

État des lieux : Minimisation des risques en lien avec les addictions et maladies infectieuses dans les établissements de détention du canton de Fribourg

Rapport du Service du
Médecin Cantonal



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

Direction de la santé et des affaires sociales **DSAS**
Direktion für Gesundheit und Soziales **GSD**

Table des matières

1	Introduction	3			
	Population carcérale et toxicomanie	3			
	Résumé	4			
	Zusammenfassung	4			
2	Déroulement du projet	6			
2.1	Objectif et procédure	6			
3	Méthode	7			
3.1	Extraction des données	8			
3.2	Période et site retenus	8			
3.3	Cohorte	8			
3.4	Données ciblées	9			
3.5	Dépistage des infections sexuellement transmissibles	9			
3.6	Sélection des traitements agonistes opioïdes	9			
3.7	Sélection de médicaments à risque addictogène élevé	10			
3.8	Répartition des détenus en groupe	11			
4	Résultats	12			
4.1	Dépistage des IST	12			
4.1.1	Dépistage du VIH	12			
4.1.2	Dépistages des hépatites	13			
4.2	Consommation de substances psychoactives avant la détention	14			
4.2.1	Prévalence des consommateurs	14			
4.2.2	Mode de consommation	15			
4.2.3	Substances consommées	16			
4.3	Consommation de substances psychoactives pendant la détention	17			
4.3.1	Prévalence des consommateurs	17			
4.3.2	Substances consommées	18			
4.3.3					
				Tests d'urine réalisés	19
4.4	Consommation de médicaments à risque addictogène élevé avant la détention	20			
4.4.1	Prévalence des consommateurs	20			
4.4.2	Médicaments à haut risque consommés	21			
4.5	Prescription de médicaments à risque addictogène élevé pendant la détention	22			
4.5.1	Prévalence des détenus sous traitement	22			
4.5.2	Médicaments à haut risque prescrits	23			
4.6	Prescription de traitements agonistes opioïdes (TAO) avant la détention	24			
4.6.1	Prévalence des détenus sous traitements	24			
4.6.2	Traitements prescrits	25			
4.7	Prescription de traitements agonistes opioïdes (TAO) pendant la détention	26			
4.7.1	Prévalence des détenus sous traitements	26			
4.7.2	Traitements prescrits	26			
4.8	Répartition en groupe finale	27			
5	Discussion des résultats	29			
5.1	Synthèse et mise en perspectives	29			
5.2	Mise en perspective des résultats	29			
5.3	Difficultés et limites rencontrées	30			
5.4	Implications et perspectives	33			
	Remerciements	33			
	Impressum	34			
	Annexe A				
	Annexe B				

1 Introduction

Cette étude a été mise sur pied dans le cadre du groupe de travail de la Commission cantonale des addictions créé en janvier 2020 intitulé « *Minimisation des risques en lien avec les addictions et maladies infectieuses en prison* ». Elle a pour objectif de réaliser une première photographie des consommations et des problèmes d'addictions et des infections sexuellement transmissibles (IST) dans les Établissements de détention du canton de Fribourg. Cette étude porte sur tous les détenus qui étaient en détention à la prison de Bellechasse durant la période pour la période 2019-2022, soit 1'271 détenus.

Le postulat est le suivant : avoir des données objectives permettant de mieux connaître la réalité vécue au sein de cet établissement de détention permettra ensuite de mieux prendre en compte certains risques en lien avec les addictions et les maladies infectieuses, tant pour les détenus que pour le personnel des établissements de détention. Comme cette photographie n'avait encore jamais été effectuée, la connaissance faisait défaut jusqu'à aujourd'hui, ne serait-ce que sur le nombre, les types et les modes de consommations en prison.

Les membres de ce groupe de travail sont : M. Franz Walter (Directeur des EDFR jusqu'en 2021), M. Guido Sturny, Directeur des EDFR dès 2021), M. Roger Crottaz, (Directeur-adjoint des EDFR), M. Alain Sauter (chef de division aux EDFR), M. Wuethrich (chef de l'équipe infirmière EDFR), Dr Corinne Devaud-Cornaz, (médecin cheffe du Centre de psychiatrie forensique), M. Philippe Barboni, Procureur au Ministère public), M. Jean-Daniel Barman (Président de la Commission cantonale des addictions jusqu'en 2022), Dr Martine Monnat (présidente de la Commission cantonale des addictions dès 2023), M. Christophe Monney, (Médecin cantonal adjoint du Service du médecin cantonal) et M. Nicolas Dietrich (Délégué aux questions liées aux addictions au Service du médecin cantonal).

Résumé des principaux résultats

Cette étude, effectuée sur 21271 dossiers de personnes détenues entre 2019 et 2022, permet d'identifier quelles sont les substances consommées dans l'établissement pénitentiaire de Bellechasse, ainsi que la situation en termes de maladies sexuellement transmissibles :

- 167 détenus (13.14%) ont consommé des substances psychoactives en détention.
- Le cannabis est la substance la plus consommée avant (40.32%) et pendant (89.77%) la détention.
- L'injection est peu présente (2.8%) avant la détention et, selon toute vraisemblance, aussi pendant la détention.
- Diminution des consommations de substances psychoactives (non prescrites) au fil des ans. Cet élément est à considérer avec précaution car les tests d'urine réalisés ont diminué aussi.
- Augmentation significative de prescription de médicaments addictogènes en détention (principalement, la quétiapine : 2.5x plus qu'en dehors de la prison). Cela peut s'expliquer par l'augmentation de la présence de maladies psychiques en détention, qui nécessitent une médication.
- Le nombre de personnes sous traitements agonistes opioïdes (TAO) est similaire avant (9.5%) et pendant (10%) la détention avec principalement de la méthadone et de la morphine retard (SevreLong).
- 1.1% des détenus ont contracté le VIH et 3.8% ont contracté au moins une hépatite. Toutefois, les informations concernant le dépistage des IST sont manquantes dans un bon nombre de dossiers (entre 26.4 et 27.9%).

Implications et perspectives : la réalisation d'une telle étude permet d'avoir une première photographie de la situation et de mettre en évidence des pistes pour améliorer les prestations et la prise en charge des détenus, ainsi que la promotion de la santé en prison, que cela soit par rapport aux addictions ou par rapport aux infections. Parmi ces pistes, l'instauration de thérapies de groupes dans l'objectif de limiter le risque de rechute, l'amélioration du dépistage et du traitement des IST en détention ou encore le renforcement de la préparation des sorties des détenus. Ceci notamment grâce à des entretiens addictologiques et à un suivi directement après la détention.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Die zwischen 2019 und 2022 durchgeführte Studie analysierte 1271 Dossiers inhaftierter Personen. Sie liefert Erkenntnisse zu den in der Strafanstalt Bellechasse konsumierten Substanzen sowie über die Situation in Bezug auf sexuell übertragbare Krankheiten:

- 167 Inhaftierte (13,14 %) konsumieren psychoaktive Substanzen in Haft.
- Cannabis wird sowohl vor (40,32 %) als auch während (89,77 %) der Haft am häufigsten konsumiert.
- Spritzen ist vor der Inhaftierung und höchstwahrscheinlich auch während der Haftdauer wenig verbreitet (2,8 %).
- Der Konsum psychoaktiver (nicht verschriebener) Substanzen hat über die Jahre abgenommen; mit Vorsicht zu betrachten, da die Anzahl durchgeführter Urintests ebenfalls rückläufig ist.
- Die Verschreibung abhängig machender Medikamente in Haft hat deutlich zugenommen (hauptsächlich Quetiapin: 2,5-mal mehr als ausserhalb des Gefängnisses). Dies lässt sich dadurch erklären, dass in Haft vermehrt psychische Erkrankungen auftreten, die eine Medikation erfordern.
- Der Anteil der Personen, die vor (9,5 %) und während (10 %) der Haft eine Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) erhalten, ist ähnlich hoch; Methadon und Morphin retard (Sevre-Long) werden am häufigsten eingesetzt.
- 1,1 % der Inhaftierten ist HIV-positiv und 3,8 % hatten mindestens eine Hepatitis-Infektion. Allerdings fehlten in vielen Dossiers (26,4 % bis 27,9 %) Angaben zu STI-Tests.

Auswirkungen und Perspektiven: Die Studie ermöglicht einen ersten Einblick und zeigt Wege auf, wie die Leistungen und die Betreuung der Gefangenen sowie die Gesundheitsförderung im Gefängnis in Bezug auf Sucht und/oder Infektionen verbessert werden können. Dazu gehören die Einführung von Gruppentherapien zur Verringerung des Rückfallrisikos, die Verbesserung der STI-Tests und -Behandlung in Haft oder auch die bessere Vorbereitung der Haftentlassung – insbesondere durch Gespräche sowie eine Betreuung direkt nach der Haft.

Population carcérale et toxicomanie

En 2020, plus de 10,4 millions de personnes étaient incarcérées à travers le monde, dont la majorité aux États-Unis¹. Toutefois, la population carcérale souffre de nombreux désavantages éducatifs, sociaux et économiques qui la rendent particulièrement vulnérable². En effet, la population carcérale est plus à même de souffrir de problème de santé, de troubles mentaux, de maladies infectieuses, y compris sexuellement transmissibles (IST) ainsi que de toxicomanie^{3,4,5}. Toutefois, bien qu'il existe une variabilité importante entre les différents établissements, les troubles liés à l'usage de substances ou de médicaments sont un des problèmes majeurs les plus courants en prison^{6,2}. Pour cause, les personnes vivant en détention sont plus susceptibles d'avoir consommé des substances au cours de la vie que la population générale⁵. En 2022, une revue de la littérature a mis en avant que 30% à 93% de la population carcérale européenne avaient consommé des substances illicites au moins une fois dans sa vie avant son incarcération⁷. De plus, cette prévalence de consommation est plus élevée dans la population carcérale féminine⁸. Il est important de prendre en considération la toxicomanie en détention, car elle est particulièrement associée à un risque suicidaire élevé, notamment à cause des symptômes de sevrage qui peuvent survenir dans les premiers jours d'incarcération⁹. Toutefois, le taux de mortalité est également très important dans les semaines suivant la libération à cause d'un risque important de récidive, mais également de surdose^{9,7}. Par conséquent, la promotion de la santé et de l'abstinence en détention sont des points centraux pouvant améliorer significativement la santé et le bien-être des personnes incarcérées⁷. De plus, la prison, avec son encadrement, est une opportunité pour répondre aux besoins et améliorer la santé des détenus². Toutefois, pour pouvoir mettre en place une prise en charge adaptée, il est nécessaire d'examiner avec précision la consommation de substances durant la détention et pas seulement la prévalence avant l'incarcération. L'objectif de ce rapport est donc de fournir une vision globale de la consommation de substances et de médicaments à haut risque addictogène en détention dans l'établissement pénitentiaire de Bellechasse durant une période comprise entre 2019 et 2022.

¹ Latifi, R., Osmani, K., Kilcommons, P., & Weinstein, R. S. (2021). Telemedicine for prisons and jail population : A solution to increase access to care. In R. Latifi, C. R. Doarn, & R. C. Merrell (Éds.), *Telemedicine, Telehealth and Telepresence : Principles, Strategies, Applications, and New Directions* (p. 419-428). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-56917-4_26

² Wolff, H., Sebo, P., Haller, D. M., Eytan, A., Niveau, G., Bertrand, D., Gétaz, L., & Cerutti, B. (2011). Health problems among detainees in Switzerland : A study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health, 11*(1), 245. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-245>

-
- ³ Blaauw, E., Roesch, R., & Kerkhof, A. (2000). Mental disorders in european prison systems : Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 european countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5), 649-663. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00050-9](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00050-9)
- ⁴ Fovet, T., Plancke, L., Amariei, A., Benradia, I., Carton, F., Sy, A., Kyheng, M., Tasniere, G., Amad, A., Danel, T., Thomas, P., & Roelandt, J.-L. (2020). Mental disorders on admission to jail : A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *European Psychiatry*, 63(1), e43. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>
- ⁵ Montanari, L., Royuela, L., Mazzilli, S., Vandam, L., Alvarez, E., Llorens, N., Carapinha, L., Grohmannova, K., Isajeva, L., Ignataviciute, L., Kvaternik, I., Sieroslowski, J., Malczewski, A., Plettinckx, E., Sendino, R., Torres, A., Yasemi, I., Tavošchi, L., & Mravcik, V. (2023). Prevalence of drug use before and during imprisonment in seven European countries (2014–2018). *Journal of Community Psychology*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1002/jcop.23053>
- ⁶ Arain, A., Robaey, G., & Stöver, H. (2014). Hepatitis C in European prisons : A call for an evidence-informed response. *BMC Infectious Diseases*, 14(6), S17. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-S6-S17>
- ⁷ van de Baan, F. C., Montanari, L., Royuela, L., & Lemmens, P. H. H. M. (2022). Prevalence of illicit drug use before imprisonment in Europe : Results from a comprehensive literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 29(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1879022>
- ⁸ Plugge, E., Yudkin, P., & Douglas, N. (2009). Changes in women's use of illicit drugs following imprisonment. *Addiction*, 104(2), 215-222. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02419.x>
- ⁹ Bukten, A., Lund, I. O., Kinner, S. A., Rognli, E. B., Havnes, I. A., Muller, A. E., & Stavseth, M. R. (2020). Factors associated with drug use in prison – results from the Norwegian offender mental health and addiction (NorMA) study. *Health & Justice*, 8(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40352-020-00112-8>

2 Déroulement du projet

2.1 Objectif et procédure

Ce projet a donc pour but de dresser un état des lieux des consommations de substances, y compris médicamenteuses, et des problèmes d'addictions et des infections sexuellement transmissibles (ci-après : IST) dans les établissements de détentions fribourgeois. Les objectifs du présent état des lieux étaient donc :

1. Connaître la situation en termes de types de substances et de modes de consommation chez les détenus avant et pendant la détention
2. Connaître la situation en matière de dépistage des IST.

La procédure s'est déroulée sur plusieurs étapes :

1. Établir la nécessité de ce projet par la consultation d'un groupe de travail mis spécialement sur pied
2. Extraire les données des dossiers électroniques des détenus via trois plateformes différentes : *Carefolio*, *GINA* et *Substitution.ch*
3. Analyser les données pour établir cette vue d'ensemble et fournir des pistes de recommandations en vue d'une amélioration de la situation en détention
4. Rédaction de ce rapport, soumission des recommandations et améliorations possibles aux personnes concernées

3 Méthode

3.1 Extraction des données

Afin d'obtenir une vue d'ensemble des problématiques de consommations, d'addictions et d'IST dans les centres de détentions fribourgeois, différentes données ont été extraites manuellement des dossiers cliniques et juridiques de chaque détenu. L'extraction s'est faite via trois plateformes différentes :

1. *Carefolio*, qui regroupe toutes les données cliniques, comme l'anamnèse, les notes de suivis et les prescriptions médicamenteuses.
2. *GINA*, qui contient les informations juridiques telles que le canton de domicile, l'autorité de placement et les infractions commises.
3. *Substitution.ch*, qui permet de suivre les prescriptions de TAO (traitement par agonistes opioïdes) du canton de Fribourg et qui a permis de compléter les informations présentes dans les dossiers cliniques des détenus.

Ainsi, l'objectif de ce projet est de fournir une vision la plus globale possible de la population carcérale du canton de Fribourg, avec un accent particulier mis sur la consommation de substances et de médicaments ainsi que le dépistage des IST.

