

Rapport de la mission santé-justice

*sur la réduction des risques
de transmission du VIH
et des hépatites virales
en milieu carcéral*

Annexes

Décembre 2000





LISTE DES ANNEXES

ÉTAT DES LIEUX

Annexe 1	Principaux résultats de l'enquête 1998 "un jour donné" sur les personnes atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire. DRESS, 1999.p. 7
Annexe 2	Synthèse de l'enquête santé-entrants. DRESS, 1999.p. 17
Annexe 3	Prévalences comparées du VIH et du VHC. J. Emmanuelli, InVs, 1999.p. 29
Annexe 4	Synthèse de l'étude menée par l'ORS PACA/M. Rotily - Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral, octobre 2000.p. 33
Annexe 5	Synthèse de l'étude menée par RESSCOM / P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés, prison-polyconsommations-substitution. Les "années cachets", juin 1999.p. 53
Annexe 6	Étude réalisée auprès des usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues. J. Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano, InVs, INSERM, 1999.p. 65
Annexe 7	Évaluation des cas d'infection chez les personnes déclarant au moins une utilisation de drogues par voie intraveineuse à l'entrée en détention à partir des données de l'étude santé entrants. S. Stankoff, DAP, J. Emmanuelli, InVs, 1999.p. 73
Annexe 8	Estimation du nombre de personnes exposées par voie intraveineuse en détention. S. Stankoff, DAP, J. Emmanuelli, InVs, 1999.p. 77
Annexe 9	Profil des UDVI en détention établi à partir des questionnaires administrés auprès d'UDVI fréquentant les programmes d'échange de seringues. J. Emmanuelli, InVs, 1999.p. 81

ORIENTATIONS ET BILANS

Annexe 10	Politique de réduction des risques : objectifs et mise en œuvre, juin 1998. J.-F. Rioufol, DGS.p. 85
Annexe 11	Circulaire n°739 DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.p. 93
Annexe 12	Circulaire AP du 5 novembre 1997 relative à la distribution d'eau de Javel aux personnes détenues.p. 111
Annexe 13	Note d'information DGS du 21 novembre 1997 relative aux modalités d'utilisation et de diffusion de l'eau de Javel comme outil de réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.p. 117
Annexe 14	Protocole de désinfection à l'eau de Javel des seringues usagées et affichette destinée à être distribuée aux usagers de drogues. DGS, novembre 1997.p. 121
Annexe 15	Présentation de l'enquête DH/DGS réalisée en mars 1998 sur les traitements de substitution en milieu carcéral - résumé des interventions journée de restitution du 11 mai 1999. p. 125
Annexe 16	Extraits du document "santé et risques professionnels - la prévention" élaboré dans le cadre d'un groupe de travail AP en janvier 1998.p. 135

CONTRIBUTIONS

- Annexe 17** État des connaissances : synthèse des contributions des “institutionnels”, des experts et des associations auditionnés par la mission.p. 153
- Annexe 18** Synthèse des entretiens menés par la mission auprès des personnels sanitaires et pénitentiaires de six établissements pénitentiaires.p. 209
- Annexe 19** Présentation de l'étude sur la situation des prisons à travers le monde parue dans la revue de littérature faite par l'InVs en 1997. J. Emmanuelli.p. 217
- Annexe 20** Présentation des évaluations des programmes expérimentaux d'échange de seringues en milieu carcéral mis en place à l'étranger. J. Emmanuelli, InVs, S. Stankoff, DAP, 1999.p. 241

ANNEXE 1

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE 1998
"UN JOUR DONNÉ" SUR LES PERSONNES
ATTEINTES PAR LE VIH ET LE VHC
EN MILIEU PÉNITENTIAIRE - DRESS, 1999



**MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ**

DIRECTION DE LA RECHERCHE
DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION
ET DES STATISTIQUES
BUREAU ÉTAT DE LA SANTÉ DE LA POPULATION
PARIS, LE 15 MARS 1999

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**ENQUÊTE "UN JOUR DONNÉ" SUR LES PERSONNES
ATTEINTES PAR LE VIH ET LE VHC EN MILIEU PÉNITENTIAIRE
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE JUIN 1998**

Depuis 1998, une enquête effectuée un jour donné est régulièrement conduite afin d'évaluer auprès des services médicaux des établissements pénitentiaires le nombre de personnes incarcérées atteintes par le VIH, dont la séropositivité est connue par le personnel de santé. En 1998, l'enquête a été modifiée de façon à apprécier les modes de prise en charge thérapeutiques de ces personnes à chaque stade de la maladie : nombre de détenus traités par antirétroviraux, sur les détenus atteints d'hépatite C chronique en raison de la prévalence de cette pathologie au sein de la population pénale, nombre de détenus infectés par le VHC bénéficiant d'une prise en charge médicale.

