

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2025

N° 12

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

Mention D.E.S de Médecine Générale

Par

Charlotte PETIT

Née le 27/02/1996 à St Egrève (38)

Réduction des risques et des dommages en milieu carcéral: une revue systématique de la littérature

Président du Jury de thèse : Professeur Gilles BERTSCHY

Directrice de thèse : Professeure Laurence LALANNE



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LODES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle HépatO-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRP6 NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAU LHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ^a	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Iliès		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	---

B3 – MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HERZOG Florent
 Dr HOLLANDER David
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth
 Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBRON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BECKMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**



SERMENT D'HIPPOCRATE

(version proposée en 2012 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins)

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury de thèse:

J'adresse mes plus grands remerciements à **Mme la Professeure Laurence Lalanne**. Merci pour votre travail de relecture minutieux et pour les opportunités professionnelles que vous m'avez offertes. La bienveillance dont vous témoignez auprès de vos équipes et de vos patients est une grande source d'inspiration.

Je remercie également **Mr le Professeur Gilles Bertschy** pour avoir accepté de présider ce Jury.

A **Madalina**, pour ton humour, ton écoute, ton courage. Merci pour la guidance que tu m'as apportée dans mes débuts en addictologie. C'est avec une grande joie que j'entame ce prochain chapitre professionnel sous ta supervision toujours bienveillante.

A **Tristan**, merci pour tes recommandations cinématographiques et littéraires toujours très justes. A toute l'humanité que tu apportes dans ce milieu si dur.

Aux rencontres professionnelles:

A tous les membres des **équipes du CSAPA des HUS et du CSAPA de Saverne**, pour leur bienveillance et leur ténacité. Vos patients ont une chance formidable de pouvoir bénéficier de votre écoute inconditionnelle.

Aux membres de **l'unité de soins de la maison d'arrêt de Strasbourg**, soignants et non-soignants, pour le soin et l'attention remarquable que vous apportez à ces patients extrêmement stigmatisés. A votre bienveillance déjà, et à votre humour surtout.

A **Carmen et Delphine** pour m'avoir transmis la passion des séniors.

A ma famille:

A **ma mère** pour m'avoir transmis l'amour de la montagne. A **mon père** pour m'avoir transmis l'amour de la musique. Merci à vous deux de m'avoir donné les moyens et l'ambition d'aller jusqu'au bout de ce parcours. Merci surtout d'avoir eu la brillante idée de m'inscrire à mon premier cours de danse avec Mrs Peterson il y a bien longtemps, et d'avoir été présent pour mes grands débuts sur scène sous la forme d'un popcorn.

A **mon frère** et son talent caché pour la danse du ventre. Je suis immensément fière de la personne que tu deviens et j'ai hâte de suivre ton parcours dans la musique. Depuis le jour de ta naissance, tu es et restera toujours ma personne préférée sur cette terre.

A mes grands-parents, **Lali et Yasha**. Merci pour votre douceur sans fin et ces étés interminables dans le jardin de Massingy.

A **Mamie** et ta galette au sucre, qui continue de faire vivre ton amour de la vie après toi. A mes cousines **Cyane et Garance** et nos soirées gaufres.

A **Mimi, Babou, Misty, Crincrin, Noisette et Tahia** pour les ronrons et le réconfort.

Aux rencontres extra-scolaires:

Aux amis de **Paléo**, et à notre rendez-vous estival annuel attendu avec impatience depuis maintenant 10 ans. Aux heures de concerts, de fatigue et de compactrice vécues ensemble.

A tous les **profs de danse, Adnee, Hélène, Galaad, Thérèse, Julie, Amandine**, et bien d'autres, que j'ai eu la chance de rencontrer dans ma vie. Merci d'être une source d'inspiration inépuisable, au studio comme dans la vie. Merci pour ces espaces d'inclusivité et de lâcher-prise que vous créez, ces respirations quotidiennes sans lesquelles ce travail de thèse n'aurait probablement jamais pu aboutir. Une pensée pour les copains.ine.s du studio.

Aux rencontres de l'internat:

A **Jean et Larysa** et aux heures de danse et de musique dans votre salon. A vos voisins pour leur immense compliance.

A **Milia et Estelle** et cette carte du Supertonic dont on arrivera à bout un jour. A notre passion commune pour la bouffe et le gossip.

A **Flora et Sarah**, avec qui j'ai partagé ce dernier bout de chemin derrière les barreaux.

A **Maha, Philou, Emilie, Clément, Gwendo, Romain, Léa, Séraphin**, pour avoir adouci ce premier semestre d'internat aux urgences. Mieux valait en rire qu'en pleurer. Maintenant dispersés aux quatre coins de la France, je nous fais confiance pour savoir se retrouver au Chariot quand il le faut.

A **Gautier** et nos souvenirs de Pride colorés.

Aux piliers de l'externat:

A mes OG boyz: A **Yannou**, qui sait m'user jusqu'à la moëlle quand il le faut (¿Tengo que escribirtelo en español?) mais aussi être d'une grande écoute quand j'en ai eu le plus besoin. A **Mehdi**, merci de valider mon humour même (surtout) lorsqu'il est répétitif. Te faire rire est un réel objectif de vie qui me pousse à m'améliorer au quotidien. A **Ritoux** et nos road trips musicaux qui sont gravés dans ma mémoire. Merci à vous trois d'avoir rempli mon externat d'amour et de barres. Vous êtes mes prefs parmi les prefs, même si vous m'avez fait dormir dans le grenier pendant 1 an.

A **Mathi B, Cycy et Amélie**, et la force de caractère qui vous permet de vivre avec eux. Merci de glow-up mes potes au quotidien, mais surtout merci à eux d'avoir permis à nos chemins de se croiser.

A **Delmas**, pour ta quête incessante et déterminée de la soirée parfaite pour tous tes copains. A **Blanco** et ses grandes paluches qui ont martyrisé les fesses de quelques amis. A **Juju et Syb** pour avoir partagé avec moi la précarité digestive d'un voyage à Cuba, mais surtout pour vos sourires et

vosre grain de folie. A **Anne, Coline C, Marie Chaps, Lorraine, Zélie** et les autres srabs de l'externat avec qui on a partagé "quelques" soirées.

Aux piliers du Grésivaudan:

A mes girls originelles, **Marilou, Alicia, Zoï, Louise, Emma, Blanche** et à ces heures interminables à traîner dans les rues d'Alleverd en attendant que la vie passe. Les souvenirs d'enfance, d'adolescence, et plus, que je partage avec vous me sont chers. A ma voisine pref, **Anaël**, et notre pâte à crumble légendaire. A Masha, ta micro-puce, qui ne se rend pas encore compte qu'elle a une daronne de rêve.

A **Coco** et nos débriefs vin rouge, qui ont probablement été le lieu d'avortement de bon nombre de catastrophes amoureuses potentielles. Ton humour inégalable saurait me faire rire sur mon lit de mort.

A **Swann**, ma STAR, et nos performances iconiques sur "Baby one more time". Te voir performer est toujours un bonheur.

A **Guilhem et Gallois**, et à ce tour des villes les plus pétées de France qu'il nous reste à finir. A nos débats interminables qui me poussent systématiquement dans mes retranchements pseudo-féministes et m'obligent à travailler toujours mieux mes argumentaires. Je vous adore de tout mon coeur et vous déteste en même temps. Merci pour tout, depuis si longtemps.

A **Gal, Thomy, Clément, Châtaing**, pour les heures de bêtises à St Geoire comme aux 2 alpes. Les moments de vie avec vous c'est des barres à se pisser dessus. A **Roro** et à ton nez qui sait twerker. A **Matthieu** et nos séances d'escalade.

A **Souf** et tes cours de twerk sur les barrières du Paléo. A **Mirando**, paraît-il toujours en cavale...

A **Megou** pour ta générosité et ton intelligence infinies. A nos conversations interminables sur la vie avec un grand V.

A **Clairie**, mon pilier, mein Schatz, my beloved ex-wife. A nos girls nights pleines de tisane et de chocolat, passées à cracher sur le patriarcat. Merci de m'avoir sauvé la vie il y a bien longtemps (and you know it babe). Quel honneur de t'être unie à tout jamais par les liens sacrés du divorce.

Et enfin à ceux qu'on rencontre par le fruit d'un "hasard bienheureux":

A **Amaury**, ma hotline préférée. Merci pour cette très belle mise en bouche, j'ai hâte de vivre la suite de nos aventures. Je ne piperai mot de plus, car tu sais déjà tout mon amour.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAD: Antiviraux à Action Directe

ARV: Antirétroviral

BHD: Buprénorphine Haut Dosage

OD: Overdose

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

PES: Programme d'Échange de Seringues

RDRD: Réduction des Risques et des Dommages

TAO: Traitement Agoniste des Opiacés

VHB: Virus de l'Hépatite B

VHC: Virus de l'Hépatite C

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	17
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	20
1. Introduction.....	22
1.1. La consommation de substances psychoactives en milieu carcéral.....	22
1.1.1. Prévalence.....	22
1.1.2. Lien entre prison et consommations.....	23
1.1.3. Risques spécifiques.....	24
1.2. La réduction des risques et des dommages.....	24
1.2.1. Définition et histoire.....	24
1.2.2. Exemples de structures et interventions de réduction des risques et des dommages...26	
1.2.3. La réduction des risques et des dommages en milieu carcéral.....	28
1.3. Objectifs de la revue de la littérature.....	28
2. Méthodologie.....	29
2.1. Stratégie de recherche.....	29
2.2. Critères d'éligibilité et critères d'exclusion.....	29
2.2.1. Critères d'éligibilité.....	29
2.2.2. Critères d'exclusion.....	30
2.3. Sélection des études.....	30
2.4. Collecte des données.....	31
2.5. Analyse des données.....	31
3. Résultats.....	33
3.1 Caractéristiques des études.....	33
3.1.1 Années de publication.....	33
3.1.3 Revues scientifiques de publication.....	34
3.1.4. Types d'études.....	34
3.2 Traitements agonistes des opiacés: méthadone et buprénorphine haut dosage.....	34
3.2.1 Impact des TAO sur la santé des personnes détenues.....	34
3.2.2 Impact des TAO après la libération.....	35
3.3 Programmes d'échange de seringues et alternatives.....	37
3.4 Prévention, dépistage et traitement des infections.....	38
3.4.1 Dépistage et traitement VIH.....	38
3.4.2 Dépistage et traitement VHC.....	39
3.6 Prévention des décès par surdosage et Naloxone.....	40
3.7 Education thérapeutique.....	42
3.8 Disponibilité des mesures de RdRD en milieu carcéral.....	42

3.9 Barrières à l'implémentation de la RDRD en prison.....	45
4. Discussion.....	54
4.1 Synthèse des résultats.....	54
4.2. Comparaison avec la littérature existante.....	55
4.3 Limites.....	59
4.4 Implications et perspectives.....	60
5. Conclusion.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	64
ANNEXES.....	67

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1: “Niveaux d'usage de substances psychoactives chez les détenus en 2023” - OFDT.....	7
Figure 2: Diagramme de Flux.....	15
Figure 3: nombre d'études publiées par année.....	16
Tableau 1: Résultats.....	30

Sauf mention contraire, les tableaux et figures sont de l'auteur.

«Tout est dangereux, ce qui n'est pas exactement la même chose que ce qui est mauvais. Si tout est dangereux, alors nous avons toujours quelque chose à faire. Donc ma position ne conduit pas à l'apathie, mais à un hyper-militantisme critique. Je crois que le choix éthico-politique que nous devons faire tous les jours, c'est déterminer quel est le principal danger.»

Michel Foucault, *Dits et écrits*

1. Introduction

A la date du 1er octobre 2024, la France compte 95 712 personnes écrouées, dont 79 631 personnes écrouées détenues et 16 081 personnes écrouées non détenues (c'est -à -dire en détention à domicile sous surveillance électronique ou en placement à l'extérieur sans hébergement) (1) . Dans cette revue de la littérature, nous allons nous intéresser aux personnes écrouées détenues, c'est-à-dire faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire, pour analyser les interventions dont ils bénéficient en matière de réduction des risques et des dommages associés à leurs consommations de substances psychoactives .

1.1. La consommation de substances psychoactives en milieu carcéral

1.1.1. Prévalence

Malgré l'interdiction de l'usage de toutes les substances psychoactives en détention (à l'exception du tabac), plus de la moitié (52%) des détenus français interrogés (hommes majeurs) rapportaient l'usage durant leur incarcération d'au moins une substances psychoactive interdite en détention (alcool ou substances psychoactives illicites) en 2023 (2). Les substances les plus consommées étaient par ordre décroissant le tabac, le cannabis, l'alcool et la cocaïne. Des études menées entre 2004 et 2013 suggèrent qu'en Europe, entre 20 % et 45 % des personnes ayant connu une incarcération ont consommé des drogues en prison (3). Les données disponibles à ce sujet sont peu nombreuses et souvent non comparables entre les différents pays, et les patients peuvent être réticents à déclarer leurs consommations, de peur des répercussions judiciaires (4).

