

Risque infectieux en prison : un réel enjeu de santé publique

Laurent Michel / Centre de traitement des addictions, hôpital Emile-Roux (Limeil-Brévannes)

Marie Jauffret-Roustide / Institut de veille sanitaire (Saint-Maurice)

Deux enquêtes récentes en milieu pénitentiaire, l'une portant sur les prévalences virales et le dispositif de soin (enquête Prévacar), l'autre sur la disponibilité et l'accessibilité aux mesures de prévention et de réduction des risques infectieux (étude Pri²de), apportent de nouvelles données confirmant la nécessité d'un ajustement de la politique de santé publique en milieu pénitentiaire.

La prison est considérée comme un lieu à haut risque sur le plan infectieux¹. Il s'y concentre une population fréquemment consommatrice de substances psychoactives, marquée par une précarité sociale importante et des comorbidités psychiatriques fréquentes. Les conditions de détention (promiscuité, absence d'intimité, hygiène dégradée, violence) favorisent l'exposition aux risques infectieux. Les pratiques à risques restent un sujet tabou du côté des personnes détenues, ce qui confirme de nombreux intervenants dans leur conviction qu'elles n'existent pas en prison. La sexualité, synonyme d'homosexualité, est difficile à évoquer dans un environnement marqué par des valeurs « viriles », l'intimidation et la violence. Si la consommation de cannabis est extrêmement banalisée et implicitement plus ou moins tolérée, l'usage de drogues reste en soi pénalisé, en prison comme au dehors, et l'usage de la voie

intraveineuse, qui concerne le plus souvent des médicaments détournés de leur usage, ne fait par contre l'objet d'aucune tolérance. Par ailleurs, les usagers de drogues représentent une sous-catégorie peu enviable dans la hiérarchie sociale de la prison, se situant juste au-dessus des « pointeurs » (délinquants sexuels), ce qui ne les motive pas à se déclarer

aux intervenants sanitaires. Les mesures destinées à prévenir les risques infectieux datent de 1996² et sont centrées sur le VIH. Elles comprennent essentiellement la mise à disposition d'eau de javel (afin de décontaminer le matériel d'injection mais aussi de tatouage ou piercing), de préservatifs et lubrifiants, la prophylaxie post-exposition (PEP) et l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO). L'efficacité de l'eau de javel sur le VIH

est contestée dans la mesure où les conditions de son efficacité ne sont pas réunies (degré chlorométrique, temps de contact avec le matériel à désinfecter), et il est encore plus probable qu'elle ne soit pas efficace sur le VHC³. Certaines mesures de réduction

des risques pourtant autorisées en milieu libre ne le sont pas en détention (programme d'échange de seringues, antiseptiques, matériel de sniff...) en France. En ce sens, la France est en opposition avec les recommandations de l'OMS datant de 1993, préconisant une équivalence du dispositif de soin et de prévention avec le milieu libre, mais aussi avec les termes de la Loi de 1994, prévoyant également une équivalence de dispositif entre la prison et le milieu libre.

L'efficacité de l'eau de javel sur le VIH dans le contexte de l'incarcération est contestée, et il est plus probable qu'elle ne soit pas efficace sur le VHC

Des études trop rares et trop anciennes

Peut-on approcher la réalité du risque infectieux en France? Si des études de cas ou d'incidence du VIH et/ou des hépatites ont été conduites à l'étranger, aucune n'a été réalisée en France, en dehors d'une réalisée à la prison de la Santé à Paris en 1998⁴. Celle-ci portait sur l'incidence de l'hépatite C, avec suivi prospectif mensuel jusqu'à 3 mois puis à 6 mois, mais pour un échantillon de détenus relativement faible (moins de 700 détenus) : aucune séroconversion VHC n'était constatée. La taille de l'échantillon nécessaire à l'observation de séroconversions pour le VHC dans le cadre d'un suivi prospectif en milieu pénitentiaire est sans doute beaucoup plus importante⁵. Les rares autres études disponibles portant sur

les prisons françaises sont anciennes. Elles concernent l'évaluation des prévalences virales, l'état de santé lors de l'incarcération ou en détention, les pratiques à risque ou le dispositif de soin. Pour ce qui concerne les prévalences virales (tableau), celles-ci oscillent entre 4,2 % et 6,9 % pour le VHC, 0,8 % et 3,4 % pour le VHB et 0,6 % et 1,6 % pour le VIH selon les méthodologies utilisées, les établissements explorés et la période d'étude. La proportion de détenus bénéficiant d'un traitement

