

**RÉINCARCERATION
ET MORTALITÉ CHEZ LES
DÉTENUS DEPENDANTS
AUX OPIACÉS :
UNE ÉTUDE DE COHORTE
PROSPECTIVE (2003-2006)**

F O C U S

Consommations et conséquences

Jean-Noël Marzo
Michel Rotily
Fadi Meroueh
Marina Varastet
Catherine Hunault
Adeline Zin
et le groupe RECAMS

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	20
7.4.	Calcul de la taille de l'échantillon	20
7.5.	Recueil des données	21
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	33
9.1.	Résultats de l'analyse des données d'inclusion	33
9.1.1	Statistiques descriptives	33
9.1.2	Comparaison des centres participants vs. non participants, actifs vs. non actifs	45

9.1.3	Facteurs associés à la substitution à l’incarcération	48
9.1.4	Conclusion.....	49
9.2.	Phase 2 : la réincarcération.....	51
9.2.1	Analyses univariées.....	51
9.2.2	Analyses multivariées.....	55
9.2.2.1	Tous les patients exceptés ceux toujours incarcérés pour l’incarcération en cours à l’inclusion dans l’étude	57
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.....	59
9.3.	Phase 3 : la mortalité	59
10.	conclusion.....	65
11.	Références bibliographiques	67
12.	Annexes.....	69

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.....	32
Figure 1 :	Circuit des données.....	22
Figure 2 :	Capacité d’accueil des maisons d’arrêt initiées	27
Figure 3 :	Répartition régionale des inclusions	32
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	31
Table 4 :	Statut Substitution avant et lors de l’incarcération.....	33
Table 5 :	Socio-démographie (N=500).....	34
Table 6 :	Situation pénale (N=500).....	36
Table 7 :	Santé (N=500).....	37
Table 8 :	Consommation de substances psychotropes (N=500).....	41
Table 9 :	Prescriptions – Fiche pharmacie (N=500).....	44
Table 10 :	Capacité : Participants vs. non participants, actifs vs. non actifs Source DAP (N=132)	45
Table 11 :	Substitution : Actifs vs. non actifs (Source DGS 2004)(N=130).....	47
Table 12 :	Facteurs associés à la substitution à l’incarcération (N=474)	48
Table 13 :	incarcération en fin de suivi (N=507)	52

Table 14 : incarcération en fin de suivi et substitution (N=500).....	52
Table 15 : incarcération en fin de suivi et substitution en 3 groupes (N=500).....	52
Table 16 : réincarcération à l'exclusion des patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion (N=478).....	53
Table 17 : réincarcération à l'exclusion des patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion et donnée de mortalité (N=478).....	53
Table 18 : réincarcération à l'exclusion des patients toujours incarcérés pour l'incarcération à l'inclusion et substitution (N=471).....	53
Table 19 : réincarcération et statut de substitution en 4 classes (N=469).....	54
Table 20 : réincarcération et statut de substitution en 3 classes (N=471).....	54
Table 21 : réincarcération et substitution avant l'incarcération Oui vs. Non (N=476).....	54
Table 22 : réincarcération et substitution avant et/ou après l'incarcération Oui vs. Non (N=473).....	55
Table 23 : Sélection Forward ou Stepwise automatique (N=402).....	57
Table 24 : Sélection Backward automatique (N=402).....	58
Table 25 : Sélection Forward manuelle et statut de substitution substitués vs. non substitués à l'incarcération (N=458).....	58
Table 26 : Sélection Backward manuelle et statut de substitution 3 groupes (substitués Subutex, substitués Méthadone, non substitués) à l'incarcération (N=458).....	58
Table 27 : réincarcération, sans patients non retrouvés (N=410).....	59
Table 28 : Taux de mortalité à 24 mois (N = 500).....	59
Table 29 : Caractéristiques des patients décédés (N = 10).....	60
Table 30 : Mortalité et caractéristiques à l'inclusion (N = 446).....	61