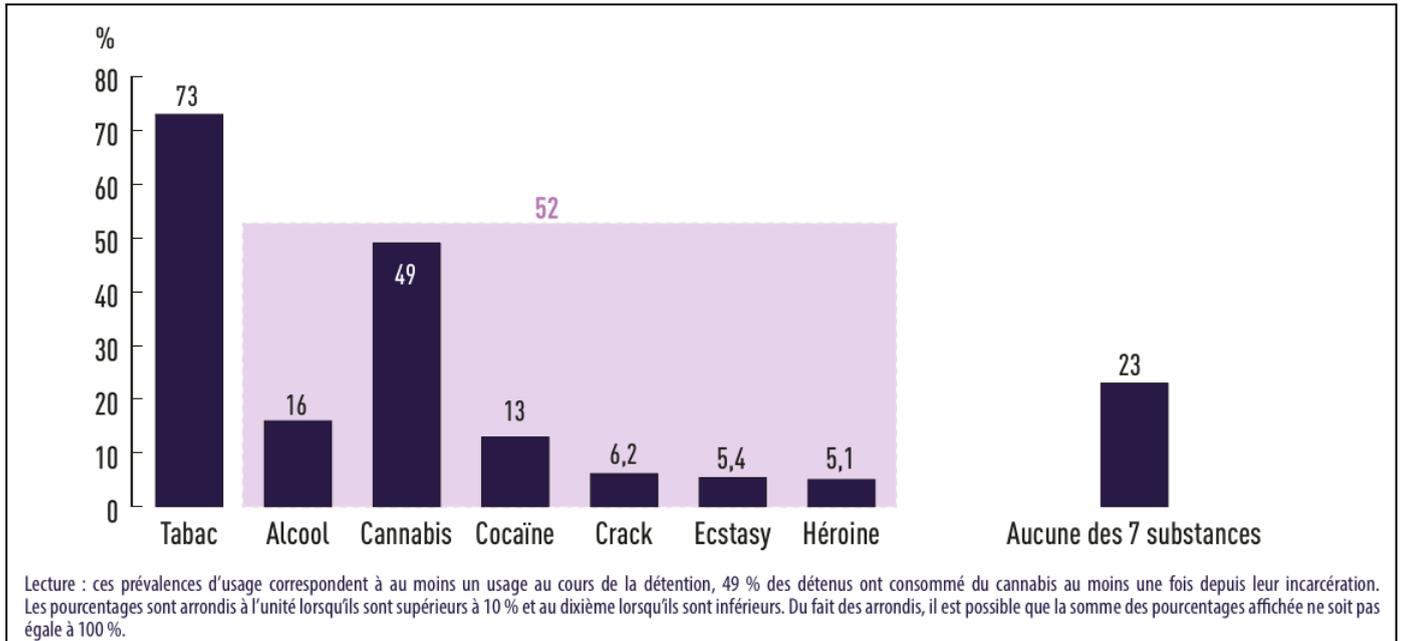


Figure 1: “Niveaux d'usage de substances psychoactives chez les détenus en 2023” -

Enquête ESSPRI 2023, Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT) (2)

Parallèlement à l'usage occasionnel de substances, les troubles de l'usage de substances sont surreprésentés en prison, avec des méta-analyses retrouvant une prévalence du trouble de l'usage d'alcool pour 16 à 50% des hommes incarcérés et 10 à 30% des femmes incarcérées (5). Le trouble de l'usage de substances illicites serait quant à lui présent chez environ 30 % des hommes et 51 % des femmes incarcérées (5).

1.1.2. Lien entre prison et consommations

Le lien entre la prison et la consommation de substances psychoactives est bidirectionnel. D'une part, les consommateurs de substances psychoactives sont plus à risque d'être incarcérés, que ce soit pour le trafic et/ou la possession de substances ou pour des crimes dits d'acquisition, c'est-à-dire réalisés dans le but de financer ou d'obtenir leurs consommations (vol, prostitution, agression) (4). D'autre part, le milieu carcéral lui-même peut favoriser ou exacerber ces consommations. En prison, l'isolement, les troubles anxio-dépressifs, les conditions de détention

précaires et les traumatismes liés à l'incarcération constituent des facteurs susceptibles de déclencher ou d'aggraver l'usage de substances psychoactives (6). Enfin, la consommation de substances psychoactives et le fait de commettre des infractions partagent les mêmes facteurs de risque: marginalité sociale, précarité économique, déscolarisation, chômage, négligence et abus dans l'enfance, antécédents d'addictions et de pathologies psychiatriques chez les parents (7).

1.1.3. Risques spécifiques

La consommation de substances psychoactives présente des risques bien spécifiques en milieu carcéral. Les substances psychoactives en prison sont plus difficiles et coûteuses à obtenir que dans la communauté, ce qui peut contribuer à une réduction du nombre d'usagers, mais aussi de la fréquence de consommation (8). Néanmoins, la rareté des drogues en prison peut également pousser certains usagers à adopter des pratiques plus dangereuses, telles que l'injection, afin d'augmenter l'efficacité des substances disponibles (9) ou à avoir recours à des polyconsommations. Le manque de matériel d'injection stérile peut conduire les personnes détenues à réutiliser des seringues (10) ou fabriquer des seringues à partir d'objets disponibles en prison (11). Associées à de mauvaises conditions d'hygiène ainsi qu'une prévalence importante du VIH, VHC et VHB en prison, ces pratiques d'injection présentent un risque infectieux particulièrement important en milieu carcéral.

La sortie d'incarcération présente elle aussi des risques spécifiques. Le surrisque de décès par surdosage ("overdose") dans les jours suivants la sortie d'incarcération est principalement en lien avec la perte de tolérance aux opiacés pendant l'incarcération mais aussi avec la polyconsommation (12), faisant du surdosage la première cause de mortalité pendant cette période critique (13).

1.2. La réduction des risques et des dommages

1.2.1. Définition et histoire

La réduction des risques et des dommages (RDRD) est une approche pragmatique et centrée sur la santé publique, visant à minimiser les conséquences négatives associées à la consommation de substances psychoactives, sans nécessairement chercher à éradiquer leur usage. Ses origines

remontent aux années 1980, en réponse à l'épidémie de VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables, bien que ses principes soient ancrés dans des traditions de santé publique plus anciennes. La RDRD privilégie des actions pratiques et réalistes, s'opposant aux approches exclusivement prohibitionnistes ou légalisatrices, et promeut des politiques adaptées aux contextes sociaux et culturels spécifiques (14). Initialement centrée sur des interventions telles que les programmes d'échange de seringues et l'accès au matériel d'injection stérile, elle s'est progressivement élargie pour inclure une diversité de mesures éducatives, préventives et communautaires.

L'histoire de la réduction des risques et des dommages (RdRD) en France commence en 1987, avec un décret autorisant la vente libre de seringues en pharmacie, facilitant l'accès au matériel stérile et visant à limiter la transmission des maladies infectieuses. En 1989, Médecins du Monde lance à Paris l'un des premiers programmes d'échange de seringues, renforçant la lutte contre le VIH parmi les usagers de substances injectables (15). Parallèlement, l'association Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD), fondée en 1992, joue un rôle essentiel dans l'autonomisation des personnes concernées et la promotion des droits des usagers. Ces initiatives militantes ouvrent la voie à une reconnaissance institutionnelle progressive de la RDRD, qui s'accélère dans les années 1990. En 1994, sous l'impulsion de Simone Veil (alors ministre de la santé), la réduction des risques est inscrite dans la politique de santé publique (16). Cette période voit l'introduction des traitements agonistes des opiacés (TAO), avec la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD), permettant une prise en charge médicale des usagers et réduisant les dommages liés aux pratiques d'injection. En 1995, le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie renforce cette approche en intégrant pleinement la RDRD dans les politiques de prévention et de soins. Les années 2000 consolident la RDRD en tant que pilier des politiques de lutte contre les addictions. La loi de santé publique de 2004 institutionnalise des pratiques auparavant expérimentales, offrant un cadre

législatif solide à ces initiatives. Cette période est marquée par l'expansion des programmes de prévention et par l'amélioration de l'accès aux soins pour les usagers. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 autorise l'ouverture des premières salles de consommation à moindre risque (SCMR) à Paris et Strasbourg. Ces dispositifs innovants offrent un espace sécurisé pour l'injection supervisée, tout en garantissant un accès à des services de santé et à des conseils de prévention. Cette même loi élargit également le concept de RDRD aux produits licites (alcool et tabac). En 2021, les SCMR deviennent les Haltes Soins Addictions (HSA), reflétant une approche plus globale de la prise en soins des addictions et permettant de réduire la stigmatisation associée au terme SCMR. Malgré ces avancées, la RDRD en France reste confrontée à des résistances politiques et sociales, notamment en ce qui concerne l'élargissement des SCMR. Les débats publics reflètent une tension persistante entre les approches répressives et les stratégies de santé publique centrées sur la réduction des risques, malgré un rapport des inspecteurs des affaires sociales et de l'administration qui valide leur expérimentation (17).

La RDRD repose sur des principes de non-jugement, de respect des droits des individus et d'implication des usagers dans l'élaboration des interventions. Elle s'efforce de dépasser les cadres punitifs traditionnels, souvent source de dommages supplémentaires, pour offrir des réponses intégrées et flexibles aux problématiques liées aux substances psychoactives. À travers son évolution, elle a su démontrer son efficacité en tant que pilier des politiques de santé publique, notamment en réduisant les inégalités et en améliorant les conditions de vie des populations marginalisées.

1.2.2. Exemples de structures et interventions de réduction des risques et des dommages

Plus concrètement, la RDRD vise à réduire le risque infectieux lié aux consommations via la distribution de matériel de consommation stérile (pailles, pipes), distribué en CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) ou en CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), ou par le dépistage et le

traitement de ces infections. La distribution de matériel d'injection s'effectue via les programmes d'échange de seringues (PES), dans des distributeurs de rue, dans les CAARUD ou dans les HSA.

Les risques spécifiques associés à différents modes de consommation peuvent également être réduits par la distribution de matériel adapté, comme par exemple les feuilles d'aluminium sans plastique utilisées pour l'inhalation ou les dosettes d'acide ascorbique pour la dissolution de certaines substances à injecter.

Le risque de décès par surdosage lié à la consommation d'opiacés peut également être réduit par la distribution et la formation à l'utilisation de naloxone (antagoniste des opiacés).

Dans le contexte de l'alcool, la RDRD peut également être utile en tant que principe thérapeutique pour accompagner les usagers dans une réduction de leurs consommations, lorsqu'ils n'envisagent pas une abstinence. Il existe également des salles de consommations d'alcool à moindre risque, proposant un "accueil bistrotier", c'est-à-dire un accueil à bas seuil pour les consommateurs, encadré par du personnel médico-social, dont le seul exemple en France est le projet ARRIANA (Haguenau, 67) (18). On peut citer également les Managed Alcohol Programs "MAPs" au Canada, proposant la distribution gratuite d'alcool aux personnes sans domicile fixe pour lutter contre l'usage d'alcools hautement toxiques (alcool frelaté, gel hydroalcoolique, alcool à brûler, etc..) (19).

Dans le cadre festif, la RDRD est également présente grâce aux associations assurant l'accueil et l'information des consommateurs plus occasionnels, en proposant aussi une analyse des produits consommés.

Il existe bien d'autres exemples car la RDRD est un principe thérapeutique omniprésent en addictologie, qui englobe toutes les approches de soins visant à aider le patient à traverser ses périodes de consommations avec le moins de conséquences possibles, sans exiger une promesse d'abstinence ou d'engagement dans les soins.

1.2.3. La réduction des risques et des dommages en milieu carcéral

Le principe de l'égalité des soins entre personnes détenues et population générale est inscrit dans la réforme du 18 janvier 1994 qui a transféré la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues du ministère de la Justice à celui de la Santé. Ce principe est également renforcé à l'international par les Règles Nelson Mandela rééditées par l'ONU en 2015 (20). La loi de modernisation du système de santé publique de 2016 étend ce principe d'équivalence des soins à la RDRD, mais en laissant aux acteurs impliqués la liberté de choisir les actions pertinentes et les modalités d'application de ces actions en fonction des contraintes du milieu fermé. C'est dans ce libre arbitre laissé aux institutions pénitentiaires ainsi que dans le manque d'initiatives des acteurs de soins que peuvent résider les obstacles à l'implémentation dans le milieu carcéral des mêmes interventions de RDRD qu'en population générale.

1.3. Objectifs de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature a pour objectif d'explorer les interventions, stratégies et programmes susceptibles de réduire les risques et les dommages dans la population carcérale consommant des substances psychoactives. Elle vise à décrire les dispositifs existants, à analyser leur efficacité et leur accessibilité, tout en identifiant les différences d'accès à ces mesures par rapport à la population générale. Enfin, elle cherche à mettre en lumière les obstacles structurels et sociaux entravant leur mise en œuvre.

2. Méthodologie

2.1. Stratégie de recherche

Cette revue mixte de la littérature a été menée pour explorer les interventions de réduction des risques et des dommages disponibles en milieu carcéral. La recherche bibliographique a été

(harm reduction) AND ((prison) OR (incarceration))

effectuée en interrogeant la base de données PUBMED, à l'aide de la requête de recherche suivante:

Cette recherche a été limitée à la période allant du 1er janvier 2014 au 17 septembre 2024, date de fin d'inclusion des études. Le choix de cette période de recherche est justifié par deux dates clés: d'abord par l'apparition des CSAPA en milieu carcéral en 2012 puis par la publication du DSM-5 en 2013, qui propose une nouvelle taxonomie de l'addiction en introduisant la notion de "Trouble lié à l'usage d'une substance" remplaçant les notions précédentes d'abus et de dépendance. Ainsi la sélection d'études menées après 2014 permet à la fois de capturer l'impact de la structuration des soins addictologiques en prison et d'améliorer la comparabilité des études par l'utilisation d'une terminologie unique.

2.2. Critères d'éligibilité et critères d'exclusion

2.2.1. Critères d'éligibilité

- **Population carcérale** : Les articles sélectionnés devaient s'intéresser aux populations incarcérées ou récemment incarcérées.
- **Utilisation de substances psychoactives** : Les articles devaient aborder des populations utilisant des substances psychoactives, toutes substances confondues (tabac, alcool, opiacés,

cannabis, cocaïne, etc...). Certains articles s'intéressaient plutôt à des populations atteintes de comorbidités infectieuses (infection par le VIH ou le VHC) fréquemment, mais pas systématiquement, associées à l'usage de substances. Lorsque la prévalence de l'usage de substances psychoactives était élevée dans la population étudiée, il a été choisi d'inclure les articles concernés en raison du lien fort entre l'usage de substances et ces comorbidités infectieuses, lien d'autant plus présent en milieu carcéral.

- **Réduction des risques et des dommages** : L'article devait traiter du concept de réduction des risques et des dommages, ou inclure au moins une mesure de RDRD (par exemple, traitement agoniste des opiacés, dépistage et traitement du VIH/hépatite C, prévention des décès par surdosage, utilisation de naloxone, ou programme d'échange de seringues).

