBERY (AITON) | UCSA | 17/09/2003 | Actif | 2 | 12 |
| Rhône-Alpes | VILLEFRANCHE S/SOANE | UCSA | 10/10/2003 | Actif | 7 | 11 |
| Rhône-Alpes | LYON | UCSA | 18/03/2004 | Actif | 7 | 7 |
| Rhône-Alpes | BONNEVILLE | UCSA | 23/03/2004 | Inactif | 0 | 6 |

Table 3 : Regroupement des maisons d'arrêt selon leur taux moyen d'inclusion par mois

| GROUPES EN FONCTION DU TAUX D'INCLUSION | NOMBRE DE MAISONS D'ARRET | DUREE MOYENNE DE PARTICIPATION EFFECTIVE (en mois) | TOTAL DES INCLUSIONS (en %) | TAUX MOYEN D'INCLUSION PAR MOIS |
|---|---------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|
| G1 (taux d'inclusion > 3 patients/mois) | 2 | 12,0 | 24,5% | 5,2 |
| G2 (2 < taux d'inclusion ≤ 3 patients/mois) | 6 | 9,1 | 25,6% | 2,4 |
| G3 (1,2 < taux d'inclusion ≤ 2 patients/mois) | 6 | 10,0 | 18,3% | 1,6 |
| G4 (0,8 < taux d'inclusion ≤ 1,2 patients/mois) | 12 | 8,4 | 19,7% | 1,0 |
| G5 (0,4 < taux d'inclusion ≤ 0,8 patients/mois) | 8 | 7,6 | 7,3% | 0,6 |
| G6 (0 < taux d'inclusion ≤ 0,4 patients/mois) | 13 | 9,0 | 4,5% | 0,2 |
| G7 (taux d'inclusion = 0 patient/mois) | 10 | 8,7 | 0,0% | 0,0 |
| TOTAL | 57 | | | |

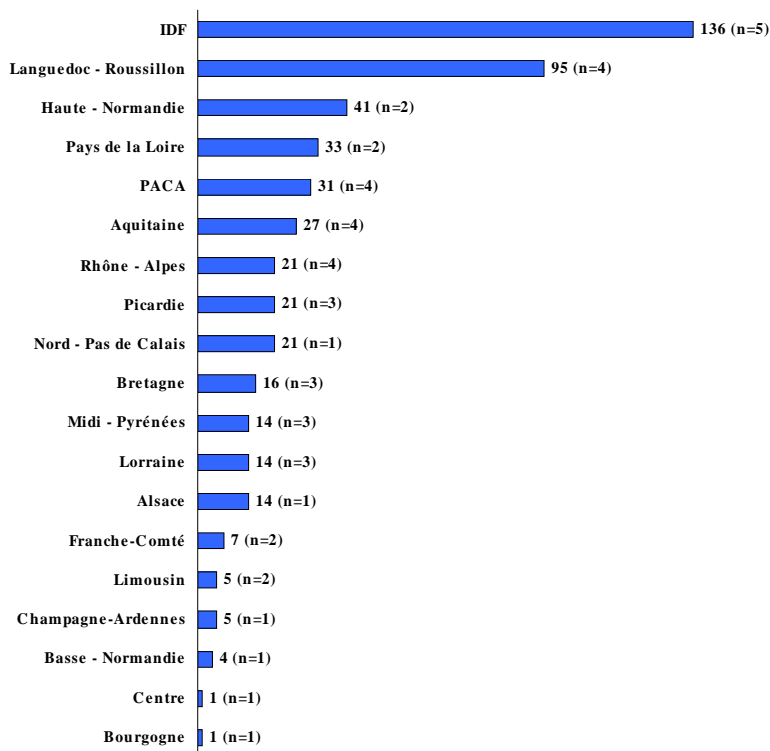
Il existe une grande disparité entre les maisons d'arrêt actives : le groupe G1 composé de 2 maisons d'arrêt a réalisé 24,5% des inclusions et le groupe G2 en a réalisées 25,6%. A l'inverse, le groupe G6 (13 maisons d'arrêt) ne totalise que 4,5% des inclusions.

Au final, il apparaît que plus de la moitié des centres actifs (26 au total, groupes G1 à G4) ont réalisé 90% des inclusions.

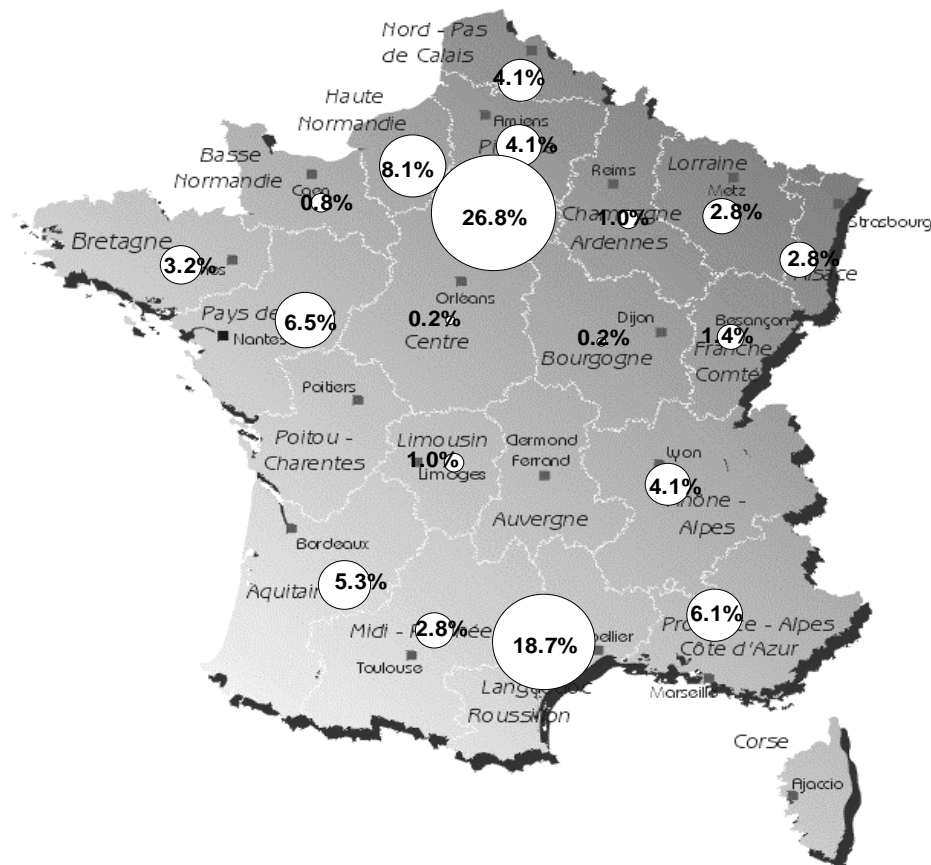
La répartition géographique des inclusions montre également un déséquilibre régional important. Les maisons d'arrêt des régions Ile de France et Languedoc-Roussillon ont inclus respectivement 136 et 95 patients alors que les maisons d'arrêt situées dans le Centre et en Bourgogne n'ont réalisées qu'une seule inclusion.

La Figure 3 et la Carte 3 présentent la répartition géographique des inclusions.

Figure 3 : Répartition régionale des inclusions



Carte 3 : Répartition géographique des inclusions



9. RESULTATS

9.1. Résultats de l'analyse des données d'inclusion

9.1.1 Statistiques descriptives

Les résultats présentés portent sur la première phase de l'analyse à savoir la description des données d'inclusion.

La Table 4 présente le statut des patients selon leur appartenance aux 2 groupes définis ci-dessous :

→ Groupe 1: Non substitués pendant l'incarcération (arrêt du traitement ou absence de traitement avant l'incarcération).

→ Groupe 2: Substitués pendant l'incarcération (traitement initié ou poursuivi).

Table 4 : Statut Substitution avant et lors de l'incarcération

| Avant l'incarcération | A l'incarcération | |
|-----------------------|--------------------|--------------------|
| | Non substitués | Substitués |
| Non substitués | N=82 (16%) | N=69 (14%) |
| Substitués | N=23 (5%) | N=324 (65%) |
| Total* | N=106 (21%) | N=394 (79%) |

* Le statut de substitution avant l'incarcération est manquant pour 2 patients.

La comparaison des groupes *Substitués* vs *Non substitués* lors de l'incarcération fera l'objet d'un test pour chacune des variables. Les résultats seront présentés de la façon suivante :

- ✓ **Table 5 : Socio-démographie : Substitués vs Non substitués**
- ✓ **Table 6 : Situation pénale : Substitués vs Non substitués**
- ✓ **Table 7 : Santé : Substitués vs Non substitués**
- ✓ **Table 8 : Substances psychotropes consommées : Substitués vs Non substitués**
- ✓ **Table 9 : Prescriptions – Fiche Pharmacie : Substitués vs Non substitués**

Table 5 : Socio-démographie (N=500)

| | Substitués | Non Substitués | Total | |
|---|-------------------|-----------------------|---------------|----------|
| | (394) | (106) | (500) | p |
| Age moyen | 31,06 (6,274) | 29,99 (6,825) | 30,84 (6,402) | 0,128 |
| | [18-31-49] | [18-29-47] | [18-30-49] | |
| | (393) | (105) | (498) | |
| Sexe | | | | 0,390 |
| Homme | 377 (96%) | 104 (98%) | 481 (96%) | |
| Femme | 17 (4%) | 2 (2%) | 19 (4%) | |
| Enfants | | | | 0,637 |
| Oui | 177 (45%) | 50 (48%) | 227 (45%) | |
| Non | 216 (55%) | 55 (52%) | 271 (54%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 1 (0%) | 1 (1%) | 2 (0%) | |
| Niveau d'étude (groupé) | | | | 0,818 |
| Ecole primaire | 45 (11%) | 8 (8%) | 53 (11%) | |
| BEPC | 63 (16%) | 18 (17%) | 81 (16%) | |
| BEP ou CAP | 221 (56%) | 63 (59%) | 284 (57%) | |
| BAC ou supérieur | 49 (12%) | 14 (13%) | 63 (13%) | |
| Autre | 16 (4%) | 3 (3%) | 19 (4%) | |
| Revenus durant le mois précédent l'incarcération | | | | 0,433 |
| Activité professionnelle | 134 (34%) | 39 (38%) | 173 (35%) | |
| Chômage (ASSEDIC) | 49 (13%) | 15 (14%) | 64 (13%) | |
| RMI | 118 (30%) | 22 (21%) | 140 (28%) | |
| COTOREP | 16 (4%) | 3 (3%) | 19 (4%) | |
| Tiers | 18 (5%) | 5 (5%) | 23 (5%) | |
| Autre (préciser) | 54 (14%) | 20 (19%) | 74 (15%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 5 (1%) | 2 (2%) | 7 (1%) | |
| Logement principal | | | | 0,774 |
| Personnel | 146 (38%) | 40 (38%) | 186 (37%) | |
| Parents | 140 (36%) | 39 (37%) | 179 (36%) | |
| Amis | 34 (9%) | 9 (9%) | 43 (9%) | |
| Service spécialisé hébergement | 20 (5%) | 3 (3%) | 23 (5%) | |
| Hébergement privé précaire | 16 (4%) | 2 (2%) | 18 (4%) | |
| Sans domicile fixe | 33 (8%) | 12 (11%) | 45 (9%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 5 (1%) | 1 (1%) | 6 (1%) | |

| | Substitués (394) | Non Substitués (106) | Total (500) | p |
|--|-----------------------------|---------------------------------|------------------------|----------|
| Vous vivez: | | | | 0,738 |
| seul | 105 (27%) | 24 (24%) | 129 (26%) | |
| seul avec enfants | 7 (2%) | 2 (2%) | 9 (2%) | |
| avec vos parents | 114 (30%) | 33 (33%) | 147 (29%) | |
| avec un conjoint | 120 (31%) | 34 (34%) | 154 (31%) | |
| avec des amis | 29 (8%) | 6 (6%) | 35 (7%) | |
| Autre (préciser) | 8 (2%) | 0 (0%) | 8 (2%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 11 (3%) | 7 (7%) | 18 (4%) | |
| Problème de drogue de la personne avec qui vous vivez | | | | 0,107 |
| Oui | 43 (19%) | 7 (10%) | 50 (16%) | |
| Non | 185 (81%) | 60 (90%) | 245 (80%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 11 (5%) | 2 (3%) | 13 (4%) | |
| Problème de drogue Frère/Soeur | | | | 0,606 |
| Oui | 95 (25%) | 23 (23%) | 118 (24%) | |
| Non | 281 (75%) | 78 (77%) | 359 (72%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 18 (5%) | 5 (5%) | 23 (5%) | |
| Si oui, rencontre avec l'un deux à 1 mois | | | | 0,670 |
| Oui | 49 (52%) | 13 (57%) | 62 (53%) | |
| Non | 46 (48%) | 10 (43%) | 56 (47%) | |

Table 6 : Situation pénale (N=500)

| | Substitués (394) | Non Substitués (106) | Total (500) | p |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------|--------------|
| Situation pénale | | | | 0,001 |
| Condamné | 248 (63%) | 51 (48%) | 299 (60%) | |
| Prévenu | 129 (33%) | 54 (51%) | 183 (37%) | |
| Prévenu ET condamné | 17 (4%) | 1 (1%) | 18 (4%) | |
| Incarcération(s) précédente(s) | | | | 0,005 |
| Oui | 318 (81%) | 72 (68%) | 390 (78%) | |
| Non | 76 (19%) | 34 (32%) | 110 (22%) | |
| Nombre moyen d'incarcérations | 5,886 (4,104) | 4,571 (3,697) | 5,647 (4,06) | 0,014 |
| | [1-4-22] (315) | [1-3-18] (70) | [1-4-22] (385) | |
| Age de 1ère incarcération | 20,7 (5,09) | 22,44 (5,934) | 21,02 (5,288) | 0,012 |
| | [9-19-42] (315) | [14-20-40] (70) | [9-19-42] (385) | |