⁴ Arrada A, Zak D, Zbar C, Vasseur V. Prevalence of HBV and HCV infections and incidence of HCV infection after 3, 6 and 12 months of detention in La Santé prison, Paris. *Annales de médecine interne*, 2001, 152, Suppl 7, 6-8.

⁵ Gore SM, Bird AG. "Study size and documentation to detect injection-related hepatitis C in prison". *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*, 1998, 91, 353-357.

⁶ Falissard B et al. "Prevalence of mental disorders in French prisons for men". *BMC psychiatry*, 2006, 6, 33.

Tableau : Statut sérologique pour le VHC, VHB et VIH chez les détenus entrant ou en cours de détention (%)

	Mouquet 1997	Mouquet 2003	Remy 2000	Remy 2003	Drassif 2005
	135 prisons Détenus entrants ¹	134 prisons Détenus entrants ¹	85 prisons 27 245 détenus ²	88 prisons 31 215 détenus ²	8 prisons Détenus entrants ³
Séropositivité					
VHC	4.4 ^a	4.2 ^a	6.3 ^b	6.9 ^b	5.9 ^b
% de détenus testés	20	27	ND	ND	38
Séropositivité					
VHB	2.3 ^a	0.8 ^a			3.4 ^b
% de détenus testés	25	20			37
Séropositivité					
VIH	1.6 ^a	1.1 ^a			0.6 ^b
% de détenus testés	46	40			41
ARV à l'entrée en détention	0.8	0.5			1.4

¹ études une semaine donnée / ² étude transversale / ³ période d'étude: 2005
^a séropositivité déclarée par le détenu / ^b test positif

¹ Fazel S, Baillargeon J. "The health of prisoners". *Lancet*, 2010.

² Ministère de la Santé / Justice. Circulaire n° 8739, 5 décembre 1996: mesures de lutte contre l'AIDS en prison. In: DGS/DH/DAPI 1996.

³ WHO. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. In: Evidence for action technical papers. Geneva: WHO-UNODC-UNAIDS, 2007.



L'enquête Prévacar

L'enquête Prévacar est une enquête sur la santé des personnes détenues réalisée par la DGS avec la coordination scientifique de l'InVS. Cette enquête comportait un volet offre de soins et un volet prévalences. Les objectifs de Prévacar étaient d'estimer la prévalence de l'infection par le VIH, le VHC, et des TSO (méthadone ou BHD) dans la population adulte incarcérée; et de décrire de l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires (organisation et pratiques du dépistage, prise en charge des personnes VIH et hépatites, accès à la prévention et à la RdR). Le volet offre de soins de l'enquête Prévacar permet d'actualiser les connaissances sur l'offre de TSO en France. Réalisée en juin 2010 auprès de 168 unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), cette enquête bénéficia d'un taux de participation de 145 UCSA (86 %), représentant 56 011 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1^{er} juillet 2010. Le très bon taux de participation des établissements à l'enquête Prévacar, grâce à la mobilisation des personnels des équipes soignantes, permet de disposer de données fortement représentatives de la population des détenus (le taux de données manquantes n'excédant pas 3 % pour le volet offre de soins).