2.2.2. Critères d'exclusion

- **Revue de la littérature**: Nous avons exclu les revues de la littérature, afin de n'inclure dans l'analyse que des résultats primaires. Ceci permet d'éviter les biais de duplication des résultats, ainsi que les biais liés aux analyses secondaires.
- **Autres types d'articles**: Nous avons choisi d'exclure les études de cas, qui ne permettent pas la généralisation de leurs résultats. Nous avons aussi exclu les articles ne présentant pas de résultats mesurables, tels que les éditoriaux, les commentaires, les discussions éthiques, etc...

2.3. Sélection des études

Le processus de sélection des articles a suivi les recommandations PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) et est illustré dans le diagramme de flux ci-dessous (Fig. 1). Un total de 366 références ont été identifiées via PubMed. Après un premier criblage des titres et résumés, 71 références ont été exclues (66 hors sujet, 2 pour absence de texte

intégral, et 3 études non terminées). Parmi les 295 articles évalués en texte intégral, 275 ont été exclus d'après les critères d'éligibilité et d'exclusion (présentés ci-dessus). Finalement, 20 études ont été incluses dans la synthèse.

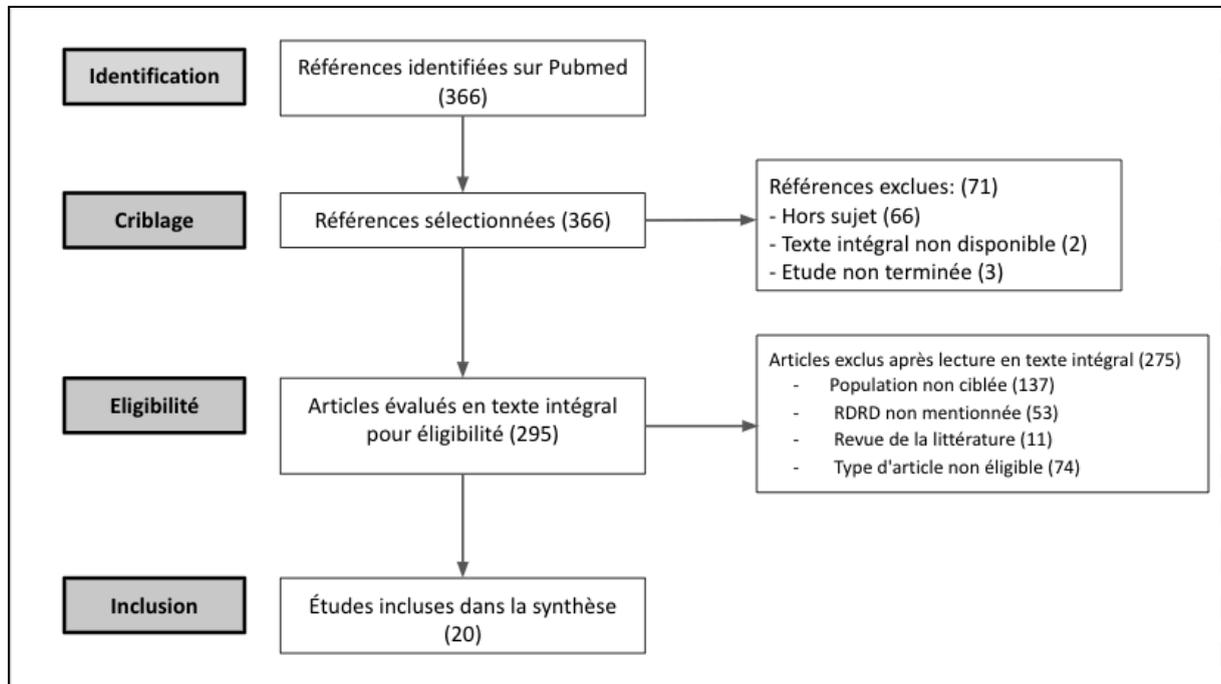


Figure 2: Diagramme de Flux

2.4. Collecte des données

Les données ont été extraites des articles sélectionnés et présentées sous forme de tableau de résultats, rapportant: l'auteur, l'année de publication, le type d'étude, la population étudiée, les objectifs et méthodes de l'étude, l'intervention de RDRD étudiée et les principaux résultats.

2.5. Analyse des données

Les études ont été regroupées en fonction des types d'interventions (par exemple, traitement agoniste des opiacés, programmes d'échange de seringues, prévention du VIH et des overdoses, etc...). Les résultats qualitatifs ont permis d'explorer les perceptions et expériences des

participants, tandis que les études quantitatives ont été utilisées pour mesurer l'impact des interventions sur la santé des populations incarcérées.

3. Résultats

Le **Tableau 1** résume les principales caractéristiques et résultats des études incluses, que nous allons détailler ci-dessous.

3.1 Caractéristiques des études

3.1.1 Années de publication

Notre revue a inclus deux études publiées en 2014, 4 études publiées en 2015, une étude publiée en 2016, 2018 et 2019, deux études publiées en 2020 et en 2021, 5 études publiées en 2022 et une étude publiée en 2023 ainsi qu'en 2024.

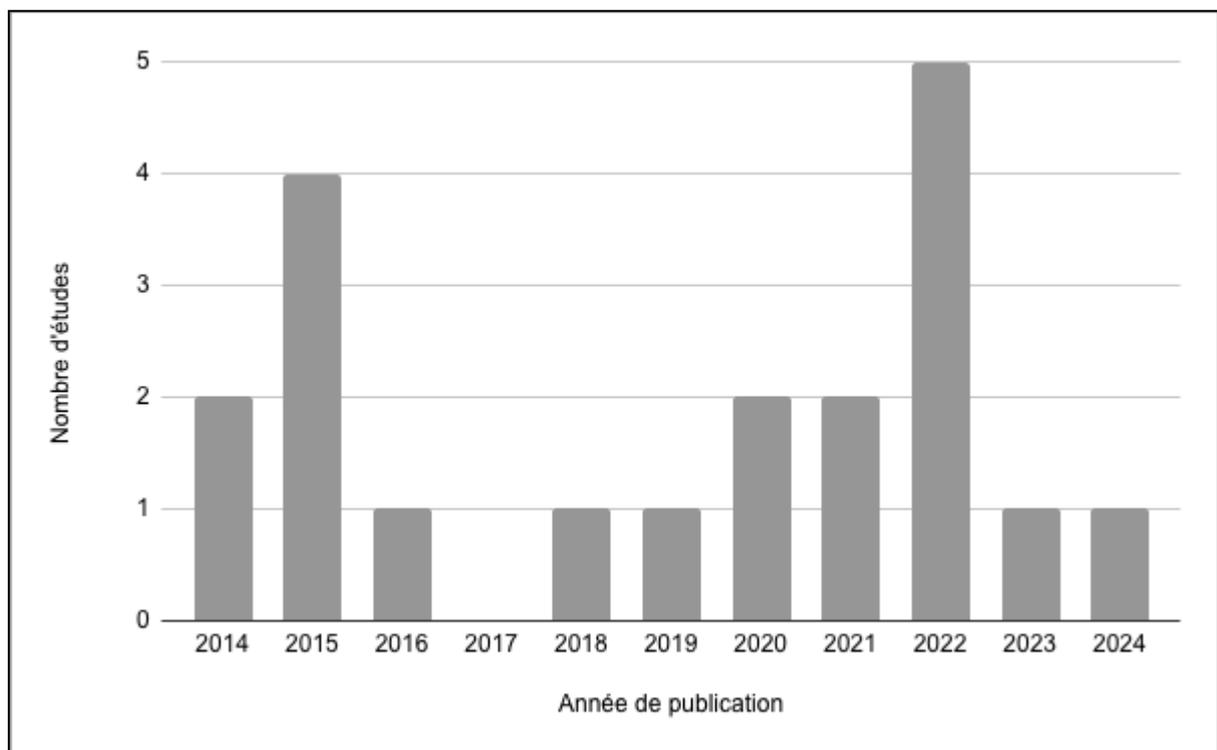


Figure 3: Nombre d'études publiées par année

3.1.2 Pays

Les 20 études incluses dans cette revue de la littérature proviennent de huit pays différents ainsi que le continent européen. Le Canada et l'Iran sont chacun représentés par 4 études. L'Australie

contribue avec 3 études, tout comme l'Europe (avec des études couvrant plusieurs pays européens). Les États-Unis comptent 2 études. La Hongrie, le Kirghizistan, le Liban et l'Indonésie sont chacun représentés par 1 étude.

3.1.3 Revues scientifiques de publication

"Harm Reduction Journal" est la revue la plus représentée avec 4 études, suivie par "Drug and Alcohol Dependence" et "International Journal of Drug Policy", qui comptent chacune 3 études. "International Journal of Prisoner Health" et "BMC Public Health" ont publié respectivement 2 études. D'autres revues comme "Viruses," "Addiction," "Journal of Correctional Health Care," "Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy," "International Journal of Health Policy and Management," "International Journal of High Risk Behaviors and Addiction," et "Iranian Journal of Public Health" ont chacune contribué avec 1 étude.

3.1.4. Types d'études

Les 20 études incluses dans cette revue couvrent plusieurs types de méthodologies. Nous avons inclus 8 études transversales et 7 études de cohorte (4 cohortes prospectives et 3 cohortes rétrospectives). Nous avons également inclus 4 études qualitatives et une étude de modélisation.

3.2 Traitements agonistes des opiacés: méthadone et buprénorphine haut dosage

3.2.1 Impact des TAO sur la santé des personnes détenues

Shahbazi *et al.* (21) ont publié en 2014 une étude transversale étudiant l'évolution de la prévalence du VIH dans les prisons iraniennes de 1999 à 2011, et la mettant en lien avec l'implémentation de la distribution de méthadone ("Methadone Maintenance Therapy"). Les auteurs retrouvent une corrélation négative significative (-0,62 avec $p=0,001$) entre l'augmentation de la distribution de méthadone et la diminution de la prévalence du VIH à partir de 2002, dans les prisons iraniennes.

L'étude de Khalaf *et al.* (22) réalisée en 2019 au Liban compare la satisfaction vis-à-vis de leur traitement des personnes souffrant d'un trouble de l'usage des opiacés, selon qu'elles bénéficient d'un TAO en milieu communautaire ou d'un traitement symptomatique du sevrage en milieu carcéral, grâce à un questionnaire de perception du traitement. Les 30 individus bénéficiant d'un TAO en milieu communautaire rapportent un meilleur taux de satisfaction que les individus en milieu carcéral. Ceci souligne l'intérêt d'un accès des TAO en milieu carcéral qui ne peut pour l'instant pas être initié à l'arrivée en prison au Liban (seule la reconduction d'un traitement déjà conduit à l'extérieur était autorisée lors de la réalisation de l'étude).

Les personnes détenues ne sont pas les seules à rapporter l'intérêt des TAO en prison, comme le souligne l'étude qualitative de Moradi *et al.* (23) réalisée en 2015 en Iran. Cette étude explore les perceptions du personnel médical et non médical vis-à-vis du programme de distribution de méthadone, qui témoignent d'un impact globalement positif sur la santé, la sécurité et la qualité de vie des personnes détenues. Les sujets rapportent une diminution du partage de seringues, une diminution du trafic et de la consommation de substances psychoactives, une diminution du taux de criminalité dans la prison, un impact social et économique positif (diminution de la prostitution pour accéder aux substances illicites, amélioration des liens avec la famille) et une amélioration de l'implication dans les programmes sportifs et éducatifs. Ils soulignent néanmoins les faiblesses de ce programme, avec un manque de personnel soignant pour assurer correctement la distribution de méthadone, un détournement de la méthadone à des fins sédatives/récréatives par les personnes détenues, un manque de structures de soin de relai lors de la libération et un manque de formation du personnel (médical et non médical).

3.2.2 Impact des TAO après la libération

En 2023, Curtis *et al.* réalisent deux études de cohorte prospectives au sujet de l'utilisation des TAO après la libération chez des personnes détenues en Australie. La première (24) visait à étudier l'impact des TAO sur l'utilisation du système de soins primaires grâce à des questionnaires

dispensés 3 mois après la sortie d’incarcération de personnes détenues injecteurs de substances psychoactives. Comparées aux personnes détenues sorties sans TAO, celles encore traitées par TAO à 3 mois de la sortie avaient un plus grand recours aux consultations chez le médecin généraliste, ainsi qu’aux services de laboratoire (prises de sang) et à la dispensation de traitements en pharmacie. Cette première étude souligne la contribution des TAO à l’amélioration de l’accès aux soins plus globaux chez ces patients consommateurs. La deuxième étude (25) des mêmes auteurs s’intéresse au délai avant l’arrêt des TAO après libération, par une analyse de survie en temps-discret. Pour 110 participants à l’étude, 55 ont arrêté leur TAO après libération sur une période de suivi de deux ans (taux d’incidence 46 pour 100 personnes-années (PA); IC95%: 36-60 pour 100 PA), cet arrêt ayant lieu le plus souvent avant le premier entretien médical post-libération (taux d’incidence 84 pour 100 PA, IC95%: 62–116 pour 100 PA). Les facteurs associés à un plus grand taux d’arrêt du TAO étaient l’introduction du TAO lors de l’incarcération (taux de risque ajusté 2.17, IC95%: 1.14–4.13) et l’ethnicité arborigène (taux de risque ajusté 4.95, IC95%: 2.00–12.25), qui constitue un facteur de risque d’appartenir à un milieu socio-économique très défavorisé en Australie.

Enfin, l’étude de Palis *et al.* (26) réalisée en 2022 au Canada explore les facteurs associés à un arrêt du TAO après libération, notamment l’usage de substances psychoactives stimulantes. Dans cette cohorte rétrospective, parmi les patients avec un trouble de l’usage des opiacés (n= 13 380), 25% ont accédé à la dispensation de TAO dans les 48h suivant la libération. Une interaction significative entre le trouble lié à l’usage de stimulants et la maladie mentale a été identifiée, puisque les rapports de cotes (OR) stratifiés ont montré qu’en présence d’une maladie mentale, le trouble lié à l’usage de stimulants était associé à une probabilité plus faible de recevoir un TAO (OR = 0,73, IC95 % = 0,64–0,84), tandis qu’en l’absence de maladie mentale, cette relation n’était pas significative (OR = 0,89, IC95 % = 0,70–1,13).