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.....	70
Annexe 2 : Autorisation délivrée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.....	74
Annexe 3 : Note d'information au patient et consentement.....	76
Annexe 4 : Liste des personnes impliquées dans le groupe de recherche.....	81
Annexe 5 : Liste des maisons d'arrêt impliquées dans l'étude et coordonnées des médecins enquêteurs.....	82
Annexe 6 : Questionnaire médical.....	84
Annexe 7 : Questionnaire pharmacie.....	89
Annexe 8 : Questionnaire de réincarcération.....	90
Annexe 9 : Questionnaire de mortalité.....	91
Annexe 10 : Analyses univariées sur les données de réincarcération (tous patients).....	93

Annexe 11 : Analyses univariées sur les données de réincarcération (patients retrouvés pour la mortalité).....	93
Annexe 12 : Analyses multivariées sur les données de réincarcération (tous patients)	93
Annexe 13 : Analyses multivariées sur les données de réincarcération (patients retrouvés pour la mortalité).....	93

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, près de 100 000 interpellations pour usage ou usage-revente de stupéfiants (dont 6% d'opiacés) ont donné lieu à près de 30 000 condamnations pénales pour infractions à la législation sur les stupéfiants¹ (qui sont pour un quart d'entre elles des peines d'emprisonnement ferme). Les deux tiers des condamnations pénales sanctionnaient aussi une infraction d'usage. L'OFDT dans son rapport du 17 janvier 2002 confirme l'existence d'une population d'usagers de drogues illicites « à problèmes » (essentiellement héroïnomanes) 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, avec des prévalences très supérieures à la population générale) fait de la prison un lieu d'observation incontournable des toxicomanies (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

¹ Source : données de l'OCRTIS (Ministère de l'Intérieur) et de la SDSED (Ministère de la Justice).

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'utilisateur 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 (26,27). 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).

Pour des raisons de faisabilité en milieu pénitentiaire, les calculs de réincarcération ont été établis à partir de la date d'inclusion du patient dans l'étude et non en fonction de la durée d'exposition au risque d'incarcération. En effet, la méthode de recrutement des patients, par le biais des UCSA, ne permet pas de connaître tous les détails du dossier pénal du patient (et notamment sa date de sortie). Par conséquent, cette étude doit être envisagée, non comme une étude clinique randomisée visant à valider de nouvelles indications thérapeutiques, mais comme une étude analysant la relation entre parcours de santé et itinéraire judiciaire, en lien avec la problématique d'une substitution aux opiacés.

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

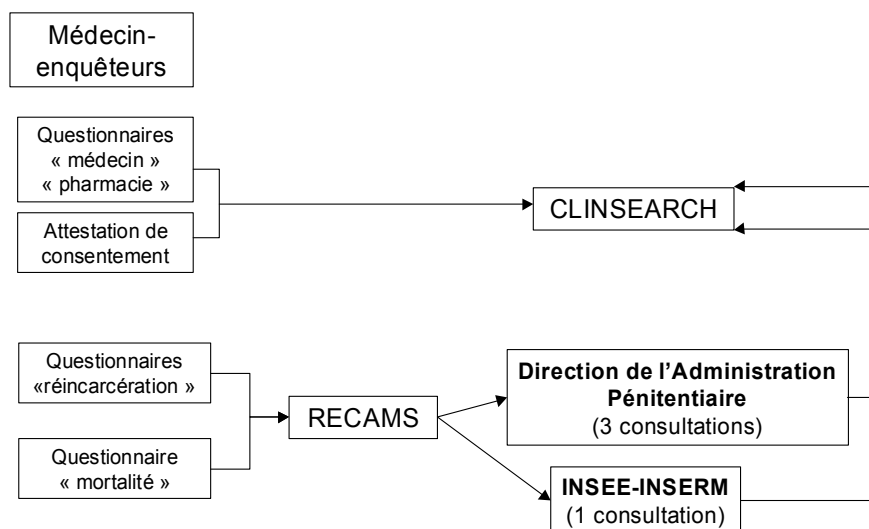
Nature des données collectées	Inclusion	Suivi (M24)
<u>Recueil du consentement éclairé</u>	X (recueilli par les médecins-enquêteurs de Juin 2003 à Septembre 2004)	
<u>Questionnaire Médecin et Pharmacie</u> - Statut de substitution - Données socio-démographiques - Situation pénale - Données de santé - 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 font 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