Les principales limites de l'enquête résident dans le mode déclaratif du recueil de données et l'existence d'un biais de désirabilité sociale de la part des répondants, qui peut être renforcé par le caractère institutionnel de l'enquête. De plus, le questionnaire était renseigné par le médecin responsable de l'UCSA qui ne disposait pas forcément de l'ensemble des informations. Toutefois, malgré ces limites, l'enquête Prévacar permet de disposer de données fiables et actualisées sur l'offre de soins en matière de réduction des risques auprès des usagers de drogues incarcérés, au niveau national. L'équipe: Christine Barbier, Laurence Caté, Julie Bouscaillou, Khadoudja Chemlal, Hélène Morfini, Christophe Michon, Lionel Lavin, Bernard Faliu, Abla Maache, Martine Clément pour la DGS; Marie Jauffret-Roustide, Caroline Semaille, Yann Le Strat, Elise Chiron, Etienne Lucas, Lila Oudaya pour l'InVS; Marc-Antoine Valantin (AP-HP). Le comité de pilotage: Grégory Bratz (Act-Up), Rozenn Calvar (DGOS), Emeline Chaigne (Speep), Jean-Claude Cognet (DAP), Dominique De Galard (DAP), Sandra Essid (AIDES), Caroline Gasiglia (TRT5), François Moreau (Speep), Rhida Noujouat (Sidaction), Pierre Pouyanne (ARS), Patrick Serre (Aspep).

L'enquête Prévacar montre que 100 % des UCSA délivrent un accès à au moins un des deux types de TSO

12 % avaient eu recours à l'injection en détention et 1/3 avaient partagé leur matériel d'injection. Une étude réalisée en 1998 dans 4 établissements du sud de la France, auprès de 1212 détenus ayant accepté de répondre à un questionnaire anonyme, montrait que 1 % déclaraient des rapports homosexuels en prison, 1 % se prostituait en détention, 43 % des usagers de drogues par voie intraveineuse actifs avant incarcération continuaient à s'injecter en prison, 21 % de ceux s'injectant en prison partageant leur matériel et 7 % se déclaraient s'être initié au shoot en prison. Les données françaises, qui sont anciennes et discutables pour certaines d'entre elles sur le plan méthodologique, mettent cependant en évidence un risque infectieux plus que probable, par ailleurs largement étayé par la littérature internationale. Les populations, les pratiques et les dispositifs évoluant rapidement, il paraît évidemment nécessaire de disposer de données récentes pour pouvoir préconiser un ajustement de la politique de santé publique en milieu pénitentiaire. Deux enquêtes récentes ont œuvré dans ce sens, l'une

portant sur les prévalences virales en milieu pénitentiaire et l'offre de soin (enquête Prévacar), l'autre sur la disponibilité et l'accessibilité aux mesures de prévention et de réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire (étude Pri²de).

Les données nouvelles de Prévacar et Pri²de

Concernant l'offre en matière de TSO, l'enquête Prévacar montre que 100 % des UCSA indiquent un accès à au moins un des deux types de TSO, soit par buprénorphine haut dosage, soit par méthadone. Quelques établissements ne proposent toutefois qu'un seul traitement : BHD seule dans 4 établissements, méthadone seule dans 4 autres. La continuité des soins à la sortie, en matière de TSO, ne concerne que la moitié des établissements (55 %), 38 % des établissements déclarant ne pas mettre en œuvre de procédure formalisée. Concernant l'offre en matière de réduction des risques, 18 % des équipes des UCSA déclarent avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées dans l'établissement au cours des 12 derniers mois et 29 % dans les établissements accueillant moins de 500 personnes détenues. La découverte de seringues concerne plutôt les établissements de grande capacité, supérieure à 150 places. Il s'agit de déclarations des équipes sur la base d'informations soit connues directement d'elles, soit portées à leur connaissance par des tiers. Cet indicateur laisse supposer des pratiques d'injection. Les résultats de Pri²de mettent en

évidence, sur de nombreux plans, une insuffisance de mise en œuvre du dispositif de réduction des risques infectieux préconisé tant sur le plan national (circulaire de 1996 et guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, dans sa version actualisée de 2004) qu'international (la référence retenue étant les recommandations émises par l'OMS en 2007). Les principaux points repérés comme déficients sont l'information fournie aux détenus (de ressort sanitaire) sur l'utilisation de l'eau de javel à visée de réduction des risques mais aussi sa mise à disposition en détention par l'administration pénitentiaire, la mise à disposition de lubrifiants avec les préservatifs pour hommes mais aussi celle de préservatifs féminins dans les établissements accueillant des femmes détenues, l'information sur l'accès à la prophylaxie post-exposition. Si les TSO semblent le plus souvent reconduits à quelques exceptions près, leur initiation reste absente dans 13 % des établissements et dans de nombreux autres établissements, seul l'un des deux est proposé.