3.2 Période et site retenus

Le projet avait pour objectif initial de fournir un état des lieux sur une période de 5 ans, comprise entre le 1^{er} janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2022, sur les sites de Bellechasse (EB) et de la Prison Centrale (PC). Cependant, au vu du nombre conséquent de dossiers à traiter, la sélection a été restreinte du 1^{er} janvier 2019 jusqu'au 31 décembre 2022 et uniquement sur le site de Bellechasse. Par conséquent, tous les détenus incarcérés sur cette période de 4 ans ont été inclus au projet. Cela même s'ils avaient été incarcérés avant le 1^{er} janvier 2019 ou qu'ils étaient toujours en détention après le 31 décembre 2022.

3.3 Cohorte

Le projet a donc inclus un total de 1'271 détenus incarcérés à Bellechasse sur cette période de 4 ans. La totalité des détenus était de sexe masculin et est âgée entre 20 et 82 ans ($M = 38$; $ET = 10$). La majorité d'entre eux étaient célibataires, et sans domicile connu ou domiciliés dans le canton de Fribourg. Les détenus étaient essentiellement fumeurs et fument entre 1 et 80 cigarettes par jour ($M = 18.55$; $ET = 6.59$). Finalement, plus de la moitié des détenus a été condamné, entre autres, pour une infraction à la Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup). Le Tableau 1, ci-après, offre une vue d'ensemble des données sociodémographiques complètes de cet échantillon.

Tableau 1*Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (N = 1'271)*

Variables	N	%	M	ET	Min	Max
Âge			38	10	20	82
Genre						
Homme	1'271	100				
État civil						
Célibataire	855	67.27				
Marié	239	18.81				
Divorcé	133	10.46				
Séparé	35	2.75				
Veuf	6	0.47				
Inconnu	3	0.24				
Canton de domicile						
Sans domicile connu (SDC)	341	26.83				
Fribourg	332	26.12				
Vaud	234	18.41				
Neuchâtel	95	7.47				
Genève	47	3.70				
Berne	32	2.51				
Valais	25	1.97				
Jura	23	1.81				
Zürich	6	0.47				
Soleure	3	0.24				
Bâle (Ville et Campagne)	3	0.24				
Obwald	1	0.08				
Argovie	1	0.08				
Tessin	1	0.08				
Sans domicile fixe (SDF)	15	1.18				
Non domicilié en Suisse	112	8.81				
Tabac						
Oui	899	70.73				
Non	308	24.23				
Sans information	64	5.04				
Cigarettes / jour			18.55	6.59	1	80
Consommation d'alcool						
Oui	654	51.5				
Non	409	32.2				
Sans information	208	16.3				
Consommation excessive d'alcool						
Oui	193	15.2				
Non	993	78.1				
Sans information	85	6.7				
Infraction LStup						
Oui	672	52.87				
Non	599	47.13				

Note : Tableau représentant les données sociodémographiques de l'échantillon utilisé. Les informations concernant la consommation d'alcool sont extraites comme indiqué dans les dossiers Carefolio, sans contrôle des normes utilisées. Abréviations : N = fréquence en nombre; % = pourcentage correspondant; M = moyenne; ET = écart-type; Min = valeur la plus basse de la variable; Max = valeur la plus haute de la variable

3.4 Données ciblées

Afin d'obtenir une photographie des problématiques de consommation de substances, de médicaments et des problématiques d'IST en détention, différentes variables ont été extraites des dossiers cliniques et juridiques des détenus :

- Le dépistage du VIH et des hépatites.
- La consommation de substances ainsi que le mode de consommation (fumée, inhalation/sniff, injection) avant et pendant la détention.
- La consommation / prescription de médicaments à risque addictogène élevé avant et pendant la détention.
- La prescription de traitements agonistes opioïdes (TAO) avant et pendant la détention.

Bien que ces différentes variables permettent d'offrir une vue d'ensemble des différentes problématiques cibles au sein de Bellechasse, il est important de préciser que toutes les informations liées à la consommation de produits stupéfiants durant la détention ont été extraites des tests d'urine réalisés durant le séjour de chaque détenu. Par conséquent, une variable concernant la réalisation systématique de ces tests a également été ajoutée au projet.

3.5 Dépistage des infections sexuellement transmissibles

Concernant le dépistage des IST, deux problématiques centrales ont été ciblées : (1) le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et (2) les différents types d'hépatites (A, B et C). Ces informations ont été extraites comme mentionné dans l'anamnèse de chaque détenu, contenues dans leurs dossiers *Carefolio*. Par conséquent, aucun dépistage n'a été effectué dans le cadre de ce projet.

3.6 Sélection des traitements agonistes opioïdes

Avant de détailler les différentes substances existantes, il est important d'en rappeler la définition : « Le traitement par agonistes opioïdes (anciennement appelé traitement basé sur la substitution) consiste à remplacer, sur prescription médicale, un opioïde consommé illégalement (dans la plupart des cas l'héroïne) par un médicament légal prescrit dans le cadre d'un suivi thérapeutique. »¹⁰. Concernant ces traitements, aucun critère de sélection n'a été appliqué. Par conséquent, les six traitements existants suivants ont été conservés. Une version plus complète de ce tableau contenant différentes informations sur les caractéristiques de chaque traitement est disponible en Annexe A.

Tableau 2

Liste des six traitements agonistes opioïdes disponibles sur le marché et conservés dans le cadre du projet

Nom commercial	Nom générique
Méthadone	Méthadone
Subutex	Buprénorphine
L-Polamidon	Lévométhadone
Suboxone	Buprénorphine + Naloxone
SevreLong	Morphine retard
Diaphin	Diacétylmorphine (DAM)

Note : Tableau représentant les six traitements par agonistes opioïdes pouvant être prescrits avant et pendant la détention.

¹⁰ Service du médecin cantonal. (n.d.). *Traitements par agonistes opioïdes (TAO)*. FR.ch. [Traitements par agonistes opioïdes \(TAO\) | Etat de Fribourg](#) / [Opioïd-Agonisten-Therapie \(OAT\) | Staat Freiburg](#)

3.7 Sélection de médicaments à risque addictogène élevé

Afin de pouvoir fournir un état des lieux des consommations/préscriptions de médicaments avant et pendant la détention, un accent particulier a été mis sur les médicaments présentant un risque addictogène élevé. Par conséquent, lors de l'extraction des données, seule la liste ci-dessous a été prise en compte. Par conséquent, un détenu ayant une prescription pour un médicament hors de cette liste sera catégorisé comme ne consommant aucun médicament (faisant partie des plus à risque de provoquer une addiction ou un sentiment d'addiction). En effet, certaines substances sélectionnées, comme la quétiapine, ne provoquent pas une addiction au sens physiologique du terme (dépendance physique, symptôme de sevrage, altération des neurotransmissions), mais provoquent un sentiment subjectif de dépendance au même titre que les antidépresseurs. Autrement dit, la dépendance est psychologique. La personne sous quétiapine aura donc la sensation d'être dépendante aux effets relaxants que la substance provoque, mais il n'y aura pas de marqueurs physiques d'une addiction comme avec l'alcool par exemple. De surcroît, en plus de créer ce sentiment de dépendance, la quétiapine peut être prescrite pour un vaste panel de pathologies différentes. Elle peut, par exemple, remplacer les benzodiazépines chez des personnes souffrant de toxicomanie. Par conséquent, avec une utilisation aussi large et un risque élevé de créer un sentiment de dépendance, la quétiapine a été retenue en dépit du fait qu'elle ne provoque pas une dépendance au sens purement physiologique. Il est également important de préciser que seuls les médecins membres de l'équipe médicale de Bellechasse ainsi que les psychiatres du Centre de psychiatrie forensique du RFSM, sont habilités à prescrire ces médicaments.

Finalement, douze traitements à haut risque addictogène présentés dans le tableau suivant ont été sélectionnés. Toutefois, un tableau plus complet contenant les caractéristiques de chaque substance (indications primaires, autres prescriptions, dérivé et abus) est également consultable en Annexe A.

Tableau 3

Liste de médicaments à risque addictogène élevé sélectionnés dans le cadre du projet

Nom commercial	Nom générique
Seroquel	Quétiapine
Aphénylbarbitate	Phénobarbital
Lyrica	Prégabaline
Gabapentine	Gabapentine
Rivotril	Clonazépam
Xanax	Alprazolam
Concerta	Méthylphénidate
Ritaline	Méthylphénidate
Lexotanil	Bromazépam
Dormicum	Midazolam
Kétamine	Kétamine
Oxycodone	Oxycodone

Note : Tableau représentant les douze médicaments sélectionnés comme étant les plus à risque de provoquer une addiction ou un sentiment d'addiction.

3.8 Répartition des détenus en groupe

Après avoir extrait et analysé les différentes variables mentionnées ci-avant, chaque détenu a été séparé dans l'un des sept groupes, détaillés ci-après, selon ses consommations (substances, médicaments ou TAO) durant son séjour. Il est important de mentionner que chaque catégorie est exclusive. De plus, la dernière catégorie (groupe 7) est utilisée lorsqu'un détenu présente :

1. Une infraction à LStup,
2. Un passif de consommation avant sa détention,
3. Un manque de test d'urine réalisé lors de son séjour en détention.

Les deux premiers critères indiquent que le détenu a déjà été confronté à la drogue, comme consommateur ou revendeur et qu'il a été condamné pour cela, ce qui le rend plus susceptible de consommer en détention qu'un détenu sans ces deux critères-là. Toutefois, avec l'absence de test d'urine réalisé lors de son séjour, aucune information n'est disponible sur sa consommation en prison. Par conséquent, lorsque ces trois critères sont réunis, le détenu est placé dans le groupe 7.

En résumé, l'objectif de cette répartition est d'obtenir une photographie plus précise et plus détaillée en faisant une distinction nette en fonction des problématiques et des types de produits consommés :

Tableau 4

Liste des sept groupes exclusifs servant à la répartition des 1'271 détenus

Numéro du groupe	Spécificité du groupe
Groupe 1	Détenus sous traitement TAO avec ou sans médicament(s) prescrits
Groupe 2	Détenus sous traitement TAO avec ou sans médicament(s) prescrit(s) et consommant des substances psychoactives en détention
Groupe 3	Détenus consommant uniquement des médicaments prescrits hors TAO
Groupe 4	Détenus consommant des médicaments prescrits hors TAO et des substances psychoactives en détention
Groupe 5	Détenus ne consommant que des substances psychoactives sans médicament ni TAO
Groupe 6	Détenus ne consommant rien
Groupe 7	Détenus susceptibles d'avoir consommé des substances psychoactives en détention, mais dont le dossier n'est pas suffisamment étayé pour pouvoir l'affirmer

Note : Tableau représentant les sept catégories dans lesquelles sont répartis les détenus selon leurs consommations durant leur séjour en détention. Les catégories sont exclusives.

4 Résultats

Dans cette section, les résultats d'analyses des différentes variables mentionnées ci-avant seront détaillés. Les informations traitant de la consommation de substances, de médicaments à haut risque addictogène et la prescription de traitements par agonistes opioïdes (TAO) ainsi que le dépistage des IST seront présentées dans leur globalité sans distinction entre les années. Les données traitant de la consommation de substances, de la réalisation des tests d'urine et de la prescription de médicaments à haut risque addictogène ainsi que de traitement par agonistes opioïdes (TAO) durant le séjour en détention seront présentées, premièrement de manière globale, puis en détail par année afin de mieux comprendre leur évolution dans le temps.

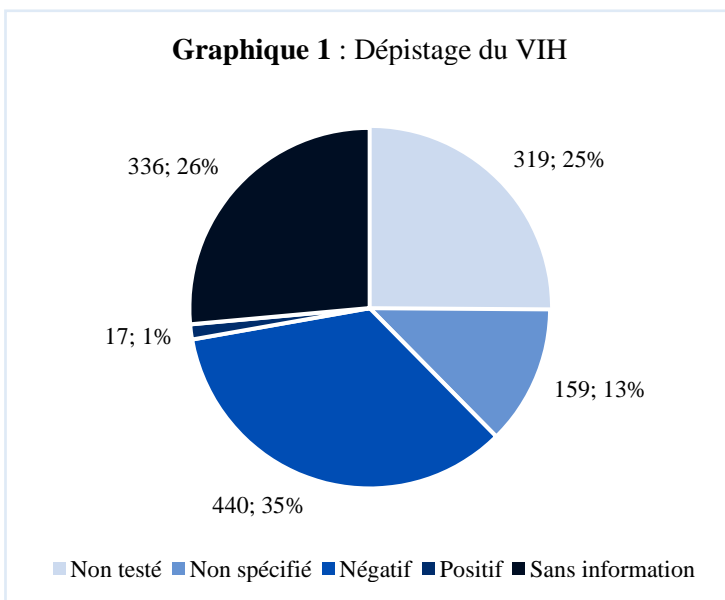
4.1 Dépistage des IST

4.1.1 Dépistage du VIH

Tableau 5

<i>Dépistage du VIH réparti en 5 catégories (N = 1'271)</i>		
Catégorie	N	%
Non testé	319	25.1
Non spécifié	159	12.5
Négatif	440	34.6
Positif	17	1.1
Sans information	336	26.4

Note : Tableau et graphique représentant les différentes catégories concernant le dépistage du VIH. Non spécifié = testé, mais le résultat n'est pas connu ; Sans information = aucune information donnée sur Carefolio.



Les informations concernant le dépistage du VIH ont été extraites de l'anamnèse de chaque détenu via son dossier *Carefolio*. Ils ont ensuite été répartis dans une des cinq catégories ci-dessus. À noter que la catégorie *Non spécifié* fait référence aux détenus qui ont rapporté avoir été dépistés, mais dont le résultat n'était pas indiqué dans leur dossier. Il est également important de mentionner que tout détenu qui a contracté le VIH au cours de sa vie, qu'il soit sous traitement ou non, est indiqué comme positif.

Ainsi, sur les 1'271 détenus, la majorité n'a pas contracté le VIH ($N = 440$). Toutefois, un nombre important de détenus n'a jamais été testé ($N = 319$) et plus d'un quart des dossiers ne mentionnaient aucune information concernant le dépistage du VIH ($N = 336$). Finalement, une partie plus réduite des détenus a été dépistée, mais le résultat n'était pas spécifié dans leur dossier ($N = 159$) et seuls 17 détenus ont contracté le VIH au cours de leur vie.

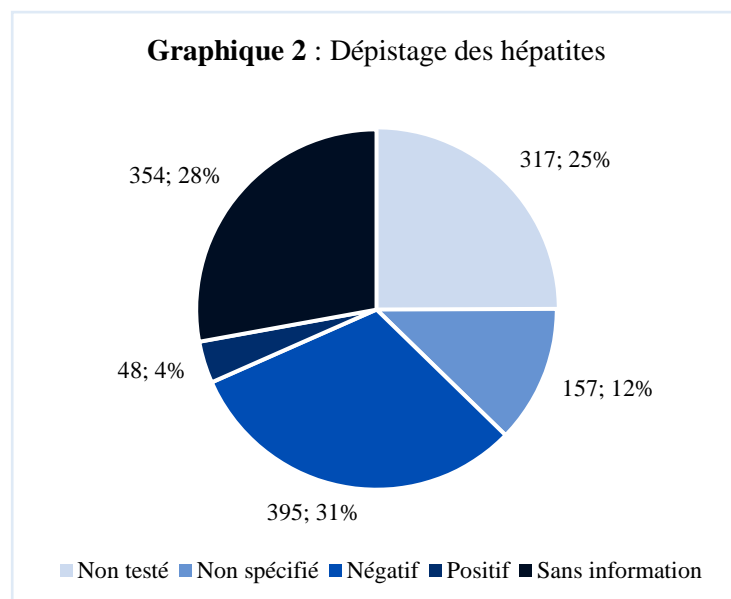
Cependant, bien que le nombre de détenus atteint du VIH soit très faible, il est important de garder à l'esprit qu'il n'y a pas d'information précise à ce sujet pour plus de la moitié des détenus (catégories *Non testé* et *Sans information* cumulées). Ces résultats sont donc certainement inférieurs à la réalité du terrain. De plus, ils soulignent un manque important dans la complétion des dossiers cliniques, surtout au niveau de l'anamnèse, mais également au niveau du dépistage systématique du VIH durant la détention.