Table 7 : Santé (N=500)

| | Substitués (394) | Non Substitués (106) | Total (500) | p |
|--|-----------------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------|
| Couverture maladie | | | | 0,001 |
| CMU | 225 (59%) | 46 (44%) | 271 (54%) | |
| 100% | 19 (5%) | 4 (4%) | 23 (5%) | |
| Sécurité sociale AVEC couverture supplémentaire | 69 (18%) | 16 (15%) | 85 (17%) | |
| Sécurité sociale SANS couverture supplémentaire | 51 (13%) | 21 (20%) | 72 (14%) | |
| Sans aucune couverture | 20 (5%) | 18 (17%) | 38 (8%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 10 (3%) | 1 (1%) | 11 (2%) | |
| Prise en charge médicale pour un problème de drogue | | | | <0,0001 |
| Oui | 359 (92%) | 60 (57%) | 419 (84%) | |
| Non | 33 (8%) | 45 (43%) | 78 (16%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 2 (1%) | 1 (1%) | 3 (1%) | |
| Consultation à 1 mois | | | | <0,0001 |
| Oui | 309 (79%) | 35 (33%) | 344 (69%) | |
| Non | 84 (21%) | 71 (67%) | 155 (31%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 1 (0%) | | 1 (0%) | |
| Subutex prescrit au cours du mois précédent | | | | <0,0001 |
| Oui | 248 (63%) | 19 (18%) | 267 (53%) | |
| Non | 143 (37%) | 87 (82%) | 230 (46%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 3 (1%) | | 3 (1%) | |
| Dosage Subutex | 9,272 (5,111) | 7,495 (4,351) | 9,145 (5,074) | 0,142 |
| | [0,4-8-32] | [0,8-8-16] | [0,4-8-32] | |
| | (247) | (19) | (266) | |
| Méthadone prescrite au cours du mois précédent | | | | <0,0001 |
| Oui | 78 (20%) | 4 (4%) | 82 (16%) | |
| Non | 312 (80%) | 99 (96%) | 411 (82%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 4 (1%) | 3 (3%) | 7 (1%) | |
| Dosage Méthadone | 65,66 (30,2) | 57,5 (22,17) | 65,25 (29,8) | 0,597 |
| | [20-60-145] | [30-60-80] | [20-60-145] | |
| | (76) | (4) | (80) | |

| | Substitués (394) | Non Substitués (106) | Total (500) | p |
|---|-----------------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------|
| 1er prescripteur d'un traitement de substitution | | | | 0,409 |
| Médecin de ville | 243 (65%) | 28 (58%) | 271 (54%) | |
| Médecin CSST | 72 (19%) | 12 (25%) | 84 (17%) | |
| Médecin établissement pénitentiaire | 32 (9%) | 2 (4%) | 34 (7%) | |
| Praticien hospitalier | 24 (6%) | 5 (10%) | 29 (6%) | |
| Autre | 5 (1%) | 1 (2%) | 6 (1%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 18 (5%) | 58 (55%) | 76 (15%) | |
| Hypnotique au cours du mois précédent | | | | 0,083 |
| Oui | 93 (26%) | 17 (18%) | 110 (22%) | |
| Non | 261 (74%) | 79 (82%) | 340 (68%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 40 (10%) | 10 (9%) | 50 (10%) | |
| Anxiolytique au cours du mois précédent | | | | <0,0001 |
| Oui | 161 (43%) | 23 (23%) | 184 (37%) | |
| Non | 214 (57%) | 76 (77%) | 290 (58%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 19 (5%) | 7 (7%) | 26 (5%) | |
| Antidépresseur au cours du mois précédent | | | | 0,133 |
| Oui | 50 (14%) | 8 (9%) | 58 (12%) | |
| Non | 297 (86%) | 86 (91%) | 383 (77%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 47 (12%) | 12 (11%) | 59 (12%) | |
| Neuroleptique au cours du mois précédent | | | | 0,246 |
| Oui | 40 (12%) | 7 (7%) | 47 (9%) | |
| Non | 304 (88%) | 87 (93%) | 391 (78%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 50 (13%) | 12 (11%) | 62 (12%) | |
| Autre psychotrope au cours du mois précédent | | | | 0,888 |
| Oui | 21 (6%) | 6 (7%) | 27 (5%) | |
| Non | 322 (94%) | 86 (93%) | 408 (82%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 51 (13%) | 14 (13%) | 65 (13%) | |
| Au moins 1 psychotrope prescrit au cours du mois précédent | | | | <0,0001 |

| | Substitués | Non Substitués | Total | p |
|--|-------------------|-----------------------|--------------|-------------------|
| | (394) | (106) | (500) | |
| Oui | 214 (55%) | 36 (35%) | 250 (50%) | |
| Non | 176 (45%) | 67 (65%) | 243 (49%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 4 (1%) | 3 (3%) | 7 (1%) | |
| Au moins 1 hypnotique ou anxiolytique prescrit au cours du mois précédent | | | | <0,0001 |
| Oui | 200 (52%) | 29 (29%) | 229 (46%) | |
| Non | 183 (48%) | 71 (71%) | 254 (51%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 11 (3%) | 6 (6%) | 17 (3%) | |
| Au moins 1 antidépresseur ou neuroleptique ou autre psychotrope prescrit au cours du mois précédent | | | | 0,659 |
| Oui | 66 (18%) | 16 (16%) | 82 (16%) | |
| Non | 292 (82%) | 81 (84%) | 373 (75%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 36 (9%) | 9 (8%) | 45 (9%) | |
| Hospitalisation en soins psychiatriques (hors sevrage- au cours de la vie) | | | | 0,002 |
| Oui | 106 (27%) | 13 (13%) | 119 (24%) | |
| Non | 285 (73%) | 91 (88%) | 376 (75%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 3 (1%) | 2 (2%) | 5 (1%) | |
| Traitement par Interféron pour le VHC | | | | <0,0001 |
| Oui | 26 (7%) | 3 (3%) | 29 (6%) | |
| Non, mais séropositif | 127 (32%) | 14 (14%) | 141 (28%) | |
| Non, car séronégatif | 191 (49%) | 59 (57%) | 250 (50%) | |
| Non, car ignore son statut | 48 (12%) | 27 (26%) | 75 (15%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 2 (1%) | 3 (3%) | 5 (1%) | |
| Connaît son statut VHC | | | | <0,0001 |
| Oui | 344 (88%) | 76 (74%) | 420 (84%) | |
| Non | 48 (12%) | 27 (26%) | 75 (15%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 2 (1%) | 3 (3%) | 5 (1%) | |
| Traitement VHC | | | | 1,000 |
| Oui | 26 (17%) | 3 (18%) | 29 (17%) | |

| | Substitués (394) | Non Substitués (106) | Total (500) | p |
|--|-----------------------------|---------------------------------|------------------------|--------------|
| Non | 127 (83%) | 14 (82%) | 141 (83%) | |
| Traitement antiviral pour le VIH | | | | 0,035 |
| Oui | 16 (4%) | 2 (2%) | 18 (4%) | |
| Non, mais séropositif | 7 (2%) | 2 (2%) | 9 (2%) | |
| Non, car séronégatif | 323 (83%) | 76 (74%) | 399 (80%) | |
| Non, car ignore son statut | 45 (12%) | 23 (22%) | 68 (14%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 3 (1%) | 3 (3%) | 6 (1%) | |
| Connait son statut VIH | | | | 0,005 |
| Oui | 346 (88%) | 80 (78%) | 426 (85%) | |
| Non | 45 (12%) | 23 (22%) | 68 (14%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 3 (1%) | 3 (3%) | 6 (1%) | |
| Traitement VIH | | | | 0,582 |
| Oui | 16 (70%) | 2 (50%) | 18 (67%) | |
| Non | 7 (30%) | 2 (50%) | 9 (33%) | |
| Perception de l'état de santé actuelle | | | | 0,087 |
| Excellente | 9 (2%) | 5 (5%) | 14 (3%) | |
| Très bonne | 41 (10%) | 16 (15%) | 57 (11%) | |
| Plutôt bonne | 210 (53%) | 62 (58%) | 272 (54%) | |
| Plutôt mauvaise | 115 (29%) | 20 (19%) | 135 (27%) | |
| Très mauvaise | 19 (5%) | 3 (3%) | 22 (4%) | |
| Perception de l'état de santé actuelle (groupé) | | | | 0,024 |
| Excellente/Très bonne | 50 (13%) | 21 (20%) | 71 (14%) | |
| Plutôt bonne | 210 (53%) | 62 (58%) | 272 (54%) | |
| Plutôt mauvaise/Très mauvaise | 134 (34%) | 23 (22%) | 157 (31%) | |
| Tentative de suicide (vie entière) | | | | 0,011 |
| Oui | 157 (40%) | 28 (26%) | 185 (37%) | |
| Non | 237 (60%) | 78 (74%) | 315 (63%) | |

Table 8 : Consommation de substances psychotropes (N=500)

| | Substitués (394) | Non Substitués (106) | Total (500) | p |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| Héroïne en IV Vie | 226 (59%) | 39 (37%) | 265 (53%) | <0,0001 |
| Age de 1ère IV Héroïne | 20,28 (4,593) [8-19-43] (218) | 20 (4,994) [14-18-37] (37) | 20,24 (4,644) [8-19-43] (255) | 0,735 |
| Age de dernière IV Héroïne | 28,77 (5,574) [17-29-43] (213) | 27,03 (6,198) [18-26-40] (37) | 28,51 (5,692) [17-28-43] (250) | 0,086 |
| Consommation au cours du dernier mois | | | | |
| Héroïne | 213 (54%) | 80 (75%) | 293 (59%) | <0,0001 |
| Cocaïne | 213 (54%) | 65 (61%) | 278 (56%) | 0,182 |
| Speed ball | 92 (23%) | 43 (41%) | 135 (27%) | <0,0001 |
| Subutex | 277 (70%) | 58 (55%) | 335 (67%) | 0,002 |
| Méthadone | 88 (22%) | 23 (22%) | 111 (22%) | 0,889 |
| Hallucinogènes | 32 (8%) | 18 (17%) | 50 (10%) | 0,007 |
| Kétamine | 18 (5%) | 9 (8%) | 27 (5%) | 0,113 |
| Amphétamines | 30 (8%) | 17 (16%) | 47 (9%) | 0,008 |
| Ecstasy | 87 (22%) | 32 (30%) | 119 (24%) | 0,082 |
| Benzodiazépines | 120 (30%) | 34 (32%) | 154 (31%) | 0,749 |
| Alcool et Benzodiazépines associés | 102 (26%) | 24 (23%) | 126 (25%) | 0,494 |
| Sniff au cours du dernier mois | | | | |
| Héroïne | 163 (41%) | 62 (58%) | 225 (45%) | 0,002 |
| Cocaïne | 149 (38%) | 53 (50%) | 202 (40%) | 0,023 |
| Speed ball | 69 (18%) | 35 (33%) | 104 (21%) | <0,0001 |
| Subutex | 69 (18%) | 17 (16%) | 86 (17%) | 0,721 |
| Méthadone | 4 (1%) | 1 (1%) | 5 (1%) | 1,000 |
| Hallucinogènes | 4 (1%) | 1 (1%) | 5 (1%) | 1,000 |
| Kétamine | 17 (4%) | 8 (8%) | 25 (5%) | 0,175 |
| Amphétamines | 10 (3%) | 6 (6%) | 16 (3%) | 0,120 |
| Ecstasy | 16 (4%) | 4 (4%) | 20 (4%) | 1,000 |
| Benzodiazépines | 5 (1%) | 2 (2%) | 7 (1%) | 0,643 |
| Alcool+Benzodiazépines | 2 (1%) | 2 (2%) | 4 (1%) | 0,199 |
| Injection au cours du dernier mois | | | | |

| | Substitués (394) | Non Substitués (106) | Total (500) | p |
|---|---------------------|-------------------------|----------------|-------------------|
| Héroïne | 64 (16%) | 15 (14%) | 79 (16%) | 0,600 |
| Cocaïne | 66 (17%) | 12 (11%) | 78 (16%) | 0,171 |
| Speed ball | 26 (7%) | 11 (10%) | 37 (7%) | 0,187 |
| Subutex | 41 (10%) | 10 (9%) | 51 (10%) | 0,769 |
| Hallucinogènes | 0 (0%) | 4 (4%) | 4 (1%) | 0,002 |
| Kétamine | 1 (0%) | 1 (1%) | 2 (0%) | 0,379 |
| Amphétamines | 3 (1%) | 4 (4%) | 7 (1%) | 0,040 |
| Ecstasy | 5 (1%) | 4 (4%) | 9 (2%) | 0,100 |
| Benzodiazépines | 3 (1%) | 1 (1%) | 4 (1%) | 1,000 |
| Alcool+Benzodiazépines | 0 (0%) | 1 (1%) | 1 (0%) | 0,212 |
| Produits avalés au cours du dernier mois | | | | |
| Héroïne | 30 (8%) | 17 (16%) | 47 (9%) | 0,008 |
| Cocaïne | 2 (1%) | 1 (1%) | 3 (1%) | 0,511 |
| Speed ball | 2 (1%) | 1 (1%) | 3 (1%) | 0,511 |
| Subutex | 233 (59%) | 42 (40%) | 275 (55%) | <0,0001 |
| Méthadone | 84 (21%) | 23 (22%) | 107 (21%) | 0,933 |
| Hallucinogènes | 28 (7%) | 15 (14%) | 43 (9%) | 0,022 |
| Kétamine | 1 (0%) | 1 (1%) | 2 (0%) | 0,379 |
| Amphétamines | 24 (6%) | 10 (9%) | 34 (7%) | 0,225 |
| Ecstasy | 78 (20%) | 29 (27%) | 107 (21%) | 0,092 |
| Benzodiazépines | 113 (29%) | 31 (29%) | 144 (29%) | 0,909 |
| Alcool+Benzodiazépines | 100 (25%) | 23 (22%) | 123 (25%) | 0,435 |
| Produits fumés au cours du dernier mois | | | | |
| Héroïne | 70 (18%) | 28 (26%) | 98 (20%) | 0,046 |
| Cocaïne | 68 (17%) | 17 (16%) | 85 (17%) | 0,766 |
| Speed ball | 19 (5%) | 4 (4%) | 23 (5%) | 0,797 |
| Subutex | 6 (2%) | 4 (4%) | 10 (2%) | 0,231 |
| Méthadone | 0 (0%) | 1 (1%) | 1 (0%) | 0,212 |
| Hallucinogènes | 3 (1%) | 1 (1%) | 4 (1%) | 1,000 |
| Kétamine | 0 (0%) | 1 (1%) | 1 (0%) | 0,212 |
| Amphétamines | 1 (0%) | 1 (1%) | 2 (0%) | 0,379 |
| Ecstasy | 2 (1%) | 1 (1%) | 3 (1%) | 0,511 |

| | Substitués | Non Substitués | Total | p |
|---|-------------------|-----------------------|--------------|--------------|
| | (394) | (106) | (500) | |
| Benzodiazépines | 0 (0%) | 2 (2%) | 2 (0%) | 0,045 |
| Alcool+Benzodiazépines | 0 (0%) | 1 (1%) | 1 (0%) | 0,212 |
| Injection (tous produits) au cours du dernier mois | | | | 0,306 |
| Oui | 113 (32%) | 23 (26%) | 136 (27%) | |
| Non | 239 (68%) | 64 (74%) | 303 (61%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 42 (11%) | 19 (18%) | 61 (12%) | |
| Antécédents d'overdose | | | | 0,012 |
| Jamais | 284 (73%) | 89 (87%) | 373 (75%) | |
| Une fois | 42 (11%) | 5 (5%) | 47 (9%) | |
| Plus d'une fois | 62 (16%) | 8 (8%) | 70 (14%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 6 (2%) | 4 (4%) | 10 (2%) | |
| Polytoxicomanie à 1 mois (hors Subutex et Méthadone) | | | | 0,029 |
| 0 produit | 87 (22%) | 11 (10%) | 98 (20%) | |
| 1 produit | 66 (17%) | 22 (21%) | 88 (18%) | |
| 2 produits | 74 (19%) | 17 (16%) | 91 (18%) | |
| > 2 produits | 167 (42%) | 56 (53%) | 223 (45%) | |

Table 9 : Prescriptions – Fiche pharmacie (N=500)

| | Substitués (394) | Non Substitués (106) | Total (500) | p |
|----------------------------|---|---------------------------------|---|-------------------|
| Prescription | | | | <0,0001 |
| Oui | 379 (100%) | 80 (75%) | 459 (92%) | |
| Non | 0 (0%) | 26 (25%) | 26 (5%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 15 (4%) | | 15 (3%) | |
| Subutex | | | | <0,0001 |
| Oui | 290 (77%) | 0 (0%) | 290 (58%) | |
| Non | 89 (23%) | 106 (100%) | 195 (39%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 15 (4%) | | 15 (3%) | |
| Dosage Subutex | 8,126 (4,307) [0,4-8-24] (n=288) | | 8,126 (4,307) [0,4-8-24] (n=288) | NA |
| Méthadone | | | | <0,0001 |
| Oui | 104 (29%) | 0 (0%) | 104 (21%) | |
| Non | 254 (71%) | 106 (100%) | 360 (72%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 36 (9%) | | 36 (7%) | |
| Dosage Méthadone | 58,25 (29,34) [10-50-145] (n=103) | | 58,25 (29,34) [10-50-145] (n=103) | NA |
| Hypnotique | | | | 0,004 |
| Oui | 120 (30%) | 48 (45%) | 168 (34%) | |
| Non | 274 (70%) | 58 (55%) | 332 (66%) | |
| Anxiolytique | | | | 0,011 |
| Oui | 133 (34%) | 50 (47%) | 183 (37%) | |
| Non | 261 (66%) | 56 (53%) | 317 (63%) | |
| Antidépresseur | | | | 0,048 |
| Oui | 49 (12%) | 6 (6%) | 55 (11%) | |
| Non | 345 (88%) | 100 (94%) | 445 (89%) | |
| Neuroleptique | | | | <0,0001 |
| Oui | 56 (14%) | 49 (46%) | 105 (21%) | |
| Non | 338 (86%) | 57 (54%) | 395 (79%) | |
| Autres psychotropes | | | | 1,000 |
| Oui | 4 (1%) | 1 (1%) | 5 (1%) | |

| | Substitués (394) | Non Substitués (106) | Total (500) | p |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------|----------|
| Non | 389 (99%) | 105 (99%) | 494 (99%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 1 (0%) | | 1 (0%) | |
| Traitement VIH | | | | 0,332 |
| Oui | 15 (4%) | 1 (1%) | 16 (3%) | |
| Non | 374 (96%) | 94 (99%) | 468 (94%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 5 (1%) | 11 (10%) | 16 (3%) | |
| Traitement VHC | | | | 1,000 |
| Oui | 6 (2%) | 1 (1%) | 7 (1%) | |
| Non | 381 (98%) | 94 (99%) | 475 (95%) | |
| <i>Données manquantes</i> | 7 (2%) | 11 (10%) | 18 (4%) | |

9.1.2 Comparaison des centres participants vs. non participants, actifs vs. non actifs

Les centres ont été comparés (Table 10, Table 11) selon leur participation et le fait qu'ils soient actifs ou non actifs. Les centres actifs / participants ont un nombre d'hommes plus élevé que les non actifs / non participants.