Cette enquête n'est pas une étude de prévalence de l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire ; certains détenus ne souhaitent pas être dépistés à leur entrée en prison, d'autres ne déclarent pas leur séropositivité. Elle constitue, en revanche, un des éléments d'appréciation de la charge en soins des équipes médicales intervenant en milieu pénitentiaire. Reproduite chaque année, à la même période, l'analyse évolutive des données est possible et permet d'avoir des données d'ordre épidémiologique sur cette population fortement touchée par le VIH.

VIH

En juin 1998, au moment de l'enquête, 55 274 personnes étaient incarcérées en France, réparties dans les établissements pénitentiaires à l'exception des centres de semi-liberté non pourvus de structures médicales. Parmi ces détenus, 866 personnes atteintes par le VIH étaient connues des équipes médicales hospitalières et des équipes médicales du programme 13 000 intervenant en milieu pénitentiaire, soit 1,6 % de la population pénale. La proportion de détenus atteints par le VIH, qui diminuait régulièrement

depuis 1991, reste stable entre 1997 et 1998 : 5,8 % en 1990, 2,8 % en 1994, 2,3 % en 1995, 1,9 % en 1996 et 1,6 % en 1997 et en 1998.

Parmi les 866 détenus atteints par le VIH, 165 étaient au stade (19,1 %), 183 (21,1 %) présentaient une forme symptomatique de l'infection par le VIH et 518 (59,8 %) présentaient une forme symptomatique de l'infection. Les résultats de l'enquête de juin 1998 montrent une augmentation de la proportion de détenus au stade sida, ils représentaient 0,15 % de l'ensemble des détenus en 1997 et 0,30 % en 1998.

La part des détenus VIH connus des équipes hospitalières et des équipes médicales du programme 13 000 intervenant dans les établissements pénitentiaires des régions Île-de-France et Provence - Alpes - Côte d'Azur est respectivement de 2,9 % et de 3 %.

Ces deux régions regroupent à elles seules 57,6 % des patients VIH connus (36,1 % pour l'Île-de-France et 21,5 % pour la Provence - Alpes - Côte d'Azur). Les établissements pénitentiaires de ces deux régions regroupent 31 % des détenus français.

Parmi les détenus VIH+ connus, 67,9 % sont traités par antirétroviraux, 52,5 % des détenus au stade A de la maladie, 85,2 % des détenus au stade B et 97 % au stade C. Ces traitements sont presque uniquement dispensés sous forme d'association : 33 % des détenus qui bénéficient d'un traitement antirétroviral sont sous bithérapie et 61,7 % sous trithérapie. Dix-neuf détenus sont sous quadrithérapie, soit 3,2 % et douze sous monothérapie, soit 2 %.

VHC

Le jour de l'enquête, concernant les détenus atteints d'hépatite C, 151 patients sont traités par Interféron +/- Ribavirine et 383 détenus ont bénéficié d'une ponction biopsie hépatique pendant leur incarcération.

TABLEAU 1
Enquête de juin 1998

FRANCE ENTIÈRE
secteur public + secteur privé

Répartition des patients VIH connus par type d'établissement et par stade

	Nombre de détenus jour J	Patients VIH			Total patients VIH	Total patients VIH/ nb. de détenus
		Stade A	Stade B	Sida		
Maison d'arrêt	34 687	315	110	113	538	1,6 %
Établissements pour peines	20 587	203	73	52	328	1,6 %
dont : - centre de détention	9 427	70	33	19	122	1,3 %
- maison centrale	1 553	13	9	2	24	1,5 %
- centre pénitentiaire	9 607	120	31	31	182	1,9 %
TOTAL	55 274	518	183	165	866	1,6 %

Source : enquête sur les personnes atteintes par le VIH ou le VHC en milieu pénitentiaire