3.3 Programmes d'échange de seringues et alternatives

Une autre étude de Shahbazi et al. (27) réalisée en 2015 a évalué la durée de participation de 320 détenus dans un PES, dans trois prisons iraniennes. La durée moyenne de participation dans le programme était de $24,1 \pm 0,6$ semaines, sur une période totale de 29 semaines. Les facteurs associés à une participation plus longue étaient l'absence d'antécédent de participation à d'autres programmes RdRD ($p=0,007$), la pratique du tatouage ($p=0,01$) et une durée d'évolution de l'addiction plus élevée ($p=0,048$).

Lafferty *et al.* (28) ont réalisé une étude qualitative en 2024, en utilisant la technique du groupe nominal pour identifier les barrières à l'utilisation des PES dans neuf prisons fédérales Canadiennes. La technique du groupe nominal consiste à faire participer les membres du groupe de manière structurée, en utilisant une méthode où chaque participant partage ses idées à tour de rôle, permettant de générer une liste complète de barrières, puis de voter pour déterminer les priorités, avant de suivre le même processus pour développer des solutions aux barrières identifiées. 18 groupes de travail ont été menés, composés pour certains de pairs aidants et pour d'autres d'utilisateurs de PES ou utilisateurs potentiels de PES. Les barrières principales rapportées par les deux groupes étaient la crainte des répercussions liées à l'utilisation d'une substance illicite en prison, le manque de confidentialité vis à vis de l'administration pénitentiaire ainsi que la crainte de subir des contrôles ciblés (fouille de cellule, test urinaires) et donc des sanctions de la part des surveillants pénitentiaires. Les pairs aidants rapportent également la stigmatisation comme barrière importante, alors que les usagers du PES pointent surtout du doigt le processus d'application au PES en lui-même (demande écrite à formuler, durée d'attente de plusieurs semaines, critères de sélection indépendants de la volonté du participant). Les solutions proposées par les deux groupes étaient d'une part une meilleure éducation des différents intervenants (surveillants, professionnels de santé, pairs) à l'addictologie, la réduction des risques et l'intérêt thérapeutique des PES. Les pairs aidants proposaient également l'amélioration de la confidentialité du programme ainsi qu'un lieu d'injection

supervisé / sécurisé. Enfin, les utilisateurs de PES proposaient d'inclure les PES dans des services de soins addictologiques plus globaux ou d'y proposer également la distribution d'aiguilles pour tatouage, permettant de normaliser l'accès aux PES.

3.4 Prévention, dépistage et traitement des infections

3.4.1 Dépistage et traitement VIH

L'article de Shahbazi *et al.* (27) publié en 2014 (mentionné plus haut dans le paragraphe concernant les TAO) a montré que la baisse de prévalence du VIH dans les prisons iraniennes (prévalence maximale en 2002 à 3,83% vs minimale en 2011 à 1,83%) était non seulement liée à l'introduction de méthadone mais également à la mise en place de cliniques de soins spécialisées. Ces "Triangular clinics" offrent des conseils et de la formation sur le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que leurs traitements. Ces cliniques sont apparues en 1999 dans les prisons iraniennes, pour être disponibles depuis 2006 dans 100% des provinces iraniennes. Les auteurs retrouvent une corrélation négative entre le nombre de cliniques présentes dans les prisons et la prévalence du VIH en prison (-0,51, $p=0,016$).

Si l'incarcération doit être considérée comme une occasion privilégiée d'accès au dépistage et aux soins du VIH dans le parcours des consommateurs, certaines études montrent également son impact négatif. L'étude de Blumenkrans *et al.* (29) réalisée en 2022, a analysé les effets de l'incarcération sur l'engagement dans les soins pour le VIH parmi 935 personnes vivant avec le VIH et utilisant des drogues illicites au Canada, dans le cadre de l'initiative "Seek, Test, Treat, and Retain" (STTR). Les résultats montrent que les périodes d'incarcération ont un impact négatif sur deux mesures de l'engagement aux soins du VIH : la dispensation de thérapie antirétrovirale dans les 180 derniers jours (rapport de cotes (OR) = 0,25 ; IC95% : 0,19–0,34 ; rapport ajusté de cotes (AOR) = 0,66; IC95% : 0,45–0,96) et la suppression de la charge virale du VIH (OR = 0,25 ; IC95% : 0,19–0,34 ; AOR = 0,66 ; IC95%: 0,45–0,96). Des analyses supplémentaires ont montré que les comportements

criminalisés (comme le trafic de drogues et le travail du sexe) n'expliquaient pas l'effet négatif de l'incarcération sur l'engagement dans le traitement du VIH.

3.4.2 Dépistage et traitement VHC

L'étude de Werling *et al.* (30) réalisée en 2022 visait à étudier l'efficacité d'un programme de dépistage et de traitement du VHC dans les prisons hongroises entre 2018 et 2019, appuyé par l'intervention mensuelle d'hépatologues dans les prisons. Sous forme d'une cohorte rétrospective de 5779 détenus, les auteurs ont retrouvé une prévalence de la charge virale du VHC de 5,49%, parmi lesquels 99% étaient des usages de substances par voie injectable. Parmi les détenus avec une charge virale VHC positive, le taux d'acceptation d'un traitement par antiviraux à action directe (AAD) était de 82% et le taux de réponse virologique à 6 mois était de 96,8% pour les patients traités par AAD. Cette étude souligne l'importance de dépister les détenus utilisateurs de substances psychoactives par voie intraveineuse qui représentent une grande partie des patients porteurs du VHC en prison, d'autant plus qu'ils acceptent pour la plupart un traitement permettant de les guérir du VHC.

Une étude avec les mêmes objectifs a été réalisée par Hariri *et al.* (31) en 2021 sous forme d'une cohorte prospective incluant 2015 détenus iraniens. Parmi ces détenus, la prévalence des anticorps VHC était de 6,7% et 4,6% pour la charge virale VHC. 71% des détenus avaient un antécédent d'usage de substances psychoactives (dont 85% par voie intraveineuse), et dans cette sous-population la prévalence des anticorps VHC était de 32,6% et 24,7% pour la charge virale VHC. Le taux d'acceptation du traitement par AAD était de 82%, rejoignant l'étude précédente de Werling *et al.*, et ce taux était identique pour les détenus sous TAO ou ayant un antécédent d'injection. 72% des détenus ayant débuté le traitement par AAD l'ont complété jusqu'au bout (12 semaines), et 100% d'entre eux avaient une charge virale négative à 12 semaines, confirmant leur guérison de l'hépatite C.

Bretaña *et al.* (32) ont réalisé en 2020 une étude de modélisation en Australie pour évaluer l'impact qu'aurait une augmentation du traitement du VHC en prison sur la prévalence du VHC en

prison et en milieu communautaire. En 2017, l'état australien de New Southern Wales a traité 1000 cas de VHC en milieu carcéral. Leur modélisation a projeté le nombre de cas de VHC dans l'état de 2018 à 2030, en prenant en considération les mouvements des détenus entre les prisons, les changements dans les comportements à risque, les traitements par TAO et les programmes d'échange de seringues ainsi que le traitement par AAD. Le modèle a projeté qu'une augmentation du nombre de détenus traités à 2000 par an (soit un doublement) ferait chuter l'incidence du VHC à 8,69 pour 100 personnes années (PA) (IC95%: 8,17 - 9,20). L'ajout de stratégies de réduction des risques (TAO et PES) ferait diminuer encore cette incidence à 5,22 pour 100 PA (IC95% 5,13 - 5,52). Enfin, en prenant en considération l'effet d'une réduction de la prévalence du VHC en milieu communautaire en Australie, ce taux d'incidence diminue encore pour atteindre 0,93 pour 100 PA (IC95% 0,92 - 0,98) en 2030. Ces résultats suggèrent qu'une augmentation du nombre de détenus traités pour le VHC associée à une amélioration de la réduction des risques et des dommages permettrait d'éradiquer le VHC dans les prisons australiennes dans un avenir proche.

3.6 Prévention des décès par surdosage et Naloxone

L'étude transversale de Barocas *et al.* (33), réalisée en 2015, a évalué la faisabilité d'une formation de prévention des overdoses, ou décès par surdosage, chez les personnes ayant des antécédents d'incarcération, en interrogeant 543 usagers d'un programme d'échange de seringues en milieu communautaire aux Etats-Unis. Les usagers ayant déjà observé une overdose (rapport de cotes (OR) 4,3, IC95%: 2,8-6,5) ou ayant déjà eux-mêmes vécu une overdose (OR 2,4, IC95%: 1,7-3,5) étaient plus susceptibles d'avoir déjà été incarcérés. De même, les usagers ayant bénéficié d'une formation à l'administration de naloxone (OR 1,8, IC95% 1,2-2,6) ou qui avaient déjà administré de la naloxone à quelqu'un (OR 1,8, IC95%: 1,2-2,6) étaient plus susceptibles d'avoir déjà été incarcérés. Parmi les participants ayant reçu une formation à l'administration de naloxone, 88% ont rapporté l'avoir reçu auprès du personnel de leur centre d'échange de seringues (Lifepoint Needle Exchange Program), et 69% des participants ayant déjà été incarcérés avaient reçu une formation à

l'administration de naloxone. Ces résultats soulignent la faisabilité et l'intérêt de réaliser des formations à l'administration de naloxone en milieu carcéral, auprès de ces populations volontaires pour se former, et particulièrement à risque d'overdoses ou d'être témoin d'overdoses.

Bien que la formation à la prévention des overdoses soit essentielle et doit être dispensée par les professionnels de santé, les détenus n'attendent pas de recevoir ces formations pour s'éduquer entre eux et développer des stratégies de réduction du risque d'overdose eux-mêmes. L'étude qualitative de Kaplowitz *et al.* (34), réalisée en 2022, a exploré les attitudes des personnes détenues envers le traitement du trouble de l'usage des opiacés à l'ère du fentanyl, un opiacé particulièrement dangereux de par sa dose létale très faible. Les entretiens semi-structurés menés auprès de 40 détenus aux Etats-Unis ont permis de recueillir les techniques de réduction des risques qu'ils mettent en œuvre pour mieux gérer leur consommation d'opiacés. La majorité des participants (98%) connaissent le fentanyl, que ce soit par expérience personnelle, par leur entourage ou par les médias. La plupart étaient conscients de la prévalence élevée du fentanyl illicite sur le marché noir, aussi bien seul qu'en tant qu'agent de coupe dans d'autres substances (héroïne, ainsi que d'autres substances non-opiacées), et mettaient en lien cette disponibilité accrue avec l'augmentation des overdoses. Les participants utilisaient plusieurs stratégies pour tenter d'identifier la présence de fentanyl dans leurs consommations, en se basant sur la couleur, l'odeur ou le goût, mais restaient conscients de l'imprécision de ces méthodes (certains n'ayant découvert la présence de fentanyl dans leurs consommations que via des tests d'urine). La plupart des participants essayaient d'éviter le fentanyl (par préférence des effets de l'héroïne mais aussi par crainte de l'overdose), mais certains y avaient recours afin d'éviter les symptômes de sevrage en héroïne. D'autres stratégies pour éviter les overdoses consistaient à toujours avoir de la naloxone sur eux. Concernant les TAO, certains participants les utilisaient pour réduire leur consommation de fentanyl, tandis que d'autres rapportaient que leur TAO les poussait à consommer davantage de fentanyl que d'héroïne, en raison de la plus grande tolérance pour les opiacés développée avec leur TAO.

3.7 Education thérapeutique

L'étude transversale de Sawitri *et al.* (35), menée en 2016 dans une prison en Indonésie, a évalué la prévalence des comportements à risque liés au VIH et à l'adoption des initiatives de réduction des risques. Sur les 230 détenus interrogés, 7,4 % (IC95%: 4.0-10.8) ont rapporté une consommation de drogues injectables en prison, et parmi eux, 47 % (IC95%: 45 - 55) ont partagé des seringues au cours de la dernière semaine. La majorité des injecteurs (93,8 %) nettoyaient leurs seringues, généralement avec de l'eau de Javel (93,3 %). En matière de prévention du VIH, 40,8 % des détenus ont assisté à des séminaires de promotion de la santé, et 94,1 % des injecteurs ont bénéficié de tests volontaires de dépistage et de conseils (VCT). Les pairs (41,2 %) et le personnel médical (37,0 %) étaient les principales sources d'informations sur le VIH en prison. Trois pourcent (IC95%: 0.82 - 5.26) des détenus rapportaient des rapports sexuels pendant l'incarcération. Des lacunes subsistent dans la connaissance des risques liés au VIH, notamment concernant la prévention par l'utilisation systématique du préservatif, connue seulement par 66 % des détenus. L'étude met en évidence la poursuite des prises de risque malgré l'existence d'un programme de RDRD dans la prison ainsi qu'un manque de connaissance des détenus au sujet du rôle préventif du préservatif.