Table 10 : Capacité : Participants vs. non participants, actifs vs. non actifs Source DAP (N=132)

| | Participation IRCAMS | | | Actifs | | | p |
|-------------------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|-------------|---------------|-------|
| | Oui (57) | Non (75) | Total (132) | Oui (47) | Non (85) | Total (132) | |
| Région pénitentiaire | | | | | | | 0.870 |
| Bordeaux | 7 (12.3%) | 7 (9.33%) | 14 (10.6%) | 6 (12.8%) | 8 (9.41%) | 14 (10.6%) | |
| Dijon | 5 (8.77%) | 11 (14.7%) | 16 (12.1%) | 4 (8.51%) | 12 (14.1%) | 16 (12.1%) | |
| Lille | 7 (12.3%) | 10 (13.3%) | 17 (12.9%) | 6 (12.8%) | 11 (12.9%) | 17 (12.9%) | |
| Lyon | 6 (10.5%) | 12 (16.0%) | 18 (13.6%) | 4 (8.51%) | 14 (16.5%) | 18 (13.6%) | |
| Marseille | 6 (10.5%) | 5 (6.67%) | 11 (8.33%) | 4 (8.51%) | 7 (8.24%) | 11 (8.33%) | |
| Paris | 7 (12.3%) | 9 (12.0%) | 16 (12.1%) | 6 (12.8%) | 10 (11.8%) | 16 (12.1%) | |
| Rennes | 7 (12.3%) | 11 (14.7%) | 18 (13.6%) | 6 (12.8%) | 12 (14.1%) | 18 (13.6%) | |
| Strasbourg | 4 (7.02%) | 4 (5.33%) | 8 (6.06%) | 4 (8.51%) | 4 (4.71%) | 8 (6.06%) | |
| Toulouse | 8 (14.0%) | 6 (8.00%) | 14 (10.6%) | 7 (14.9%) | 7 (8.24%) | 14 (10.6%) | |
| Places circulaires | | | | | | | 0.134 |
| N | 57 | 75 | 132 | 47 | 85 | 132 | |
| Moyenne ± ET | 329.3 ± 323.7 | 231.3 ± 400.8 | 273.6 ± 371.4 | 352.1 ± 347.4 | 230.2 ± 379 | 273.6 ± 371.4 | |
| Médiane | 236 | 102 | 142 | 253 | 115 | 142 | |
| Min - Max | 32 - 1651 | 20 - 3197 | 20 - 3197 | 32 - 1651 | 20 - 3197 | 20 - 3197 | |
| Places opérationnelles | | | | | | | 0.136 |

| | Participation IRCAMS | | | | Actifs | | | |
|--|----------------------|---------------|---------------|-------|---------------|---------------|---------------|-------|
| | Oui (57) | Non (75) | Total (132) | p | Oui (47) | Non (85) | Total (132) | p |
| N | 57 | 75 | 132 | | 47 | 85 | 132 | |
| Moyenne ± ET | 327 ± 321.8 | 229.8 ± 400.7 | 271.8 ± 370.6 | | 350 ± 345.5 | 228.5 ± 378.7 | 271.8 ± 370.6 | |
| Médiane | 236 | 102 | 142 | | 253 | 115 | 142 | |
| Min - Max | 32 - 1651 | 20 - 3197 | 20 - 3197 | | 32 - 1651 | 20 - 3197 | 20 - 3197 | |
| Femmes prévenues | | | | 0.681 | | | | 0.811 |
| N | 57 | 75 | 132 | | 47 | 85 | 132 | |
| Moyenne ± ET | 8.175 ± 12.26 | 6.507 ± 28.61 | 7.227 ± 22.96 | | 7.872 ± 12.36 | 6.871 ± 27.17 | 7.227 ± 22.96 | |
| Médiane | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | |
| Min - Max | 0 - 66 | 0 - 237 | 0 - 237 | | 0 - 66 | 0 - 237 | 0 - 237 | |
| Femmes condamnées | | | | 0.728 | | | | 0.857 |
| N | 57 | 75 | 132 | | 47 | 85 | 132 | |
| Moyenne ± ET | 7.754 ± 15.21 | 6.187 ± 31.23 | 6.864 ± 25.5 | | 7.404 ± 15.43 | 6.565 ± 29.73 | 6.864 ± 25.5 | |
| Médiane | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | |
| Min - Max | 0 - 85 | 0 - 242 | 0 - 242 | | 0 - 85 | 0 - 242 | 0 - 242 | |
| Femmes | | | | 0.673 | | | | 0.817 |
| N | 57 | 75 | 132 | | 47 | 85 | 132 | |
| Moyenne ± ET | 15.93 ± 26.7 | 12.69 ± 52.87 | 14.09 ± 43.43 | | 15.28 ± 27.02 | 13.44 ± 50.41 | 14.09 ± 43.43 | |
| Médiane | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | |
| Min - Max | 0 - 151 | 0 - 361 | 0 - 361 | | 0 - 151 | 0 - 361 | 0 - 361 | |
| Hommes prévenus | | | | 0.060 | | | | 0.039 |
| N | 57 | 75 | 132 | | 47 | 85 | 132 | |
| Moyenne ± ET | 182.8 ± 157.3 | 110.7 ± 252.4 | 141.8 ± 218.7 | | 194.5 ± 167.4 | 112.7 ± 238.4 | 141.8 ± 218.7 | |
| Médiane | 139 | 60 | 79.5 | | 166 | 66 | 79.5 | |
| Min - Max | 21 - 836 | 0 - 2065 | 0 - 2065 | | 21 - 836 | 0 - 2065 | 0 - 2065 | |
| Hommes condamnés | | | | 0.022 | | | | 0.029 |
| N | 57 | 75 | 132 | | 47 | 85 | 132 | |
| Moyenne ± ET | 218.5 ± 193.3 | 137.3 ± 203.5 | 172.4 ± 202.4 | | 224 ± 198.7 | 143.8 ± 200 | 172.4 ± 202.4 | |
| Médiane | 152 | 58 | 85.5 | | 152 | 65 | 85.5 | |
| Min - Max | 13 - 801 | 0 - 1498 | 0 - 1498 | | 13 - 801 | 0 - 1498 | 0 - 1498 | |
| Hommes | | | | 0.030 | | | | 0.027 |
| N | 57 | 75 | 132 | | 47 | 85 | 132 | |
| Moyenne ± ET | 401.3 ± 333.6 | 248 ± 440.6 | 314.2 ± 403.8 | | 418.5 ± 348.6 | 256.5 ± 422.2 | 314.2 ± 403.8 | |
| Médiane | 308 | 121 | 165 | | 311 | 133 | 165 | |
| Min - Max | 38 - 1586 | 0 - 3563 | 0 - 3563 | | 38 - 1586 | 0 - 3563 | 0 - 3563 | |
| Effectif total (Hommes et femmes) | | | | 0.039 | | | | 0.036 |
| N | 57 | 75 | 132 | | 47 | 85 | 132 | |
| Moyenne ± ET | 417.2 ± 349.5 | 260.7 ± 476.5 | 328.3 ± 431.9 | | 433.8 ± 363.7 | 269.9 ± 456.9 | 328.3 ± 431.9 | |

| | Participation IRCAMS | | | | Actifs | | | |
|-----------|----------------------|-----------|-------------|---|-----------|-----------|-------------|---|
| | Oui (57) | Non (75) | Total (132) | p | Oui (47) | Non (85) | Total (132) | p |
| Médiane | 321 | 121 | 174.5 | | 335 | 152 | 174.5 | |
| Min - Max | 38 - 1667 | 27 - 3924 | 27 - 3924 | | 38 - 1667 | 27 - 3924 | 27 - 3924 | |

Table 11 : Substitution : Actifs vs. non actifs (Source DGS 2004)(N=130)

| | Oui (46) | Non (84) | Total (130) | p |
|---|---------------|---------------|---------------|-------|
| Nombre de détenus sous Subutex | | | | 0.368 |
| N | 46 | 84 | 130 | |
| Moyenne ± ET | 25.3 ± 25.78 | 18.43 ± 47.94 | 20.86 ± 41.49 | |
| Médiane | 15.5 | 6 | 9 | |
| Min - Max | 2 - 117 | 0 - 406 | 0 - 406 | |
| Nombre de détenus sous Méthadone | | | | 0.183 |
| N | 46 | 84 | 130 | |
| Moyenne ± ET | 6.652 ± 8.166 | 4.536 ± 8.85 | 5.285 ± 8.642 | |
| Médiane | 4 | 1.5 | 2 | |
| Min - Max | 0 - 37 | 0 - 47 | 0 - 47 | |

9.1.3 Facteurs associés à la substitution à l’incarcération

Les facteurs suivants ont été introduits dans une régression logistique multivariée :

- Problème de drogue frère / sœur,
- Situation pénale,
- Substitué avant l’incarcération,
- Incarcérations précédentes,
- Couverture maladie,
- Au moins un psychotrope prescrit à un mois,
- Hospitalisation en soins psychiatriques (hors sevrage),
- Connaît son statut VHC et VIH,
- Santé actuelle,
- Héroïne en IV au cours de la vie,
- Héroïne en Iv au cours du dernier mois,
- Overdose,
- Polytoxicomanie.

Après une sélection pas-à-pas, les résultats sont présentés dans la Table 12 pour les variables sélectionnées. L’analyse finale porte sur 474 observations, 373 substitués et 101 non substitués.

Table 12 : Facteurs associés à la substitution à l’incarcération (N=474)

| Effet | | p | OR | IC 95% |
|--|---|--------|-------|-------------------|
| Couverture maladie | Bonne Couverture maladie vs Mauvaise / Pas de Couverture maladie | 0.0033 | 2.148 | [1.2894 ; 3.5777] |
| Hospitalisations en soins psychiatriques (hors sevrage) | Oui vs Non | 0.0042 | 2.722 | [1.3715 ; 5.4039] |
| Héroïne en IV vie | Oui vs Non | 0.0024 | 2.093 | [1.3004 ; 3.3701] |
| Statut pénal | Condamné vs Prévenu | 0.0076 | 1.904 | [1.1866 ; 3.0534] |
| Substitué avant l’incarcération | Oui vs Non | 0.0077 | 3.335 | [1.3748 ; 8.0879] |

Il n'est pas surprenant de retrouver la substitution avant l'incarcération parmi les facteurs significatifs. Les patients substitués à l'incarcération ont une meilleure prise en charge au niveau de la couverture maladie (CMU, 100% ou Sécurité Sociale avec couverture complémentaire), ce sont des patients avec un passé plus lourd : injection d'héroïne, hospitalisation en soins psychiatriques et statut pénal de condamné sont plus fréquents.

9.1.4 Conclusion

Cette première phase avait pour but de comparer les patients au moment de leur inclusion afin d'identifier les variables d'ajustement à prendre en compte lors de l'analyse de l'impact des traitements de substitution sur la réincarcération et la mortalité d'usagers de drogues dépendant aux opiacés.

L'objectif de recrutement de 500 patients a pu être atteint, malgré la surcharge de travail des médecins enquêteurs et le faible nombre de patients répondant aux critères d'inclusion, arguments souvent évoqués par les médecins des établissements pénitentiaires au cours de l'étude. Une très bonne adhésion des médecins enquêteurs aux procédures de mises en place et des détenus a été observée. Elle s'est notamment traduite par un très faible nombre de valeurs manquantes dans les questionnaires.

L'étude n'avait pas pour objectif d'être représentative et de fournir un panorama national des traitements de substitution en milieu carcéral. On note que les établissements actifs / participants diffèrent des non actifs / non participants sur le nombre de détenus hommes, plus élevé chez les actifs ou participants. En revanche, il n'y a pas de différence sur le nombre de détenus sous Subutex ou méthadone. On peut de plus remarquer d'une part, que dans l'échantillon, les établissements ayant le plus participé (en nombre de détenus inclus) ne sont pas forcément ceux ayant la plus forte proportion de patients substitués, et d'autre part que contrairement aux hypothèses initiales, la proportion de patients substitués est largement supérieure à celles des non substitués. Cette observation laisse penser que le recours aux traitements de substitution aux opiacés a largement progressé en milieu carcéral. De même, lorsque le patient bénéficiait d'un traitement de substitution avant son incarcération, celui-ci a rarement été interrompu. Lorsque la substitution a été initiée avant l'incarcération, elle l'a été le plus souvent par un médecin de ville et de manière tout à fait minoritaire lors d'un précédent séjour en milieu carcéral. Le recours à la méthadone semble plus fréquent qu'en milieu libre, mais reste très largement minoritaire, dans l'échantillon étudié, par rapport au recours à la buprénorphine haut dosage.

Aucune différence significative entre détenus substitués et non substitués pour les paramètres sociodémographiques n'a pu être mise en évidence; ceci peut être le témoin d'une relative absence de

discrimination sociale à l'égard du traitement de substitution. En revanche le profil des patients substitués différait significativement des non substitués. En particulier, les patients substitués étaient généralement des patients ayant une situation pénale et des antécédents d'incarcération plus lourds. Leur recours aux soins et leur couverture sociale se sont avérés meilleurs que chez les patients non substitués, mais ils se percevaient plus souvent en mauvais état de santé. Les patients substitués étaient significativement plus nombreux à connaître leur statut sérologique vis-à-vis de l'infection à VIH et de l'hépatite C. La large majorité des détenus connaissait leur statut sérologique, mais une minorité avait bénéficié d'un traitement notamment pour l'hépatite C. Parmi les détenus se sachant séropositifs, le tiers n'avait pas bénéficié d'un traitement antiviral pour le VIH et 82% pour l'hépatite C.

Les antécédents de séjour dans un service spécialisé en psychiatrie (en dehors d'un sevrage) étaient environ deux fois plus fréquents chez les patients substitués. De même, les antécédents de tentative de suicide étaient beaucoup plus fréquemment déclarés par les patients substitués. La prescription d'un anxiolytique était plus deux fois plus fréquente au cours du mois précédant l'incarcération chez les patients substitués ; la prescription des autres psychotropes ne différait pas significativement entre les deux groupes. Au total, les patients substitués semblent être des patients plus « lourds » sur le plan psychiatrique.

En ce qui concerne l'usage de drogues, les patients substitués étaient proportionnellement plus nombreux à s'être injectés de l'héroïne au cours de la vie et à avoir fait un épisode de surdose. Avant leur incarcération, les patients substitués tendaient à avoir moins souvent consommé au cours du mois précédant leur incarcération des drogues (héroïne et autres drogues). La prescription de psychotropes durant le séjour en milieu pénitentiaire était moins fréquente chez les patients substitués, et ce pour tous les médicaments (hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs et neuroleptiques).

Au total, les patients substitués en milieu carcéral ont généralement un passé plus lourd tant sur le plan de leurs rapports avec la Justice que sur l'usage de drogues. Les analyses multivariées qui ont mis en évidence les facteurs associés à la substitution à l'incarcération ont confirmé ces résultats. Cet élément a été particulièrement pris en compte lors des analyses à 24 mois.