La méthode d'analyse des données qui a été utilisée s'appuie sur le programme 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

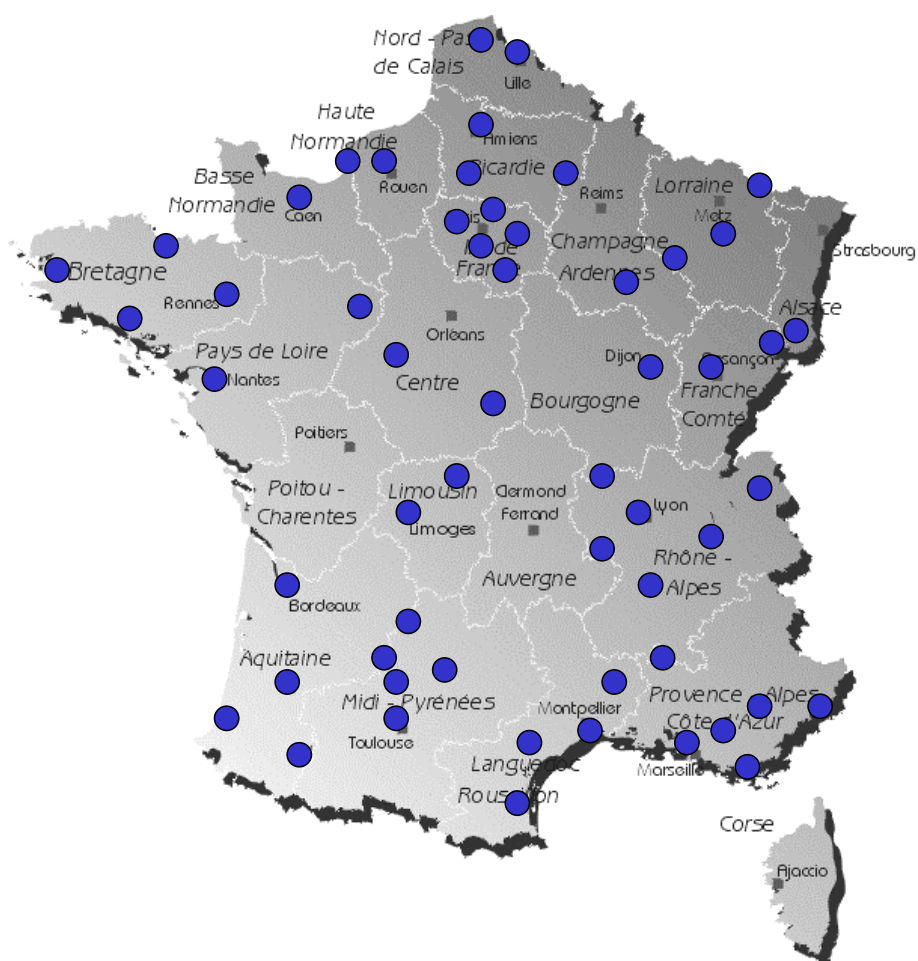
8.1. Bilan de la phase de sélection des maisons d'arrêt