4.1.2 Dépistages des hépatites

Tableau 6

<i>Dépistage des hépatites réparti en 5 catégories (N = 1'271)</i>		
Catégorie	N	%
Non testé	317	24.9
Non spécifié	157	12.4
Négatif	395	31.1
Positif	48	3.8
Sans information	354	27.9

Note : Tableau et graphique représentant les différentes catégories concernant le dépistage des hépatites. Non spécifié = testé, mais le résultat n'est pas connu ; Sans information = aucune information donnée sur Carefolio



Les informations concernant le dépistage des hépatites ont également été extraites de l'anamnèse de chaque détenu via leurs dossiers *Carefolio*. Les catégories sont similaires au dépistage du VIH. À noter, toutefois, que les informations concernant le dépistage des hépatites se basent sur la vie entière des détenus. Par conséquent, si un détenu a contracté une hépatite à un moment de sa vie, mais qu'il a été traité et guéri ou que cette dernière est inactive, il est tout de même catégorisé comme positif. L'objectif de procéder ainsi est de donner une vue d'ensemble la plus globale et précise possible incluant donc tous les détenus ayant actuellement ou ayant eu, par le passé, une hépatite afin d'évaluer l'importance de cette problématique auprès d'une population carcérale.

Ainsi, sur les 1'271 détenus, le graphique met en évidence que la majorité n'a jamais contracté une hépatite ($N = 395$), mais également qu'un nombre important de détenus n'a jamais été testé ($N = 317$). De plus, comme pour le VIH, plus d'un quart des dossiers ne mentionnaient aucune information ($N = 354$). Finalement, le résultat n'était pas spécifié pour un nombre plus limité d'entre eux ($N = 157$) et seuls 48 détenus ont ou ont eu une hépatite au cours de leur vie.

Il est également pertinent de souligner que, d'après les données, les hépatites sont trois fois plus importantes que le VIH en détention. Toutefois, il reste évident qu'il y a un manque important de complétion des dossiers, mais également de dépistages systématiques pour cette problématique. De plus, les dossiers *Carefolio* ne font que très rarement mention du type d'hépatite en cas de dépistage positif. Il est donc difficile d'être plus précis sur la prévalence de chaque hépatite au sein de Bellechasse. Malgré cela, quelques informations recueillies dans les dossiers cliniques des patients peuvent être mises en avant et montrent qu'il y a eu, au moins, 17 hépatites C, 13 hépatites B et une seule hépatite A (les trois pouvant être cumulées chez un seul et même détenu).

4.2 Consommation de substances psychoactives avant la détention

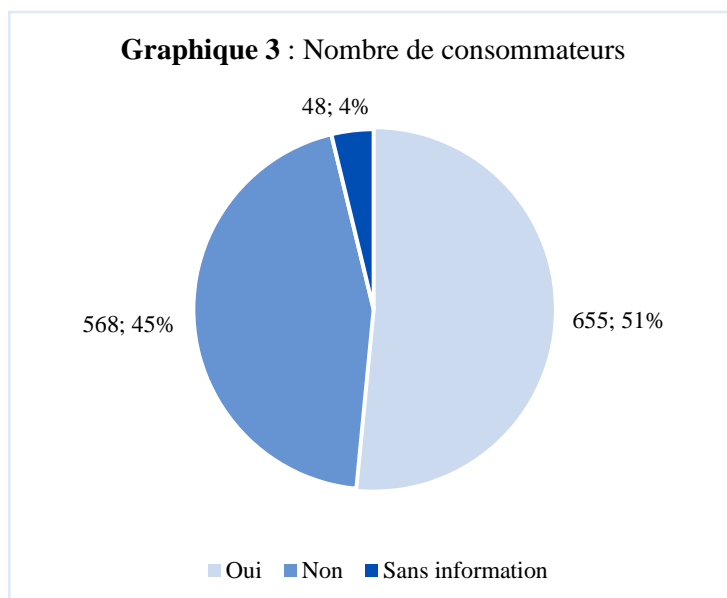
4.2.1 Prévalence des consommateurs

Tableau 7

Nombre de consommateurs (N = 1'271)

Catégorie	N	%
Oui	655	51.5
Non	568	44.7
Sans information	48	3.8

Note : Tableau et graphique représentant le nombre de consommateurs de drogues avant la détention. La consommation est prise sur la vie entière.



Les informations concernant la consommation de substances psychoactives avant la détention ont aussi été extraites de l'anamnèse de chaque détenu via leurs dossiers *Carefolio*. À noter, également, que les informations recueillies se basent sur la vie entière des détenus. Par conséquent, tous les détenus qui consomment ou ont déjà consommé une ou plusieurs substances psychoactives dans leur vie, indépendamment de la temporalité, de la fréquence et de la quantité consommée ont été catégorisés comme consommateurs. Par exemple, si un détenu a testé une seule fois le cannabis durant son adolescence, il sera tout de même catégorisé comme consommateur dans ce projet. L'objectif était de montrer ainsi la prévalence des détenus ayant déjà eu à faire, de près ou de loin, à des substances psychoactives, car ils sont plus susceptibles de continuer ou de recommencer à consommer en détention.

Ce graphique met ainsi en évidence que plus de la moitié des détenus (N = 655) a consommé, au moins une fois dans sa vie, une ou plusieurs substances psychoactives, contre une seconde moitié qui n'a jamais rien consommé (N = 568). Finalement, seuls 48 dossiers de détenus ne contenaient aucune information concernant la consommation de substances psychoactives avant la détention.

Il est également intéressant de souligner que, contrairement aux données extraites au niveau du dépistage du VIH et des hépatites, le nombre d'informations manquantes concernant la consommation de substances psychoactives est considérablement réduit. Il n'en reste pas moins important d'en tenir compte malgré tout, car ces informations manquantes peuvent, tout de même, avoir un impact négatif sur cet état des lieux en réduisant légèrement la prévalence réelle des consommateurs de substances psychoactives avant la détention.

4.2.2 Mode de consommation

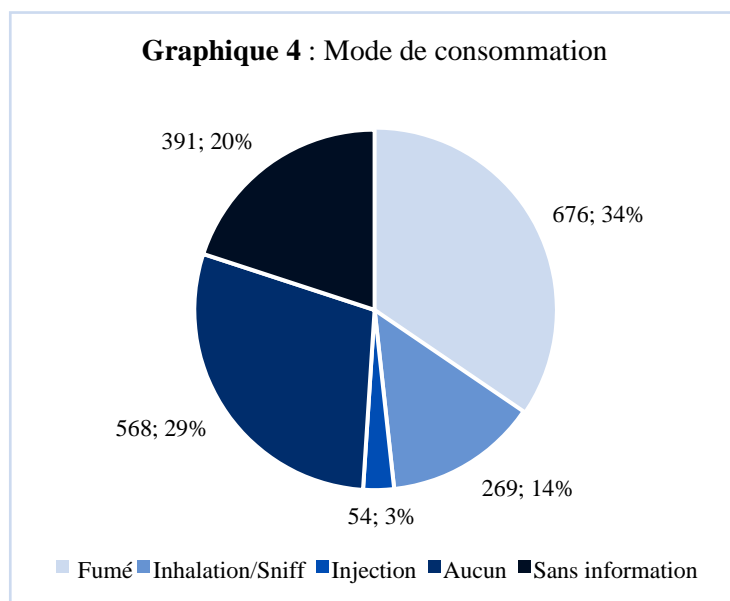
Tableau 8

Mode de consommation de drogues (N = 1'958)

Catégorie	N	%
Fumée	676	34.5
Inhalation/Sniff	269	13.7
Injection	54	2.8
Aucun	568	29
Sans information	391	20

Note : Tableau et graphique représentant les trois modes de consommation possibles. À noter qu'ils peuvent être cumulables pour une même substance chez un même détenu.

Graphique 4 : Mode de consommation

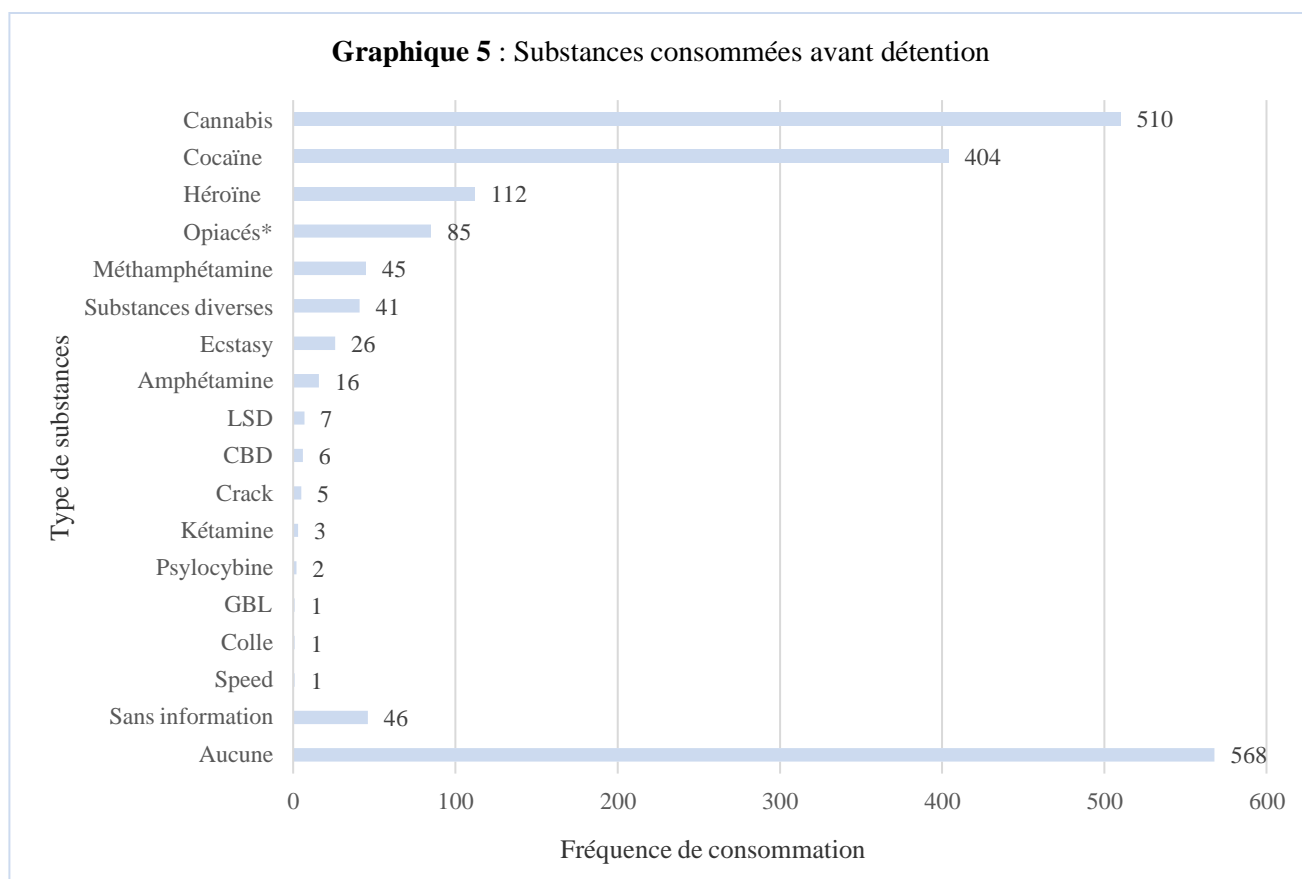


Les informations concernant le mode de consommation des substances psychoactives avant la détention ont été extraites de l'anamnèse de chaque détenu via leurs dossiers *Carefolio*. À noter, également, que, comme pour les substances psychoactives, les informations recueillies se basent sur la vie entière des détenus. De plus, trois modes de consommation ont été retenus :

1. La consommation de substances fumées
2. La consommation de substances inhalées ou sniffées
3. La consommation de substances injectées

Concernant les différents modes de consommation, il est clair que la majorité des substances sont fumées ($N = 676$), puis inhalées ou sniffées ($N = 269$). L'injection est le mode de consommation le moins utilisé avant la détention ($N = 54$). Le graphique montre également les 568 détenus qui ne consomment aucune drogue et met, surtout, en évidence que dans 20% des cas, les dossiers ne contenaient pas d'informations concernant le mode de consommation ($N = 391$), ce qui est non négligeable et peut potentiellement altérer ces résultats. Cependant, il est intéressant de garder à l'esprit que les risques liés à l'injection restent finalement assez minimes au vu du nombre très réduit de détenus s'injectant des substances psychoactives.

4.2.3 Substances consommées



Note : Graphique représentant la totalité des substances consommées avant la détention. À noter que les substances sont cumulables pour un seul et même détenu. Opiacés* = consommation d'opioïdes non spécifiés hors héroïne.

Les informations concernant le type de substances psychoactives consommées avant la détention ont aussi été extraites de l'anamnèse de chaque détenu via leurs dossiers *Carefolio*. Il est également important de noter que ce tableau est cumulatif. En effet, un seul détenu peut avoir consommé plusieurs drogues au cours de sa vie. Ainsi, un vaste panel de substances a été relevé ($N = 1'265$). Le tableau comprend également 46 dossiers qui ne contenaient pas d'information sur le type de substances consommées et 568 détenus qui n'ont jamais rien consommé ($N_{\text{Total}} = 1'879$). Il est également important de rappeler qu'aucune restriction n'a été appliquée dans le choix des substances incluses au projet. De surcroît, deux catégories particulières ont été ajoutées :

- *Opiacés**, qui fait référence à une consommation non spécifiée d'opioïdes, hors héroïne.
- *Substances diverses*, qui est utilisée lorsqu'un détenu annonçait consommer de tous ou avoir déjà tout testé. Le but de cette dernière catégorie est de regrouper les grands polyconsommateurs dans une même catégorie et d'éviter de dresser une liste non exhaustive des substances existantes sur le marché.