9.2. Phase 2 : la réincarcération

L'ensemble des analyses figure en annexe (Annexe 10- Annexe 13). Ci-dessous sont présentés les résultats les plus pertinents.

9.2.1 Analyses univariées

Les patients toujours incarcérés à la fin du suivi, et ce pour l'incarcération qui était en cours à l'inclusion dans l'étude, n'ont pas été pris en compte pour le calcul du taux de réincarcération et l'analyse des facteurs associés à celle-ci.

Plusieurs codages pour le statut de substitution ont été étudiés (S : substitué, NS : non substitué) :

- 2 classes : S à l'incarcération, NS à l'incarcération,
- 4 classes : NS avant l'incarcération / NS après l'incarcération, S / NS, NS / S, S / S,
- 3 classes : substitué à l'incarcération avec Subutex, substitué à l'incarcération avec Méthadone, NS à l'incarcération,
- 2 classes : substitution avant l'incarcération (Oui ou Non),
- 2 classes : substitution avant et/ou après l'incarcération (Oui ou Non).

Le parcours des patients (libérations et réincarcérations successives) depuis leur inclusion dans l'étude a été détaillé selon le statut de substitution à l'incarcération. Les résultats figurent en Table 13 - Table 15.

De plus, la durée totale du suivi en mois (souvent proche de 3 ans) a été calculée pour chaque patient, puis le taux de réincarcération a été calculé en pondérant par la durée de suivi. Ce taux est donc un rapport de quantités exprimées en patients-mois. Le résultat (p-value) du test du Chi² est indiqué.

La p-value p_2 représente le résultat du test (Fisher pour les variables quantitatives, Chi² ou Fisher exact pour les variables qualitatives) qui porte sur l'ensemble des patients retrouvés par l'INSERM pour l'analyse de la mortalité. En émettant l'hypothèse que la plupart des patients non retrouvés sont des patients étrangers, ces patients non retrouvés ont peut-être, à leur libération, été reconduits à la frontière et ne peuvent donc pas être réincarcérés en France. En effet, le taux de réincarcération est plus faible chez les patients non retrouvés (41.1% vs. 51.2%, $p = 0.003$, cf. Table 17).

Table 13 : incarcération en fin de suivi (N=507)

| | n (%) |
|---|-------------|
| Toujours incarcéré (incarcération relative à la date d'écrou indiquée) | |
| Oui | 29 (5.74%) |
| Non | 472 (93.5%) |
| Non réponse | 4 (0.79%) |
| Données manquantes | 2 (0.39%) |

Table 14 : incarcération en fin de suivi et substitution (N=500)

| | Non | | Total (500) | p | p2 |
|---|------------------|------------------|-------------|-------|-------|
| | Substitués (394) | Substitués (106) | | | |
| Toujours incarcéré (incarcération relative à la date d'écrou indiquée) | | | | | |
| Oui | 18 (4.57%) | 11 (10.6%) | 29 (5.80%) | 0.071 | 0.031 |
| Non | 372 (94.4%) | 93 (89.4%) | 465 (93.0%) | | |
| Non réponse | 4 (1.02%) | 0 (0%) | 4 (0.80%) | | |
| Données manquantes | | 2 (1.89%) | 2 (0.40%) | | |

Table 15 : incarcération en fin de suivi et substitution en 3 groupes (N=500)

| | Substitués (Subutex) | Substitués (Méthadone) | Non | Total (500) | p |
|---|----------------------|------------------------|------------------|-------------|-------|
| | (290) | (104) | Substitués (106) | | |
| Toujours incarcéré (incarcération relative à la date d'écrou indiquée) | | | | | |
| Oui | 11 (3.79%) | 7 (6.73%) | 11 (10.6%) | 29 (5.80%) | 0.065 |
| Non | 275 (94.8%) | 97 (93.3%) | 93 (89.4%) | 465 (93.0%) | |
| Non réponse | 4 (1.38%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 4 (0.80%) | |
| Données manquantes | | | 2 (1.89%) | 2 (0.40%) | |

Table 16 : réincarcération à l'exclusion des patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion (N=478)

| | Total (478) |
|---|-------------|
| Réincarcéré au moins une fois | |
| Oui | 238 (50.0%) |
| Non | 228 (47.9%) |
| Non réponse | 10 (2.10%) |
| Taux de réincarcération en patients-mois (N=14304 patients mois) | 50.9% |

Table 17 : réincarcération à l'exclusion des patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion et donnée de mortalité (N=478)

| Patient retrouvé pour la mortalité : | Oui (420) | Non (58) | Total (478) | p |
|--------------------------------------|-------------|------------|-------------|-------|
| Réincarcéré au moins une fois | | | | 0.003 |
| Oui | 215 (51.2%) | 23 (41.1%) | 238 (49.8%) | |
| Non | 200 (47.6%) | 28 (50.0%) | 228 (47.7%) | |
| Non réponse | 5 (1.19%) | 5 (8.93%) | 10 (2.09%) | |
| Missing | | 2 (3.45%) | 2 (0.42%) | |

Les principaux taux de réincarcération selon le statut de substitution sont présentés ci-dessous en Table 18 - Table 22. Dans chaque cas, les patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion ne font pas partie de l'analyse.

Table 18 : réincarcération à l'exclusion des patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion et substitution (N=471)

| <i>Sans patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion</i> | Substitués (376) | Non Substitués (95) | Total (471) | p | p2 |
|---|------------------|---------------------|-------------|-------|--------|
| Réincarcéré au moins une fois | | | | 0.022 | > 0.05 |
| Oui | 197 (52.4%) | 38 (40.9%) | 235 (49.9%) | | |
| Non | 169 (44.9%) | 55 (59.1%) | 224 (47.6%) | | |
| Non réponse | 10 (2.66%) | 0 (0%) | 10 (2.12%) | | |
| Données manquantes | | 2 (2.11%) | 2 (0.42%) | | |
| Taux de réincarcération en patients-mois (N=14.069 patients mois) | 53.9% | 40.4% | 51.1% | 0.000 | 0.000 |
| Nombre de réincarcérations | | | | 0.392 | > 0.05 |
| N | 197 | 38 | 235 | | |
| Moyenne ± ET | 1.766 ± 1.086 | 1.605 ± 0.916 | 1.74 ± 1.06 | | |

Table 19 : réincarcération et statut de substitution en 4 classes (N=469)

| <i>Sans patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion</i> | NS / NS (72) | NS / S (62) | S / NS (22) | S / S (313) | Total (469) | p | p2 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------|--------|
| Réincarcéré au moins une fois | | | | | | 0.104 | > 0.05 |
| Oui | 26 (37.1%) | 34 (54.8%) | 11 (50.0%) | 162 (51.8%) | 233 (49.7%) | | |
| Non | 44 (62.9%) | 28 (45.2%) | 11 (50.0%) | 141 (45.0%) | 224 (47.8%) | | |
| Non réponse | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 10 (3.19%) | 10 (2.13%) | | |
| Données manquantes | 2 (2.78%) | | | | 2 (0.43%) | | |
| Taux de réincarcération en patients-mois (N=13.994 patients mois) | 38.1% | 55.8% | 44.6% | 53.3% | 50.9% | 0.000 | > 0.05 |
| Nombre de réincarcérations | | | | | | 0.659 | 0.000 |
| N | 26 | 34 | 11 | 162 | 233 | | |
| Moyenne ± ET | 1.577 ± 0.945 | 1.618 ± 0.739 | 1.727 ± 0.905 | 1.802 ± 1.147 | 1.747 ± 1.063 | | |

Table 20 : réincarcération et statut de substitution en 3 classes (N=471)

| <i>Sans patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion</i> | Substitués (Subutex) (279) | Substitués (Méthadone) (97) | Non Substitués (95) | Total (471) | p | p2 |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|--------------------|----------|-----------|
| Réincarcéré au moins une fois | | | | | 0.025 | > 0.05 |
| Oui | 153 (54.8%) | 44 (45.4%) | 38 (40.9%) | 235 (49.9%) | | |
| Non | 118 (42.3%) | 51 (52.6%) | 55 (59.1%) | 224 (47.6%) | | |
| Non réponse | 8 (2.87%) | 2 (2.06%) | 0 (0%) | 10 (2.12%) | | |
| Données manquantes | | | 2 (2.11%) | 2 (0.42%) | | |
| Taux de réincarcération en patients-mois (N=14.069 patients mois) | 56.6% | 46.3% | 40.4% | 51.1% | 0.000 | > 0.05 |
| Nombre de réincarcérations | | | | | 0.349 | 0.000 |
| N | 153 | 44 | 38 | 235 | | |
| Moyenne ± ET | 1.719 ± 1.067 | 1.932 ± 1.149 | 1.605 ± 0.916 | 1.74 ± 1.06 | | |

Table 21 : réincarcération et substitution avant l'incarcération Oui vs. Non (N=476)

| <i>Sans patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion</i> | Non (138) | Oui (338) | Total (476) | p | p |
|---|------------------|------------------|--------------------|----------|----------|
| Réincarcéré au moins une fois | | | | 0.025 | > 0.05 |
| Oui | 61 (44.9%) | 175 (51.8%) | 236 (49.6%) | | |
| Non | 75 (55.1%) | 153 (45.3%) | 228 (47.9%) | | |
| Non réponse | 0 (0%) | 10 (2.96%) | 10 (2.10%) | | |
| Données manquantes | 2 (1.45%) | | 2 (0.42%) | | |
| Taux de réincarcération en patients-mois (N=14.069 patients mois) | 53.9% | 40.4% | 51.1% | 0.000 | 0.000 |
| Nombre de réincarcérations | | | | 0.195 | > 0.05 |
| N | 61 | 175 | 236 | | |
| Moyenne ± ET | 1.59 ± 0.824 | 1.794 ± 1.126 | 1.742 ± 1.058 | | |

Table 22 : réincarcération et substitution avant et/ou après l’incarcération Oui vs. Non (N=473)

| <i>Sans patients toujours incarcérés pour l’incarcération à l’inclusion</i> | | | | | |
|---|-----------------|------------------|--------------------|----------|----------|
| | Non (72) | Oui (401) | Total (473) | p | p |
| Réincarcéré au moins une fois | | | | 0.018 | 0.093 |
| Oui | 26 (37.1%) | 210 (52.4%) | 236 (49.9%) | | |
| Non | 44 (62.9%) | 181 (45.1%) | 225 (47.6%) | | |
| Non réponse | 0 (0%) | 10 (2.49%) | 10 (2.11%) | | |
| Données manquantes | 2 (2.78%) | | 2 (0.42%) | | |
| Taux de réincarcération en patients-mois (N=14.069 patients mois) | 53.9% | 40.4% | 51.1% | 0.000 | 0.000 |
| Nombre de réincarcérations | | | | 0.402 | > 0.05 |
| N | 26 | 210 | 236 | | |
| Moyenne ± ET | 1.577 ± 0.945 | 1.762 ± 1.072 | 1.742 ± 1.058 | | |

La substitution sur l’incarcération est statistiquement associée à la réincarcération mais contrairement aux attentes, les non substitués sont réincarcérés en proportions plus faibles. On note que le taux de réincarcération est de seulement 37.1% chez les patients non substitués avant l’incarcération contre 52.4% chez les patients substitués avant et/ou après l’incarcération. Sur le sous-groupe des patients pour lesquels on dispose du statut vital, la différence entre les taux selon le statut de substitution (lorsqu’ils ne sont pas exprimés en patients-mois) n’est jamais significative quel que soit le codage du statut de substitution.

9.2.2 Analyses multivariées

Des analyses multivariées (modèles de Cox) ont été mises en œuvre pour étudier le lien entre substitution à l’incarcération et réincarcération. Les caractéristiques des substitués et non substitués étant très différentes à l’inclusion, ce lien devait être étudié en tenant compte de ces différences. L’analyse a donc été ajustée sur les variables distinguant les substitués des non substitués. Ces variables sont rappelées ci-dessous :

| | |
|---|--|
| Age | Cocaïne à 1 mois |
| Statut Substitution (Substitué / Non substitué) | Ecstasy à 1 mois |
| Incarcération(s) précédente(s) | Hallucinogènes à 1 mois |
| Situation pénale (groupé) | Héroïne à 1 mois |
| Santé actuelle (groupé) | Kétamine à 1 mois |
| Couverture maladie (groupé) | Subutex à 1 mois |
| Hospitalisation en soins psychiatriques (hors sevrage) | Speed ball à 1 mois |
| Problème de drogue Frère/Soeur | Alcool+Benzodiazépines en IV au cours de la vie |
| Au moins 1 hypnotique ou anxiolytique prescrit à 1 mois | Benzodiazépines en IV au cours de la vie |
| Au moins 1 psychotrope prescrit à 1 mois | Cocaïne en IV au cours de la vie |
| Connaît son statut VHC et VIH | Héroïne en IV au cours de la vie |
| Traitement antiviral pour le VIH | Méthadone en IV au cours de la vie |
| Traitement par Interféron pour le VHC | Subutex en IV au cours de la vie |
| Prise en charge médicale pour un problème de drogue | Speed ball en IV au cours de la vie |
| Consultation à 1 mois | Polytoxicomanie à 1 mois (hors Subutex et Méthadone) |
| Amphétamines à 1 mois | Antécédents d'overdose |
| | Tentative de suicide |

Le délai jusqu'à la première réincarcération ou jusqu'aux dernières nouvelles le cas échéant (donnée censurée) est la variable dépendante.

Pour chacune des variables d'ajustement, l'hypothèse des taux proportionnels a été vérifiée. Les estimations avec et sans stratification sur les variables pour lesquelles l'hypothèse des risques proportionnels n'était pas vérifiée étant comparables, les résultats seront présentés sans stratification. Ceci a l'avantage de permettre le test de l'ensemble des effets.

Les analyses des facteurs associés à la réincarcération ont été réalisées pour chacune des combinaisons des choix pour les paramètres suivants (exemple : la première analyse porte sur tous les patients exceptés ceux toujours incarcérés pour l'incarcération en cours à l'inclusion dans l'étude, avec le statut de substitution en 4 classes et selon la procédure de sélection Forward automatique) :

Population à l'étude :

- tous les patients exceptés ceux toujours incarcérés pour l'incarcération en cours à l'inclusion dans l'étude,
- population précédente à laquelle on soustrait les patients pour lesquels les données de mortalité n'ont pas été retrouvées.

Codage du statut de substitution

- 4 classes : NS avant l’incarcération / NS après l’incarcération, S / NS, NS / S, S / S,
- 3 classes : S avec Subutex, S avec Méthadone, NS,
- 2 classes : S à l’incarcération, NS à l’incarcération,

Méthodes de sélection des variables :

- Forward automatique,
- Backward automatique,
- Stepwise automatique,
- Backward manuelle,
- Forward manuelle.

Les résultats pertinents sont présentés dans les pages qui suivent. L’ensemble des sorties SAS est en annexe.

9.2.2.1 Tous les patients exceptés ceux toujours incarcérés pour l’incarcération en cours à l’inclusion dans l’étude

Quel que soit le codage de la variable Statut de substitution, la procédure automatique de sélection Forward et la procédure Stepwise donnent les mêmes résultats, sur 402 ou 404 observations selon le codage du Statut de substitution choisi. Le fait pour le détenu d’avoir eu une incarcération précédente, la prise de kétamine à un mois avant l’incarcération ou un antécédent d’overdose sont indépendamment liés à la réincarcération. Les résultats sont présentés pour N = 402 en Table 23.

Table 23 : Sélection Forward ou Stepwise automatique (N=402)

| Libellé de la variable | Pr > Khi 2 | Rapport Bornes de | | |
|--------------------------------|------------|-------------------|----------|-------|
| | | de risque | l’IC 95% | |
| Incarcération(s) précédente(s) | 0.0059 | 1.746 | 1.174 | 2.598 |
| Kétamine à 1 mois | 0.0444 | 1.782 | 1.015 | 3.131 |
| Antécédents d’overdose | 0.0467 | 1.197 | 1.003 | 1.430 |

Les résultats obtenus par la procédure automatique de sélection Backward ne changent pas quel que soit le codage de la variable Statut de substitution, à partir de 402 ou 404 observations selon le codage du Statut de substitution choisi. Le fait d’avoir une incarcération précédente, l’absence de prise d’héroïne à un mois ou la polytoxicomanie sont liés à la réincarcération. Les résultats sont présentés pour N = 402 en Table 24.