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

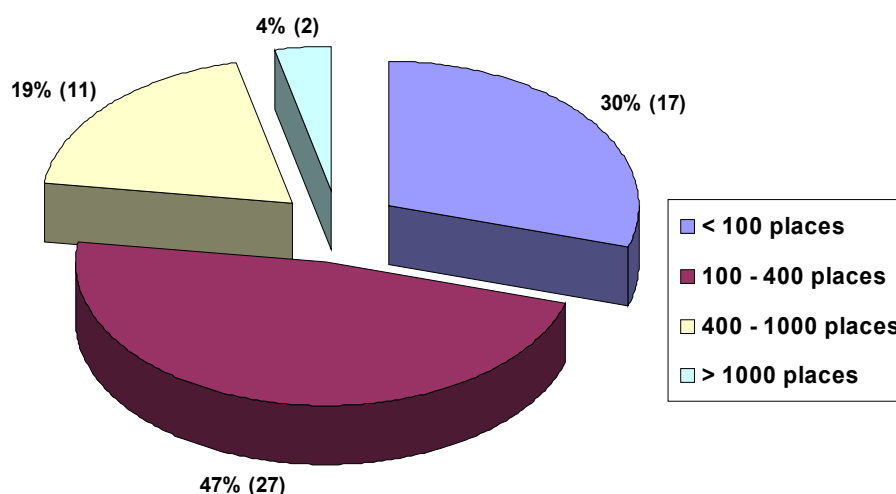


Au total, 57 maisons d'arrêt ont été initiées au lieu des 50 initialement prévues. L'ensemble du territoire métropolitain était représenté à l'exception de 2 régions qui sont le Poitou-Charente et l'Auvergne. Lors de la phase de sélection, les maisons d'arrêt contactées dans ces régions n'ont pas finalement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

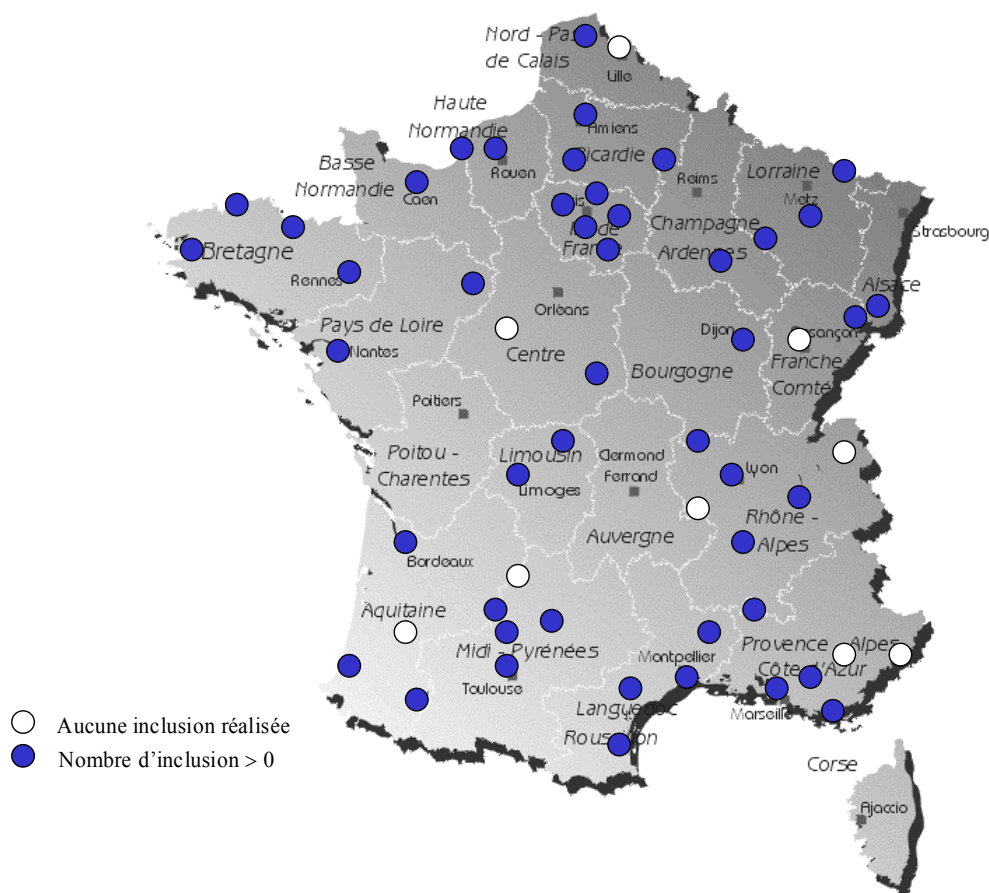


La majorité des maisons d'arrêt initiées (77%) sont des maisons d'arrêt à petite capacité d'accueil (1 à 400 places), 19% sont de capacité moyenne (400 à 1000 places) et seules 2% ont une capacité supérieure à 1000 places.