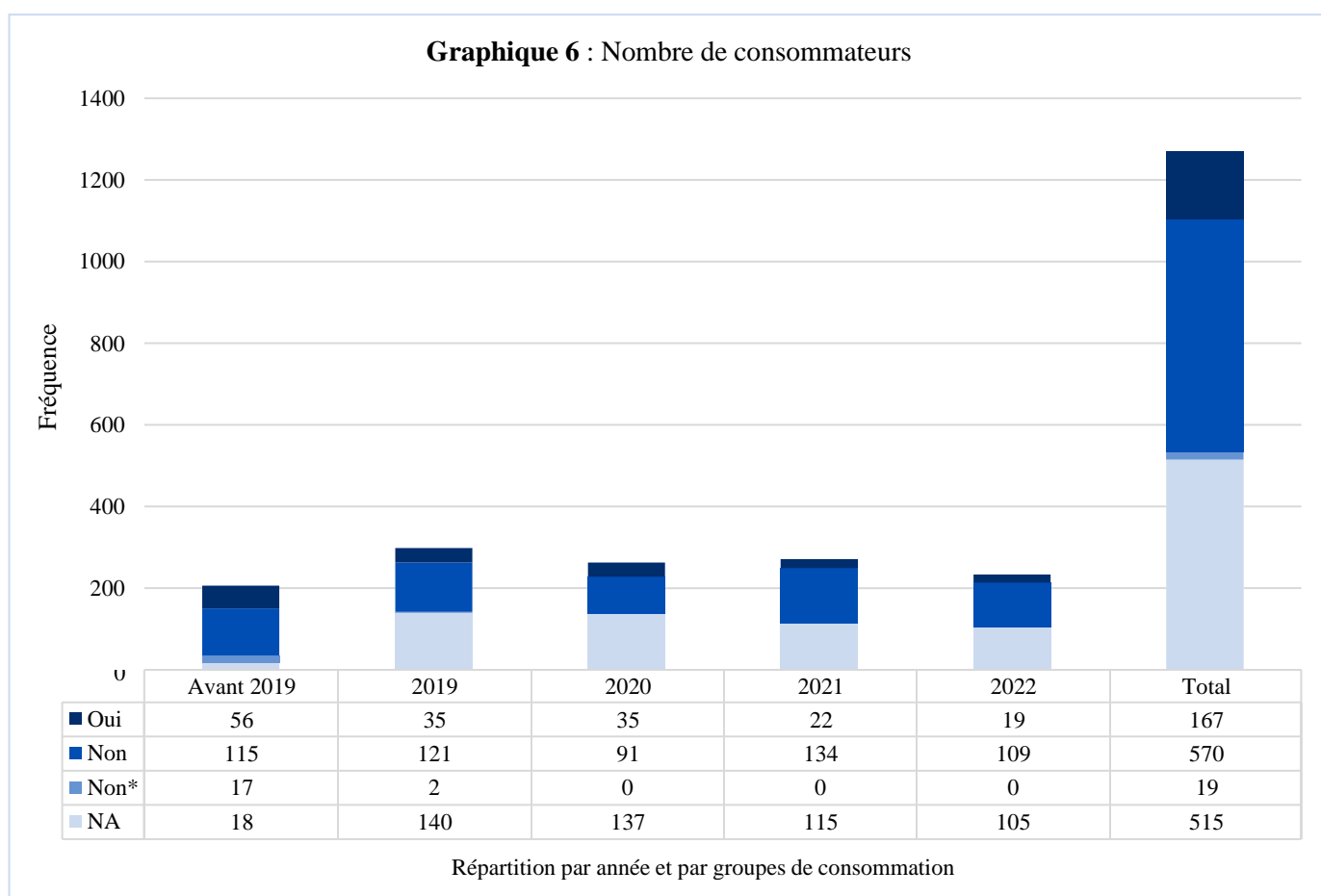
Ainsi, ce graphique met en lumière que la drogue la plus consommée avant la détention est le cannabis ($N = 510$), suivi de la cocaïne ($N = 404$) puis de l'héroïne ($N = 112$). De surcroît, un nombre élevé de détenus a également consommé des opiacés divers (*Opiacés**, $N = 85$). Il y a ensuite quatre autres catégories de substances moins consommées : la méthamphétamine ($N = 45$), les substances diverses ($N = 41$), l'ecstasy ($N = 26$) et les amphétamines ($N = 16$). Finalement, les dernières substances, plus anecdotiques, qui sont ressorties au travers des différents dossiers sont : le LSD ($N = 7$), le CBD ($N = 6$), le crack ($N = 5$), la kétamine ($N = 3$), la psilocybine ($N = 2$), le GBL ($N = 1$), la colle ($N = 1$) et finalement le speed ($N = 1$). En résumé, ce graphique met en évidence tout un éventail de substances psychoactives qui sont consommées avant la détention avec, en premier lieu, le cannabis, la cocaïne et l'héroïne.

4.3 Consommation de substances psychoactives pendant la détention

Les différents résultats, présentés ci-après, seront détaillés par année afin d'illustrer l'évolution des consommations en détention. Pour ce faire, la répartition des détenus par année s'est faite selon la date d'entrée en détention, ce qui a donné lieu à 5 groupes différents : (1) entrée en détention avant 2019, (2) entrée en détention en 2019, (3), entrée en détention en 2020, (4) entrée en détention en 2021 et finalement (5) entrée en détention en 2022.

Cependant, il est important de souligner que 90 détenus (7.08%) ont effectué entre deux et cinq séjours à Bellechasse durant la période retenue (1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2022). Afin d'éviter les doublons, les détenus ont été répartis en ne tenant compte que de la date de leur première entrée en détention. Ce choix peut, toutefois, engendrer des déséquilibres entre les groupes qui peuvent impacter les résultats et qu'il est impératif de garder à l'esprit.

4.3.1 Prévalence des consommateurs



Note : Graphique représentant la prévalence des consommateurs en détention en fonction des années. À noter que Non correspond à une consommation de benzodiazépines hors traitement. Abréviations : NA = données manquantes (Not Available / Missing Values). Total de détenus par année : Avant 2019 = 206; 2019 = 298; 2020 = 263; 2021 = 271; 2022 = 233.*

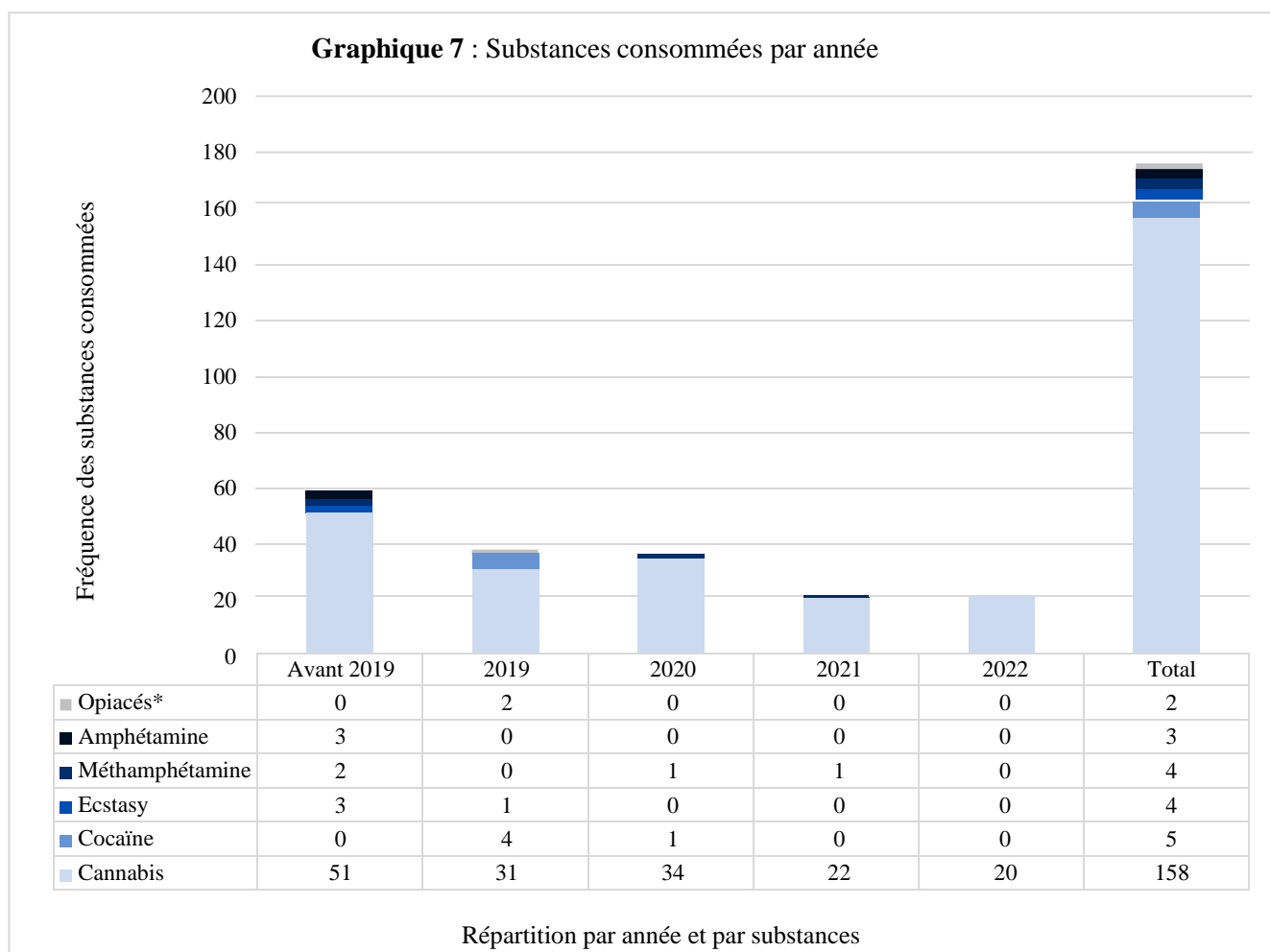
Pour rappel, dans la majorité des cas, ces informations ont été recueillies grâce aux tests d'urine positifs qui ont permis de mettre en avant les consommateurs. Toutefois, il est également possible, bien que rare, qu'une telle information ait été mentionnée dans les notes de suivis des dossiers *Carefolio*. De plus, une catégorie spécifique, *Non**, a été ajoutée. Elle fait référence à une consommation de benzodiazépines non spécifiées et consommées hors traitement. Cependant, comme il n'est pas possible d'affirmer que ces benzodiazépines fassent partie de la liste des médicaments à haut risque addictogène présentée ci-avant, ils ont été catégorisés par un non. Toutefois, il est important de tout de même les mettre en évidence

puisqu'ils soulignent une consommation illégale de médicaments en détention ou une mauvaise notation des traitements en cours dans certains dossiers.

Ainsi, ce graphique permet d'illustrer la prévalence de consommation de substances illicites en détention, répartie en quatre groupes sur cinq périodes différentes. Au total, sur les 1'271 détenus, 13.14% ont consommé des drogues durant leur séjour ($N = 167$) contre 44.85% qui n'en ont pas consommé ($N = 570$). Finalement, 40.52% des dossiers ne permettaient pas de communiquer des informations sur la consommation des détenus ($N = 515$). Les 1.49% restants représentent 19 détenus qui ont consommé des benzodiazépines en détention sans qu'un traitement soit indiqué dans leur dossier. Par ailleurs, trois détenus ont mentionné avoir commencé à consommer du cannabis en détention, dont un à spécifier que c'était à cause de la pression.

Il est également intéressant de souligner que le nombre de consommateurs en détention diminue au fil du temps, passant de 56 détenus avant 2019 à 19 détenus en 2022. A contrario, le nombre de non-consommateurs est assez fluctuant, mais reste, en moyenne, compris entre 90 et 130 détenus. Cependant, bien que le nombre de consommateurs décroisse, il est important de souligner que le nombre d'informations manquantes a considérablement augmenté en 2019 en passant de 18 à 140 dossiers et n'a que légèrement baissé après 4 ans pour atteindre les 105 dossiers en 2022. Il est donc tout à fait probable que les données concernant la consommation de substances durant la détention soient inférieures à la réalité.

4.3.2 Substances consommées

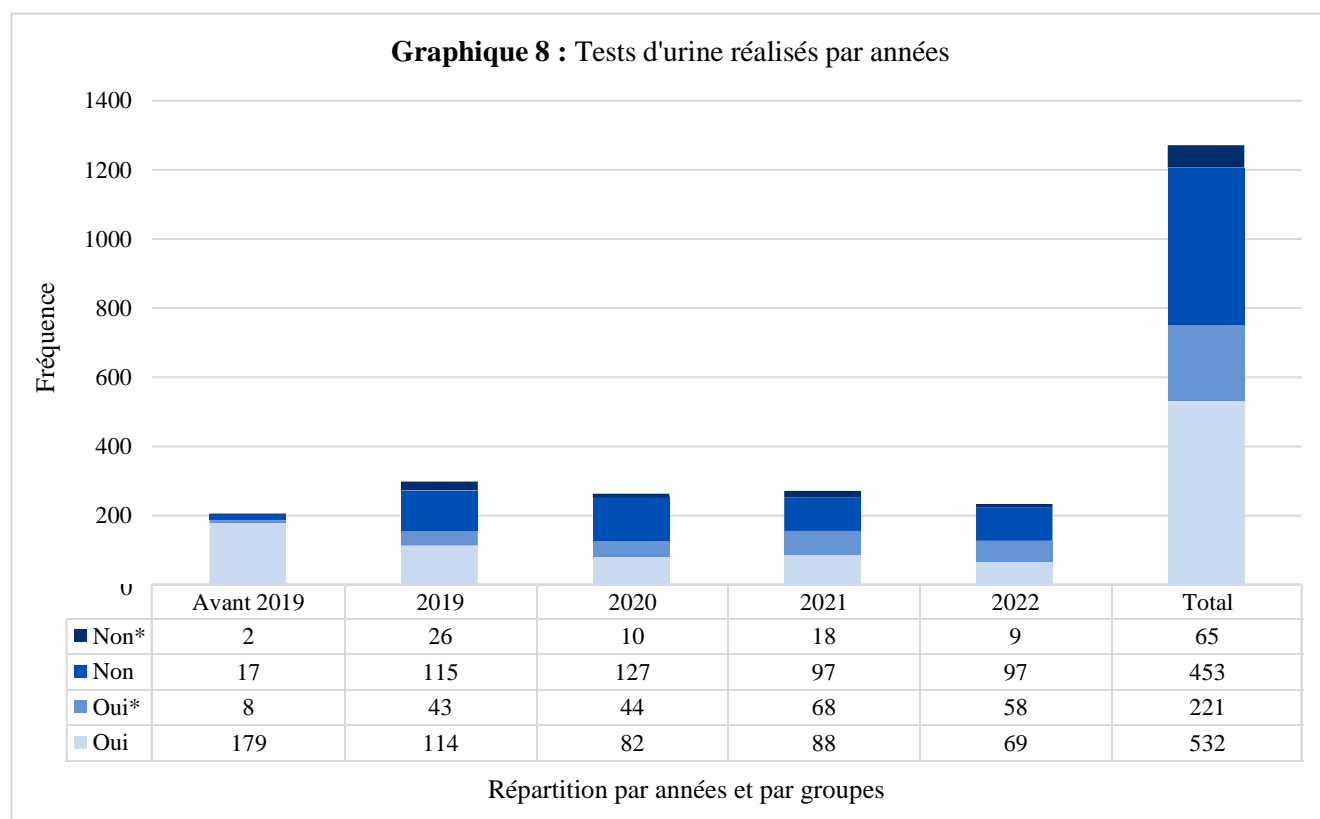


Note : Graphique représentant les substances consommées en détention en fonction des années. À noter que Opiacés correspond à une consommation d'opioïdes non spécifiés. Les données sont cumulatives. Total de substances par année : Avant 2019 = 59; 2019 = 38; 2020 = 36; 2021 = 23; 2022 = 20; Total = 176.*

Ce graphique met en évidence les différentes substances consommées ainsi que leur fréquence de consommation par années. De ce fait, la drogue la plus consommée au sein de Bellechasse est le cannabis, qui représente à lui seul 89.77% des substances consommées ($N = 158$). Toutefois, il est important de souligner que sa consommation semble décroître avec les années, passant de 51 détenus qui en ont consommé avant 2019 à seulement 20 détenus en 2022. D'autres substances ont également été consommées bien que ce soit de manière plus anecdotique, comme la cocaïne (principalement en 2019, $N = 4$), l'ecstasy (principalement avant 2019, $N = 3$), la méthamphétamine (majoritairement avant 2019, $N = 2$), les amphétamines (toujours majoritairement avant 2019, $N = 3$) et finalement deux détenus ont consommé des opiacés divers, mais uniquement en 2019. Il est intéressant de souligner que la majorité des substances autres que le cannabis ont été consommées avant 2019 et qu'elles ont fortement baissé au fil des années pour n'avoir plus que du cannabis qui est consommé en 2022.