Table 24 : Sélection Backward automatique (N=402)

| Libellé de la variable | Pr > Khi 2 | Rapport Bornes de | | |
|--|------------|-------------------|----------|-------|
| | | de risque | l'IC 95% | |
| Incarcération(s) précédente(s) | 0.0088 | 1.702 | 1.144 | 2.533 |
| Héroïne à 1 mois | 0.0368 | 0.688 | 0.484 | 0.977 |
| Polytoxicomanie à 1 mois (hors Subutex et Méthadone) | 0.0105 | 1.214 | 1.046 | 1.408 |

Lorsque le statut de substitution est en deux classes : substitués vs. non substitués à l’incarcération, la procédure de sélection Forward manuelle a sélectionné les effets suivants : statut de substitution et incarcération(s) précédente(s) (Table 25). Le fait d’avoir eu une incarcération précédente, la substitution à l’incarcération sont liés à la réincarcération.

Table 25 : Sélection Forward manuelle et statut de substitution substitués vs. non substitués à l’incarcération (N=458)

| Libellé de la variable | Pr > Khi 2 | Rapport Bornes de | | |
|--------------------------------|------------|-------------------|----------|-------|
| | | de risque | l'IC 95% | |
| Incarcération(s) précédente(s) | 0.0010 | 1.880 | 1.292 | 2.734 |
| Statut Substitution | 0.0525 | 1.423 | 0.996 | 2.034 |

Lorsque le statut de substitution est en trois classes : substitués vs. non substitués à l’incarcération, la procédure de sélection Backward manuelle a sélectionné ces deux mêmes effets (Table 26). Le fait d’avoir une incarcération précédente, la substitution sont liés à la réincarcération. Une substitution par Subutex par rapport à Méthadone ou pas de substitution, une substitution par Méthadone par rapport à pas de substitution est associée à la réincarcération.

Table 26 : Sélection Backward manuelle et statut de substitution 3 groupes (substitués Subutex, substitués Méthadone, non substitués) à l’incarcération (N=458)

| Libellé de la variable | Pr > Khi 2 | Rapport Bornes de | | |
|--------------------------------|------------|-------------------|----------|-------|
| | | de risque | l'IC 95% | |
| Incarcération(s) précédente(s) | 0.0009 | 1.882 | 1.295 | 2.737 |
| Statut Substitution | 0.0122 | 1.250 | 1.050 | 1.488 |

9.2.2.2 Tous les patients exceptés ceux toujours incarcérés pour l’incarcération en cours à l’inclusion dans l’étude ainsi que les patients non retrouvés pour la mortalité

Dans l’ensemble des analyses portant sur tous les patients, à l’exception de ceux toujours incarcérés pour l’incarcération en cours à l’inclusion dans l’étude et les patients non retrouvés pour la mortalité,

le fait d'avoir une incarcération précédente apparaît lié à la réincarcération. Les résultats sont en Table 27. L'effet du statut de substitution n'est alors jamais significatif, quel que soit le codage utilisé.

Table 27 : réincarcération, sans patients non retrouvés (N=410)

| Libellé de la variable | Rapport Bornes de | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------|-------------|
| | Pr > Khi 2 | de risque | I'IC 95% |
| Incarcération(s) précédente(s) | 0.0003 | 2.120 | 1.414 3.177 |

9.3. Phase 3 : la mortalité

La trace de 59 des 500 patients de l'étude avec un statut de substitution n'a pas été retrouvée 24 mois après l'inclusion. La proportion de patients retrouvés est plus élevée parmi les substitués. On recense au total 10 décès, soit un taux annuel de mortalité brute de 1%.

Table 28 : Taux de mortalité à 24 mois (N = 500)

| | Substitués | Non Substitués | Total (500) | p |
|-------------------------|-------------|----------------|-------------|-------|
| | (394) | (106) | | |
| Patient décédé | | | | 1.000 |
| Oui | 8 (2.25%) | 2 (2.33%) | 10 (2.00%) | |
| Non | 347 (97.7%) | 84 (97.7%) | 431 (86.2%) | |
| Données manquantes | 39 (9.90%) | 20 (18.9%) | 59 (11.8%) | |
| Patient retrouvé | | | | 0.011 |
| Oui | 355 (90.1%) | 86 (81.1%) | 441 (88.2%) | |
| Non | 39 (9.90%) | 20 (18.9%) | 59 (11.8%) | |

Les principales caractéristiques des patients décédés, y compris les causes principales de décès, sont présentées dans la Table 29. Les causes principales de décès ont été codées selon la classification CIM-10. On note quatre auto-intoxications / intoxications accidentelles, 4 causes non précisées, une insuffisance rénale et un décès lié aux comorbidités du VIH. Il est probable que parmi les causes non documentées figurent d'autres intoxications, surdoses ou tentatives de suicide.

Table 29 : Caractéristiques des patients décédés (N = 10)

| Age | Sexe | Substitué avant l'incarcération | Traitement VIH oui vs. autres* | Incarcération(s) précédente(s) | Réincarcéré | | Hospitalisation en soins | | Diagnostic VHC | Au mois une overdose | Cause principale de décès (niveau le plus détaillé) |
|-----|-------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--|---|
| | | | | | au moins une fois | psychiatriques (hors sevrage) | en soins | | | | |
| 32 | Homme | Non | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Autre** | Non / Données manquantes | Intoxication accidentelle par d'autres médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision lieu, sans précision | |
| 36 | Homme | Non | Oui | Non | Non | Non | Non | VHC + | Non / Données manquantes | Maladie par VIH à l'origine d'autres états précisés | |
| 35 | Homme | Oui | Autre | Oui | Non | Non | Non | Autre | Non / Données manquantes | Autres causes de mortalité mal définies et non précisées | |
| 27 | Homme | Non | Autre | Oui | Oui | Non | Non | Autre | Oui | Insuffisance rénale terminale | |
| 27 | Homme | Non | Autre | Oui | Oui | Non | Non | Autre | Non / Données manquantes | Intoxication accidentelle par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs lieu, sans précision | |
| 21 | Homme | Non | Autre | Oui | Oui | Non | Non | VHC + | Non / Données manquantes | Intoxication accidentelle par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs lieu, sans précision | |
| 32 | Homme | Oui | Autre | Oui | Oui | Non | Non | VHC + | Oui | Autres causes de mortalité mal définies et non précisées | |
| 35 | Homme | Non | Autre | Oui | Oui | Non | Non | Autre | Oui | Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision établissement collectif | |
| 35 | Homme | Non | Autre | Oui | Oui | Non | Non | Autre | Non / Données manquantes | Autres causes de mortalité mal définies et non précisées | |
| 35 | Homme | Non | Autre | Oui | Oui | Non | Non | Autre | Oui | Arrêt respiratoire | |

* pas de traitement, ignore son statut VIH, donnée manquante

** VHC négatif, ignore son statut VHC, donnée manquante

Le faible nombre total de décès ne permet pas d'explorer les facteurs associés à la mortalité par une régression multivariée de Poisson. La table suivante présente les associations entre mortalité et caractéristiques des patients à l'inclusion. Les décès sont plus fréquents chez les patients traités pour le VIH. Sept des 10 patients décédés vivaient avec leurs parents, contre 31.4% des patients non décédés.

Table 30 : Mortalité et caractéristiques à l'inclusion (N = 446)

| Analyse univariée selon le statut décédé Oui vs. Non | Oui (10) | Non (436) | Total (446) | p |
|--|-------------|---------------|--------------|-------|
| Statut Substitution | | | | 1.000 |
| Substitués | 8 (80.0%) | 347 (80.5%) | 355 (79.6%) | |
| Non Substitués | 2 (20.0%) | 84 (19.5%) | 86 (19.3%) | |
| Données manquantes | | 5 (1.15%) | 5 (1.12%) | |
| Age | | | | 0.721 |
| N | 10 | 434 | 444 | |
| Moyenne ± ET | 31.5 ± 4.95 | 30.78 ± 6.337 | 30.8 ± 6.306 | |
| Médiane | 33.5 | 30 | 30 | |
| Min - Max | 21 - 36 | 18 - 49 | 18 - 49 | |
| Sexe | | | | 1.000 |
| Homme | 10 (100%) | 420 (96.3%) | 430 (96.4%) | |
| Femme | 0 (0%) | 16 (3.67%) | 16 (3.59%) | |
| Enfants | | | | 0.359 |
| Oui | 3 (30.0%) | 199 (45.7%) | 202 (45.3%) | |
| Non | 7 (70.0%) | 236 (54.3%) | 243 (54.5%) | |
| Données manquantes | | 1 (0.23%) | 1 (0.22%) | |
| Niveau d'étude (groupé) | | | | 0.587 |
| Ecole primaire | 1 (10.0%) | 43 (9.86%) | 44 (9.87%) | |
| BEPC | 3 (30.0%) | 65 (14.9%) | 68 (15.2%) | |
| BEP ou CAP | 6 (60.0%) | 256 (58.7%) | 262 (58.7%) | |
| BAC ou supérieur | 0 (0%) | 54 (12.4%) | 54 (12.1%) | |
| Autre | 0 (0%) | 18 (4.13%) | 18 (4.04%) | |
| Revenus à 1 mois | | | | 0.066 |
| Activité professionnelle | 4 (40.0%) | 149 (34.6%) | 153 (34.3%) | |
| Chômage (ASSEDIC) | 2 (20.0%) | 51 (11.8%) | 53 (11.9%) | |
| RMI | 1 (10.0%) | 129 (29.9%) | 130 (29.1%) | |
| COTOREP | 1 (10.0%) | 16 (3.71%) | 17 (3.81%) | |
| Tiers | 2 (20.0%) | 21 (4.87%) | 23 (5.16%) | |
| Autre (préciser) | 0 (0%) | 65 (15.1%) | 65 (14.6%) | |
| Données manquantes | | 5 (1.15%) | 5 (1.12%) | |
| Revenus (groupé) | | | | 0.095 |
| Activité professionnelle | 4 (40.0%) | 149 (34.6%) | 153 (34.3%) | |
| Chômage (ASSEDIC) / COTOREP / Tiers | 5 (50.0%) | 88 (20.4%) | 93 (20.9%) | |

| Analyse univariée selon le statut décédé Oui vs. Non | Oui (10) | Non (436) | Total (446) | p |
|--|-----------------|------------------|--------------------|----------|
| RMI | 1 (10.0%) | 129 (29.9%) | 130 (29.1%) | |
| Autre (préciser) | 0 (0%) | 65 (15.1%) | 65 (14.6%) | |
| Données manquantes | | 5 (1.15%) | 5 (1.12%) | |
| Logement principal | | | | 0.162 |
| Personnel | 1 (10.0%) | 162 (37.6%) | 163 (36.5%) | |
| Parents | 7 (70.0%) | 159 (36.9%) | 166 (37.2%) | |
| Amis | 2 (20.0%) | 35 (8.12%) | 37 (8.30%) | |
| Service spécialisé hébergement | 0 (0%) | 20 (4.64%) | 20 (4.48%) | |
| Hébergement privé précaire | 0 (0%) | 16 (3.71%) | 16 (3.59%) | |
| Sans domicile fixe | 0 (0%) | 39 (9.05%) | 39 (8.74%) | |
| Données manquantes | | 5 (1.15%) | 5 (1.12%) | |
| Vous vivez: | | | | 0.075 |
| seul | 2 (20.0%) | 107 (25.5%) | 109 (24.4%) | |
| seul avec enfants | 0 (0%) | 7 (1.67%) | 7 (1.57%) | |
| avec vos parents | 7 (70.0%) | 132 (31.4%) | 139 (31.2%) | |
| avec un conjoint | 0 (0%) | 140 (33.3%) | 140 (31.4%) | |
| avec des amis | 1 (10.0%) | 26 (6.19%) | 27 (6.05%) | |
| Autre (préciser) | 0 (0%) | 8 (1.90%) | 8 (1.79%) | |
| Données manquantes | | 16 (3.67%) | 16 (3.59%) | |
| Pb de drogue Frère/Soeur | 3 (33.3%) | 107 (25.5%) | 110 (24.7%) | 0.700 |
| situation pénale (groupé) | | | | 0.749 |
| Condamné | 6 (60.0%) | 281 (64.4%) | 287 (64.3%) | |
| Prévenu | 4 (40.0%) | 155 (35.6%) | 159 (35.7%) | |
| Incarcération(s) précédente(s) | 9 (90.0%) | 342 (78.4%) | 351 (78.7%) | 0.696 |
| Couverture maladie (groupé) | | | | 1.000 |
| Bonne Couverture maladie | 8 (80.0%) | 337 (79.1%) | 345 (77.4%) | |
| Mauvaise/Pas de Couverture maladie | 2 (20.0%) | 89 (20.9%) | 91 (20.4%) | |
| Données manquantes | | 10 (2.29%) | 10 (2.24%) | |
| Prise en charge médicale pour un pb de drogue | 10 (100%) | 364 (83.7%) | 374 (83.9%) | 0.376 |
| Consultation à 1 mois | 8 (80.0%) | 301 (69.2%) | 309 (69.3%) | 0.730 |
| Au moins 1 psychotrope prescrit à 1 mois | 5 (50.0%) | 225 (52.2%) | 230 (51.6%) | 1.000 |
| Au moins 1 hypnotique ou anxiolytique prescrit à 1 mois | 5 (50.0%) | 206 (48.9%) | 211 (47.3%) | 1.000 |
| Hospitalisation en soins psychiatriques (hors sevrage) | 1 (10.0%) | 109 (25.3%) | 110 (24.7%) | 0.463 |
| Traitement par Interféron pour le VHC | | | | 0.480 |
| Oui | 1 (11.1%) | 27 (6.25%) | 28 (6.28%) | |
| Non, mais séropositif | 2 (22.2%) | 125 (28.9%) | 127 (28.5%) | |
| Non, car séronégatif | 6 (66.7%) | 217 (50.2%) | 223 (50.0%) | |
| Non, car ignore son statut | 0 (0%) | 63 (14.6%) | 63 (14.1%) | |
| Données manquantes | 1 (10.0%) | 4 (0.92%) | 5 (1.12%) | |
| Diagnostic VHC | | | | 0.911 |