Des limitations posologiques sont notées, en particulier pour la méthadone, et des pratiques de pilage existent dans 1 établissement sur 5. Par ailleurs, les recommandations de l'OMS stipulent qu'en l'absence de mise à disposition de préservatifs et de matériel d'injection stérile, les mesures d'information-éducation-communication portant sur les risques infectieux et le dépistage pour les affections virales restent d'impact extrêmement limité et que lorsque les PES sont absents, les praticiens doivent continuer à plaider pour leur mise en œuvre en milieu pénitentiaire, en particulier s'ils sont disponibles en milieu libre. Des soins pour des abcès potentiellement liés à des pratiques d'injection sont évoqués par 34 % des établissements, certains précisant cependant que ces abcès auraient été acquis antérieurement à l'incarcération. Des soins d'infections cutanées consécutives à des tatouages, piercings ou scarifications sont évoqués dans 70 % des établissements et des soins pour des saignements de nez en lien avec une pratique de sniff dans 9 % des établissements. Néanmoins, seuls 3 traitements post-exposition ont en tout été déclarés prescrits dans les 12 mois précédant l'inventaire, aucun au décours de pratiques à risques liées à un usage de drogues.

L'existence de pratiques à risque

Les données récentes disponibles sont concordantes concernant l'existence de pratiques à risque vis-à-vis des risques infectieux en détention. Les précédentes études

Le programme Pri²de

Le programme Pri²de (programme de recherche et intervention pour la prévention du risque infectieux en détention) émane d'un groupe de travail de l'Action coordonnée 25 (recherches en santé publique dans le domaine des hépatites B et C) de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Sa finalité est d'évaluer les mesures de réduction des risques infectieux nouvelles à déployer en milieu carcéral et les expérimenter. L'inventaire, présenté ici, en constitue la première étape, et a pour objectif d'évaluer la disponibilité et l'accessibilité aux mesures de réduction des risques infectieux officiellement préconisées en France en milieu pénitentiaire. Il a bénéficié d'un financement de l'ANRS et de Sidaction. Un questionnaire écrit a été adressé à chaque responsable d'UCSA (unité de consultation et de soins ambulatoires) et SMPR (service médico-psychologique régional), explorant la disponibilité et l'accessibilité des

Les résultats de Pri²de mettent en évidence, sur de nombreux plans, une insuffisance de mise en œuvre du dispositif de réduction des risques

différentes mesures de réduction des risques infectieux préconisées, ainsi que leur connaissance présumée par les détenus mais aussi par les équipes de soin.

Les différentes sections portaient sur: l'eau de javel, les préservatifs et lubrifiants, les traitements de substitution

aux opiacés (TSO), l'information transmise aux détenus sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la réduction des risques (RdR), l'utilisation éventuelle de dispositifs ou outils de réduction des risques non prévus par la circulaire de 1996 mais existants dans le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues du 14 avril 2005, les outils et protocoles concernant d'autres pratiques à risque sur le plan infectieux (coiffage, objets d'hygiène, tatouage, piercing...), le dépistage du VIH et des hépatites et la vaccination contre l'hépatite B, le dépistage des IST, les traitements post-exposition (TPE) et les actes de soins dispensés en détention au décours de pratiques à risques présumées (soins d'abcès, infections cutanées liées au piercing, tatouage...). Un entretien avec un soignant désigné dans le questionnaire écrit a ensuite été conduit afin de préciser certains aspects, sur un plan plus qualitatif. Au total, 66 % des 171 établissements ont répondu au questionnaire, couvrant 74 % de la population incarcérée au moment de l'étude.