Cependant, bien que ce graphique mette en avant les différentes substances consommées ainsi que la diminution de leurs consommations au fil des ans, il est important de garder à l'esprit que, tout comme le nombre de consommateurs en détention, ces informations ont été extraites principalement grâce aux résultats des tests d'urine effectués durant le séjour. En effet, les dossiers cliniques des détenus ne contenaient que très rarement ces informations. Le test d'urine était donc le seul outil à disposition pour obtenir des informations concernant les substances consommées en détention.

4.3.3 Tests d'urine réalisés



Note : Graphique représentant la réalisation des tests d'urine au fil du temps, répartie en quatre groupes : Oui = au moins 2 tests d'urine inopinés; Oui = 1 seul test d'urine inopiné; Non = uniquement le test d'urine à l'entrée; Non* = aucun test d'urine, y compris celui de l'entrée. Chaque catégorie est exclusive. Total de détenus par année : Avant 2019 = 206; 2019 = 298; 2020 = 263; 2021 = 271; 2022 = 233.*

Bien que les résultats des tests d'urine aient permis de mettre en évidence la prévalence des consommations de substance en détention, il est important de mentionner, comme illustré sur le graphique, que la réalisation systématique de tests d'urine durant la détention (groupe *Oui*) diminue avec les années, passant de 179 détenus, testés au moins deux fois, avant 2019 à 69 détenus en 2022. Ce qui correspond à une baisse de 2.5 fois moins en 4 ans. A

contrario, le nombre de détenus testé une seule fois (groupe *Oui**) ou testé uniquement à l'entrée (groupe non) a considérablement augmenté depuis 2018. Concernant le dernier groupe (*Non**), la prévalence a augmenté en 2019, mais tend à diminuer considérablement jusqu'en 2022, passant de 26 à 9 détenus. Ce groupe correspond au nombre de détenus qui n'a fait aucun test d'urine, y compris celui de l'entrée.

En résumé, bien que la prévalence de consommateurs de substances soit relativement basse (13.14%), il est important de garder à l'esprit que plus de 40% des dossiers n'avaient pas d'informations suffisantes à ce sujet et que le nombre de tests d'urine répétés pendant la détention a fortement diminué. De plus, le nombre de détenus par année est inégal et les résultats peuvent donc être déséquilibrés. Il est également important de garder en tête que la situation liée à la pandémie COVID-19 a également pu engendrer des difficultés à se procurer des substances en détention, mais également des difficultés sanitaires ayant pu impacter la réalisation de tests d'urine pouvant impacter les résultats. Il semble donc probable que les résultats concernant la consommation de drogues en détention soient bien inférieurs à la réalité.

4.4 Consommation de médicaments à risque addictogène élevé avant la détention

4.4.1 Prévalence des consommateurs

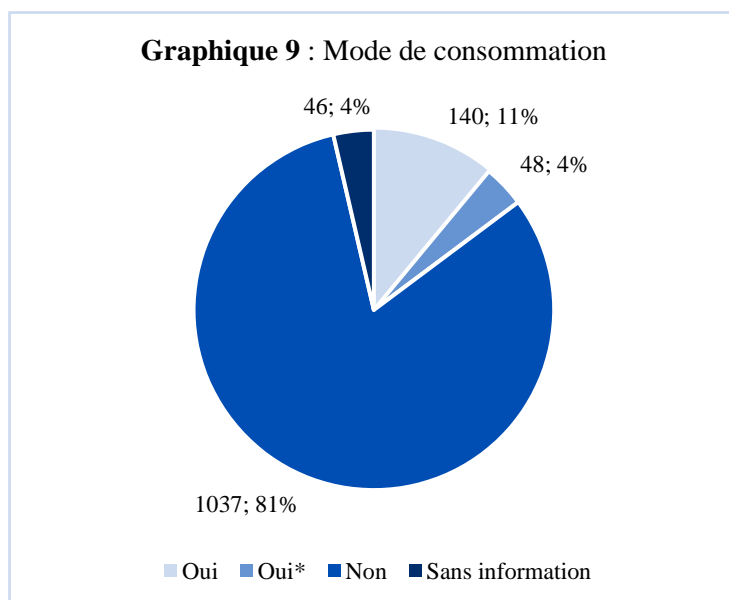
Tableau 9

Nombre de consommateurs (N = 1'271)

Catégorie	N	%
Oui	140	11
Oui*	48	3.8
Non	1'037	81.6
Sans information	46	3.6

Note : Tableau et graphique représentant le nombre de consommateurs de médicaments avant la détention. La consommation est prise sur la vie entière. Note : *Oui** = une consommation de benzodiazépines non spécifiées.

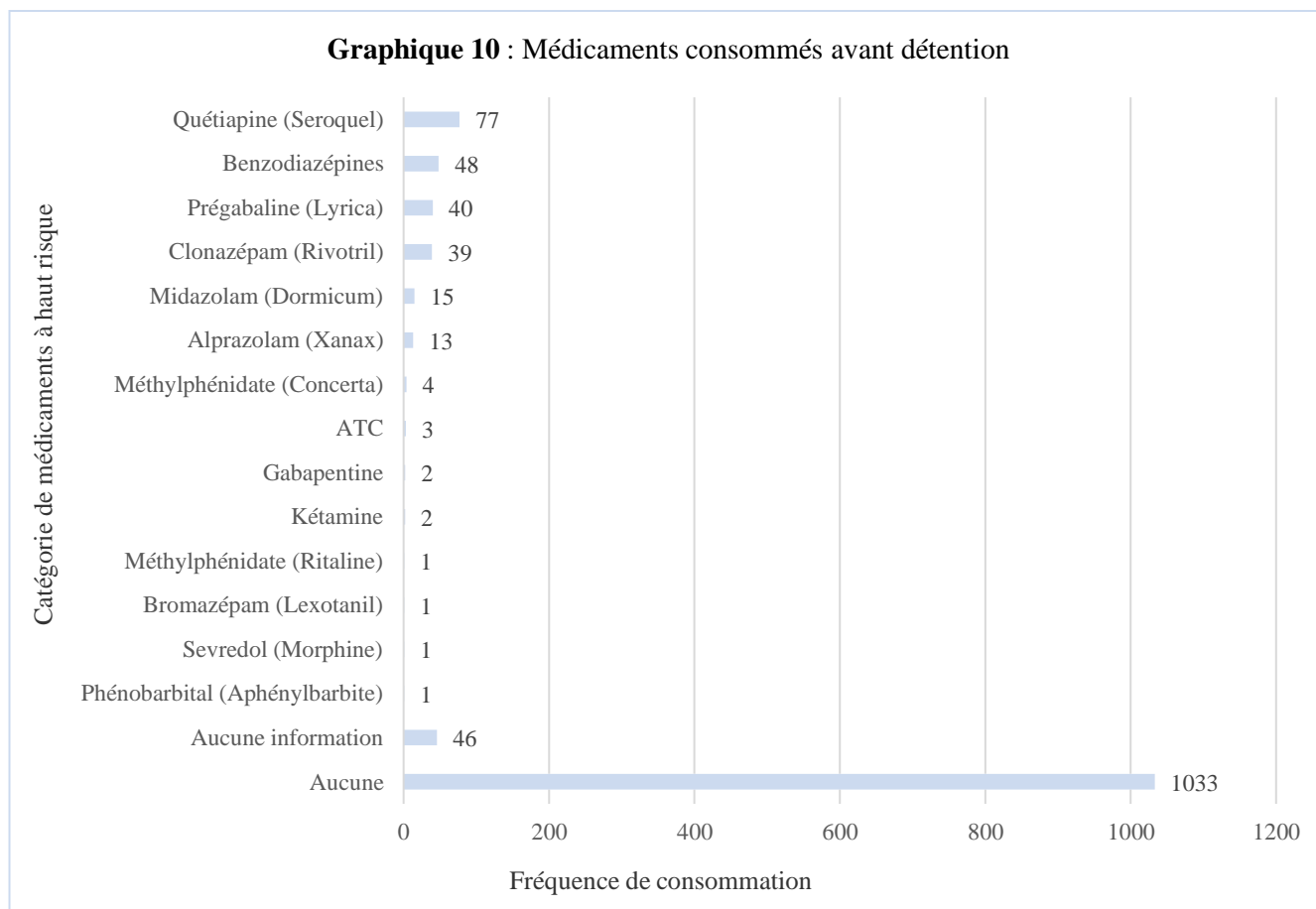
Graphique 9 : Mode de consommation



Les informations concernant le nombre de consommateurs de médicaments avant la détention ont été extraites de l'anamnèse de chaque détenu via leurs dossiers *Carefolio*. De plus, il est important de spécifier que ces données regroupent, sans distinction, les prescriptions de médicaments avec un suivi médical et les consommations illégales au cours de la vie des détenus, et ce, même si la consommation n'a plus lieu au moment de la détention.

Ainsi, le graphique met en évidence que la majorité des détenus (N = 1'037) n'a jamais consommé de médicaments à risque au cours de la vie. Cela étant, plus de 10% des détenus (N = 140) ont consommé, de manière légale ou non, un ou plusieurs médicaments à risque durant leur vie. Il est, cependant, important de mentionner que la catégorie *Oui**, qui regroupe près de 4% des détenus (N = 48), fait référence à une consommation de benzodiazépines, prescrite ou non, qui n'ont pas été spécifiés dans le dossier clinique des détenus. Il est donc possible, mais non garanti qu'ils fassent partie des médicaments à haut risque addictogène sélectionnés dans cette étude. Finalement, un nombre réduit de dossiers (N = 46) ne contenaient pas d'informations à ce sujet.

4.4.2 Médicaments à haut risque consommés



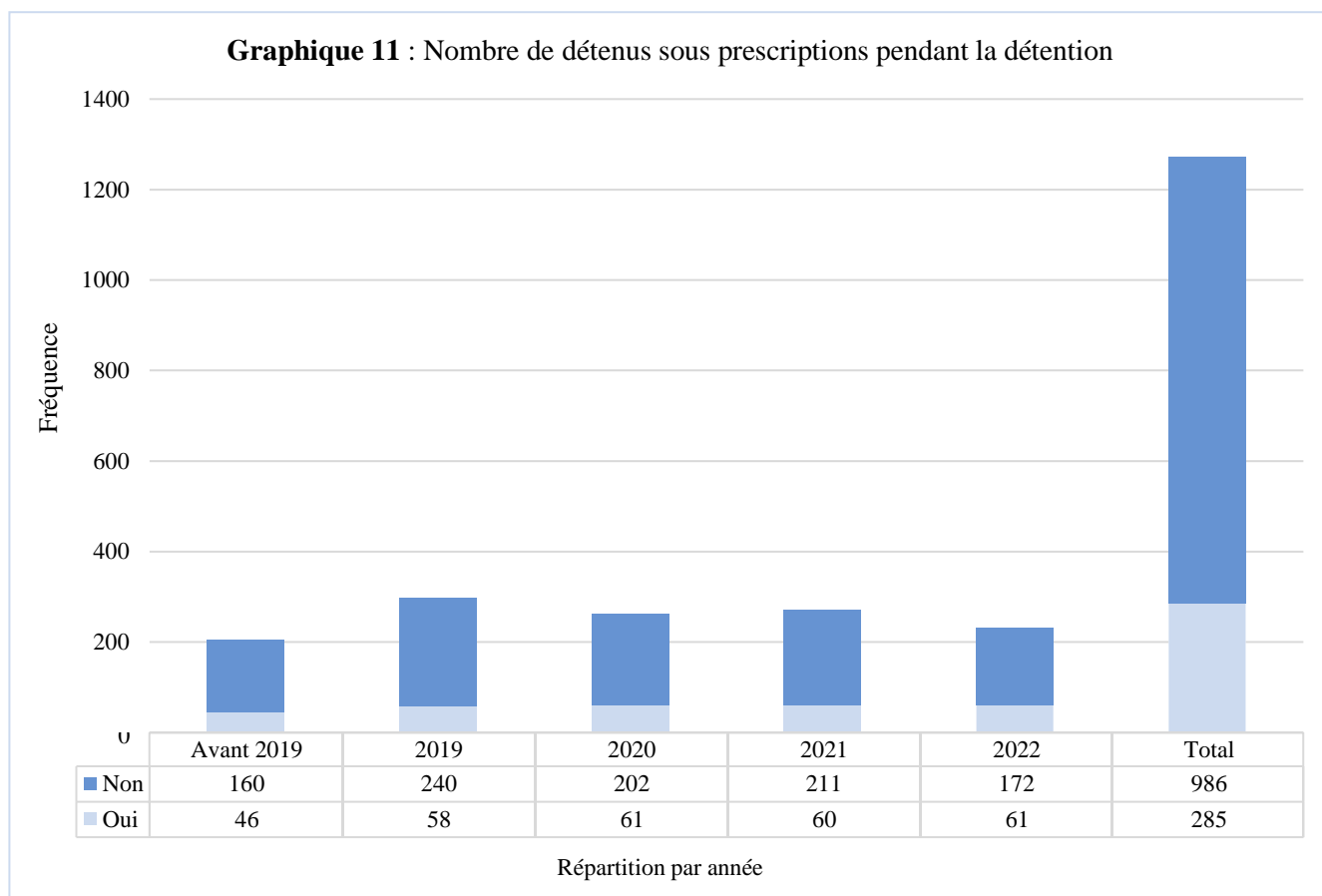
Note : Graphique représentant la totalité des médicaments à haut risque addictogène consommés avant la détention. À noter que les médicaments sont cumulables pour un seul et même détenu. Benzodiazépines = consommation de benzodiazépines non spécifiées. ATC = antidépresseur tricyclique.*

Les informations concernant les différents médicaments consommés avant la détention ont été extraites de l'anamnèse de chaque détenu via leurs dossiers *Carefolio*. Il est également important de mentionner que ce tableau est cumulatif. Par conséquent, un seul détenu peut avoir consommé plusieurs médicaments différents au cours de sa vie. De plus, il n'y a aucune distinction entre les médicaments prescrits et ceux consommés de manière illégale. Par conséquent, ce graphique met en évidence un vaste panel de médicaments à haut risque d'addictions ($N = 247$). Le tableau comprend également 46 dossiers qui ne contenaient pas d'information sur le type de médicaments consommés et 1'033 détenus qui n'en ont jamais consommé ($N_{\text{Total}} = 1'325$).

Ce graphique met ainsi en évidence que les trois principaux médicaments consommés à l'extérieur sont : (1) la quétiapine (Seroquel, $N = 77$) suivie de (2) la prégabaline (Lyrica, $N = 40$) et de (3) le clonazépam (Rivotril, $N = 39$). Deux autres substances sont relativement fréquemment consommées, le midazolam (Dormicum, $N = 15$) et l'alprazolam (Xanax, $N = 13$). Il est, toutefois, important de mentionner que 48 détenus (catégorie *Benzodiazépines**) ont consommé des benzodiazépines dont le nom n'était pas spécifié dans leur dossier. Par conséquent, il est pertinent d'en tenir compte, mais avec prudence, car rien ne permet d'affirmer que ces détenus ont consommé des médicaments à haut risque addictogène. Les médicaments suivants sont consommés de manière plus anecdotique : le méthylphénidate (Concerta, $N = 4$), les antidépresseurs tricycliques* (ACT, $N = 3$), la gabapentine ($N = 2$), la kétamine ($N = 2$). Les antidépresseurs tricycliques ont été pris en considération, car ils ne sont que très rarement prescrits au vu des effets secondaires graves qu'ils peuvent provoquer. Les médicaments restants n'ont été consommés qu'une seule fois sur les 1'271 détenus : le méthylphénidate (Ritaline, si prescrite hors indication de trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)), le bromazépam (Lexotanil), le Sevredol (un dérivé de la morphine) et le phénobarbital (Aphénylbarbite, un barbiturique).