| Analyse univariée selon le statut décédé Oui vs. Non | Oui (10) | Non (436) | Total (446) | p |
|---|-----------------|------------------|--------------------|--------------|
| VHC + | 3 (30.0%) | 152 (34.9%) | 155 (34.8%) | |
| VHC - | 6 (60.0%) | 217 (49.8%) | 223 (50.0%) | |
| Ignore son statut / Données manquantes | 1 (10.0%) | 67 (15.4%) | 68 (15.2%) | |
| Diagnostic VHC | | | | 1.000 |
| VHC + | 3 (30.0%) | 152 (34.9%) | 155 (34.8%) | |
| Autre | 7 (70.0%) | 284 (65.1%) | 291 (65.2%) | |
| Traitement antiviral pour le VIH | | | | 0.060 |
| Oui | 2 (20.0%) | 12 (2.79%) | 14 (3.14%) | |
| Non, mais séropositif | 0 (0%) | 8 (1.86%) | 8 (1.79%) | |
| Non, car séronégatif | 8 (80.0%) | 352 (81.9%) | 360 (80.7%) | |
| Non, car ignore son statut | 0 (0%) | 58 (13.5%) | 58 (13.0%) | |
| Données manquantes | | 6 (1.38%) | 6 (1.35%) | |
| Traitement VIH oui / séropositif vs. autres | | | | 0.082 |
| Oui ou non mais séropositif | 2 (20.0%) | 20 (4.59%) | 22 (4.93%) | |
| Autre | 8 (80.0%) | 416 (95.4%) | 424 (95.1%) | |
| Traitement VIH oui vs. autres | | | | 0.036 |
| Oui | 2 (20.0%) | 12 (2.75%) | 14 (3.14%) | |
| Autre | 8 (80.0%) | 424 (97.2%) | 432 (96.9%) | |
| Connait son statut VHC et VIH | | | | 0.606 |
| Oui | 9 (100%) | 357 (88.4%) | 366 (82.1%) | |
| Non | 0 (0%) | 47 (11.6%) | 47 (10.5%) | |
| Données manquantes | 1 (10.0%) | 32 (7.34%) | 33 (7.40%) | |
| Santé actuelle (groupé) | | | | 0.132 |
| Excellente / Très bonne | 3 (30.0%) | 59 (13.5%) | 62 (13.9%) | |
| Plutôt bonne | 3 (30.0%) | 241 (55.3%) | 244 (54.7%) | |
| Plutôt mauvaise / Très mauvaise | 4 (40.0%) | 136 (31.2%) | 140 (31.4%) | |
| Tentative de suicide | 3 (30.0%) | 163 (37.4%) | 166 (37.2%) | 0.750 |
| Héroïne en IV Vie | 6 (60.0%) | 235 (55.2%) | 241 (54.0%) | 1.000 |
| Cocaïne en IV Vie | 5 (50.0%) | 223 (51.1%) | 228 (51.1%) | 1.000 |
| Speed ball en IV Vie | 4 (40.0%) | 183 (42.0%) | 187 (41.9%) | 1.000 |
| Subutex en IV Vie | 2 (20.0%) | 177 (40.6%) | 179 (40.1%) | 0.328 |
| Méthadone en IV Vie | 2 (20.0%) | 42 (9.63%) | 44 (9.87%) | 0.258 |
| Benzodiazépines en IV Vie | 1 (10.0%) | 73 (16.7%) | 74 (16.6%) | 1.000 |
| Alcool+Benzodiazépines en IV Vie | 1 (10.0%) | 56 (12.8%) | 57 (12.8%) | 1.000 |
| Héroïne à 1 mois | 4 (40.0%) | 258 (59.2%) | 262 (58.7%) | 0.330 |
| Cocaïne à 1 mois | 7 (70.0%) | 239 (54.8%) | 246 (55.2%) | 0.523 |
| Speed ball à 1 mois | 2 (20.0%) | 114 (26.1%) | 116 (26.0%) | 1.000 |
| Subutex à 1 mois | 8 (80.0%) | 297 (68.1%) | 305 (68.4%) | 0.515 |
| Hallucinogènes à 1 mois | 0 (0%) | 46 (10.6%) | 46 (10.3%) | 0.609 |
| Kétamine à 1 mois | 0 (0%) | 26 (5.96%) | 26 (5.83%) | 1.000 |

| Analyse univariée selon le statut décédé Oui vs. Non | Oui (10) | Non (436) | Total (446) | p |
|---|-----------------|------------------|--------------------|----------|
| Amphétamines à 1 mois | 0 (0%) | 40 (9.17%) | 40 (8.97%) | 0.610 |
| Ecstasy à 1 mois | 1 (10.0%) | 106 (24.3%) | 107 (24.0%) | 0.463 |
| Antécédents d'overdose | | | | 0.232 |
| Jamais | 6 (60.0%) | 323 (75.5%) | 329 (73.8%) | |
| Une fois | 1 (10.0%) | 44 (10.3%) | 45 (10.1%) | |
| Plus d'une fois | 3 (30.0%) | 61 (14.3%) | 64 (14.3%) | |
| Données manquantes | | 8 (1.83%) | 8 (1.79%) | |
| Au mois une overdose | | | | 0.268 |
| Oui | 4 (40.0%) | 105 (24.1%) | 109 (24.4%) | |
| Non / Données manquantes | 6 (60.0%) | 331 (75.9%) | 337 (75.6%) | |
| Polytoxicomanie à 1 mois (hors Subutex et Méthadone) | | | | 0.497 |
| 0 produit | 2 (20.0%) | 86 (19.7%) | 88 (19.7%) | |
| 1 produit | 0 (0%) | 78 (17.9%) | 78 (17.5%) | |
| 2 produits | 3 (30.0%) | 79 (18.1%) | 82 (18.4%) | |
| > 2 produits | 5 (50.0%) | 193 (44.3%) | 198 (44.4%) | |

10. CONCLUSION

Les informations collectées pendant la phase d'inclusion nous enseignent que le recours aux traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral s'est largement amélioré au cours des dernières années, et que l'entrée en milieu carcéral ne se traduit plus que marginalement par un arrêt des traitements de substitution.

Le taux de réincarcération attendu (cf. 7.4) s'établissait aux alentours de 20-35%. L'étude des données de la phase II indique que la réincarcération est en réalité beaucoup plus fréquente (50%). Ces données sont concordantes avec les statistiques observées dans des études de cohortes réalisées par la direction de l'administration pénitentiaire.

Contrairement à l'hypothèse de départ (l'instauration ou la poursuite d'une substitution réduit le taux de réincarcération), le taux de réincarcération apparaît plus élevé chez les substitués durant la première semaine d'incarcération. On peut objecter le fait qu'une partie des patients substitués lors de la première semaine d'incarcération pourrait ne plus être plus substituée par la suite, soit en milieu carcéral en raison de problèmes liés à l'observance de ces traitements en milieu carcéral, soit dans la période suivant la sortie de prison. Notre observation est probablement plus le reflet des différences existant à l'inclusion entre les patients substitués et les non substitués, qu'un effet intrinsèque des traitements de substitution. Seule une étude randomisée permettant de disposer d'un véritable groupe témoin pourrait répondre parfaitement à la question de l'impact d'un traitement de substitution pendant et après l'incarcération. Celle-ci s'avère peu réalisable sur le plan opérationnel et réglementaire actuel. Notre étude peut seulement conclure que l'instauration ou la poursuite d'un traitement pendant la première semaine d'incarcération ne semble pas une garantie de la prévention du retour en détention et donc d'une meilleure insertion sociale. D'autres facteurs pourraient entrer en jeu, dont notamment l'observation d'antécédents d'incarcérations qui paraît avoir un impact beaucoup plus significatif sur la réincarcération.

L'étude n'a pas permis de mettre en évidence de lien entre la substitution des opiacés et le taux de mortalité à 24 mois. Le seul facteur lié significativement à la mortalité est le traitement contre le VIH. On aurait pu s'attendre à une association entre facteurs liés à l'intégration sociale et familiale et mortalité. Or de tels liens n'apparaissent pas significatifs. Il faut cependant remarquer que le faible nombre de décès observé rend peu puissante l'analyse des facteurs liés à la mortalité.

En conclusion, l'existence d'un taux élevé de réincarcération et de mortalité durant la période suivant la libération pose le problème de l'efficacité des programmes de prise en charge des personnes dépendantes des opiacés durant comme après leur libération. Cette période de la vie des personnes

faisant l'expérience de la prison est aujourd'hui complètement méconnue, bien que suspectée comme étant à haut risque. La difficulté de mise en œuvre d'études sur cette période critique rend peu probable leur réalisation dans le contexte actuel.

11. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OFDT. Drogues et Dépendances : Indicateurs et Tendances. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2002.
2. OCRTIS. Usage et trafic de stupéfiants - Statistiques 1997. Paris: Ministère de l'Intérieur, 1998.
3. Lert F. Impact épidémiologique de la politique de santé en direction des usagers de drogues en France. CLAT 2001, Barcelone.
4. Anonymous. Les traitements de substitution. *Prescrire* 2001;21(220).
5. Duburcq A, Charpak Y, Blin P, Madec L. [Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprenorphine. Results of the SPESUB study (pharmacoepidemiologic follow-up of general practice Subutex)]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000;48(4):363-73.
6. Lepere B, Gourarier L, Sanchez M, et al. [Reduction in the number of lethal heroin overdoses in France since 1994. Focus on substitution treatments]. *Ann Med Interne* 2001;152 Suppl 3:IS5-12.
7. Cowan A, Lewis J. Buprenorphine : Combatting Drug Abuse with A Unique Opioid. New-York: Wiley-Liss, 1995.
8. Auriacombe M, Grabot D, Daulouede J, Vergnolle J, O'Brien C, Tignol J. A naturalistic follow-up study of French-speaking opiate-maintained heroin-addicted patients: effect on biopsychosocial status. *J Subst Abuse Treat* 1994;11(6):565-8.
9. De Ducla M, Gagnon A, Mucchielli A, Robinet S, Vellay A. [Follow-up of opioid addicts treated with high-dose buprenorphine in a health care network. National retrospective study. Experience of French general physicians]. *Ann Med Interne (Paris)* 2000;151 Suppl A:A27-32.
10. Fhima A, Henrion R, Lowenstein W, Charpak Y. [Two-year follow-up of an opioid-user cohort treated with high-dose buprenorphine (Subutex)]. *Ann Med Interne (Paris)* 2001;152 Suppl 3:IS26-36.
11. Vignau J, Brunelle E. Differences between general practitioner- and addiction centre- prescribed buprenorphine substitution therapy in France. Preliminary results. *Eur Addict Res* 1998;4(Suppl 1):24-8.
12. Turnbull P, McSweeney T. Drug treatments in prison and aftercare: a literature review and results of a survey of European countries. *Drug misusing offenders in prison and after release 2000*, Strasbourg: 41-59.
13. Dolan K, Wodak A. An International review of methadone provision in prisons. *Add Res* 1996;4(1):85-97.
14. Dolan K, Hall W, Wodak A. Methadone maintenance reduces injecting in prison. *Bmj* 1996;312(7039):1162.
15. DGS. Circulaire DGS/DH/DAP 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire. 1996.
16. Marzo J. Thérapie et marchandage dans l'interaction médecin-détenu. Diplôme d'Université: Université René Descartes, 1996.
17. Morfini H, Feuillerat Y. Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire: Décembre 2001. Document DGS/DHOS, Juin 2002.
18. Magura S, Rosenblum A, Joseph H. Evaluation on in-jail methadone maintenance: preliminary results. In: Leukefeld C, Timms F, eds. *Drug abuse treatment in prisons and jails*. Rockville, Maryland.: US Department of Health and Human Resources, 1992.

19. Katz RI. The Addiction Treatment Unit: a dual diagnosis program at the California Medical Facility--a descriptive report. *J Psychoactive Drugs* 1999;31(1):41-6.
20. Draine J, Solomon P, Meyerson A. Predictors of reincarceration among patients who received psychiatric services in jail. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45(2):163-7.
21. Solomon P, Draine J, Meyerson A. Jail recidivism and receipt of community mental health services. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45(8):793-7.
22. Vigilante KC, Flynn MM, Affleck PC, et al. Reduction in recidivism of incarcerated women through primary care, peer counseling, and discharge planning. *J Women Health* 1999;8(3):409-15.
23. Wierson M, Forehand R. Predicting recidivism in juvenile delinquents: the role of mental health diagnoses and the qualification of conclusions by race. *Behav Res Ther* 1995;33(1):63-7.
24. Rotily M, Delorme C, Galinier A, Escaffre N, Moatti JP. [HIV risk behavior in prison and factors associated with reincarceration of injection drug users]. *Presse Med* 2000;29(28):1549-56.
25. Rich JD, Holmes L, Salas C, et al. Successful linkage of medical care and community services for HIV- positive offenders being released from prison. *J Urban Health* 2001;78(2):279-89.
26. Dole VP, Robinson JW, Orraca J, Towns E, Searcy P, Caine E. Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *N Engl J Med* 1969;280(25):1372-5.
27. Dole VP. Detoxification of sick addicts in prison. *JAMA* 1972;220(3):366-9.
28. Keen J, Rowse G, Mathers N, Campbell M, Seivewright N. Can methadone maintenance for heroin-dependent patients retained in general practice reduce criminal conviction rates and time spent in prison? *Br J Gen Pract* 2000;50(450):48-9.
29. Joukamaa M. The mortality of released Finnish prisoners; a 7 year follow-up study of the WATTU project. *Forensic Sci Int* 1998;96(1):11-9.
30. Harding-Pink D, Fryc O. Risk of death after release from prison: a duty to warn. *Brit Med J* 1988;297(6648):596.
31. Bird SM, Rotily M. Inside methodologies: for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons. *Howard Journal of Criminal Justice* 2002 41(2):123-36.
32. Steinhauser A. [Analysis of cause of death in Central Rhine prisons and in police detention centers 1949 to 1990]. *Arch Kriminol* 1997;199(3-4):88-96.
33. Bourgoin N. *Le suicide en prison: 1980-91*. Paris.: L'Harmattan, 1994.
34. Bourgoin N. [Mortality due to suicide in prison]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993;41(2):146-54.
35. Verger P, Rotily M, Prudhomme J, Bird SM. High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. *J Forensic Sciences* 2003; 48(3).
36. Seaman SR, Brett RP, Gore SM. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study [see comments]. *Brit Med J* 1998;316(7129):426-8.
37. Seymour A, Oliver JS, Black M. Drug-related deaths among recently released prisoners in the Strathclyde Region of Scotland. *J Forensic Sci* 2000;45(3):649-54.

12. ANNEXES

Annexe 1 : Avis rendus par le Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé



ministère
Joueurs
Éducation
recherche
E ministère délégué
recherche et nouvelles
technologies

DIRECTION DE LA RECHERCHE

**Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé**

Dossier n° : 02.233

**Intitulé de la demande : Impact des traitements de substitution par buprénorphine ou méthadone
sur les réincarcérations de détenus toxicomanes : Etude prospective
2002-2005.**

**Demandeur : RECAMS
Maison d'arrêt de la Seine-Saint-Denis
Avenue Vauban
93422 VILLEPINTE**

Responsable : Jean-Noël MARZO

Dossier reçu le : 5 août 2002

Dossier examiné le : 3 septembre 2002

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Fait à Paris, le 4 septembre 2002

La Présidente du Comité consultatif

Marie-Jeanne MAYAUX



DIRECTION DE LA RECHERCHE

**Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé**

Dossier n° : 02.233 (amendement n°1)

Intitulé de la demande : Impact des traitements de substitution par buprénorphine ou méthadone
sur les réincarcérations de détenus toxicomanes : étude prospective
2002-2005.

Demandeur : R.E.C.A.M.S.
Maison d'arrêt de la Seine-Saint-Denis
Avenue Vauban
93422 VILLEPINTE

Responsable : Jean-Noël MARZO

Dossier reçu le : 15 octobre 2002

Dossier examiné le : 14 novembre 2002

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Fait à Paris, le 15 novembre 2002

La Présidente du Comité consultatif

Marie-Jeanne MAYAUX



DIRECTION DE LA RECHERCHE
Comité consultatif sur le traitement
de l'information en matière de recherche
dans le domaine de la santé

Paris, le 23 décembre 2003

Tél. : 01 55 55 87 84 - Fax : 01 55 55 88 50
Courriel : secretariat.cctir@recherche.gouv.fr

Réf. : BE/MW n°03.1287

Dossier n° 02.233

Madame,

Le Comité consultatif a pris bonne note des modifications apportées au projet d'étude intitulée : « Impact des traitements de substitution par buprénorphine ou méthadone sur les réincarcérations de détenus toxicomanes : Etude prospective 2003-2006 ». Elles ne changent pas l'avis rendu par le Comité, le 3 septembre 2002.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations les meilleures.

Béatrice EVENO
La Secrétaire générale du Comité

Madame Catherine BOURBIER
ClinSearch
1, rue de l'Égalité
92220 BAGNEUX

1, rue Descartes – 75231 Paris Cedex 05
<http://www.recherche.gouv.fr>

Annexe 2 : Autorisation délivrée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés



Le Président de la Commission Nationale
de l'Informatique et des Libertés
à

Monsieur Jean-Noël MARZO
Directeur
RESEAU D'ETUDE SUR LES CONDUITES
ADDICTIVES ET LES MEDICAMENTS de
SUBSTITUTION
MAISON D'ARRET DE LA SEINE SAINT -
DENIS
AVENUE VAUBAN
93422 VILLEPINTE CEDEX

N/Réf. : MGT/CPZ/SV/JB/AR021351

DEMANDE D'AUTORISATION N° 902299

**A rappeler dans toute correspondance,
notamment en cas de modification ou
de suppression du traitement.**

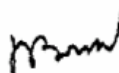
Paris, le

30 DEC. 2002

Vous avez saisi le 17/10/2002 la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés d'une demande d'autorisation relative à un traitement automatisé d'informations nominatives ayant pour finalité

**ETUDE DE L'IMPACT DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION PAR
BUPRENORPHINE OU METHADONE SUR LA REINCARCERATION DE DETENUS
TOXICOMANES- ACCES AUX CAUSES MEDICALES DE DECES**

Conformément aux dispositions de l'article 40.2, dernier alinéa de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'autorisation de la CNIL sera acquise au terme d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre demande.