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'ARRÊT	DURÉE 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			

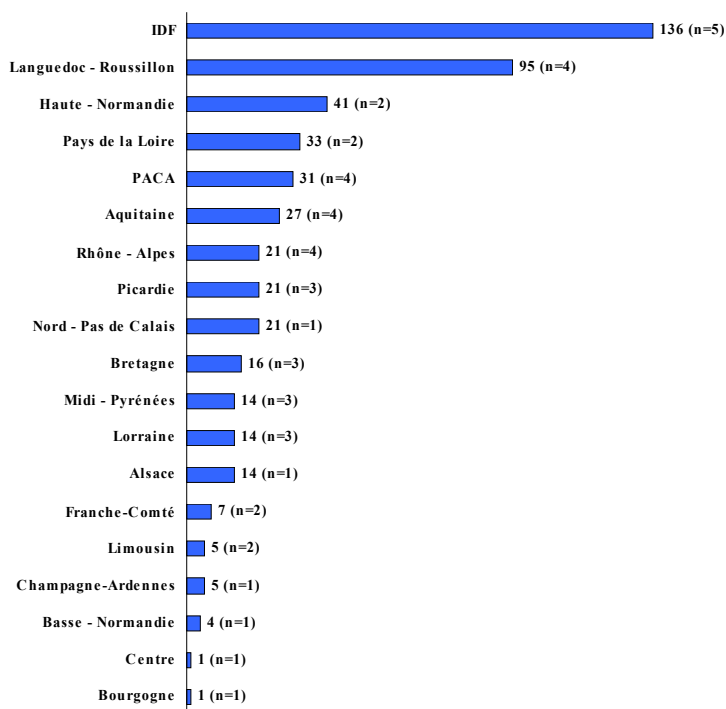
Il existe une grande disparité entre les maisons d'arrêt actives : le groupe G1 composé de 2 maisons d'arrêt a réalisé 24,5% des inclusions et le groupe G2 en a réalisées 25,6%. A l'inverse, le groupe G6 (13 maisons d'arrêt) ne totalise que 4,5% des inclusions.

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

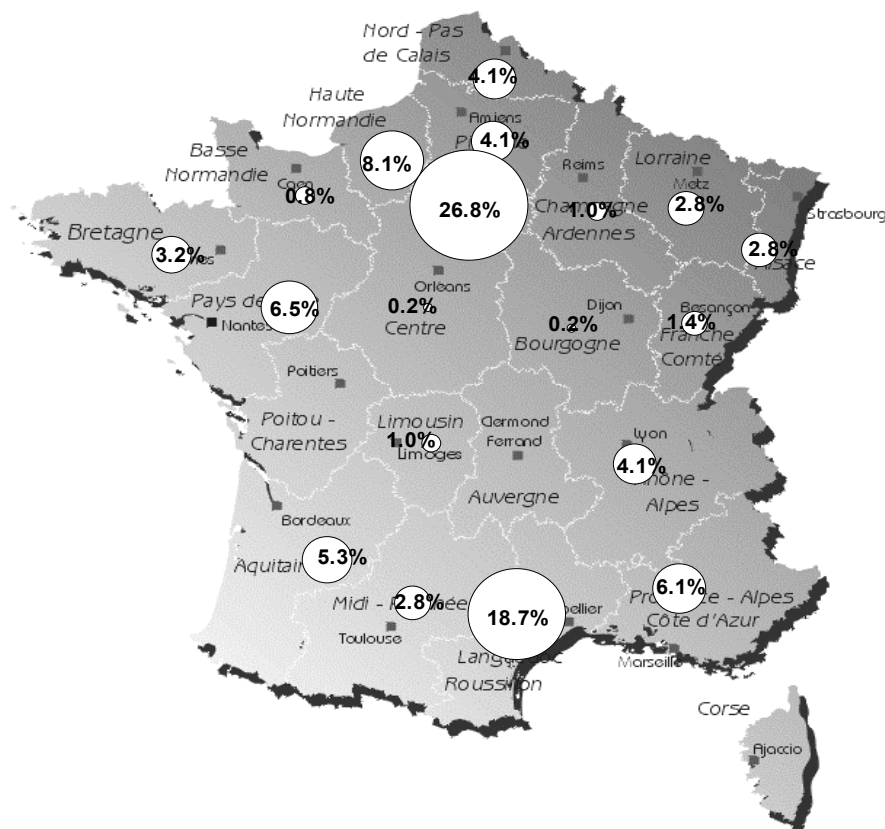
La répartition géographique des inclusions montre également un déséquilibre régional important. Les maisons d'arrêt des régions Ile de France et Languedoc-Roussillon ont inclus respectivement 136 et 95 patients alors que les maisons d'arrêt situées dans le Centre et en Bourgogne n'ont réalisées qu'une 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 (394)	Non Substitués (106)	Total (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%)	