4.5 Prescription de médicaments à risque addictogène élevé pendant la détention

4.5.1 Prévalence des détenus sous traitement

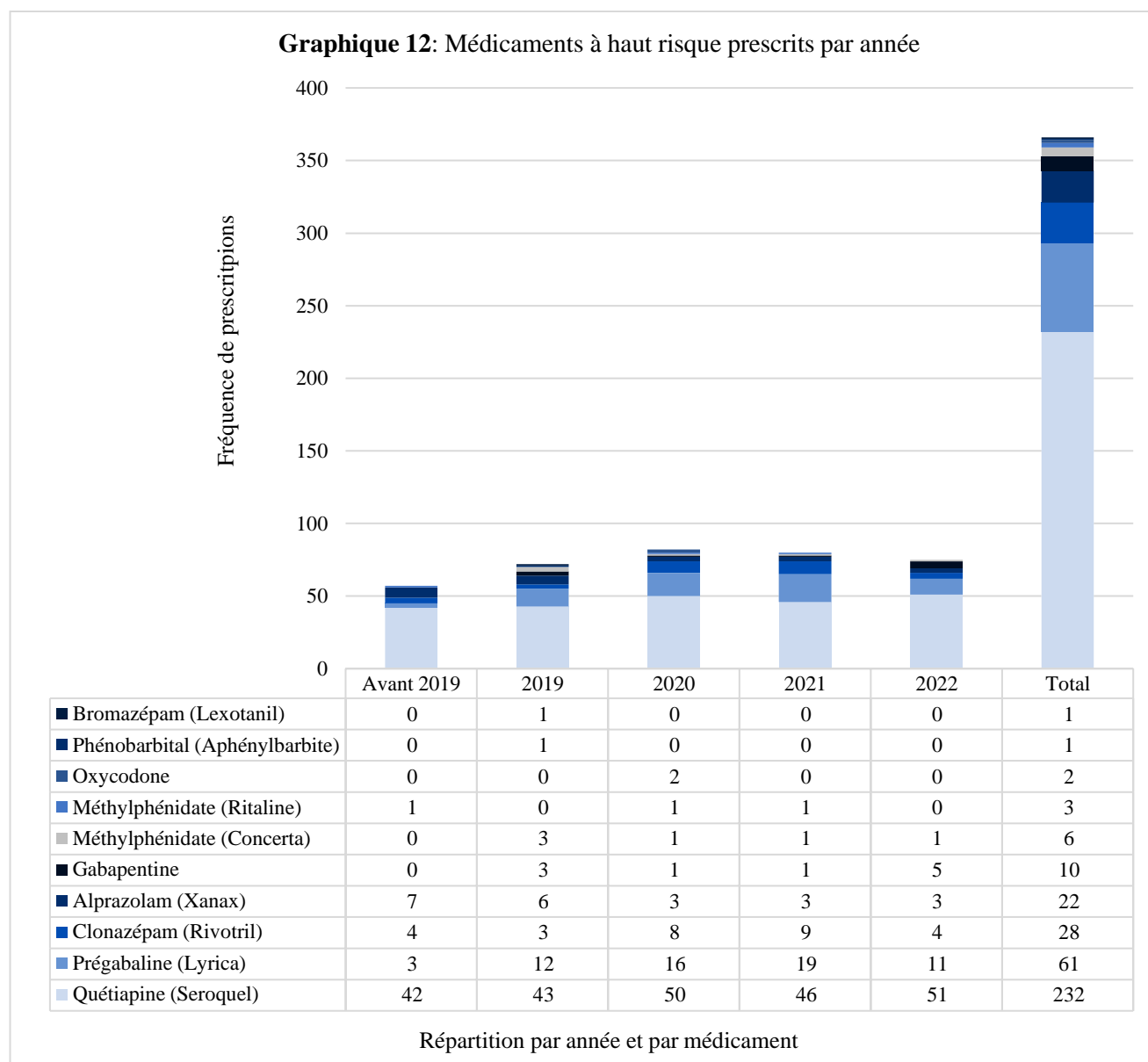


Note : Graphique représentant la prévalence des détenus sous traitements médicamenteux à haut risque addictogène en détention en fonction des années. Total de détenus par année : Avant 2019 = 206; 2019 = 298; 2020 = 263; 2021 = 271; 2022 = 233.

Les informations concernant le nombre de détenus sous prescription de médicaments à haut risque addictogène pendant la détention ont été extraites des dossiers *Carefolio*, via la section *historique des médicaments*. De plus, il est important de noter que seuls les médicaments prescrits sont mentionnés. Ainsi, ce graphique permet d'illustrer la prévalence des détenus sous prescriptions de médicaments à risque addictogène élevé durant leur détention.

Au total, sur les 1'271 détenus, 22.42% ont consommé des médicaments à haut risque addictogène ($N = 285$) contre 77.58% qui n'en ont pas consommé ($N = 986$). Pour rappel, cela n'indique pas qu'ils n'ont eu aucun traitement, mais cela signifie qu'ils n'ont pas consommé de médicaments à risque, sélectionnés pour ce projet (voir Annexe A). Il est également intéressant de souligner que le nombre de détenus sous prescription augmente au fil des années, passant de 46 détenus avant 2019 à 61 détenus en 2022. A contrario, le nombre de non-consommateurs a considérablement augmenté au départ, passant de 160 détenus avant 2019 à 240 en 2019, mais décroît jusqu'en 2022 avec plus que 172 détenus. Il est toutefois important de garder en mémoire que le nombre de détenus par année est inégal et que les résultats peuvent donc être déséquilibrés.

4.5.2 Médicaments à haut risque prescrits



Note : Graphique représentant les médicaments à risque addictogène élevé prescrits en détention en fonction des années. Le tableau est cumulatif. La Ritaline est prise uniquement hors indication de TDAH spécifié dans le dossier. Total de substances par année : Avant 2019 = 57; 2019 = 72; 2020 = 82; 2021 = 80; 2022 = 75; Total = 366.

Les informations concernant les différents types de médicaments à haut risque addictogène qui ont été prescrits pendant la détention ont été extraites des dossiers *Carefolio*, via la section *historique des médicaments*. Il est également important de mentionner que ce tableau est cumulatif. Par conséquent, un seul détenu peut avoir consommé plusieurs médicaments différents au cours de sa vie. Ainsi, ce graphique met en évidence un vaste panel de médicaments différents ($N = 366$).

Ce graphique met ainsi en évidence que les trois principaux médicaments prescrits à Bellechasse sont : (1) la quétiapine (Seroquel, $N = 232$) suivie de (2) la prégabaline (Lyrica, $N = 61$) et de (3) le clonazépam (Rivotril, $N = 28$). Deux autres substances sont assez fréquemment prescrites aussi, l'alprazolam (Xanax, $N = 22$) et la gabapentine ($N = 10$). Les médicaments suivants sont consommés de manière plus anecdotique : le méthylphénidate (Concerta, $N = 6$ / Ritaline, $N = 3$), l'oxycodone ($N = 2$), le phénobarbital (Aphénylbarbite, $N = 1$) et le bromazépam (Lexotanil, $N = 1$).

Il est, à nouveau, important de noter que la Ritaline a été retenue uniquement si elle était prescrite sans indication de TDAH dans le dossier du détenu. Il est cependant possible que le détenu présente un trouble de l'attention, mais que ce dernier n'ait pas été mentionné dans son dossier. Auquel cas, par manque d'informations dans le dossier, la Ritaline serait tout de même prise en compte dans les données.

Il est également intéressant de souligner que la majorité des médicaments ont diminué au fil des années excepté pour la gabapentine, le clonazépam, la prégabaline et la quétiapine. Cependant, le clonazépam et la prégabaline ont atteint leur pique en 2021, mais décroissent depuis. Il est également important de souligner que, d'après ce graphique, le midazolam (Dormicum), qui était consommé par 15 détenus avant leur détention, n'a pas été prescrit au sein de Bellechasse sur la période 2019-2022. Finalement, le plus intéressant à relever est que la quétiapine a considérablement augmenté passant de 42 détenus sous traitement avant 2019 à 51 détenus en 2022 et qu'elle représente à elle seule 63.39% des médicaments à haut risque addictogène prescrits en détention. Par conséquent, sa prescription en détention est trois fois plus élevée que sa consommation à l'extérieur (voir graphique 10).

4.6 Prescription de traitements agonistes opioïdes (TAO) avant la détention

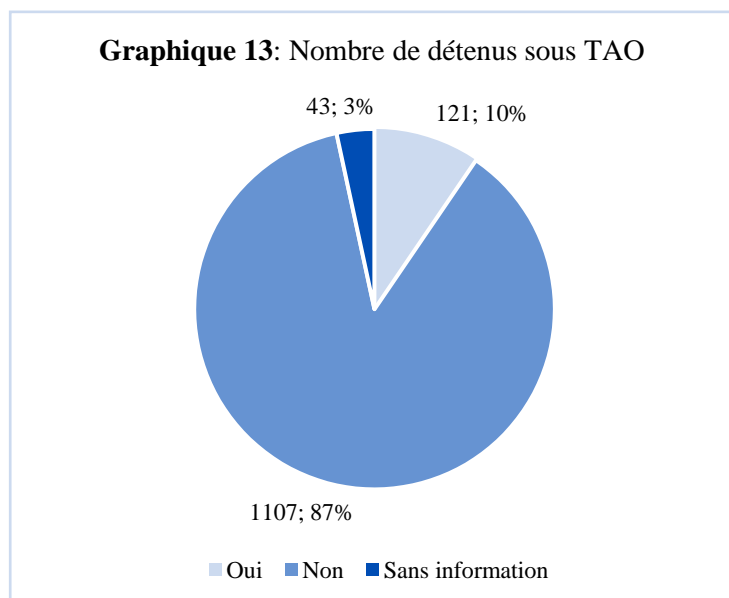
4.6.1 Prévalence des détenus sous traitements

Tableau 10

<i>Nombre de détenus sous TAO (N = 1'271)</i>		
Catégorie	N	%
Oui	121	9.5
Non	1'107	87.1
Sans information	43	3.4

Note : Tableau et graphique représentant le nombre de détenus sous traitement agoniste opioïde (TAO) avant la détention. Les données sont prises sur la vie entière.

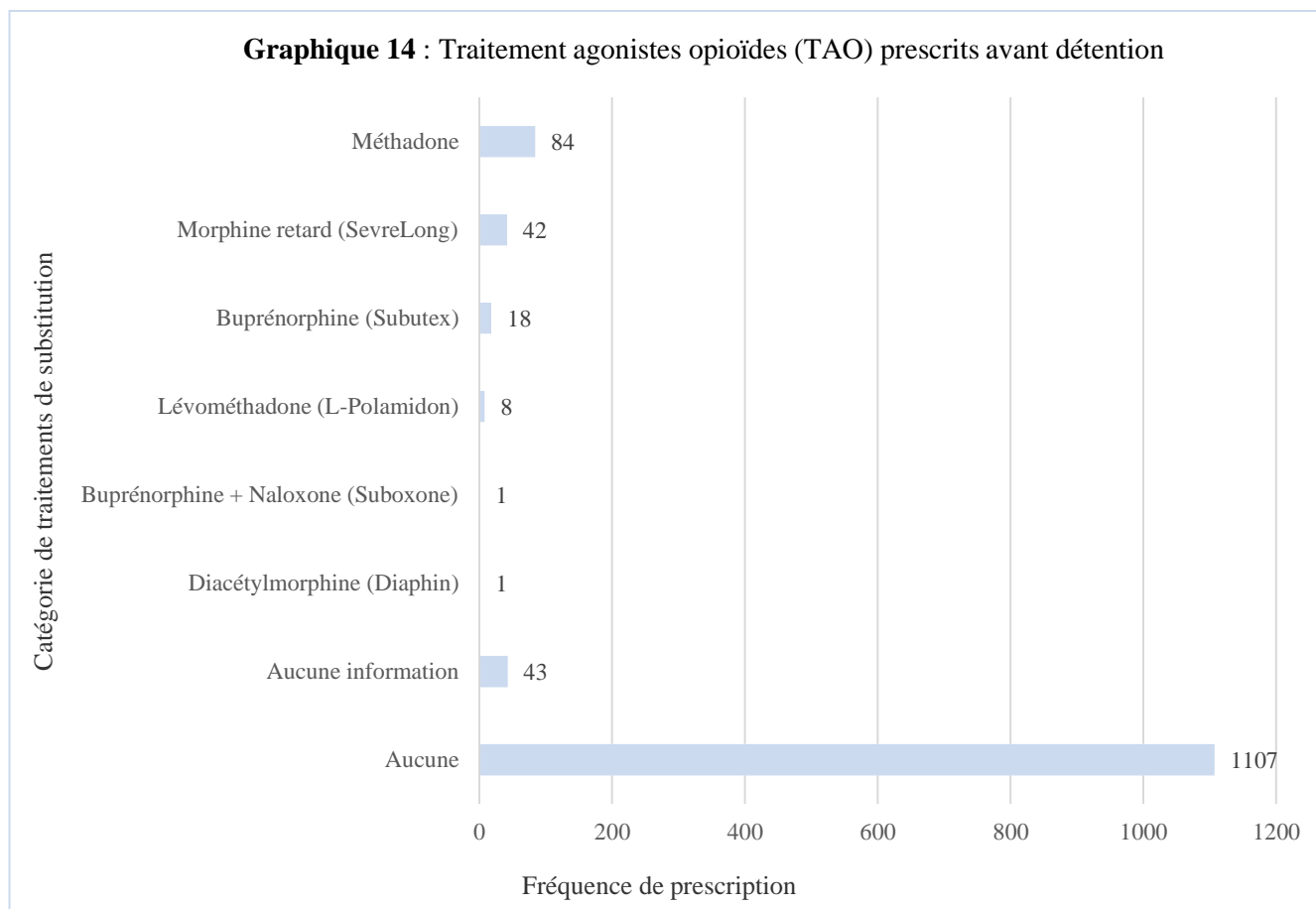
Graphique 13: Nombre de détenus sous TAO



Les informations concernant la prévalence des détenus sous traitement par agonistes opioïdes (TAO) prescrits avant la détention ont été extraites de l'anamnèse de chaque détenu via leurs dossiers *Carefolio*. De plus, les informations sont récoltées sur la vie entière. Par conséquent, même si le traitement n'est plus d'actualité au moment de l'incarcération, le détenu sera indiqué comme ayant ou ayant eu une prescription.

Comme illustré ci-dessus, la majorité des détenus ($N = 1'107$) n'ont jamais eu de traitements agonistes opioïdes (TAO). A contrario, près de 10% des détenus ont eu un traitement agoniste opioïde (TAO) au cours de leur vie, actuel ou passé, avant leur détention ($N = 121$). Finalement, un nombre réduit de dossiers ($N = 43$) ne contenait pas d'informations à ce sujet.

4.6.2 Traitements prescrits



Note : Graphique représentant la totalité des détenus ($N = 1'271$) avec ou sans traitements agonistes opioïdes (TAO) avant la détention. À noter que les traitements sont cumulables pour un seul et même détenu.