Michel GENTOT

Hubert BOUCHET
Vice-Président Délégué

Annexe 3 : Note d'information au patient et consentement

Initiateur de l'enquête : RECAMS (Réseau d'Etude sur les Conduites Addictives et les Médicaments de Substitution)

NOTE D'INFORMATION AU PATIENT

ENQUETE IRCAMS

« Incarcération et Récidives, Conduites Addictives et Médicaments de Substitution »

Nous vous invitons à participer à une enquête qui se déroule auprès de 500 personnes âgées de plus de 18 ans, incarcérées dans 50 maisons d'arrêt françaises. Cette enquête est organisée par une association indépendante du service médical et de l'administration pénitentiaire. Elle est réalisée en partenariat avec l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, le Groupement d'Intérêt Public - Recherche Droit et Justice et la Délégation Interministérielle à la Ville. Cette enquête est destinée à mieux connaître l'impact des traitements proposés pendant la période d'incarcération, en particulier les médicaments dits de substitution (méthadone ou buprénorphine). Ces traitements sont d'utilisation courante et commercialisés. Il ne s'agit pas d'un essai thérapeutique sur des médicaments nouveaux ou même anciens. Le but de ce travail est d'ordre strictement scientifique.

Si vous acceptez de participer, le médecin vous interrogera sur votre activité professionnelle, votre consommation de drogues et/ou de médicaments, vos pratiques éventuelles d'injection et votre état de santé, ainsi que sur les médicaments qui vous sont prescrits pendant la détention. **Toutes ces informations seront recueillies de manière strictement anonyme et confidentielle.** Le temps approximatif nécessaire pour répondre au questionnaire est d'environ vingt minutes.

En outre, au cours des 24 prochains mois, le médecin demandera au service administratif compétent si vous avez été réincarcéré et interrogera l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) sur votre statut vital. Hormis votre identité, le service administratif compétent et l'INSERM n'auront aucune connaissance ni des informations que vous avez communiquées au médecin ni des raisons pour lesquelles nous les interrogeons.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'enquête. Vous serez libre de revenir sur votre décision à tout moment sans avoir à vous justifier. La décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'enquête n'entraînera aucun préjudice sur la qualité des soins que vous êtes en droit d'attendre du service médical de la maison d'arrêt, ni sur vos conditions de détention. En particulier, la prescription des médicaments nécessitée par votre état de santé n'est en aucune manière liée à votre choix de participer ou non à cette enquête.

Anonymat et confidentialité

Tous les documents de l'enquête qui seront complétés par le médecin et le pharmacien présenteront une étiquette avec un code-barres. Ce code ne contient aucune information vous concernant et a pour seul objet de nous permettre de regrouper vos questionnaires. Vous serez libre de choisir un jeu de questionnaires, pré-étiquetés au moyen de codes à barres, parmi les enveloppes qui vous seront proposées.

Initiateur de l'enquête : RECAMS (Réseau d'Etude sur les Conduites Addictives et les Médicaments de Substitution)

Les données médicales vous concernant, ainsi que celles relatives à vos habitudes et conditions de vie et à vos consommations de drogues ou d'autres substances psychoactives, nécessaires compte tenu de l'objet de l'enquête, feront l'objet d'un traitement informatique. **Le fait que ces données auront été recueillies de manière strictement anonyme et confidentielle constitue la garantie qu'à aucun moment, ni votre nom ni vos initiales n'apparaîtront dans les fichiers informatiques ainsi créés.**

La présente enquête a fait l'objet d'une demande d'avis auprès du Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé et obtenu un avis favorable enregistré sous le N° **02.233** en date du **15 novembre 2002**.

Le fichier informatique utilisé pour réaliser la présente enquête a fait l'objet d'une demande d'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) conformément aux articles 40-1 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, amendements et décrets d'application. Un avis favorable enregistré sous le N° **902299** en date du **30 décembre 2002** a été délivré par la CNIL consécutivement à cette demande.

Si vous acceptez de prendre part à cette enquête, nous vous demandons de bien vouloir signer le document ci-joint intitulé "Consentement de participation", attestant de votre participation libre et informée. Un exemplaire vous sera remis. Le deuxième exemplaire sera conservé par le médecin et ne sera en aucun cas communiqué à une tierce personne.

N'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous paraissent utiles, concernant cette enquête ou votre participation, avant de donner votre accord.

Les personnels judiciaires et pénitentiaires ne pourront en aucun cas être en contact avec les questionnaires remplis. Ceux-ci sont cachetés devant vous et transmis à une association de recherche indépendante de toute autorité (le RECAMS).

L'ensemble des données recueillies sera traité en respectant en toutes circonstances l'anonymat de chacun, la confidentialité des informations, en particulier pour le traitement informatique et statistique.

Initiateur de l'enquête : RECAMS (Réseau d'Etude sur les Conduites Addictives et les Médicaments de Substitution)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

ENQUETE IRCAMS

« **Incarcération et Récidives, Conduites Addictives et Médicaments de Substitution** »

De Mme, Mlle, M _____ (NOM, Prénom)

Le Docteur _____ m'a proposé de participer à l'enquête IRCAMS. Il m'a bien précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

J'ai reçu et bien compris les informations contenues dans le document intitulé "Note d'information au patient" concernant les objectifs de l'enquête, ses conditions, et la nature et l'objet des informations qui seront recueillies.

J'accepte de participer à cette enquête dans les conditions précisées dans la "Note d'information au patient".

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte de suivre toutes les instructions qui me seront données concernant l'enquête et de coopérer entièrement avec le Docteur _____.

Je comprends que cette enquête est entièrement anonyme et que seul le Docteur _____ a connaissance à la fois de ma participation à l'enquête et de mon identité.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette enquête puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par l'initiateur ou pour son compte, étant entendu que mon nom n'apparaîtra sur aucun fichier ou autre document.

J'ai par ailleurs été informé(e) de la possibilité d'interrompre ma participation à l'enquête à tout moment quelle qu'en soit la raison, sans avoir à justifier ma décision et sans aucune conséquence sur la qualité des soins que je suis en droit d'attendre.

Un exemplaire de la "Note d'information au patient" et du "Consentement de participation" m'a été remis ce jour. L'autre exemplaire est conservé par le Docteur _____.

Fait en deux exemplaires, à _____

Date : _____

(Patient)

Date: _____

(Enquêteur)

Signature du patient : _____

(Patient)

Signature : _____

(Enquêteur)

Annexe 4 : Liste des personnes impliquées dans le groupe de recherche

| | | | | | | |
|---|--|--------------------|---------------------------------------|---|----------------------|----------------------|
| G r o u p e d e r e c h e r c h e | RECAMS (Réseau d'Etudes sur les Conduites Addictives, Médicaments et Société) | Jean-Noël Marzo | Coordinateur | Maison d'arrêt de la Seine-Saint-Denis Avenue Vauban B.P 7 93423 Villepinte cedex | Tél : 01 45 35 27 50 | Fax : 01 45 35 06 77 |
| | ClinSearch | Michel Rotily | Responsable scientifique et technique | 1, rue de l'égalité 92220 BAGNEUX | Tél : 01 47 35 17 17 | Fax : 01 47 35 17 18 |
| | | Catherine Bourbier | Chef de Projet | | | |
| | OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) | Jean-Michel Costes | Directeur | 3, avenue du stade de France 93200 Saint-Denis | Tél : 01 41 62 77 16 | Fax : 01 41 62 77 00 |
| | | Hélène Martineau | Chargée d'étude | | | |
| | | Ivana Obradovic | Chargée d'étude | | | |
| | GIP, Groupement d'Intérêt Public - Recherche Droit et Justice | Yann Aguila | Directeur | 247, rue Saint Honoré 75042 PARIS CEDEX 1 | Tél : 01 44 77 66 60 | Fax : 01 44 77 66 70 |
| | | Noëlle Rivero | Chargée de mission | | | |

Annexe 5 : Liste des maisons d'arrêt impliquées dans l'étude et coordonnées des médecins enquêteurs.

| MAISON D'ARRÊT | ADRESSE | CP | VILLE | UNITE MEDICALE | NOM ENQUÊTEUR PRINCIPAL | TEL |
|--|-------------------------------------|-------|--------------------------|----------------|-------------------------|----------------|
| Maison d'Arrêt de Villepinte | 40 Avenue Vauban | 93422 | Villepinte cedex | UCSA | Dr LEVASSEUR | 01 49 63 75 75 |
| Maison d'Arrêt de Nanterre | 133 Av de la Commune de Paris | 92000 | Nanterre | UCSA | Dr MONTUCLARD | 01 49 29 75 75 |
| Maison d'Arrêt de Dunkerque | 62 rue Henri Tenquem | 59240 | Dunkerque | UCSA | Dr VANRENTERGHEM | 03 28 63 39 16 |
| Maison d'Arrêt de Bois d'Arcy | 5 bis rue Alexandre Turpault | 78390 | Bois d'Arcy | SMPR | Dr MICHEL | 01 30 23 80 00 |
| Maison d'Arrêt de Rennes | 56 bd Jacques Cartier | 35000 | Rennes | SMPR | Dr MORIN | 02 99 51 64 81 |
| Maison d'Arrêt des Baumettes | 213 Chemin Morgiou | 13009 | Marseille | UCSA | Dr GALINIER-PUJOL | 04 91 40 89 03 |
| Maison d'Arrêt de Toulon | Place Léon Blum | 83100 | Toulon | UCSA | Dr LE GUHENNEC | 04 94 18 50 30 |
| Maison d'Arrêt de Brest | Hermitage | 29200 | Brest | UCSA | Dr SACCARDY | 02 98 41 24 39 |
| Maison d'Arrêt Villeneuve les Maguelone | Avenue Moulin de la Jasse | 34750 | Villeneuve les Maguelone | UCSA | Dr MEROUEH | 04 67 69 55 74 |
| Maison d'Arrêt de Draguignan | 395 avenue Brossolette | 83300 | Draguignan | UCSA | Dr VELLA | 04 94 60 51 33 |
| Maison d'arrêt de Nîmes | Chemin Serre | 30000 | Nîmes | UCSA | Dr CAER | 04 66 27 82 82 |
| Maison d'Arrêt du Havre | 25 rue Lesueur | 76600 | Le Havre | UCSA | Dr MIGNOL | 02 34 41 27 34 |
| Maison d'Arrêt de Saint-Etienne | rue Sauvagère | 42350 | La Talaudière | UCSA | Dr DEFAYOLLE | 04 77 47 69 80 |
| Maison d'Arrêt de Luynes | 2285 route l'Enfant | 13852 | Luynes | UCSA | Dr UNDREINER | 04 42 37 93 00 |
| Maison d'Arrêt de Ploemeur | Kerbriant | 56270 | Ploemeur | UCSA | Dr STEPHANT | 02 97 86 12 67 |
| Maison d'Arrêt d'Albi | 4 Rue André Imbert | 81000 | Albi | UCSA | Dr BARANSKI | 05 63 49 94 34 |
| Maison d'Arrêt de Rouen | 160 Bd Europe | 76100 | Rouen | SMPR | Dr LEGER | 02 35 73 50 02 |
| Maison d'Arrêt de Cahors | 1 Rue du Château du Roi | 46000 | Cahors | UCSA | Dr MILLOT | 05 65 35 45 94 |
| Maison d'Arrêt de Saint-Brieuc | 1 Rue des Fusillés BP 2228 | 22022 | Saint Brieuc | UCSA | Dr CARRIERE | 02 96 61 90 42 |
| Maison d'Arrêt d'Osny | Rue Ennery | 95520 | Osny | UCSA | Dr SELTZ | 01 34 43 16 60 |
| Maison d'Arrêt de Ceyssey | Rue Daniel Casanova BP 85 - CEYSSES | 31603 | Muret | SMPR | Dr LAURENCIN | 05 61 56 60 00 |
| Maison d'Arrêt de Nantes | 68 Boulevard Albert Einstein | 44300 | Nantes | UCSA | Dr ROBERT | 02 40 59 98 97 |
| Maison d'Arrêt de Fresnes | 1 Allée des Thuyas | 94260 | Fresnes | SMPR | Dr De BEAUREPAIRE | 01 46 15 90 75 |
| Maison d'Arrêt de Valence | 79 Avenue de Chabeuil | 26000 | Valence | UCSA | Dr DOMBRET | 04 75 82 16 00 |
| Maison d'Arrêt de Montauban | 250 Avenue Beausoleil | 82000 | Montauban | UCSA | Dr HEYSH DE LA BORDE | 05 63 91 18 38 |
| Maison d'Arrêt d'Aiton / Chambery | Chef Lieu | 73220 | Aiton | UCSA | Dr BADIN | 04 79 36 37 61 |
| Maison d'Arrêt de Blois | 25 Rue Marcel Paul | 41000 | Blois | UCSA | Dr ANYS | 02 54 55 37 13 |
| Maison d'Arrêt de Caen | 10 rue du Général Duparge | 14000 | Caen | SMPR | Dr DAUVER | 02 31 75 14 18 |
| Maison d'Arrêt de Villefranche sur Saône | Rue Lavoisier | 69400 | Villefranche sur Saône | UCSA | Dr GOJON | 04 74 09 05 88 |
| Maison d'Arrêt de Perpignan | Chemin des Mailloles | 66000 | Perpignan | SMPR | Dr REMY | 04 68 68 37 38 |
| Maison d'Arrêt de Dijon | 72 bis rue Auxonne | 21000 | Dijon | UCSA | Dr PETIT | 03 80 63 95 02 |
| Maison d'Arrêt de Montbéliard | 2 rue Bois Bourgeois | 25200 | Montbéliard | UCSA | Dr MILLET | 03 81 91 37 12 |
| Maison d'Arrêt de Pau | 14 rue Viard BP 1616 | 64037 | Pau | UCSA | Dr VILLENEUVE | 05 59 80 94 63 |
| Maison d'Arrêt de Laon | Chemin des Epinettes | 2000 | Laon | UCSA | Dr HANNEQUIN | 03 23 27 37 90 |
| Maison d'Arrêt de Beziers | Place des Albigeois | 34500 | Beziers | UCSA | Dr LAVIGNE | 04 67 28 45 17 |
| Maison d'Arrêt St Paul / Lyon | 38 cours Suchet | 69002 | Lyon | UCSA | Dr BEAUPERE | 04 72 23 83 26 |
| Maison d'Arrêt de Besancon | 5 rue Louis Pergaud | 25000 | Besancon | UCSA | Dr MINERVINI | 03 81 52 12 80 |
| Maison d'Arrêt de Sarreguemines | 9 rur Victor Hugo | 57200 | Sarreguemines | UCSA | Dr SENNINGER | 03 87 28 06 17 |
| Maison d'Arrêt de Bonneville | Bois Jolivet BP 137 | 74136 | Bonneville Cedex | UCSA | Dr FORTUIT | 04 50 97 29 03 |
| Maison d'Arrêt de Belfort | 1 rue des Boucheries | 90000 | Belfort | UCSA | Dr CLAUDE | 03 84 21 57 55 |
| Maison d'Arrêt de Mulhouse | 59 av Robert Schuman | 68100 | Mulhouse | UCSA | Dr VOGT | 03 89 66 48 09 |
| Maison d'Arrêt de Nancy | 2 rue Abbé Didelot | 54000 | Nancy | UCSA | Pr LAMBERT | 03 83 30 92 00 |
| Maison d'Arrêt de Gradignan | 17 rue Chouiney | 33170 | Gradignan | UCSA | Dr LEPFORT | 05 57 96 57 50 |
| Maison d'Arrêt Le Bordot / Bourges | Route Médiante | 18000 | Bourges | UCSA | Dr BORDES | 02 48 48 48 48 |
| Maison d'Arrêt d'Amiens | 85 avenue de la défense passive | 80080 | Amiens | UCSA | Dr HERMANT | 03 22 43 45 12 |
| Maison d'Arrêt d'Avignon / Le Pontet | 90 rue Panisset | 84130 | Le Pontet | UCSA | Dr WAJSBROT | 04 90 03 30 84 |
| Maison d'Arrêt de Troyes | 1 bis rue Hennequin | 10000 | Troyes | UCSA | Dr PANETTA | 03 25 72 11 12 |
| Maison d'Arrêt de Bayonne | 44 rue Charles Floquet | 64100 | Bayonne | UCSA | Dr CAMPAGNE | 05 59 44 40 70 |
| Maison d'Arrêt de Limoges | 17 bis Place Winston Churchill | 87000 | Limoges | UCSA | Dr MARTIN-DUPONT | 05 55 05 64 92 |
| Maison d'Arrêt de Loos-les Lille | Avenue du train de Loos | 59120 | Loos les Lille | UCSA | Dr ARCHER | 03 20 17 22 90 |
| Maison d'Arrêt du Mans | 1 rue Vert Galant | 72000 | Le Mans | UCSA | Dr SERRE | 02 43 23 27 48 |
| Maison d'Arrêt de Mont-de-Marsan | 4 rue Armand Dulamon | 40000 | Mont de Marsan | UCSA | Dr HARAMBAT | 05 58 46 69 90 |
| Maison d'Arrêt de Beauvais | 2 rue Bossuet | 60000 | Beauvais | UCSA | Dr SERHANI | 03 44 15 49 14 |
| Maison d'Arrêt de Bar le Duc | 2 place Saint-Pierre | 55000 | Bar le Duc | UCSA | Dr AUBRY | 03 29 76 12 80 |
| Maison d'Arrêt de Gueret | 9 avenue de la République | 23000 | Gueret | UCSA | Dr LAMIRAUD | 05 55 52 00 31 |
| Maison d'Arrêt de Nice | 12 Rue de la Gendarmerie | 6000 | Nice | SMPR | Dr LAFFRANCHI | 04 93 13 64 64 |
| Maison d'Arrêt d'Agen | 44 rue Montaigne | 47000 | Agen | UCSA | Dr JACQUIEZ | 05 53 77 69 69 |