3.8 Disponibilité des mesures de RdRD en milieu carcéral

En 2015, Michel *et al.* (36) ont mené une étude transversale à l'aide de questionnaires adressés aux autorités de santé publique et pénitentiaire de quatre pays européens (Autriche, Danemark, Italie, Belgique) pour évaluer l'accès aux mesures de réduction des risques en milieu carcéral. Les résultats ont été comparés aux recommandations de l'OMS ainsi qu'à l'accès à ces mesures en France, tel qu'évalué dans l'étude ANRS PRI2DE publiée par le même auteur en 2011. Les scores d'adhésion aux mesures recommandées par l'OMS (Annexe 1) ont été calculés pour chaque pays, le score maximum étant à 12. Les mesures recommandées se regroupent en 10 domaines

d'intervention: Information / éducation / communication; dépistage / conseil; préservatifs / lubrifiants; TAO; accès à l'eau de Javel; vaccination VHB; prophylaxie post-exposition; PES; traitement ARV; et prévention de la transmission à travers le tatouage et le piercing. Le score d'adhésion de la France en 2009 a été calculé à 2,5 (intervalle interquartile (IQR): 1,5-3,5). Les scores d'adhésion étaient de 3.5 (IQR: 2.0; 4.5) pour l'Autriche, 3.0 (IQR: 2.5; 3.5) pour la Belgique, 2.5 (IQR: 2.0; 3.0) pour le Danemark et 1.5 (IQR: 1.5; 2.0) pour l'Italie. Certaines mesures comme les programmes d'échange de seringue, l'information / éducation / communication, le dépistage / conseil et la prévention de la transmission lors du piercing / tatouage avaient une mauvaise disponibilité dans les 4 pays (score = 0). Le dépistage systématique du VIH était réalisé à 100% en Italie contre 18% en Belgique. Les préservatifs, le lubrifiant ainsi que l'eau de Javel (pour désinfecter le matériel d'injection) n'étaient disponibles dans aucune prison italienne, mais la vaccination anti-VHB était proposée dans 50% des prisons italiennes contrairement aux 3 autres pays (0 - 10,3%). Les préservatifs féminins étaient disponibles dans environ 50% des prisons accueillant des femmes en Autriche et au Danemark contre 82% en Belgique. Les antirétroviraux étaient accessibles dans toutes les prisons de tous les pays, hormis en Italie (89% des prisons). Une analyse supplémentaire a retrouvé que le score d'adhésion aux recommandations des pays était inversement proportionnel à leur taux de surpopulation carcérale ($p=0,008$), soulignant l'impact des conditions de détention sur l'accès aux mesures de réduction des risques.

L'étude de Bielen *et al.* (37), publiée en 2018, est basée sur une enquête transversale dans 25 pays européens qui analysait la disponibilité des mesures de réduction des risques et du traitement du VHC en milieu carcéral à partir des réponses de groupes de patients et de données de la littérature. Dans 21 pays (84%), le dépistage du VHC est proposé dans au moins une prison. Seulement 9 pays (36 %) considèrent les détenus comme une population à haut risque et cible des politiques spécifiques de dépistage, les autres pays proposant le dépistage uniquement sur initiative d'un médecin ou demande du patient. Le traitement de l'hépatite C par AAD est disponible dans 21

pays (84%), et n'est pas disponible en Bosnie Herzégovine, Croatie, Macédoine du Nord ni Pologne. L'information sur la proportion de prisons proposant le traitement par AAD n'était disponible que dans 9 pays, parmi lesquels seulement 5 (20%) proposaient le traitement dans 100% des prisons du pays (Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suède, RU). Deux pays proposent des programmes d'échange de seringues dans toutes leurs prisons (8%; Espagne et Roumanie), bien qu'aucun détenu ne participe réellement à un programme d'échange de seringues en Roumanie devant les difficultés administratives rencontrées pour s'y inscrire. Deux autres pays (8%) proposent des PES en prison: l'Allemagne (disponible dans une prison sur un total de 180) et la Macédoine du Nord (programmes développés par des ONG, en dehors de toute volonté politique du pays). Le TAO est disponible sans conditions et dans toutes les prisons de 11 pays (44%), alors que 5 pays (20%) conditionnent l'accès au TAO par une prescription initiée à l'extérieur ou à une abstinence. Les TAO ne sont pas disponibles en prison dans 4 pays (Bosnie Herzégovine, Slovaquie, Turquie, Ukraine). Cette étude souligne les grandes disparités dans l'accès aux mesures de réduction des risques en Europe en 2018.

Une étude très similaire de Stöver *et al.* (38) publiée en 2021 a analysé la disponibilité et la couverture des mesures de réduction des risques en milieu carcéral dans 30 pays européens (27 membres de l'UE, Turquie, Royaume-Uni et Norvège) pour la période 2016-2017, à l'aide d'un questionnaire standardisé et d'une cartographie des données disponibles. Parmi les principaux résultats, les TAO étaient disponibles dans 29 des pays étudiés (tous sauf la Slovaquie), dont seulement 11 pays (37 %) les proposaient dans toutes leurs prisons, la couverture restant partielle dans les autres pays. Seuls 3 pays (Espagne, Allemagne, Luxembourg) proposaient des programmes d'échange de seringues dans au moins une prison, tandis que la Roumanie avait interrompu ce service en raison d'un arrêt du financement extérieur. Les Pays-Bas, affirmant l'absence de pratiques d'injection dans leurs prisons, ne voyaient pas la nécessité d'instaurer des PES. La distribution de lubrifiants ainsi que l'éducation sur les pratiques d'injection et de tatouage / piercing plus sûres

restaient peu disponibles. L'éducation à la santé et la distribution de préservatifs étaient globalement disponibles, bien que inégalement appliquées dans la moitié des pays. Le dépistage des infections transmissibles était disponible à l'admission dans la plupart des prisons, mais le taux réel de dépistage restait faible dans 50% des pays. Les traitements des infections transmissibles étaient globalement accessibles avec une couverture élevée pour le VIH et la tuberculose, mais nettement inférieures pour les hépatites B et C. Le lien avec les soins addictologiques à la sortie d'incarcération était disponible dans la plupart des pays, même si partiellement mis en place. Les interventions recommandées à la sortie d'incarcération (initiation de TAO, Naloxone à emporter et dépistage des infections) sont rarement effectuées. Les limites importantes de cette étude sont les disparités dans les méthodes nationales de collecte des données et une couverture inégale des interventions au sein des différents pays, ce qui limite la comparabilité et l'exhaustivité des résultats.

3.9 Barrières à l'implémentation de la RDRD en prison

L'étude de Watson (39) publiée en 2014 a examiné les obstacles politiques à l'implémentation des mesures de réduction des risques en milieu carcéral au Canada, en s'appuyant sur des entretiens avec 16 anciens cadres et acteurs impliqués dans le Service correctionnel du Canada (SCC), des documents institutionnels, et des témoignages devant une commission parlementaire. Les résultats révèlent quatre principales barrières. La première est une définition restreinte de la réduction des risques et des dommages adoptée par le service correctionnel du Canada, qui est centrée sur l'abstinence, en contradiction avec les principes internationaux. La deuxième est l'influence politique du gouvernement conservateur en place en 2014, qui a inhibé l'adoption des programmes d'échange de seringues ou de tatouage sécuritaire, en raison de leur faible acceptabilité politique. La troisième est l'opposition syndicale aux PES, avec la crainte que les seringues puissent être utilisées comme des armes ou la perception que ces programmes encouragent l'usage de substances psychoactives. Enfin, la dernière barrière rapportée est une faible volonté organisationnelle de la part du service

correctionnel, qui reste fortement influencé par les directives politiques et dispose de peu d'autonomie pour introduire des programmes basés sur des données probantes.

L'étude qualitative de Meyer *et al.* (40) réalisée en 2020 au Kirghizistan, explore l'injection de diphénhydramine (médicament antihistaminique interdit mais disponible sur le marché noir de la prison) dans les prisons et ses implications pour la réduction des risques, par 87 entretiens semi-dirigés de détenus, anciens détenus et parties prenantes (employés pénitentiaires, employés d'ONG, anciens détenus considérés comme des figures d'autorité). Les personnes interrogées rapportent une injection de diphenhydramine après la prise de méthadone en prison pour rechercher un effet euphorisant inatteignable avec la méthadone seule. Les injecteurs de diphénhydramine sont décrits comme étant facilement repérables par les autres détenus et le personnel dû à d'importantes conséquences cutanées (abcès et plaies chroniques) et mentales (trouble psychotique), et sont réduits à leur appartenance à un groupe auto-destructeur sans espoir de s'en sortir. Victimes de stigmatisation sociale à l'intérieur de la prison, ils sont également exclus des programmes d'échange de seringues, ce qui augmente leurs comorbidités infectieuses par le partage de matériel d'injection. Enfin, de par leur utilisation toujours conjointe, les effets de l'injection de diphénhydramine étaient souvent attribués au traitement par méthadone, créant une méfiance à l'égard des programmes de distribution de méthadone et une barrière supplémentaire à l'accès au traitement. Cette étude explore comment l'introduction d'une substance supplémentaire en milieu carcéral peut menacer les programmes de réduction des risques et des dommages déjà en place.

Tableau 1: Résultats

Réf.	Auteurs	Année	Type d'étude	Population	Objectifs et méthodes de l'étude	Intervention de RDRD	Résultats
28	Lafferty <i>et al.</i>	2024	Qualitative	18 groupes de travail (pairs aidants et usagers potentiels de programme d'échange de seringues), Canada	Identifier les barrières à la participation au Programme d'Échange de Seringues en Prison au sein des prisons fédérales canadiennes ainsi que les solutions, utilisation de la Technique du Groupe Nominal	PES	Barrières principales à la participation aux PES: <ul style="list-style-type: none"> - crainte des répercussions judiciaires et des sanctions pénitentiaire - manque de confidentialité - crainte d'être stigmatisé - difficultés du processus d'application. Solutions proposées: <ul style="list-style-type: none"> - formation des intervenants - gestion externe du programme - amélioration de la confidentialité - espace d'injection supervisé - services de soins globaux
24	Curtis <i>et al.</i>	2023	Cohorte prospective	255 usagers de substances IV libérés de prison, Australie	Examiner l'association entre l'utilisation d'un TAO et l'utilisation des soins primaires en santé, via un suivi longitudinal des patients après leur libération	TAO	1) Augmentation des consultations chez le médecin généraliste, tous motifs 2) Augmentation des soins de laboratoire et de la dispensation de médicaments
25	Curtis <i>et al.</i>	2023	Cohorte prospective	110 détenus traités par TAO, Australie	Examiner la probabilité d'arrêt du TAO après la libération dans une analyse de survie en temps discret	TAO	1) 50% d'arrêt du TAO < 2 ans 2) Arrêt plus fréquent avant la 1ere consultation 3) Caractéristiques associées à l'arrêt: initiation du TAO lors de l'incarcération et ethnicité arborigène

Réf.	Auteurs	Année	Type d'étude	Population	Objectifs et méthodes de l'étude	Intervention de RDRD	Résultats
26	Palis <i>et al.</i>	2022	Cohorte rétrospective	13 380 détenus avec un trouble de l'usage des opiacés libérés de prison, Canada	Examiner l'association entre le diagnostic de trouble lié à l'usage de stimulants et la dispensation du TAO dans les 15j après la libération de prison par une analyse des données administratives de dispensation du TAO	TAO	1) 25 % des détenus avec un trouble de l'usage des opiacés accèdent à une dispensation de TAO dans les 48h suivant la sortie 2) En cas de comorbidité psychiatrique, l'usage d'un psychostimulant réduit les chances d'obtenir un TAO
29	Blumenkrans <i>et al.</i>	2022	Cohorte prospective	935 usagers de substances IV vivant avec le VIH, Canada	Examiner les conséquences de l'incarcération sur la stratégie "Seek, Test, Treat and Retain" (STTR) chez les usagers de drogue vivant avec le VIH, par une analyse des marqueurs d'engagement dans les soins pour le VIH	Dépistage et traitement du VIH	Périodes d'incarcération: impact négatif sur la stratégie STTR (suivie par la dispensation récente d'antirétroviraux et la négativation de la charge virale VIH)
30	Werling <i>et al.</i>	2022	Cohorte rétrospective	5779 détenus, Hongrie	Évaluer l'efficacité du programme de dépistage et de traitement de l'hépatite C dans les prisons hongroises à l'ère des AAD, par une analyse du dépistage du VHC et de l'efficacité des AAD	Dépistage et traitement du VHC	1) Prévalence de la charge virale VHC : 5,49% 2) Taux d'acceptation AAD: 82% 3) Prévalence des pratiques d'injection parmi porteurs du VHC: 99% 4) taux de réponse virologique à 6 mois: 96,8%
34	Kaplowitz <i>et al.</i>	2022	Qualitative	40 détenus (Etats Unis)	Explorer les attitudes des personnes incarcérées envers le traitement du trouble de l'usage des opiacés à l'ère du fentanyl, par des entretiens semi-structurés pour recueillir les techniques de RdRD utilisées par les détenus	Prévention des overdoses par Naloxone, éducation thérapeutique	La plupart des détenus connaissent le fentanyl, essaient de l'éviter et ont recours à des techniques de RDRD pour éviter les overdoses (lors de l'usage de substances contenant du fentanyl ou grâce à un TAO)

Réf.	Auteurs	Année	Type d'étude	Population	Objectifs et méthodes de l'étude	Intervention de RDRD	Résultats
38	Stöver <i>et al.</i>	2021	Transversale	Prisons de 30 pays européens	Évaluer l'état actuel des mesures de réduction des risques dans les prisons de 30 pays européens une collecte de données à partir de rapports nationaux et d'organisations	TAO, PES, dépistage et traitement du VIH et du VHC, prévention des overdoses par Naloxone	<ol style="list-style-type: none"> 1) TAO disponible dans 29 pays, mais couverture faible dans la moitié des pays. 2) Faible disponibilité PES, distribution de lubrifiant, formation sanitaire à l'injection et au piercing / tatouage 3) Dépistage des infections fréquent à l'admission mais peu de reconduction 4) Bonne couverture des ttt VIH, moindre pour Hep C et Hep B 5) Bonne disponibilité distribution préservatifs et éducation 6) Relai ambulatoire des soins addictologiques disponibles, mais partiellement mis en place 7) Dépistage des infections et distribution de naloxone à la sortie rarement faits 8) RdRD mentionnée dans les documents nationaux de 21 pays, mais réellement mis en place dans 12 pays
31	Hariri <i>et al.</i>	2021	Cohorte prospective	2015 détenus (Iran)	Evaluation de l'impact d'une intervention visant à améliorer le dépistage, le diagnostic et le traitement de l'hépatite C (VHC) en parallèle avec la mise à disposition de TAO, par l'analyse du dépistage, du traitement et de la réponse virologique des détenus ayant une hépatite C active.	Prévention, dépistage et traitement des infections par le VHC	<ol style="list-style-type: none"> 1) Usage de substances dans 71% (dont 15 % sans ATCD d'injection) ; 1/3 détenus sous TAO 2) 6.7% Anticorps Anti-VHC positif, 4,6% charge virale positive pour les non-usagers, vs 32,6 et 24,7% pour les détenus usagers de substances 3) Adhérence au traitement AAD 82% 4) taux de complétion du traitement 71% 5) Prévalence charge virale négative à 12 semaines =100%