Les informations concernant les différents traitements par agonistes opioïdes (TAO) prescrits avant la détention ont été extraites de l'anamnèse de chaque détenu via leurs dossiers *Carefolio*. Il est également important de mentionner que ce tableau est cumulatif. Par conséquent, un seul détenu peut avoir eu plusieurs traitements différents au cours de sa vie.

Ainsi ce graphique met en évidence un total de 154 traitements prescrits sur les 1'271 détenus. Il est également intéressant de constater que la totalité des traitements existants sur le marché a été prescrite au moins une fois. Cela étant, les trois traitements les plus souvent prescrits sont : (1) la méthadone ($N = 84$) suivie de (2) la morphine retard (SevreLong, $N = 42$) et enfin (3) la buprénorphine (Subutex, $N = 18$). Les traitements suivants ont été prescrits de manière plus anecdotique : la lévométhadone (L-Polamidon, $N = 8$), la buprénorphine combinée à la naloxone (Suboxone, $N = 1$) et enfin la diacétylmorphine (Diaphin, $N = 1$). Le tableau comprend également les 43 dossiers qui ne contenaient pas d'information et les 1'107 détenus qui n'en ont jamais eu ($N_{\text{Total}} = 1'150$).

4.7 Prescription de traitements agonistes opioïdes (TAO) pendant la détention

4.7.1 Prévalence des détenus sous traitements

Tableau 10

Nombre de détenus sous TAO (N = 1'271)

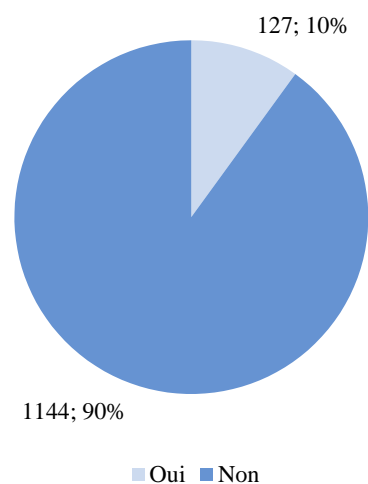
Catégorie	N	%
Oui	127	10
Non	1'144	90

Note : Tableau et graphique représentant le nombre de détenus sous TAO pendant leur détention.

Les informations concernant la prévalence de détenus sous traitements agonistes opioïdes (TAO) pendant la détention ont été extraites des dossiers *Carefolio*, via la section *historique des médicaments*.

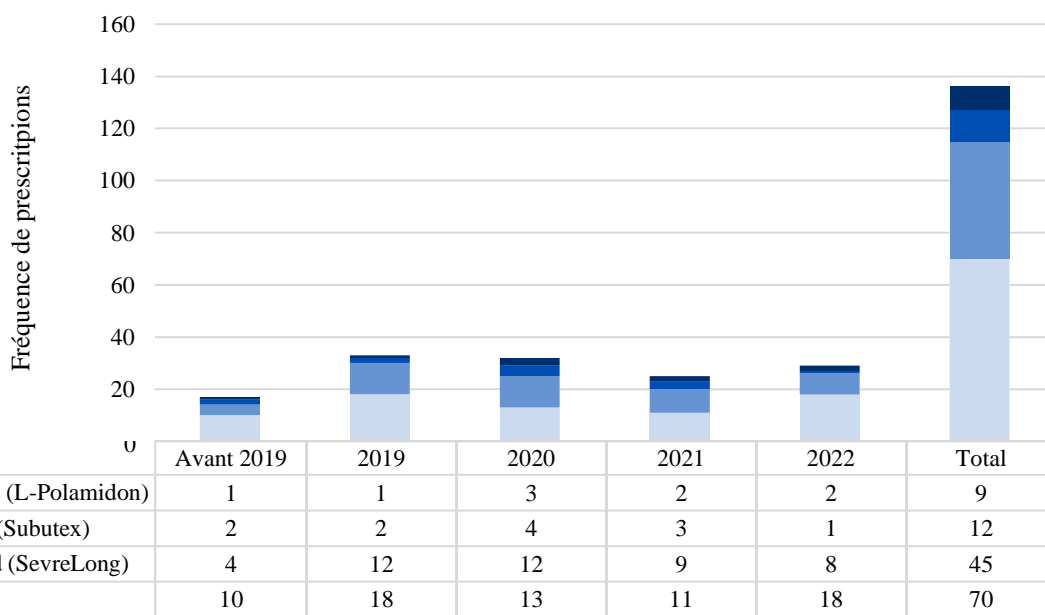
Ainsi ce graphique met en évidence que la majorité des détenus (N = 1'144) n'ont pas eu de traitement de substitution durant leur séjour. A contrario, 10% des détenus ont eu un traitement agoniste opioïde (TAO) durant la détention (N = 127). Toutefois, les chiffres sont très similaires à la prévalence de détenus sous prescription avant l'incarcération. Seuls six détenus supplémentaires ont entamé un traitement durant leur séjour.

Graphique 13: Nombre de détenus sous TAO



4.7.2 Traitements prescrits

Graphique 14: Traitements agonistes opioïdes (TAO) prescrits par année



Répartition par année et par traitement

Note : Graphique représentant les traitements de substitution prescrits en détention en fonction des années. Les données sont cumulatives. Total par année : Avant 2019 = 17; 2019 = 33; 2020 = 32; 2021 = 25; 2022 = 29; Total = 136.

Les informations concernant les différents traitements agonistes opioïdes (TAO) prescrits pendant la détention ont été extraites des dossiers *Carefolio*, via la section *historique des médicaments*. Il est également important de mentionner que ce tableau est cumulatif. Par conséquent, un seul détenu peut avoir eu plusieurs traitements différents au cours de sa détention. Ce graphique met donc en évidence un total de 136 traitements prescrits sur les 1'271 détenus.

Ce graphique met ainsi en évidence que seuls quatre traitements sont prescrits. En effet, la buprénorphine combinée à la naloxone (Suboxone) et la diacéylmorphine (Diaphin) n'ont pas été prescrites. De surcroît, les traitements les plus prescrits sont : (1) la méthadone ($N=70$), suivis de (2) la morphine retard (SevreLong, $N=45$) puis la (3) buprénorphine (Subutex, $N=12$) et enfin (4) la lévométhadone (L-Polamidon, $N=9$). De plus, le pic de prescription de ces traitements agonistes opioïdes (TAO) a eu lieu entre 2019 et 2020 et tend à décroître depuis (excepté, toutefois, pour la méthadone qui connaît un second pic en 2022). Pour terminer, il est aussi important de souligner que la prévalence des différentes substances est similaire avant et pendant la détention.

4.8 Répartition en groupe finale

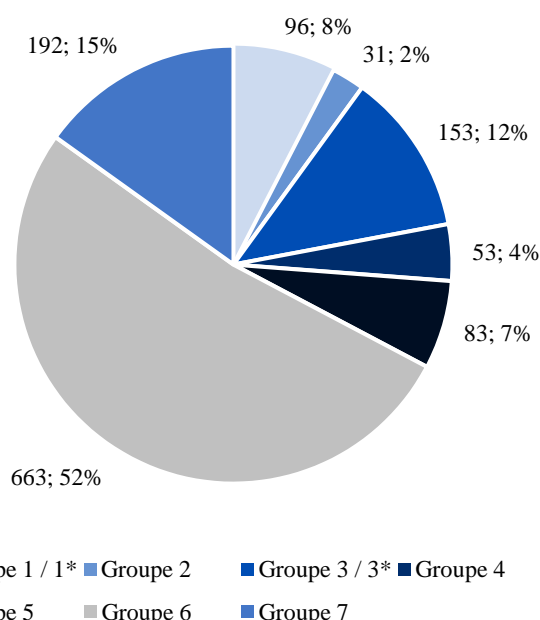
Tableau 11

Répartition finale des détenus (N = 1'271)

Catégorie	N	%
Groupe 1 / 1*	38 / 58	2.68 / 4.41
Groupe 2	31	2.75
Groupe 3 / 3*	98 / 55	8.42 / 4.41
Groupe 4	53	4.17
Groupe 5	83	6.61
Groupe 6	663	51.60
Groupe 7	192	14.95

*Note : Tableau et graphique représentant la répartition finale des détenus selon les sept groupes définis. Chaque groupe est exclusif. * = appartient au groupe, mais peut avoir consommé des drogues en détention.*

Graphique 15: Répartition finale des détenus



Pour terminer, chaque détenu a été réparti dans un des sept groupes définis, au préalable, pour ce projet (Tableau 4). À noter que deux sous-groupes ont fait leur apparition, le groupe 1* et 3*. L'astérisque indique qu'un détenu appartient au groupe défini par le chiffre, mais qu'il est susceptible d'avoir consommé des substances psychoactives en détention sans, toutefois, avoir les informations nécessaires pour pouvoir l'affirmer. Par conséquent :

- Le *Groupe 1 / 1** regroupe 96 détenus qui ont été sous traitement agoniste opioïde (TAO) avec ou sans médicament(s) pendant leur détention, dont 58 qui ont potentiellement consommé des drogues en plus.
- Le *Groupe 2* regroupe 31 détenus qui ont été sous traitement agoniste opioïde (TAO) avec ou sans médicament(s) combinés à une consommation de drogues en détention.
- Le *Groupe 3 / 3** regroupe 153 détenus qui ont été sous traitement avec des médicaments à haut risque addictogène pendant leur détention, dont 55 qui ont potentiellement consommé des drogues en plus.
- Le *Groupe 4* regroupe 53 détenus qui ont été sous traitement avec des médicaments à haut risque addictogène combiné à une consommation de drogues en détention.

-
- Le *Groupe 5* regroupe 83 détenus qui n'ont consommé que des substances psychoactives durant leur détention.
 - Le *Groupe 6* regroupe 663 détenus qui n'ont consommé ni traitement agoniste opioïde (TAO), ni médicaments à haut risque addictogènes, ni substances psychoactives durant leur détention.
 - Le *Groupe 7* qui regroupe finalement 192 détenus qui n'ont consommé ni traitement de substitution ni médicaments à haut risque, mais qui, d'après les informations à disposition dans leurs dossiers, sont susceptibles d'avoir consommé des substances psychoactives en détention.

5 Discussion des résultats

5.1 Synthèse et mise en perspectives

Pour rappel, les objectifs de ce projet étaient de faire l'état des lieux des problèmes de consommations de substances psychoactives et de prescription de médicaments à haut risque addictogènes et de traitements agonistes opioïdes (TAO) en détention. Un accent a également été mis sur le dépistage du VIH et des hépatites. Ainsi ce rapport met en lumière que :

- 167 détenus (13.14%) ont consommé des substances psychoactives en détention.
- Le cannabis est la substance la plus consommée avant (40.32%) et pendant (89.77%) la détention.
- L'injection est peu présente (2.8%) avant la détention et probablement aussi pendant la détention.
- Il y a une diminution des consommations de substances psychoactives au fil des ans, mais également des tests d'urine réalisés.
- Il y a une augmentation importante de prescription de médicaments à risque en détention et principalement, la quétiapine (2.5x plus qu'en dehors).
- Depuis 2021, la prescription de prégabaline diminue et engendre une augmentation de la gabapentine comme traitement de remplacement.
- Le nombre de personnes sous traitements agonistes opioïdes (TAO) est similaire avant (9.5%) et pendant (10%) la détention avec principalement de la méthadone et de la morphine retard (SevreLong).
- 1.1% des détenus ont contracté le VIH et 3.8% ont contracté au moins une hépatite. Toutefois, les informations concernant le dépistage des IST sont manquantes dans la majorité des dossiers (entre 26.4 et 27.9%).

5.2 Mise en perspective des résultats

D'un point de vue de la littérature scientifique, il n'y a que très peu d'études, après recherches, qui ont exploré ses différentes problématiques au sein d'une population carcérale. Il est toutefois important de garder en mémoire qu'il peut y avoir des disparités entre les études tant au niveau de l'échantillon utilisé qu'au niveau du mode de fonctionnement de la prison (régime fermé, semi-fermé ou ouvert) pouvant rendre la comparaison plus difficile. Ceci étant, il est tout de même intéressant de porter son attention sur ces quelques études en gardant en tête ces disparités afin de pouvoir mettre en perspectives les résultats présentés dans ce rapport.

Ainsi, à la prison de Champ-Dollon, dans le canton de Genève, Wolff et collègues (2011)¹¹ ont pu mettre en lumière que 28% des détenus ont consommé du cannabis en détention, 20% de la cocaïne et 12% de l'héroïne. Finalement, au niveau des IST, ils ont mis en avant que 6 à 9% des détenus ont contracté une hépatite C.

Plus récemment, en 2013 à la prison de Witzwil, dans le canton de Berne, Ritter et collègues (2013)¹² ont mis en avant une prévalence de consommation du cannabis en détention comprise entre 40 à 80%.

Il semblerait donc que nos résultats sur la consommation de drogues et d'IST soient considérablement inférieurs aux résultats précédemment trouvés dans d'autres centres de détentions suisses.

¹¹ Wolff, H., Sebo, P., Haller, D. M., Eytan, A., Niveau, G., Bertrand, D., Gétaz, L., & Cerutti, B. (2011). Health problems among detainees in Switzerland : A study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health*, 11(1), 245. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-245>

¹² Ritter, C., Broers, B., & Elger, B. S. (2013). Cannabis use in a Swiss male prison : Qualitative study exploring detainees' and staffs' perspectives. *International Journal of Drug Policy*, 24(6), 573-578. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.001>

Cependant, une étude menée en 2018, dans 13 prisons suisses, par Annaheim et collègues¹³ a montré des résultats similaires à ceux présentés dans ce rapport. En effet, ils ont mis en lumière une prévalence moyenne de consommation de substances psychoactives en détention de 12.1%. Toutefois, leur étude présente également de nombreuses limites qui ont impacté négativement leurs résultats.

En résumé, les quelques études menées pour évaluer la prévalence de consommation de substances psychoactives dans les établissements de détention suisses mettent en avant des chiffres plus importants que ceux trouvés au sein de Bellechasse. Excepté pour l'étude d'Annaheim et collègues (2018), mais elle présente également de nombreuses limites qui ont certainement biaisé leurs résultats. Cependant, ces recherches tendent à confirmer que nos résultats sont inférieurs à la réalité.

5.3 Difficultés et limites rencontrées

En dépit des résultats mis en évidence, l'élaboration de ce rapport a été confrontée à plusieurs limites qu'il est important de mentionner, car elles peuvent avoir un impact sur les résultats présentés.

La première limite est en lien avec le processus d'extraction des données. Pour rappel, l'objectif était d'extraire une série de données médicales, juridiques et sociodémographiques de trois plateformes différentes (*Carefolio*, *GINA* et *Substitution.ch*) et de les regrouper en un seul et même lieu afin d'être analysées. Cependant, de nombreux dossiers de détenus, sur les trois plateformes, n'étaient pas ou pas suffisamment détaillés. Par conséquent, il y a un nombre de données manquantes non négligeables qui peuvent donc biaiser les résultats finaux.

Une deuxième limite concerne les potentielles erreurs qui peuvent survenir lors du remplissage des dossiers. En effet, lors de l'extraction des données, il est arrivé que des anomalies notamment concernant la consommation excessive d'alcool soient constatées. Par exemple, l'anamnèse concernant la consommation d'alcool se base sur un questionnaire couramment utilisé dans une pratique clinique, l'Audit-C (Annexe B). Cet outil permet de quantifier chaque question en un score et, une fois que les scores de chaque question ont été additionnés, de déterminer si oui ou non la consommation est excessive. Cependant, il est arrivé que le score total, déterminé par l'Audit-C, indique une consommation excessive, mais que la réponse à la question, dans le dossier *Carefolio*, n'indiquait pas une consommation excessive. Toutefois, ces anomalies ont été maintenues lors de l'extraction des données afin de donner l'aperçu le plus fidèle possible des informations contenues dans les dossiers des détenus. Il est donc important d'en tenir compte, car de telles anomalies peuvent également biaiser les résultats.