	Substitués (394)	Non Substitués (106)	Total (500)	p
<i>Données manquantes</i>	5 (1%)	1 (1%)	6 (1%)	
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 (statut pénal)				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	Non Substitués	Total	p
	(394)	(106)	(500)	
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	Non Substitués	Total	
	(394)	(106)	(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%)	
Connaît 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

	Substitués (394)	Non Substitués (106)	Total (500)	p
Injection au cours du dernier mois				
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 » sont les établissements dont le médecin de l'UCSA a rempli au moins un questionnaire. Ces centres font état d'un nombre d'hommes plus élevé que les établissements non actifs (c'est-à-dire non participants).

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

	Participation IRCAMS				Actifs			
	Oui (57)	Non (75)	Total (132)	p	Oui (47)	Non (85)	Total (132)	p
Région pénitentiaire				0.870				0.802
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				0.071
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	

	Participation IRCAMS				Actifs			
	Oui (57)	Non (75)	Total (132)	p	Oui (47)	Non (85)	Total (132)	p
Min - Max	32 - 1651	20 - 3197	20 - 3197		32 - 1651	20 - 3197	20 - 3197	
Places opérationnelles				0.136				0.071
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	

	Participation IRCAMS				Actifs			
	Oui (57)	Non (75)	Total (132)	p	Oui (47)	Non (85)	Total (132)	p
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	
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 toxicomanie rencontré par un membre de la fratrie (frère ou sœur),
- Situation pénale (ou statut pénal : prévenu ou condamné),
- 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 des antécédents d'incarcération plus nombreux. 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. Notons ici que la durée totale de suivi, calculée à partir de la date d'inclusion dans l'étude, est une mesure imparfaite de la durée réelle du suivi. En effet, la durée de l'incarcération n'est pas prise en compte dans cet indicateur, car la date de sortie de prison n'est jamais connue de l'UCSA. La durée moyenne de l'incarcération a donc pu être intégrée dans cette mesure (4 mois en moyenne) mais pas la date de sortie et donc, la durée de l'exposition au risque de réincarcération.

Ce taux de réincarcération 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. Les patients « retrouvés par l'INSERM » sont ceux qui sont décédés (et le fichier INSERM permet de connaître la cause du décès), tandis que les personnes toujours en vie ont été distinguées grâce aux données de l'INSEE : les deux organismes ont été sollicités pour vérifier et garantir la fiabilité des données de 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’incarcération². 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 :

² En fonction de la variable-filtre retenue, les échantillons ne sont pas les mêmes, si bien que le taux de réincarcération des patients non substitués (37,1%) est ici inférieur à celui obtenu dans la table 18 (40,9%).