Réf.	Auteurs	Année	Type d'étude	Population	Objectifs et méthodes de l'étude	Intervention de RDRD	Résultats
32	Bretaña <i>et al.</i>	2020	Etude de modélisation	<i>Non applicable</i> (Prisons australiennes)	Évaluation de l'impact potentiel de stratégies combinées de traitement et de prévention pour l'élimination du virus de l'hépatite C (VHC) dans les prisons, par l'utilisation de la modélisation mathématique pour simuler différents scénarios de traitement et de prévention	Prévention, dépistage et traitement des infections par le VHC	1) Augmentation de 2000 détenus/an traités pour le VHC permettrait de diminuer l'incidence à 8,69 pour 100 personnes-années 2) Des stratégies de traitement combinées à des stratégies de prévention permettrait de réduire l'incidence à 5,22 PA 3) Considérant la réduction estimée de prévalence en population Australienne, l'incidence réduirait à 0,93 PA en 2030
40	Meyer <i>et al.</i>	2020	Qualitative	49 détenus, 19 ancien détenus et 19 acteurs (Kyrgyzstan)	Explorer l'utilisation de l'injection de diphénhydramine dans les prisons kirghizes et ses implications pour la réduction des risques, par des entretiens qualitatifs pour comprendre les motivations et les comportements liés à l'injection de diphénhydramine	TAO, éducation thérapeutique	1) Après la prise de MTD, certains détenus injectent de la diphenhydramine (antihistaminique) dans une recherche d'effet euphorisant 2) Effets indésirables de l'injection: troubles psychotiques, infections cutanées 3) Visibilité des lésions cutanées participent à la perception générale de la MTD comme produit dangereux, faisant de la diphenhydramine une menace pour la RDRD en prison en europe de l'est
22	Khalaf <i>et al.</i>	2019	Transversale	30 détenus recevant un ttt symptomatique et 30 hommes recevant un ttt par BHD (Liban)	Comparer la satisfaction des traitements pour les troubles liés à l'usage des opioïdes entre les patients en milieu carcéral recevant un traitement symptomatique et les patients en communauté recevant un traitement par BHD, par l'utilisation de questionnaires de satisfaction	TAO	Les détenus recevant un traitement symptomatique rapportent une satisfaction significativement plus faible par rapport aux sujets en milieu communautaire recevant un TAO (BHD)

Réf.	Auteurs	Année	Type d'étude	Population	Objectifs et méthodes de l'étude	Intervention de RDRD	Résultats
37	Bielen <i>et al.</i>	2018	Transversale	Prisons dans 25 pays européens	Évaluer la disponibilité et l'étendue des mesures de réduction des risques et du traitement de l'hépatite C dans les prisons de 25 pays européens, par des questionnaires envoyés aux autorités sanitaires et pénitentiaires des pays participants	TAO, PES, traitement du VHC	1) Traitement VHC disponible dans 21 pays (84%) 2) PES disponibles dans toutes les prisons de 2 pays (8%) 3) TAO disponible sans conditions et dans toutes les prisons dans 11 pays (44%)
35	Sawitri <i>et al.</i>	2016	Transversale	230 détenus (Indonésie)	Évaluer l'utilisation des drogues injectables, les comportements sexuels à risque, les connaissances sur le VIH et l'adoption des mesures de réduction des risques dans une grande prison de Bali, par une collecte de données par questionnaire	Mise à disposition d'eau de javel pour le nettoyage du matériel d'injection, mise à disposition de préservatifs, programme d'éducation RDRD	1) Déclaration d'injection 7,4% 2) 13 sur 17 des injecteurs faisant partie du programme de Méthadone 3) 47% des injecteurs rapportent avoir partagé du matériel d'injection sur la dernière semaine 4) 3% rapportent des rapports sexuels pendant l'incarcération 5) 1/3 des non injecteurs ne connaissent pas le rôle préventif du préservatif Conclusion: poursuite des prises de risque malgré l'existence d'un programme de RDRD dans la prison et manque de connaissance au sujet du rôle préventif du préservatif
33	Barocas <i>et al.</i>	2015	Transversale	543 usagers d'un programme d'échange de seringues (États-Unis)	Évaluer l'adhésion à une formation de prévention des overdoses basée sur la naloxone chez des participants ayant déjà été incarcérés, par une analyse des données de participation à la formation	Prévention des overdoses par l'utilisation de Naloxone	1) usagers avec ATCD d'incarcération plus susceptibles d'avoir été témoin d'une OD, d'avoir expérimenté une OD, d'avoir reçu une formation pour administrer de la Naloxone ou d'avoir déjà administré de la Naloxone 2) 69% des usagers ayant déjà été incarcérés avaient reçu une formation Naloxone

Réf.	Auteurs	Année	Type d'étude	Population	Objectifs et méthodes de l'étude	Intervention de RDRD	Résultats
36	Michel <i>et al.</i>	2015	Transversale	Prisons en France, Autriche, Danemark, Italie, Belgique	Évaluer l'accès aux mesures de réduction des risques en milieu carcéral dans 5 pays européens, par des questionnaires adressés aux autorités de santé publique et pénitentiaires	Programme éducatif de RDRD, préservatifs et de lubrifiants, dépistage et traitement VHC / VIH, prophylaxie post-exposition au VIH, dépistage et vaccination VHB, PES TAO, moyens de désinfection du matériel d'injection	1) Mauvaise disponibilité des mesures de RDRD recommandées par l'OMS 2) Disponibilité des mesures inversement proportionnelle au taux de surpopulation
27	Shahbazi <i>et al.</i>	2015	Cohorte rétrospective	320 détenus dans 3 prisons (Iran)	Évaluer la durée de participation des utilisateurs de drogues injectables dans les programmes d'échange de seringues et identifier ses facteurs déterminants par une analyse rétrospective des données collectées dans les prisons iraniennes	PES	Durée de participation au programme d'échange de seringues corrélée à plusieurs facteurs, dont les deux plus significatifs étant les pratiques de tatouage et le fait d'avoir un parcours addictologique plus long
23	Moradi <i>et al.</i>	2015	Qualitative	7 groupes de discussions entre médecins, experts, et consultants et 7 groupes de discussion entre directeurs et cadres de prisons en Iran	Explorer les perceptions des membres du personnel médical et non médical sur les programmes de TAO (Méthadone) dans les prisons iraniennes, par des entretiens qualitatifs	TAO	1) Avantages du traitement par Méthadone en prison: réduction de l'utilisation de substances illicites et de l'injection, réduction des comportements à risque, attitude positive. 2) Inconvénients: difficultés d'implémentation, manque de personnel formé, manque de soins à la sortie de prison.

Réf.	Auteurs	Année	Type d'étude	Population	Objectifs et méthodes de l'étude	Intervention de RDRD	Résultats
21	Shahbazi <i>et al.</i>	2014	Transversale	212,475 détenus iraniens	Analyser la prévalence du VIH et évaluer l'impact des mesures de réduction des risques sur cette prévalence dans les prisons iraniennes sur une période de 13 ans, par une analyse rétrospective des données	Dépistage, traitement et prévention du VIH, TAO _f	Prévalence VIH en prison maximale en 2002 (3,8%), réduction progressive après l'instauration de cliniques VIH et de programmes de traitement par Méthadone (prévalence minimale à 1,28% en 2011)
39	Watson TM	2014	Qualitative	16 employés de prisons Canadiennes	Analyser la politique de réduction des risques dans les prisons fédérales canadiennes et comprendre les dynamiques politiques qui influencent l'adoption des mesures de réduction des risques, par une analyse qualitative basée sur des entretiens et une revue documentaire	/	4 barrières politiques à l'implémentation des programmes d'échange de seringue: -Définition plus étroite de la RDRD -Agenda politique conservateur (2014) -Opposition forte des syndicats -Pessimisme quant à l'évolution de l'agenda politique

4. Discussion

4.1 Synthèse des résultats

Cette revue de la littérature a permis d'explorer les interventions de RDRD en milieu carcéral, en identifiant leurs impacts sur la santé des détenus ainsi que les obstacles à leur mise en œuvre. Les résultats principaux se concentrent sur des mesures telles que les TAO, les programmes d'échange de seringues, les initiatives de dépistage et de traitement des infections transmissibles, et les dispositifs de prévention des overdoses.

Les traitements agonistes des opiacés, comme la méthadone et la buprénorphine, sont une des interventions les mieux étudiées en milieu carcéral. Les études retrouvent un impact positif des TAO sur la santé et la qualité de vie des détenus pendant l'incarcération (22) (23), avec notamment la baisse des infections par VIH (21). Les TAO impactent également positivement la sortie d'incarcération, en améliorant le recours aux soins primaires à la sortie (24), malgré un arrêt du traitement souvent précoce (25), parfois en lien avec des polyconsommations ou des comorbidités psychiatriques (26). La disponibilité des TAO reste cependant limitée, puisqu'en 2021 seulement 11 pays européens (Suisse exclue) le proposent sans condition et dans toutes les prisons du pays (38).

Les programmes d'échange de seringues, bien qu'efficaces pour réduire les risques infectieux, restent rares en milieu carcéral, puisqu'en Europe (Suisse exclue) en 2021 seule l'Espagne propose des PES dans toutes ses prisons de manière accessible (37) (38). Lorsqu'ils sont disponibles, les taux d'engagement des détenus dans les programmes sont élevés (27). Cependant, des barrières importantes à leur utilisation persistent, notamment le manque de confidentialité, la stigmatisation, et les procédures administratives complexes (28).

Les structures de dépistage et d'éducation thérapeutique en milieu carcéral contribuent à une réduction de la prévalence du VIH (21). Cependant, des périodes d'incarcération répétées

peuvent avoir un effet délétère sur l'engagement dans les soins des personnes vivant avec le VIH (29), soulignant la nécessité de renforcer l'éducation thérapeutique (35). Les programmes de dépistage et de traitement du VHC montrent de bons résultats en milieu carcéral, avec un bon taux d'acceptation du traitement par les détenus et des taux élevés de réponse virologique grâce aux AAD (30) (31). Toutefois, des améliorations sont encore possibles, puisqu'une augmentation du nombre de détenus traités pour le VHC pourrait conduire à son éradication en milieu carcéral dans certaines parties du monde (32). La disponibilité reste un problème majeur, avec une poignée de pays européens ne proposant pas de traitement du VHC par AAD à leurs détenus (38) (37).

La prévention des décès par surdosage aux produits opiacés pendant et à la sortie de l'incarcération sont possibles, notamment par la formation des détenus à l'utilisation de la naloxone (33), même si la remise de naloxone à la sortie d'incarcération est rarement effectuée (38). Les détenus rapportent adopter eux-mêmes des stratégies pour réduire le risque décès, comme la gestion de l'exposition à des substances dangereuses comme le fentanyl (34).

On notera que tous ces résultats traitent de la réduction des risques et des dommages liée aux consommations de produits opiacés ou de produits utilisés par voie injectable ou intranasale, laissant de côté d'autres produits comme par exemple l'alcool, le cannabis, les nouveaux produits de synthèse ou les substances utilisées par voie inhalée (c'est-à-dire fumées).

4.2. Comparaison avec la littérature existante

Si les revues systématiques sur l'efficacité des mesures de RDRD en milieu communautaire existent et retrouvent des résultats solides en leur faveur, les résultats concernant le milieu carcéral sont moins nombreux. Les résultats de notre travail ont été comparés aux deux revues systématiques principales récentes : celles de Macdonald *et al.* (2024) (41) Sander *et al.* (2019) (42). Macdonald *et al.* se concentrent sur une large gamme d'interventions, incluant les TAO, les PES, et la naloxone, pour évaluer leur impact sur la mortalité, le comportement à risque, et la récidive. Sander *et al.*

fournissent une analyse globale de la disponibilité et de la qualité des services de RDRD en milieu carcéral, en mettant l'accent sur les disparités régionales.

Concernant les traitements agonistes des opiacés (TAO), les résultats de notre étude confirment leur importance pour réduire les risques liés à la consommation d'opiacés pendant et après l'incarcération. Macdonald et coll. (41) mettent en évidence des résultats supplémentaires en rapportant une réduction significative du risque de mortalité post-incarcération chez les personnes ayant reçu un TAO dans les quatre premières semaines suivant leur sortie. Macdonald et collaborateurs mettent également en avant des bénéfices pendant l'incarcération, avec une réduction de l'utilisation d'héroïne et du partage de seringues, ainsi qu'une diminution de la mortalité toutes causes confondues et par suicide (41). Toutefois, bien que Sander et collaborateurs signalent une amélioration de l'accès aux TAO en prison (+4 % entre 2014 et 2018 dans le monde), des inégalités persistent. En 2019, seulement 54 pays offraient des TAO en milieu carcéral sur les 86 pays les proposant en milieu communautaire (43). Ces disparités, particulièrement marquées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, continuent de limiter leur impact potentiel.