de prévalence ont constamment retrouvé des prévalences du VIH et des hépatites virales supérieures en prison à celles en population générale. À ceci s'ajoutent des troubles psychiatriques beaucoup plus fréquents et une précarité sociale plus marquée. Ces données épidémiologiques viennent conforter la nécessité de mettre en place une véritable politique de santé publique à destination des personnes détenues, prenant en compte l'existence de pratiques d'injection mais aussi de sniff ou d'autres pratiques à risques potentiellement contaminantes comme le tatouage, le piercing ou les pratiques de scarification. Des actions de formation et la mise à niveau des moyens alloués au milieu pénitentiaire sur un plan sanitaire mais aussi sans doute pénitentiaire sont indissociables de cette évolution. Le rapport de l'expertise collective Inserm sur la réduction des risques auprès des usagers de drogues remis en juin 2010 a rappelé l'intérêt d'expérimenter en détention les mesures de réduction des risques ayant fait leurs preuves en milieu libre. Le plan d'action stratégique 2010-2014 (Politiques de santé pour les personnes placées sous main de justice) inclut un bilan de la politique actuelle de réduction des risques en milieu pénitentiaire et de prévoir les ajustements s'imposant : « *Des disparités existent entre UCSA et établissements pénitentiaires concernant la mise à disposition de ces moyens de RDR et la réalité de leur utilisation. Il importe de disposer de données concernant ces disparités pour améliorer la prévention du risque infectieux (VIH/VHB/VHC) chez les personnes détenues et pour proposer des mesures de RDR adaptées et applicables en détention, immédiatement ou après une phase expérimentale.* » L'étude Prévacar et l'inventaire Pri² de font partie ce bilan. Concernant la recherche, l'extension de l'enquête *Coquelicot* en milieu pénitentiaire devrait permettre d'interroger directement des usagers de drogues incarcérés sur leurs pratiques de consommation de drogues et leurs pratiques à risque vis-à-vis de la transmission du VIH et des hépatites au niveau national en 2012. Conjuguées avec les données des études présentées ici, elles devraient permettre d'orienter les mesures nouvelles à mettre en place en milieu pénitentiaire. Par ailleurs, l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies prévoit la publication d'un rapport européen « Prison » en 2012 faisant le point, par pays membre de l'Union européenne, des données disponibles sur les usagers de drogues sous main de justice et leur prise en charge. L'harmonisation européenne des dispositifs et politiques publiques en milieu pénitentiaire constitue également certainement une étape vers une amélioration de la prévention du risque infectieux et la prise en charge des usagers de drogues incarcérés.

La réduction des risques sur le plan international

Laurent Michel

Pour l'Organisation mondiale de la santé, le dispositif de réduction des risques infectieux en prison repose essentiellement sur un triptyque : traitement de substitution aux opiacés (TSO) – préservatifs – programmes d'échanges de seringues (PES).

Ce sont ces interventions qui, d'un point de vue scientifique, ont fait le plus clairement la démonstration de leur efficacité dans la prévention du VIH¹. La mise à disposition d'eau de Javel est également préconisée par l'OMS mais seulement comme mesure de seconde ligne lorsque les PES ne sont pas disponibles et à la condition d'informer les détenus de son efficacité seulement partielle sur le VIH et de sa probable inefficacité sur le VHC.

Le dépistage et les mesures d'information – éducation – communication sur les risques infectieux sont également nécessaires mais considérés par l'OMS comme peu utiles si la mise à disposition de mesures essentielles comme les préservatifs et les PES ne sont pas accessibles. Enfin, les traitements post-exposition font également partie de la palette des outils de prévention, qu'il s'agisse de pratiques à risques sexuelles ou liées à l'usage de drogues. De manière générale, l'OMS préconise une équivalence de dispositif et de mesures, pour les soins mais aussi la prévention, entre la prison et le milieu ouvert².