La troisième limite est en lien avec la subjectivité de chaque personne chargée de remplir les dossiers. En effet, la complétion du dossier d'un détenu a lieu dès son arrivée en détention jusqu'à la fin de son séjour et est réalisée par différentes personnes. En effet, tant le personnel de l'établissement de détention que les intervenant·e·s externes peuvent ajouter des informations au dossier. Toutefois, la subjectivité et la manière de noter les informations varient d'un·e individu·e à l'autre. Par exemple, si une question traitant des consommations de substances psychoactives avant la détention est laissée vide, est-ce que cela signifie que le détenu ne consommait rien ou que la personne responsable du dossier ne l'a pas remplie ? De plus, les dossiers ont tendance à être fournis selon les personnes responsables qui les ont complétés. C'est une des limites principales qui a compliqué et potentiellement altéré les résultats de ce projet.

Une quatrième limite concerne l'accessibilité aux informations concernant la consommation de substances illégales durant le séjour en détention. En effet, le projet s'est basé sur l'idée qu'il était possible d'obtenir des informations sur les substances consommées en détention via les dossiers des détenus. Malheureusement, comme mentionné ci-avant, la réalité est bien différente. Ces données n'étaient que très rarement mentionnées et les tests urinaires ont dû être utilisés pour extraire ces informations.

¹³ Annaheim, B., Wangmo, T., Bretschneider, W., Vogel, M., & Elger, B. S. (2018). Can routine data from prisoners' files be used to estimate prevalence rates of illicit drug use among prisoners? *International Journal of Public Health*, 63(1), 33-40. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1030-1>

Finalement, la dernière limite concerne les tests d'urine mentionnés ci-avant. En effet, ces derniers ne sont pas ou peu réalisés durant la détention et pas systématiquement sur des détenus à risque de consommer. En effet, la majorité des détenus (voir graphique 8) a eu entre 0 et 1 test d'urine durant le séjour en détention. Pourtant, d'un point de vue institutionnel, à Bellechasse, un détenu est normalement testé à son arrivée, sauf pour les séjours de moins de 30 jours. Cela est dû, majoritairement, aux coûts administratifs et financiers engendrés par un test d'urine. Cela étant, un détenu est ensuite, normalement, testé toutes les 4 à 6 semaines (délai qui peut être prolongé jusqu'à 8 semaines) afin de vérifier qu'il ne consomme rien. Cependant, il est possible qu'un test soit réalisé en supplément, communément appelé test d'urine inopiné, si :

1. L'autorité compétente le demande, dans le but de vérifier que le détenu reste abstinent par exemple,
2. Il y a une suspicion de consommation, comme une odeur de cannabis par exemple,
3. Il y a un changement de comportement visible pouvant être induit par une substance, comme avec la cocaïne.

Cependant, le passif de consommation d'un détenu n'est pas un motif valable pour justifier une prise d'urine. De ce fait, certains polyconsommateurs avant la détention peuvent ne jamais être testés pendant leurs séjours et qu'un individu n'ayant jamais eu affaire à de la drogue soit testé à plusieurs reprises.

En résumé, bien que pertinentes. Il est donc légitime de se demander si certains détenus, ayant connaissance de cette procédure, n'en profiteraient pas pour consommer au meilleur moment afin d'éviter un test. Cette hypothèse du bon prisonnier est pertinente puisqu'elle peut expliquer, en partie, pourquoi nos résultats sont inférieurs à d'autres recherches effectuées en Suisse. De plus, il est également possible que certain·e·s collaborateur·trice·s, au sein de l'établissement, décident de ne réaliser un test d'urine ou de ne pas tenir compte d'une consommation de substances afin d'éviter au détenu une sanction et de maintenir un équilibre et une relation stable avec le détenu. Toutefois, il est important de considérer cette seconde hypothèse avec prudence, car rien, dans ce projet, ne permet de l'appuyer. Cependant, il n'est pas impossible qu'elle soit réelle, dans certains cas du moins, et qu'elle puisse donc biaiser les résultats. En résumé, bien que cette méthode ait permis d'établir un premier état des lieux des consommations de drogues à Bellechasse, elle est fortement limitée et les résultats sont probablement bien inférieurs à la réalité. De plus, elle ne donne aucune information sur le mode de consommation des différentes substances en détention (fumée, inhalation/sniff, injection).

Pour conclure, les résultats présentés au fil de ce rapport sont essentiels afin de mieux comprendre la situation au sein de Bellechasse, il est nécessaire de garder à l'esprit que les différentes limites, présentées ci-dessus, ont eu un impact sur la récolte et l'analyse des données. Par conséquent, l'état des lieux est probablement inférieur à la réalité de la situation.

5.4 Implications et perspectives

Le but de ce rapport, à terme, est qu'il serve de base pour mettre en place de nouvelles stratégies afin de réduire les risques et de prévenir la santé des détenus. Différentes propositions, sur des thématiques variées, ont émergé sur la base de ce rapport :

> Au niveau des tests d'urine :

1. Tester systématiquement et périodiquement tous les détenus afin de pouvoir avoir une meilleure vision des consommations de substances psychoactives en détention.
2. Analyser plus spécifiquement la teneur en THC du cannabis consommé en détention.

Par ailleurs, l'objectif d'un dépistage systématique a pour but d'améliorer les connaissances des consommations en détention afin d'optimiser la prévention et de limiter les risques, notamment d'overdose, en mettant à disposition du matériel stérile, par exemple. Un second objectif est de pouvoir observer l'arrivée de nouvelles substances à Bellechasse et plus généralement dans le Canton.

> Au niveau de la santé physique :

3. Améliorer le dépistage et le traitement des IST en détention.
4. Prendre en compte de l'évolution des prescriptions de médicaments à haut risque addictogènes, notamment de la quétiapine, dans les années à venir, afin de limiter les risques de dépendances.

> Au niveau de la santé mentale :

5. Promouvoir la santé mentale en prison.
6. Améliorer les prestations et la prise en charge des détenus.
7. Prévenir les rechutes en instaurant, par exemple, des thérapies de groupes
8. Améliorer la préparation à la sortie des détenus et leurs réinsertions.

Par ailleurs, en 2023, une thérapie de groupe nommée « Maintien de l'abstinence » a été mise en place à Bellechasse avec sept réunions sur l'année afin d'aider les détenus avec des problèmes d'addictions à maintenir leur abstinence. L'enjeu serait donc de continuer sur cet élan et de mettre en place de nouvelles prestations addictologiques.

En résumé, ces différentes pistes ont toutes pour objectif de profiter du « transit » offert par la détention pour améliorer la prévention, la prise en charge et la santé des détenus afin qu'ils puissent quitter l'établissement en ayant pu améliorer leur santé physique et mentale.

Remerciements

Remerciements à toutes les personnes impliquées pour leurs soutiens et leurs conseils tout au long du projet (par ordre alphabétique)

Aux membres du projet : Minimisation des risques en lien avec les addictions et maladies infectieuses en prison

Barboni, Philippe	Procureur, État de Fribourg
Crottaz, Roger	Directeur adjoint, Établissement de détention de Bellechasse, Fribourg
Devaud-Cornaz, Corinne	Médecin responsable de l'Unité thérapeutique du Centre de psychiatrie forensique, Fribourg
Dietrich, Nicolas	Délégué cantonal aux questions liées aux addictions, Service du médecin cantonal, Fribourg
Küng, Franz	Médecin Chef à la Permanence médicale de l'Hôpital Cantonal Fribourgeois, Meyriez - Morat
Monnat, Martine	Médecin responsable de l'Unité de toxicodépendance du Service de psychiatrie communautaire du CHUV, Vaud
Monney, Christophe	Médecin cantonal adjoint, Service du médecin cantonal, Fribourg
Sauteur, Alain	Chef de division, Établissement de détention de la Prison centrale, Fribourg
Sturny, Guido	Directeur, Établissement de détention de Bellechasse, Fribourg
Wuethrich, Walter	Chef du service Médical de Bellechasse, Fribourg

Aux personnes externes qui ont permis l'aboutissement de cet état des lieux (par ordre alphabétique)

Adam, Angéline	Médecin associée, Service de médecine des addictions du CHUV, Vaud
Akoul Koudiet, Julia	Infirmière, Remplaçante du chef du Service médical de Bellechasse, Fribourg
Brinchat, Pascal	Agent de détention, Spécialiste métier GINA-Carefolio de Bellechasse, Fribourg
Bürgin, Andreas	Chef de division Régime fermé de Bellechasse, Fribourg
Kaiser, Anne	Cheffe de produit chez nal von minden GmbH, Regensburg (DE)
Ndayishimiye, Olivier	Médecin assistant, Centre de psychiatrie forensique, Fribourg
Niyigena, Audace	Médecin Chef de Clinique adjoint, Centre de psychiatrie forensique, Fribourg
Pauchard, Marc-André	Chef de secteur Logistique de Bellechasse, Fribourg
Peverelli, Lucio	Médecin Chef de Clinique adjoint, Centre de psychiatrie forensique, Fribourg
Rigolet, Alexandra	Cheffe du service Médical de la Prison centrale, Fribourg

Également :

Le Service placement et visite (SPV) de Bellechasse

Toutes les personnes ayant apporté leur aide dans la réalisation de ce projet qui ne seraient pas mentionnées ci-dessus

Impressum

Auteurs :

MSc Alexandre Bersier, Collaborateur scientifique, Service du médecin cantonal, Fribourg

Dr. Méd. Corinne Devaud-Cornaz, Responsable de l'unité thérapeutique du Centre de psychiatrie forensique, Fribourg

Nicolas Dietrich, Délégué cantonal aux questions liées aux addictions, Service du médecin cantonal, Fribourg

Internet : <https://www.fr.ch/sante/addictions-et-dependances/les-addictions-dans-le-canton>

Suggestion de citation :

Bersier, A., Devaud-Cornaz, C. & Dietrich, N. (2024). *État des lieux : Minimisation des risques en lien avec les addictions et maladies infectieuses en prison*. Direction de la santé et des affaires sociales. Fribourg.

Abréviations

ACT	Antidépresseur tricyclique
CBD	Cannabidiol
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
EDFR	Établissement de détention fribourgeois
EB	Etablissement de Bellechasse
GBL	Gamma-Butyrolactone
IST	Infection sexuellement transmissible
LSD	diéthyllysergamide (acide lysergique)
LStup	Loi fédérale sur les stupéfiants
N/A	Non disponible (<i>Not Available</i>)
PC	Prison Centrale
RFSM	Réseau fribourgeois de santé mentale
SPV	Service Placement et Visite
TAO	Traitement agoniste opioïde
THC	Tétrahydrocannabinol
TU	Test d'urine

Annexes

Annexe A

Nom commercial	Nom générique	Caractéristique	Indications primaires	Autres utilisations	Dérivé et abus
Seroquel	Quétiapine	Neuroleptique atypique	Schizophrénie, troubles bipolaires (manie et dépression)	Troubles anxieux, troubles du sommeil	Consommation pour ses effets sédatifs et anxiolytiques
Aphénylbarbite	Phénobarbital	Barbiturique sédatif	Épilepsie	Sédation avant une chirurgie, traitement de la dépendance aux barbituriques	Abus pour ses effets sédatifs et hypnotiques
Lyrica	Prégabaline	Anticonvulsant, analgésique	Épilepsie, douleurs neuropathiques	Anxiété généralisée, troubles de l'humeur, troubles du sommeil	Abus pour ses effets anxiolytiques et relaxants
Gabapentine	Gabapentine	Anticonvulsant, analgésique	Épilepsie, douleurs neuropathiques	N/A	Risque d'abus pour ses effets relaxants
Rivotril	Clonazépam	Benzodiazépine	Anxiété, épilepsie	Troubles du sommeil, troubles paniques	Abus pour ses effets hypnotiques et anxiolytiques
Xanax	Alprazolam	Benzodiazépine	Anxiété, troubles paniques	Troubles du sommeil, phobies sociales	Abus pour ses effets calmants et anxiolytiques
Concerta	Méthylphénidate	Stimulant du système nerveux central	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	N/A	Abus pour ses effets stimulants et améliorateurs de performance
Ritaline	Méthylphénidate	Stimulant du système nerveux central	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	N/A	Abus pour ses effets stimulants et améliorateurs de performance
Lexotanil	Bromazépam	Benzodiazépine	Anxiété, troubles du sommeil	Angoisse anticipatoire, agitation psychomotrice	Abus pour ses effets anxiolytiques et sédatifs

Dormicum	Midazolam	Benzodiazépine	Induction et maintien d'anesthésie, sédation	Troubles du sommeil, amnésie antérograde	Abus pour ses effets sédatifs et amnésiants
Kétamine	Kétamine	Anesthésique dissociatif	Anesthésie, Induction et maintien d'anesthésie, analgésie	Traitement de la dépression résistante, troubles de stress post-traumatique	Abus pour son effet hallucinogène et dissociatif
Oxycodone	Oxycodone	Opiacé analgésique	Douleur modérée à sévère	N/A	Abus pour ses effets analgésiques et euphorisants
Méthadone	Méthadone	Opiacé de substitution	Traitement de substitution en cas de dépendance aux opioïdes	Traitement de la douleur chronique sévère	Abus pour ses effets similaires à ceux des opioïdes
Subutex	Buprénorphine	Opiacé de substitution	Traitement de substitution en cas de dépendance aux opioïdes	Traitement de la douleur chronique modérée à sévère	Abus pour ses effets similaires à ceux des opioïdes
L-Polamidon	Lévométhadone	Opiacé de substitution	Traitement de substitution en cas de dépendance aux opioïdes	Traitement de la douleur chronique modérée à sévère	Abus pour ses effets similaires à ceux des opioïdes
Suboxone	Buprénorphine + Naloxone	Opiacé partiel	Traitement de la dépendance aux opioïdes	N/A	Utilisée pour prévenir les abus de la buprénorphine orale seule
SevreLong	Morphine Retard	Opiacé analgésique	Traitement de substitution en cas de dépendance aux opioïdes.	Traitement de la douleur chronique modérée à sévère	Abus pour ses effets analgésiques et euphorisants
Diaphin	Diacétylmorphine (DAM)	Héroïne synthétique (Opiacé analgésique)	Utilisé dans des situations spécifiques et contrôlées comme thérapie de substitution en cas de dépendance grave à l'héroïne.	N/A	Risque élevé d'abus en raison de ses effets euphorisants intenses

Annexe B

AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Ce questionnaire interroge votre consommation d'alcool des douze derniers mois. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et pas seulement les dernières semaines.

1/ Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

(0) jamais (1) une fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) 4 fois ou plus par semaine

2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

(0) un ou deux (1) trois ou quatre (2) cinq ou six (3) sept à neuf (4) dix ou plus

3/ Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?

(0) jamais (1) une fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) 4 fois ou plus par semaine

Total score : _____

Evaluation

Le score de l'AUDIT-C est sur une échelle de 0 à 12. 0 indique l'absence de consommation d'alcool.

- Chez les hommes, un score de 4 ou plus est considéré comme positif.
- Chez les femmes, un score de 3 ou plus est considéré comme positif.
- Plus le score est élevé, plus le risque et les conséquences pour la santé sont élevées