Les programmes d'échange de seringues, dont l'efficacité pour réduire la transmission du VIH et du VHC est démontrée en milieu communautaire (42), restent parmi les interventions les moins accessibles en milieu carcéral. Sander *et al.* (43) rapportent que moins de 1 % des établissements pénitentiaires dans le monde proposent des PES, répartis dans seulement 10 pays parmi les 86 pays proposant ces programmes en milieu communautaire. L'efficacité de ces PES n'est quasiment pas étudiée en milieu carcéral, comme le démontre la revue de Macdonald *et al.*, qui ne rapporte qu'une seule étude montrant une baisse du partage de seringues (41). Aucune étude étudiant l'impact des PES sur la morbi-mortalité durant l'incarcération n'a été retrouvée dans leur revue, rejoignant les résultats de notre travail. Le manque d'implémentation des PES et le manque de soutien de la part des instances politiques dans leur développement pourraient expliquer l'absence d'études au sujet de

leur efficacité. On sait par exemple qu'en France quelques rares centres pénitentiaires proposent des PES, dont la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone proche de Montpellier, où l'éradication de l'Hépatite C a été obtenue grâce au programme porté par le Dr Meroueh. Malheureusement, il n'existe aucune étude publiée sur le sujet, et la France est répertoriée dans la littérature comme un pays où les PES sont indisponibles en prison.

Les stratégies de dépistage et de traitement des infections transmissibles, comme le VIH et l'hépatite C, sont relativement mieux implantées, bien que des lacunes subsistent. Plusieurs études démontrent l'intérêt d'un accès facilité au dépistage du VHC en milieu carcéral pour améliorer le nombre de patients traités (41). Nos résultats complètent ces derniers, en appuyant la bonne acceptabilité et la bonne efficacité des traitements du VHC par AAD chez les détenus. Quant à la disponibilité de ces mesures de dépistage et de traitement du VIH et du VHC, Sander *et al.* (43) retrouvent un accès à ces mesures extrêmement hétérogène dans le monde, avec notamment un accès très limité en Afrique Sub-Saharienne et au Moyen Orient, contrastant avec nos résultats sur la disponibilité qui sont essentiellement Européens.

Les programmes de prévention des décès par surdosage, en particulier par la distribution de naloxone, sont essentiels pour réduire la mortalité liée aux opioïdes. Macdonald *et al.* (41) rapportent un manque de données quantitatives robustes concernant leur mise en œuvre pendant l'incarcération. Ce travail met également en évidence leur disponibilité limitée, reflétant une tendance mondiale identifiée par Sander *et al.* (43), qui rapportent en 2018 sept pays dans le monde proposant la naloxone en milieu carcéral et à emporter à la sortie ("Take-Home Naloxone"), concentrés en Europe et en Amérique du Nord. La faible adoption de ces programmes aggrave les risques pour une population carcérale particulièrement vulnérable de décès par surdosage, en particulier dans la période critique suivant la libération.

Nos résultats convergent également avec le reste de la littérature sur les obstacles à l'implémentation des mesures de RDRD en milieu carcéral. Ce travail met en évidence des barrières structurelles à l'implémentation notamment des PES, comme le manque de confidentialité de ces programmes, la stigmatisation vécue par les détenus, le manque de formation des agents pénitentiaires au sujet de l'intérêt de ces programmes ainsi que leur manque de collaboration avec les services de soins. Ces conclusions trouvent un écho dans la revue systématique de Sander *et al.* (43) qui insiste sur l'importance d'un changement institutionnel pour surmonter ces freins. Ces barrières, souvent renforcées par des cadres législatifs répressifs, limitent l'adoption des interventions de RDRD et exacerbent les inégalités d'accès entre la population carcérale et la communauté.

En ce qui concerne le reste des comportements à risque susceptibles de bénéficier de mesures de RDRD, on retrouve également leur absence dans la littérature sur le milieu carcéral. Il existe pourtant des besoins clairement identifiés, notamment au sujet de l'alcool. On citera pour exemple la fabrication d'alcool artisanale, phénomène bien connu dans les établissements pénitentiaires américains mais très peu répertorié en France, qui a provoqué plusieurs "épidémies" de botulisme aux Etats-Unis (44) (45).

Nos résultats, en accord avec la littérature disponible, soulignent l'urgence de développer des politiques coordonnées pour réduire les inégalités d'accès aux soins de RDRD et garantir une prise en soins équitable des populations incarcérées, dans une optique de santé publique globale. Ils témoignent également d'un point de vue scientifique global réduisant la RDRD en milieu carcéral à la seule prise en soin des usagers d'opiacés et de substances injectables, par l'absence d'études sur la RDRD vis-à-vis de toutes les autres substances psychoactives. Ces substances sont pourtant bien présentes en population carcérale (2), reflet de leur présence dans le milieu communautaire.

4.3 Limites

Ce travail présente certaines limites importantes qu'il convient de souligner. Tout d'abord, bien que les études incluses couvrent divers contextes géographiques et sociaux, la majorité provient de pays à revenus élevés ou intermédiaires. Ceci conduit à une sous-représentation des contextes des pays à faibles revenus, où l'accès aux mesures de RDRD est souvent plus limité et les données plus rares. Cette lacune pourrait biaiser les conclusions générales, en sous-estimant les inégalités globales d'accès aux interventions en milieu carcéral.

De plus, la période d'inclusion restreinte (2014-2024) constitue une limite méthodologique. Bien que cette période permette de se concentrer sur des données récentes et pertinentes, elle exclut des études plus anciennes qui auraient pu offrir un aperçu historique des interventions de RDRD en milieu carcéral. Ceci peut limiter la capacité à analyser l'évolution des stratégies ou à comparer les résultats actuels avec des données plus anciennes, particulièrement pour les interventions établies avant 2014.

Par ailleurs, le choix d'une stratégie de recherche large visant à inclure le maximum d'études pertinentes sur la RDRD, via la clé de recherche " (harm reduction) AND ((prison) OR (incarceration))", a pu entraîner une exclusion involontaire d'études se concentrant sur des interventions spécifiques, mais ne les mentionnant pas explicitement comme étant de la RDRD. Cela pourrait avoir occulté certaines données importantes sur des programmes bien établis, mais décrits sous d'autres terminologies ou cadres analytiques.

Une autre limite majeure réside dans l'absence d'études prospectives randomisées parmi les travaux inclus. Ces études sont considérées comme le standard en matière d'évaluation de l'efficacité des interventions, mais leur rareté en milieu carcéral limite la robustesse des conclusions tirées. Par conséquent, la majorité des données disponibles repose sur des études observationnelles ou

transversales, qui bien qu'informatives, présentent un risque accru de biais méthodologique et de confusion. L'hétérogénéité des méthodologies et des indicateurs utilisés dans les études incluses limite également la comparabilité des résultats.

Enfin, le biais de publication constitue une limite inhérente à toute revue de littérature. Les études rapportant des résultats négatifs ou non concluants sont moins susceptibles d'être publiées, ce qui pourrait conduire à une surreprésentation des effets positifs des interventions analysées.

4.4 Implications et perspectives

Les résultats de ce travail soulignent l'importance de renforcer les recherches sur l'efficacité des mesures de RDRD en milieu carcéral. L'insuffisance de données probantes sur ces interventions et la disparité des résultats selon les contextes nationaux révèlent un besoin urgent d'études rigoureuses pour évaluer leur impact sur la santé des personnes incarcérées usagères de substances psychoactives. Cela passe également par un engagement politique accru en faveur de l'institutionnalisation de la RDRD, trop souvent portée par des initiatives associatives ou individuelles qui peuvent être entravées par les priorités sécuritaires des administrations pénitentiaires.

Les recommandations des organisations internationales soulignent également l'urgence de l'institutionnalisation de la RDRD en milieu carcéral. L'OMS, l'ONU DC et l'ONUSIDA prônent la mise en œuvre d'interventions de RDRD en milieu carcéral, telles que les PES, les TAO, les thérapies antirétrovirales, la naloxone, et les programmes éducatifs de prévention, comme mesures essentielles de santé publique (46). Ces recommandations ont été renforcées par la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les drogues en 2016, qui a appelé les États membres à fournir ces interventions dans les prisons. Malgré l'existence des Règles Nelson Mandela qui introduisent en 1955 le principe d'équivalence des soins pour les populations carcérales, le droit à la

santé de ces populations continue d'être bafoué par l'inaccessibilité des mesures de RDRD en prison en France et dans le monde.

Enfin, les alternatives à l'incarcération représentent une piste prometteuse pour réduire les méfaits associés aux politiques pénales, puisqu'il est reconnu que l'incarcération pour des infractions liées aux drogues est coûteuse, inefficace pour réduire la récidive, et génère des risques sanitaires élevés (47). Des approches telles que la dépénalisation de l'usage personnel des drogues et les programmes de réintégration sociale pourraient non seulement diminuer la surpopulation carcérale, mais aussi améliorer l'accès aux soins et réduire les discriminations systémiques (48). Certains programmes aux Etats-Unis ont par exemple démontré une réduction significative des taux de récidive chez des personnes condamnées pour des petites infractions liées aux drogues ou à la prostitution, grâce à une approche communautaire basée sur la gestion de cas, sans recours à l'incarcération (49). La gestion de cas désigne une approche individualisée et collaborative visant à connecter les personnes à des services adaptés à leurs besoins. Les gestionnaires de cas dans cette étude fournissent un soutien continu et sans contrainte, incluant des services comme l'accès au logement, l'emploi, les soins médicaux ou la formation, tout en respectant les priorités des bénéficiaires et sans imposer de conditions telles que l'abstinence. La mise en œuvre d'alternatives telles que des centres de soins de santé communautaires pour les personnes avec des troubles liés à l'usage de drogues, intégrant la distribution de TAO, de seringues stériles, et de naloxone, serait un complément essentiel pour répondre aux besoins des populations vulnérables. Ces efforts permettraient non seulement de respecter les droits humains des personnes incarcérées, mais aussi de réduire les inégalités d'accès aux soins, en s'alignant sur les standards internationaux de santé publique.

5. Conclusion

Ce travail de thèse a permis d'explorer de façon systématisée les mesures de réduction des risques et des dommages en milieu carcéral, en mettant en lumière leur efficacité, leurs limites et les défis liés à leur mise en œuvre. Les résultats révèlent que les interventions existantes sont centrées sur la réduction des risques liés aux consommations de produits opiacés ou utilisés par voie injectable, laissant de côté les autres produits licites ou illicites pourtant bien présents en milieu carcéral. Les interventions existantes telles que les traitements agonistes des opiacés, les programmes d'échange de seringues, la distribution de naloxone et la prévention, le dépistage et le traitement des infections transmissibles, offrent des bénéfices significatifs pour la santé des personnes incarcérées. Ces mesures permettent de réduire la mortalité, les comportements à risque et la transmission des infections, tout en favorisant une meilleure continuité des soins après la sortie de prison. Cependant, leur mise en œuvre reste inégale, entravée par des barrières institutionnelles, des disparités géographiques et un manque d'engagement politique dans de nombreux pays.

L'analyse de la littérature a également mis en évidence l'absence de données robustes et homogènes, notamment d'études prospectives randomisées, qui pourraient offrir des preuves plus solides sur l'impact de la réduction des risques et des dommages en milieu carcéral. Par conséquent, des efforts accrus sont nécessaires pour produire des données scientifiques de qualité et renforcer les politiques publiques en faveur de l'institutionnalisation de la réduction des risques et des dommages, au-delà des initiatives portées par des acteurs individuels ou associatifs.

En parallèle, les recommandations des grandes organisations internationales, telles que l'OMS et les Nations Unies, soulignent l'urgence de généraliser les interventions de réduction des risques et des dommages dans les prisons, au nom du principe d'équivalence des soins. Ces recommandations, bien que largement documentées, peinent encore à se traduire en actions concrètes dans de nombreux contextes. L'intégration de ces mesures dans les politiques pénales et

sanitaires, soutenue par un financement adapté et une volonté politique claire, constitue une priorité pour répondre aux besoins des populations carcérales, ne bénéficiant pas des mêmes soins que la population générale dans la grande majorité des pays dans le monde.

Enfin, cette thèse appelle à repenser les réponses institutionnelles face à la consommation de substances psychoactives en favorisant les alternatives à l'incarcération. Le développement d'alternatives à la pénalisation de l'usage personnel des drogues, la mise en place de programmes communautaires et les stratégies de réintégration sociale offrent des perspectives prometteuses pour réduire la surpopulation carcérale et améliorer l'accès aux soins. En somme, la réduction des risques en milieu carcéral doit être considérée comme une nécessité pour garantir les droits fondamentaux des détenus et promouvoir une santé publique équitable.