En pratique, des PES sont disponibles dans 12 pays³ (une cinquantaine d'établissements en tout), faisant l'objet d'évaluations positives, notamment rassurantes sur l'absence de détournement des seringues comme « arme », l'acceptabilité par les différentes catégories de professionnels ou l'absence de « propagation » de pratiques d'injection en détention. Seule l'Allemagne est revenue en

arrière dans plusieurs Länder, mettant fin à l'expérimentation d'une majorité de ces dispositifs pour des raisons strictement « politiques ». L'Espagne est l'unique pays européen à avoir étendu l'accès aux PES à l'ensemble de ses établissements pénitentiaires. La Suisse, qui la première a mis en place des PES en prison, dispose également de quelques programmes d'héroïne médicalisée en prison.

De fortes disparités en matière de TSO

L'accès aux TSO est beaucoup plus large mais ne couvre pas l'ensemble des États et parmi ceux en permettant l'accès, l'ensemble des établissements.

En janvier 2008, une revue recensait 37 États mettant à la disposition des usagers de drogues des TSO en milieu ouvert mais pas en prison. Différents pays européens ne mettent pas de TSO à disposition des détenus (Grèce, Chypre, Suède, Slovaquie, Lituanie, Lettonie).

De fortes disparités existent dans les pratiques de renouvellement ou d'initiation de ces traitements, le nombre de « places » méthadone ou buprénorphine est parfois limité, et les TSO sont parfois réservés à un accompagnement du sevrage en opiacés⁴. Les proportions de détenus substitués atteignent 20% au Luxembourg et au Royaume-Uni, environ 10% en France. Dans 6 États membres de l'Union européenne, la proportion de détenus substitués dépasse 10%, et dans 8 autres elle se situe entre 3 et 10%.

Dans un tiers des pays de l'Union européenne, les préservatifs ne sont pas disponibles et différentes enquêtes montrent que globalement, quand les préservatifs sont disponibles, ils ne sont pas pour autant accessibles¹. Différents facteurs concourent à cet état de fait : hostilité de principe des personnels à « valider » l'existence de relations homosexuelles, crainte de favoriser une sexualité consensuelle ou imposée au sein de la détention, questions de sécurité (transport de drogue...), manque de confidentialité et de diversité de leur accès, etc.

L'eau de Javel est accessible dans un nombre croissant de systèmes pénitentiaires, le plus souvent comme palliatif aux PES quand ils sont absents. Son efficacité pour la stérilisation du matériel d'injection vis-à-vis du risque d'infection par le VIH est limitée dans le contexte pénitentiaire, les manœuvres et la durée de contact avec la seringue étant peu compatibles avec la clandestinité associée à des pratiques interdites et sanctionnées.

Par ailleurs, il est fort probable que la Javel ne permette

pas de réduire suffisamment le risque vis-à-vis du VHC. L'OMS recommande aux praticiens intervenant en prison, en particulier dans les États disposant de PES en milieu libre, de plaider activement pour leur mise en place en prison.

L'application des mesures considérées comme élémentaires dans la prévention des risques infectieux en prison est donc très hétérogène d'un État à l'autre et au sein d'un même État. Une organisation fédérale peut particulièrement compliquer les choses mais laisser aussi plus de place à des initiatives locales que lorsqu'un pouvoir centralisé au plan politique préside à l'ensemble de la politique de santé publique en prison.

L'application des mesures considérées comme élémentaires dans la prévention des risques infectieux en prison est donc très hétérogène d'un État à l'autre et au sein d'un même État.

¹ "Effectiveness of interventions to address HIV in prisons", Evidence for action technical papers, WHO-UNODC-UNAIDS, 2007

² "WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in prisons", WHO, 1993

³ Allemagne, Arménie, Biélorussie, Écosse, Espagne, Iran, Kirghizistan, Luxembourg, Maldives, Portugal, Suisse et Ukraine.

⁴ Stover H, Hand M, et al. "Drug use and opioid substitution treatment for prisoners", Harm reduction journal, 2010, 7, 17