Annexe 6 : Questionnaire médical

Questionnaire Médecin

Ce questionnaire doit être rempli par le médecin, en face à face, au moment de la visite du détenu, après avoir informé ce dernier des modalités de l'étude et de son caractère volontaire et anonyme, et qu'il ait signé le formulaire de consentement.

Le questionnaire doit être rempli dans un climat de confidentialité. Les questions doivent être posées dans l'ordre, en toute neutralité et en ne « forçant » pas les réponses.

Merci de votre collaboration.

Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Code à
barres

Votre situation générale

Q1/Quel est votre âge ? |_|_| ans

Q2/Quel est votre sexe ? Homme ₁
Femme ₂

Q3/Avez-vous des enfants ? Oui ₁
Non ₂

Q4/Quel est votre niveau d'étude (le plus élevé) ?

- Ecole Primaire ₁
- Niveau BEPC ₂
- Niveau BEP ou CAP ₃
- Niveau BAC ₄
- Supérieur au BAC ₅
- Autre (*préciser*) :

Q5/Au cours du mois précédant votre incarcération, d'où provenaient principalement vos revenus ?

- D'une activité professionnelle ₁
- Du chômage (ASSEDIC) ₂
- Du RMI ₃
- De la COTOREP/allocation handicap ₄
- D'un tiers ₅
- Autre (*préciser*) :

Q6/Juste avant d'être incarcéré, quel était votre logement principal ?

- Personnel (locataire ou propriétaire) ₁
- Chez des parents ₂
- Chez un (des) ami(s) ₃
- Service spécialisé d'hébergement
(foyer, famille d'accueil, centre d'hébergement, appartement thérapeutique) ₄
- Hébergement privé précaire
(meublé, hôtel) ₅
- Sans domicile fixe (rue, squat) ₆

Q7/Juste avant d'être incarcéré, viviez-vous ?

- seul ₁
- seul avec enfant(s) ₂
- avec vos parents ₃
- avec un conjoint (avec ou sans enfant) ₄
- avec des amis ₅
- autre (préciser) :

Q7bis/La personne (conjoint, ami ou parent) avec qui vous vivez a-t-elle un problème avec la drogue ?

- Oui ₁
- Non ₂

Q8/Avez-vous des frères ou des sœurs ayant un problème avec la drogue ?

- Oui ₁
- Non ₂

Q8bis/Si oui, au cours du mois précédant votre incarcération, avez-vous rencontré l'un d'eux ?

- Oui ₁
- Non ₂

Votre situation vis à vis de la justice

Q9/Actuellement êtes-vous ?

- Prévenu ₁
- Condamné ₂
- Prévenu et Condamné ₃

Q10/Avant la présente incarcération, aviez-vous déjà été incarcéré ?

- Oui ₁
- Non ₂

Q10bis/Si oui, combien de fois (y compris la présente incarcération) | | |

Q10ter/Si oui, quel âge aviez-vous lors de votre première incarcération ? | | | ans

Votre santé

Q11/Juste avant d'être incarcéré(e), quelle était votre couverture maladie ?

- Couverture Maladie Universelle (CMU) ₁
- 100 % (maladie longue durée ou invalidité) ₂
- Sécurité Sociale avec couverture complémentaire ₃
- Sécurité Sociale sans couverture complémentaire ₄
- Sans aucune couverture ₅

Q12/Avez-vous déjà été pris en charge par un médecin pour un problème lié à l'usage de drogues ?

- Oui ₁
Non ₂

Q13/Au cours du dernier mois avant votre incarcération, avez-vous consulté, pour vous-même, un médecin ?

- Oui ₁
Non ₂

Q14/Au cours du dernier mois avant votre incarcération, suiviez-vous un traitement par Subutex[®] prescrit par un médecin ?

- Oui ₁ dosage |_____| mg/j
Non ₂

Q15/Au cours du dernier mois avant votre incarcération, suiviez-vous un traitement par Méthadone prescrit par un médecin ?

- Oui ₁ dosage : |_____| mg/j
Non ₂

Q16/Quel médecin vous a prescrit un traitement de substitution pour la première fois ?

- Médecin de ville ₁
 - Médecin dans un CSST ₂
 - Médecin dans un établissement pénitentiaire ₃
 - Praticien Hospitalier ₄
 - Autre (préciser) : ₅
- date : ___/___/année

Q17/Au cours du dernier mois avant votre incarcération, suiviez-vous l'un des traitements suivants, prescrit par un médecin ?

- | | | |
|---------------------|---|---|
| - Hypnotique | Oui <input type="checkbox"/> ₁ | Non <input type="checkbox"/> ₂ |
| - Anxiolytique | Oui <input type="checkbox"/> ₁ | Non <input type="checkbox"/> ₂ |
| - Antidépresseur | Oui <input type="checkbox"/> ₁ | Non <input type="checkbox"/> ₂ |
| - Neuroleptique | Oui <input type="checkbox"/> ₁ | Non <input type="checkbox"/> ₂ |
| - Autre psychotrope | Oui <input type="checkbox"/> ₁ | Non <input type="checkbox"/> ₂ |

Q18/Au cours de votre vie, avez-vous été hospitalisé dans un service de soins psychiatriques (hors sevrage) ?

- Oui ₁
Non ₂

Q19/Avez-vous déjà reçu un traitement par Interféron pour l'hépatite C ? Oui ₁
Non, mais séropositif ₂
Non, car séronégatif ₃
Non, car ignore son statut ₄

Q20/Avez-vous déjà reçu un traitement antiviral pour une infection à VIH ? Oui ₁
Non, mais séropositif ₂
Non, car séronégatif ₃
Non, car ignore son statut ₄

Q21/Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est actuellement?

- Excellente ₁
- Très bonne ₂
- Plutôt bonne ₃
- Plutôt mauvaise ₄
- Très mauvaise ₅

Q22/Au cours de votre vie, avez-vous déjà tenté de vous suicider ? Oui ₁
Non ₂

Q23/Les substances psychotropes consommées

| | Au cours de votre vie | | Au cours du mois précédant votre incarcération | | | |
|---|--------------------------|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Injecté | | Sniffé | Injecté | Avalé | Fumé |
| Héroïne | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Age à la première fois | Age à la dernière fois | | | | |
| | / / | / / | | | | |
| Cocaïne | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Héroïne et Cocaïne en prise simultanée (speed ball) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Subutex (prescrit ou non) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Méthadone (prescrit ou non) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kétamine | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hallucinogènes | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amphétamines | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ecstasy | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benzodiazépines (hors prescription) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alcool et Benzodiazépines (prise simultanée) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* avalé ou sublinguale

Q24/Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous injecté des substances psychoactives ?:

- Au moins une fois par jour ₁
- Au moins une fois par semaine ₂
- Au moins une fois par mois ₃
- Aucune injection au cours du dernier mois ₄

Q25/Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une overdose aux opiacés ?

- Jamais ₁
- Une fois ₂
- Plus d'une fois ₃

Merci de retourner ce questionnaire médical dans l'enveloppe blanche "ClinSearch" avec la FICHE PHARMACIE et l'ATTESTATION d'OBTENTION DE CONSENTEMENT

Annexe 7 : Questionnaire pharmacie

Fiche Pharmacie

Ce questionnaire doit être rempli par le pharmacien (ou en son absence par le préparateur en pharmacie).

Merci de votre collaboration.

Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Code à
barres

Q1/Un (ou plusieurs) traitement(s) a-t-il été prescrit par le médecin à la suite de la visite ayant donné lieu à l'administration du questionnaire ?

Oui 1
Non 2

Q2/Traitement par buprénorphine (Subutex®) :

Oui 1 dosage |_____| mg/j
Non 2

Q3/Traitement par Méthadone :

Oui 1 dosage |_____| mg/j
Non 2

Q4/

Hypnotique : Oui 1 Non 2 DCI : _____ dosage |_____| mg/j

Anxiolytique : Oui 1 Non 2 DCI : _____ dosage |_____| mg/j

Antidépresseur : Oui 1 Non 2 DCI : _____ dosage |_____| mg/j

Neuroleptique : Oui 1 Non 2 DCI : _____ dosage |_____| mg/j

Autres psychotropes : Oui 1 Non 2 DCI : _____ dosage |_____| mg/j

DCI : _____ dosage |_____| mg/j

DCI : _____ dosage |_____| mg/j

Q5/Traitement antirétroviral VIH :

Oui 1
Non 2

Q6/Traitement Hépatite C (interféron ± ribavirine) :

Oui 1
Non 2

MERCI DE REMETTRE CE QUESTIONNAIRE AU MEDECIN QUI EST CHARGE DE L'ETUDE

Annexe 8 : Questionnaire de réincarcération

Questionnaire de « Réincarcération »

| PARTIE RESERVEE AU MINISTERE DE LA JUSTICE | | | |
|--|--|--|---|
| COUPON-REPONSE | | | Code à barres |
| Informations relatives à l'incarcération dont la date d'écrou est indiquée ci-dessous | Date de libération* / __ / __ / __ / <i>JJ MM AA</i> | Toujours incarcéré <input type="checkbox"/> | Statut pénal <input type="checkbox"/> 1 Condamné <input type="checkbox"/> 2 Prévenu <input type="checkbox"/> 3 Prévenu ET condamné |
| <p>Cette personne a-t-elle été réincarcérée ? <input type="checkbox"/> Oui (veuillez compléter le tableau ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non</p> | | | |
| Date de réincarcération | Date de libération* | Toujours incarcéré | Statut pénal |
| / __ / __ / __ / <i>JJ MM AA</i> | / __ / __ / __ / <i>JJ MM AA</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 Condamné <input type="checkbox"/> 2 Prévenu <input type="checkbox"/> 3 Prévenu ET condamné |
| / __ / __ / __ / <i>JJ MM AA</i> | / __ / __ / __ / <i>JJ MM AA</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 Condamné <input type="checkbox"/> 2 Prévenu <input type="checkbox"/> 3 Prévenu ET condamné |
| / __ / __ / __ / <i>JJ MM AA</i> | / __ / __ / __ / <i>JJ MM AA</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 Condamné <input type="checkbox"/> 2 Prévenu <input type="checkbox"/> 3 Prévenu ET condamné |
| * si détention en cours, ne pas indiquer de date | | | |

Partie à détacher uniquement par le ministère-----✂-----✂-----✂-----

| PARTIE A COMPLETER PAR LE MEDECIN | |
|---|---------------------|
| Nom de famille : _____ | Nom marital : _____ |
| Prénom(s) : _____ / _____ / _____ | |
| Commune de naissance : _____ | |
| Date de naissance (JJ/MM/AA) : / __ / __ / __ / | |
| Numéro d'écrou : _____ | |
| Date d'écrou (JJ/MM/AA) : / __ / __ / __ / | |
| Sexe : <input type="checkbox"/> 1 Homme <input type="checkbox"/> 2 Femme | |

- compléter la partie inférieure du questionnaire de « réincarcération » tripliqué.
- détacher chacun des trois feuillets.
- insérer un feuillet par enveloppe verte.
- glisser les trois enveloppes vertes dans l'enveloppe marron RECAMS

Annexe 9 : Questionnaire de mortalité

Questionnaire de « Mortalité »

| | | |
|---|--|--------------------------|
| PARTIE RESERVEE A L'INSERM | | Code à barres |
| <u>COUPON-REPONSE</u> | | |
| Individus figurant dans le registre national d'identification des personnes physiques (RNIPP) ? | <input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ Donnée Indisponible (cas des personnes n'ayant jamais été enregistrées sur le RNIPP) | |
| _____ | | |
| <i>(Partie remplie par l'INSERM ou l'Institut Médico Légal)</i> | | |
| Date de décès (JJ/MM/AA) : | / __ / __ / __ / | |
| Cause de décès* : | _____ | |
| <i>* Si la cause de décès est inconnue des services de l'INSERM, merci de conserver cette fiche et de l'adresser à l'institut médico-légal compétent (se référer à la ville indiquée ci-dessous) après autorisation du procureur et sur demande du médecin responsable du RECAMS.</i> | | |

Partie à détacher uniquement par l'INSERM -----✂-----✂-----✂-----

| | | | |
|--|---|---|-------|
| PARTIE A COMPLETER PAR LE MEDECIN | | | |
| Nom de famille : | _____ | Nom marital : | _____ |
| Prénom(s) : | _____ / _____ / _____ | | |
| Commune de naissance : | _____ | | |
| Date de naissance (JJ/MM/AA) : | / __ / __ / __ / | | |
| Nationalité | <input type="checkbox"/> ₁ Française | <input type="checkbox"/> ₂ Etrangère | |
| Sexe | <input type="checkbox"/> ₁ Homme | <input type="checkbox"/> ₂ Femme | |
| Commune de résidence | _____ | | |
| Département de résidence | _____ | | |
| VILLE DE L'ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE : _____ | | | |

- compléter la partie inférieure du questionnaire de « mortalité ».
- insérer le questionnaire dans l'enveloppe orange correspondante.
- glisser l'enveloppe orange dans l'enveloppe marron RECAMS.

Cadre réservé à l'INSERM

CODE GEOGRAPHIQUE NATIONAL : _____

Les quatre annexes suivantes sont présentées dans des fichiers séparés livrés sur CD-Rom, en raison de la taille importante des fichiers.

Annexe 10 : Analyses univariées sur les données de réincarcération (tous patients)

Annexe 11 : Analyses univariées sur les données de réincarcération (patients retrouvés pour la mortalité)

Annexe 12 : Analyses multivariées sur les données de réincarcération (tous patients)

Annexe 13 : Analyses multivariées sur les données de réincarcération (patients retrouvés pour la mortalité)