TABLEAU 2

Enquête de juin 1998

FRANCE ENTIÈRE
secteur public + secteur privé

Répartition régionale des patients VIH connus

Régions	Nombre de détenus jour J	Patients VIH			Total patients VIH	Total patients VIH/ nb. de détenus
		Stade A	Stade B	Sida		
Île-de-France	10 933	189	68	56	313	2,9 %
Champagne-Ardenne	1 461	3	5	4	12	0,8 %
Picardie	1 711	6	2	0	8	0,5 %
Haute-Normandie	2 101	5	4	4	13	0,6 %
Centre	1 842	22	4	2	28	1,5 %
Basse-Normandie	1 688	6	3	2	11	0,7 %
Bourgogne	1 398	10	2	1	13	0,9 %
Nord - Pas-de-Calais	4 813	13	3	4	20	0,4 %
Lorraine	2 553	3	2	2	7	0,3 %
Alsace	1 593	9	3	0	12	0,8 %
Franche-Comté	572	1	0	3	4	0,7 %
Pays de la Loire	1 204	10	2	0	12	1,0 %
Bretagne	1 591	14	1	5	20	1,3 %
Poitou-Charentes	1 250	6	2	2	10	0,8 %
Aquitaine	2 350	19	12	4	35	1,5 %
Midi-Pyrénées	1 900	12	6	5	23	1,2 %
Limousin	812	4	8	2	14	1,7 %
Rhône-Alpes	3 523	13	6	4	23	0,7 %
Auvergne	700	1	6	0	7	1,0 %
Languedoc-Roussillon	2 042	15	1	21	37	1,8 %
Provence - Alpes - Côte d'Azur	6 202	120	33	33	186	3,0 %
Corse	369	2	0	0	2	0,5 %
DOM	2 666	35	10	11	56	2,1 %
TOTAL	55 274	518	183	165	866	1,6 %

Source : enquête sur les personnes atteintes par le VIH ou le VHC en milieu pénitentiaire

TABLEAU 3
Enquête de juin 1998

FRANCE ENTIÈRE
secteur public + secteur privé

Répartition des patients VIH connus par stade de l'infection

Part des patients traités par antirétroviraux	Stade A asymptomatiques effectifs %	Stade B symptomatiques effectifs %	Sida effectifs %	Total patients patients VIH effectifs %
Nombre de détenus VIH+ connus	518	183	165	866
Nombre de détenus traités par antirétroviraux	272 52,5 %	156 85,2 %	160 97 %	588 67,9 %

Part des patients traités selon le type d'associations antirétrovirales	Stade A asymptomatiques effectifs %	Stade B symptomatiques effectifs %	Sida effectifs %	Total patients patients VIH effectifs %
Nombre de détenus traités par :				
- monothérapie	5 1,8 %	5 3,2 %	2 1,3 %	12 2 %
- bithérapie	110 40,4 %	45 28,8 %	39 24,4 %	194 33 %
- trithérapie	154 56,6 %	101 64,7 %	108 67,5 %	363 61,7 %
- quadrithérapie	3 1,1 %	5 3,2 %	11 6,9 %	19 3,2 %
Nombre total de détenus traités par antirétroviraux	272 100 %	156 100 %	160 100 %	588 100 %

Source : enquête sur les personnes atteintes par le VIH ou le VHC en milieu pénitentiaire

TABLEAU 4 **Enquête de juin 1998**

FRANCE ENTIÈRE
secteur public + secteur privé

Répartition des patients VHC traités par type d'établissement

	Nombre de détenus jour J	Nombre de détenus traités par Interféron +/- Ribavirine	Nombre de détenus ayant bénéficié d'une ponction hépatique
Maison d'arrêt	34 687	88	222
Établissement pour peines	20 587	63	161
dont : - centre de détention	9 427	32	66
- maison centrale	1 553	4	29
- centre pénitentiaire	9 607	27	66
TOTAL	55 274	151	383

Source : enquête sur les personnes atteintes par le VIH ou le VHC en milieu pénitentiaire

TABLEAU 5 **Enquête de juin 1998**

FRANCE ENTIÈRE
secteur public + secteur privé

Répartition régionale des patients VHC traités

Régions	Nombre de détenus jour J	Nombre de détenus traités par Interféron +/- Ribavirine	Nombre de détenus ayant bénéficié d'une ponction hépatique
Île-de-France	10 933	22	92
Champagne-Ardenne	1 461	3	1
Picardie	1 711	7	12
Haute-Normandie	2 101	5	37
Centre	1 842	3	12
Basse-Normandie	1 688	5	9
Bourgogne	1 398	7	21
Nord - Pas-de-Calais	4 813	9	25
Lorraine	2 553	8	7
Alsace	1 593	0	8
Franche-Comté	572	1	1
Pays de la Loire	1 204	12	9
Bretagne	1 591	6	7
Poitou-Charentes	1 250	6	14
Aquitaine	2 350	5	5
Midi-Pyrénées	1 900	6	9
Limousin	812	3	11
Rhône-Alpes	3 523	14	45
Auvergne	700	1	4
Languedoc-Roussillon	2 042	3	5
Provence - Alpes - Côte d'Azur	6 202	22	46
Corse	369	0	1
DOM	2 666	3	2
TOTAL	55 274	151	383

Source : enquête sur les personnes atteintes par le VIH ou le VHC en milieu pénitentiaire