VU

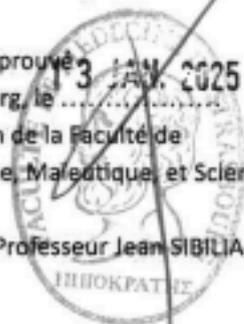
Strasbourg, le 27/12/24

Le président du jury de thèse

Professeur BERTSCHY

VU et approuvé
Strasbourg, le 3 JAN. 2025
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maieutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



BIBLIOGRAPHIE

1. Statistique des établissements et des personnes écrouées en France. Direction de l'Administration Pénitentiaire Bureau de la donnée, de la recherche et de l'évaluation; 2024.
2. Spilka S. Les consommations de drogues en prison - Résultats de l'enquête ESSPRI 2023. 2024;
3. Carpentier C, Royuela L, Noor A, Hedrich D. Ten Years of Monitoring Illicit Drug Use in Prison Populations in Europe: Issues and Challenges. *Howard J Crim Justice*. févr 2012;51(1):37-66.
4. Montanari L, Royuela L, Mazzilli S, Vandam L, Alvarez E, Llorens N, et al. Prevalence of drug use before and during imprisonment in seven European countries (2014–2018). *J Community Psychol*. nov 2024;52(8):1015-30.
5. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addict Abingdon Engl*. oct 2017;112(10):1725-39.
6. Austin A, Favril L, Craft S, Thliveri P, Freeman TP. Factors associated with drug use in prison: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Int J Drug Policy*. déc 2023;122:104248.
7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Prison and drugs in Europe: current and future challenges. [Internet]. LU: Publications Office; 2022 [cité 29 nov 2024]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/420042>
8. Kinner S, Rich D. *Drug Use in Prisoners: Epidemiology, Implications, and Policy Responses*. Oxford University Press; 2018. 305 p.
9. Niveau G, Ritter C. Route of Administration of Illicit Drugs among Remand Prison Entrants. *Eur Addict Res*. 2008;14(2):92-8.
10. Dolan K, Moazen B, Noori A, Rahimzadeh S, Farzadfar F, Hariga F. People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention. *Int J Drug Policy*. févr 2015;26 Suppl 1:S12-15.
11. Treloar C, McCredie L, Lloyd AR. The Prison Economy of Needles and Syringes: What Opportunities Exist for Blood Borne Virus Risk Reduction When Prices Are so High? Selvey LA, éditeur. *PLOS ONE*. 9 sept 2016;11(9):e0162399.
12. Michener PS, Bianchet E, Fox S, Evans EA, Friedmann PD. « Expected to happen »: perspectives on post-release overdose from recently incarcerated people with opioid use disorder. *Harm Reduct J*. 22 juill 2024;21(1):138.
13. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, et al. Release from prison--a high risk of death for former inmates. *N Engl J Med*. 11 janv 2007;356(2):157-65.
14. Erickson PG. Harm reduction: what it is and is not. *Drug Alcohol Rev*. juill 1995;14(3):283-5.
15. Andréo C, Bernard O, Bolo P, Byrne J, Coppel A, David M, et al. DE LA RÉDUCTION DES RISQUES.
16. Prononcé le 21 juillet 1994 - Déclaration de Mme Simone Veil, ministre des affaires sociales de la san | vie-publique.fr [Internet]. 1994 [cité 5 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/205391-declaration-de-mme-simone-veil-ministre-des-affaires-sociales-de-la-san>
17. Drogues : un rapport des inspections valide l'expérimentation des « salles de shoot ». 18 nov 2024 [cité 11 déc 2024]; Disponible sur: <https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/11/18/drogues-un-rapport-des-inspections-valide-l->

- experimentation-des-salles-de-shoot_6400876_3224.html
18. Marques L. Espace de consommation d'alcool à moindre risque : dispositif innovant des politiques publiques de réduction des risques et des dommages liés à l'alcool.
 19. Pauly BB, Vallance K, Wettlaufer A, Chow C, Brown R, Evans J, et al. Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug Alcohol Rev.* avr 2018;37 Suppl 1:S132-9.
 20. The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners.
 21. Shahbazi M, Farnia M, Rahmani K, Moradi G. Trend of HIV/AIDS Prevalence and Related Interventions Administered in Prisons of Iran -13 Years' Experience. 2014;43.
 22. Khalaf D, Hayek M, Bakhos JJ, Abou-Mrad F. Comparative study between prison- and community-based treatment satisfaction for opioid use disorder in Lebanon. *Int J Prison Health.* 10 juin 2019;15(2):138-52.
 23. Moradi G, Farnia M, Shokoohi M, Shahbazi M, Moazen B, Rahmani K. Methadone maintenance treatment program in prisons from the perspective of medical and non-medical prison staff: a qualitative study in Iran. *Int J Health Policy Manag.* 12 mars 2015;4(9):583-9.
 24. Curtis M, Wilkinson AL, Dietze P, Stewart AC, Kinner SA, Winter RJ, et al. Is use of opioid agonist treatment associated with broader primary healthcare use among men with recent injecting drug use histories following release from prison? A prospective cohort study. *Harm Reduct J.* 28 mars 2023;20(1):42.
 25. Curtis M, Dietze P, Wilkinson AL, Agius PA, Stewart AC, Cossar RD, et al. Discontinuation of opioid agonist treatment following release from prison in a cohort of men who injected drugs prior to imprisonment in Victoria, Australia: A discrete-time survival analysis. *Drug Alcohol Depend.* 1 janv 2023;242:109730.
 26. Palis H, Zhao B, Young P, Korchinski M, Greiner L, Nicholls T, et al. Stimulant use disorder diagnosis and opioid agonist treatment dispensation following release from prison: a cohort study. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 24 nov 2022;17(1):77.
 27. Shahbazi M, Farnia M, Moradi G, Karamati M, Paknazar F, Mirmohammad Khani M. Injecting Drug Users Retention in Needle-Exchange Program and its Determinants in Iran Prisons. *Int J High Risk Behav Addict [Internet].* 20 juin 2015 [cité 1 nov 2024];4(2). Disponible sur: <https://brieflands.com/articles/ijhrba-56830.html>
 28. Lafferty L, Altice FL, Leone F, Stoové M, Lloyd AR, Hajarizadeh B, et al. Using nominal group technique with people who are incarcerated in Canadian federal prisons to identify barriers and solutions to improving Prison Needle Exchange Program uptake. *Int J Drug Policy.* sept 2024;131:104549.
 29. Blumenkrans E, Hamilton J, Mohd Salleh NA, Kaida A, Small W, Barrios R, et al. HIV and Incarceration: Implications for HIV-Positive People Who Use Illicit Drugs During a Seek, Test, Treat, and Retain Initiative in Canada. *J Correct Health Care.* 1 août 2022;28(4):236-42.
 30. Werling K, Hunyady B, Makara M, Nemesi K, Horváth G, Schneider F, et al. Hepatitis C Screening and Treatment Program in Hungarian Prisons in the Era of Direct Acting Antiviral Agents. *Viruses.* 2 févr 2022;14(2):308.
 31. Hariri S, Alavi M, Roshandel G, Mohammadi Z, Fazel A, Amiriani T, et al. An intervention to increase hepatitis C virus diagnosis and treatment uptake among people in custody in Iran. *Int J Drug Policy.* sept 2021;95:103269.
 32. Bretaña NA, Gray RR, Cunningham EB, Betz-Stablein B, Ribeiro R, Graw F, et al. Combined treatment and prevention strategies for hepatitis C virus elimination in the prisons in New South Wales: a modelling study. *Addiction.* mai 2020;115(5):901-13.
 33. Barocas JA, Baker L, Hull SJ, Stokes S, Westergaard RP. High uptake of naloxone-based overdose prevention training among previously incarcerated syringe-exchange program participants. *Drug Alcohol Depend.* sept 2015;154:283-6.

34. Kaplowitz E, Macmadu A, Green TC, Berk J, Rich JD, Brinkley-Rubinstein L. "It's probably going to save my life;" attitudes towards treatment among people incarcerated in the era of fentanyl. *Drug Alcohol Depend.* mars 2022;232:109325.
35. Sawitri AAS, Hartawan AAG, Craine N, Sari AK, Septarini NW, Wirawan DN. Injecting drug use, sexual risk, HIV knowledge and harm reduction uptake in a large prison in Bali, Indonesia. *Int J Prison Health.* 14 mars 2016;12(1):27-38.
36. Michel L, Lions C, Van Malderen S, Schiltz J, Vanderplasschen W, Holm K, et al. Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern. *BMC Public Health.* déc 2015;15(1):1093.
37. Bielen R, Stumo SR, Halford R, Werling K, Reic T, Stöver H, et al. Harm reduction and viral hepatitis C in European prisons: a cross-sectional survey of 25 countries. *Harm Reduct J.* déc 2018;15(1):25.
38. Stöver H, Tarján A, Horváth G, Montanari L. The state of harm reduction in prisons in 30 European countries with a focus on people who inject drugs and infectious diseases. *Harm Reduct J.* déc 2021;18(1):67.
39. Watson TM. The politics of harm reduction in federal prisons. *Int J Drug Policy.* sept 2014;25(5):916-23.
40. Meyer JP, Culbert GJ, Azbel L, Bachireddy C, Kurmanalieva A, Rhodes T, et al. A qualitative study of diphenhydramine injection in Kyrgyz prisons and implications for harm reduction. *Harm Reduct J.* 31 oct 2020;17(1):86.
41. Macdonald C, Macpherson G, Leppan O, Tran LT, Cunningham EB, Hajarizadeh B, et al. Interventions to reduce harms related to drug use among people who experience incarceration: systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* sept 2024;9(9):e684-99.
42. Palmateer N, Hamill V, Bergenstrom A, Bloomfield H, Gordon L, Stone J, et al. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: Latest evidence of effectiveness from a systematic review (2011 to 2020). *Int J Drug Policy.* nov 2022;109:103872.
43. Sander G, Shirley-Beavan S, Stone K. The Global State of Harm Reduction in Prisons. *J Correct Health Care.* 1 avr 2019;25(2):105-20.
44. Adams LE, Yasmin S, Briggs G, Redden K, Silvas S, Anderson S, et al. Alcohol Production, Prevention Strategies, and Inmate Knowledge About the Risk for Botulism From Pruno Consumption in a Correctional Facility—Arizona, 2013. *J Correct Health Care.* 1 oct 2015;21(4):335-42.
45. McCrickard L, Marlow M, Self JL, Watkins LF, Chatham-Stephens K, Anderson J, et al. *Notes from the Field*: Botulism Outbreak from Drinking Prison-Made Illicit Alcohol in a Federal Correctional Facility — Mississippi, June 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 6 janv 2017;65(52):1491-2.
46. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. *HIV Prev.*
47. Clark N, Dolan K, Farabee D. Public health alternatives to incarceration for drug offenders. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit.* 1 mai 2017;23(3):222-30.
48. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, et al. Public health and international drug policy. *The Lancet.* avr 2016;387(10026):1427-80.
49. Collins SE, Lonczak HS, Clifasefi SL. Seattle's Law Enforcement Assisted Diversion (LEAD): Program effects on recidivism outcomes. *Eval Program Plann.* oct 2017;64:49-56.

ANNEXES

Annexe 1: Méthode de calcul du score d'adhérence des prisons aux recommandations de l'OMS en matière de RdRD, Michel *et al.* 2015 (36)

Table 1 Scoring method for computing adherence to international recommendations in prisons (PRIDE Europe)		
	International Recommendations	Score
Information-Education-Communication	•Availability of Information/education at entry or during prison stay	0.5
	•Peer education programs available	0.5
	•AND availability of clean injecting equipment + condoms (0 if not) ^a	1
Testing - Counseling	•Testing for HIV, HBV, HCV systematically proposed at entry (RC) and during prison stay (all prisons)	
	•AND availability of clean injecting equipment + condoms (0 if not)*	1
Condoms - Lubricants	•Condoms available in various locations	1
	•Water-based lubricants available	0.5
	•Male condoms and lubricants accessible and female condoms accessible for prisons with female prisoners	0.5
		2
Opioid Substitution Therapy	•Induction at entry (RC) + induction during prison stay + continuity of OST at entry (all prisons)	1
	•No ceiling dosage	0.5
	•No buprenorphine crushing or dilution	0.5
		2
Bleach	•At least 2 locations/access for bleach inside prison (penitentiary distribution, purchasable inside prison, available in medical unit)	
	•AND Intelligible information for HR purposes accessible for all prisoners	1
HBV Vaccination ^b	•Systematic HBV vaccination proposal for all seronegative prisoners	1
Post-Exposition Prophylaxis	•All prisoners informed of PEP availability inside prison	1
Needle Exchange Programs	•NEP are available	1
ARV treatment ^b	•ARV are accessible	0.5
	•Prescriptions follow national guidelines	0.5
		1
Prevention of transmission through tattooing, piercing ^b	•Existing initiatives aiming at reducing the sharing and reuse of equipment used for tattooing, piercing and other forms of skin penetration	1
TOTAL		12

^aCondition defined in the 2007 WHO recommendations for IEC and Testing/counseling: "prisoners must be provided with the prevention measures that enable them to act upon the information they receive, such as condoms and clean injecting equipment". ^bThese interventions were not included in the international scoring calculation in the 2009 French ANRS-PRIDE survey
Bold numbers are the total value for each subscore

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté

de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : PEIT Prénom : Charlotte

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

À Strasbourg, le 31/12/2024

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

Résumé:

Les personnes incarcérées présentent des risques sanitaires accrus liés à la consommation de substances psychoactives, notamment les infections transmissibles et les overdoses. La réduction des risques et des dommages est une approche clé pour limiter ces conséquences en milieu carcéral, mais sa mise en œuvre reste limitée et inégale. Cette thèse explore les différentes interventions disponibles, leur impact et les obstacles à leur application en milieu carcéral.

Cette revue de la littérature a été réalisée en interrogeant PubMed pour la période 2014-2024. Les études incluses devaient concerner des interventions spécifiques à la réduction des risques en prison (traitements antagonistes des opiacés, programmes d'échange de seringues, prévention des overdoses par naloxone, prévention des infections transmissibles) et/ou analyser les barrières à leur mise en œuvre. Les données ont été synthétisées pour identifier les résultats principaux, les disparités d'accès et les limites méthodologiques.

Au total, 20 études ont été incluses : 5 sur les traitements de substitution aux opioïdes, 2 sur les programmes d'échange de seringues, 5 sur la prévention, le dépistage et le traitement des infections transmissibles, 2 sur la prévention des overdoses par la naloxone, 1 sur l'éducation thérapeutique, 3 sur la disponibilité des mesures de réduction des risques en milieu carcéral et 2 sur les barrières à leur implémentation. Ces interventions ont démontré leur efficacité pour réduire les comportements à risque et la transmission de maladies infectieuses. Cependant, des disparités importantes d'accès persistent, ainsi que des limites structurelles à l'implémentation de ces programmes, liées aux contraintes institutionnelles et politiques. Le manque d'études prospectives et randomisées est une lacune majeure, limitant la robustesse des conclusions.

Cette revue souligne l'importance d'améliorer l'accès aux interventions de réduction des risques en milieu carcéral, conformément aux recommandations des organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé. Elle plaide également pour des alternatives à la pénalisation afin de mieux répondre aux besoins des populations vulnérables. Enfin, le manque d'études de haute qualité limite les conclusions générales et appelle à des recherches futures pour évaluer l'impact des interventions sur le long terme.

Rubrique de classement: Médecine Générale

Mots-clés: Réduction des risques et des dommages (RDRD); Prison; Traitement Agoniste des Opiacés (TAO); Programme d'échange de Seringues (PES); Naloxone; Droits des Prisonniers

Président: Professeur Gilles BERTSCHY

Assesseurs:

Professeure Laurence LALANNE

Docteur Madalina RASINA

Docteur Tristan LEPAGE

Adresse de l'auteure: 17 rue de l'Ancienne Ecole 67100 Strasbourg