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. Il faut souligner ici les limites de cette analyse, liées au contexte pénitentiaire de l'étude et au profil des répondants (médecins d'UCSA ne disposant pas de la totalité des informations sur le statut pénal des patients qu'ils rencontrent). En effet, la durée d'exposition au risque n'a pas pu être prise en compte pour évaluer les « chances » de réincarcération : le taux d'occurrence d'une réincarcération a au contraire été examiné en référence au délai entre deux incarcérations. La période d'exposition au risque a donc été arbitrairement fixée à l'inclusion dans l'étude (et non à la fin de l'incarcération dite initiale), ce qui produit un biais d'analyse – qui n'a toutefois pu être évité dans les conditions particulières de l'enquête.

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 de risque	Bornes de 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	l’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 au moins une fois	Hospitalisation en soins		Diagnostic VHC	Au mois une overdose	Cause principale de décès (niveau le plus détaillé)
						psychiatriques (hors sevrage)				
32	Homme	Non	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	VHC +	Non / Données manquantes	Maladie par VIH à l'origine d'autres états précisés	
35	Homme	Oui	Autre	Oui	Non	Non	Autre	Non / Données manquantes	Autres causes de mortalité mal définies et non précisées	
27	Homme	Non	Autre	Oui	Oui	Non	Autre	Oui	Insuffisance rénale terminale	
27	Homme	Non	Autre	Oui	Oui	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	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	VHC +	Oui	Autres causes de mortalité mal définies et non précisées	
35	Homme	Non	Autre	Oui	Oui	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	Autre	Non / Données manquantes	Autres causes de mortalité mal définies et non précisées	
35	Homme	Non	Autre	Oui	Oui	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/Sœur	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%)	
Connaît 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



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



ministère
Jeunesse
éducation
recherche
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 (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.**

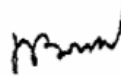
Paris, le

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.

RECAMS – Enquête IRCAMS / Rapport final

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 Terquem	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 GUIHENNEC	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 MEROUH	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 Ceysses	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 / Chambéry	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 LEPORT	05 57 96 57 50
Maison d'Arrêt Le Bordot / Bourges	Route Médiane	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

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*	Toujours incarcéré	Statut pénal
	/ __ / __ / __ / <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

Cette personne a-t-elle été réincarcérée ? Oui (veuillez compléter le tableau ci-dessous) Non

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 : 1 Homme
 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	
COUPON-REPONSE	Code à barres
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)

Conduite entre 2003 et 2006 par un groupe de recherche réunissant le RECAMS (Réseau d'Etudes sur les Conduites Addictives, Médicament et Société), Clinsearch, le GIP Recherche Droit et Justice et l'OFDT, l'étude présentée ici a été menée auprès de 507 patients, incarcérés dans 47 maisons d'arrêt (sur 117 en France métropolitaine), soit 46% de la capacité d'accueil pénitentiaire de l'ensemble du territoire.

L'objectif de la recherche était de tester, de façon prospective sur une durée de 3 ans (de juin 2003 à septembre 2006), la corrélation entre la prise d'un traitement de substitution aux opiacés (par buprénorphine haut dosage ou méthadone) prescrit lors de la première semaine d'incarcération et la réincarcération au cours des 24 mois suivants. Sans être une étude d'impact, elle permet de décrire la population des entrants dépendants aux opiacés, les modalités de leur prise en charge sociosanitaire avant, puis pendant l'incarcération, et leur incidence sur le devenir médical et pénal des patients bénéficiant de TSO.

L'apport de ce travail consiste d'une part à établir la fréquence de la réincarcération chez les détenus dépendants aux opiacés et à expliciter les facteurs qui lui sont associés ; d'autre part à décrire les différences de profils entre bénéficiaires d'un TSO ou non. Les perspectives de recherche que fait émerger cette étude ont partie liée avec la problématique du suivi socio-éducatif avant l'incarcération, pendant la détention et à la sortie.