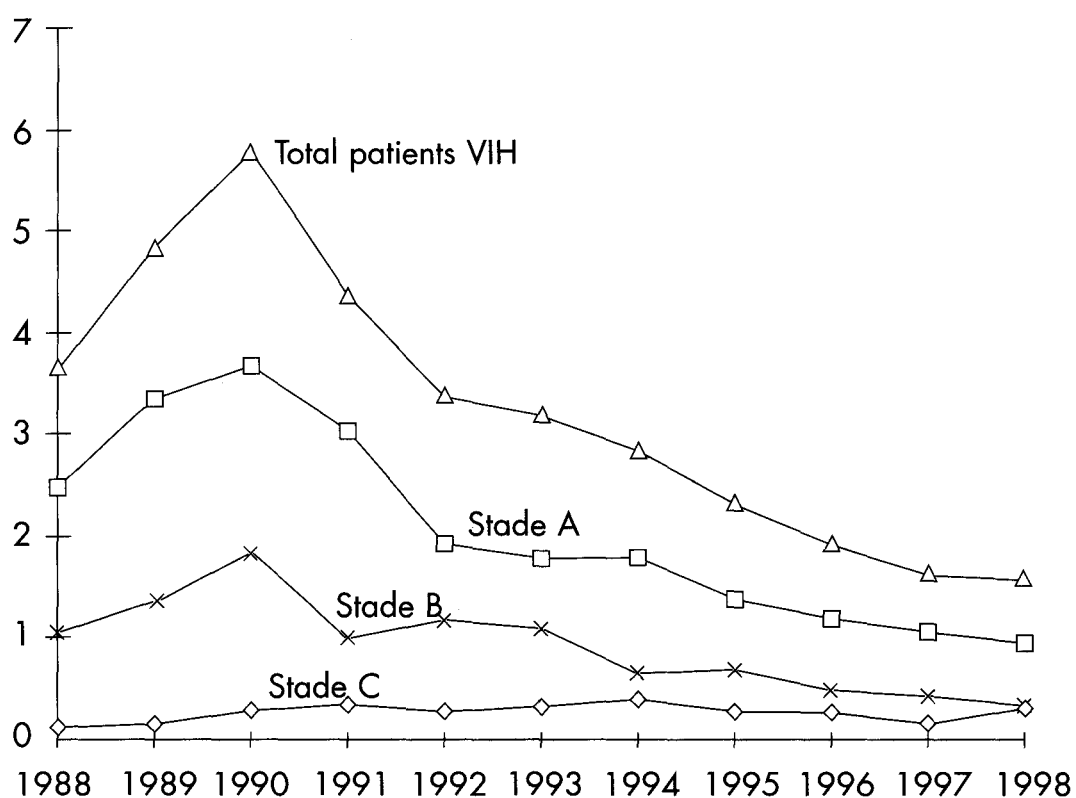
TABLEAU 6

Taux de détenus atteints par le VIH connus
des équipes médicales intervenant en milieu pénitentiaire

Années	Stade A	Stade B	Stade C	Total patients VIH
	%	%	%	%
1988	2,48	1,04	0,12	3,64
1989	3,35	1,34	0,15	4,84
1990	3,68	1,83	0,28	5,79
1991	3,03	1,00	0,34	4,37
1992	1,93	1,17	0,27	3,37
1993	1,78	1,08	0,32	3,18
1994	1,79	0,65	0,39	2,83
1995	1,37	0,68	0,27	2,32
1996	1,18	0,48	0,26	1,92
1997	1,05	0,42	0,15	1,61
1998	0,94	0,33	0,30	1,56

GRAPHIQUE 1

Taux de détenus atteints par le VIH connus
des équipes médicales intervenant en milieu pénitentiaire



ANNEXE 2

PRÉSENTATION DE LA MÉTHODOLOGIE
ET SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE
SANTÉ-ENTRANTS, DRESS, 1999

N° 4 • janvier 1999

La grande majorité des personnes qui entrent en prison sont des hommes âgés de 18 à 40 ans.

Ils ont fréquemment connu des problèmes sociaux avant leur incarcération, notamment en matière de logement et de couverture sociale.

Malgré un état général jugé satisfaisant, un peu moins d'un tiers des entrants en prison cumulent les consommations à risque (alcool, tabac, drogues, psychotropes) et près d'une personne sur dix a besoin d'une prise en charge psychiatrique.

Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes à consommer des produits toxiques et elles requièrent plus souvent des soins.

La situation des mineurs est également préoccupante.

Marie-Claude MOUQUET
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité,
DREES, bureau état de santé de la population

Martine DUMONT
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité,
DGS, bureau âgés de la vie et populations

Marie-Cécile BONNEVIE
Ministère de la Justice,
DAP, bureau des politiques sociales et d'insertion

La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque

La prise en charge sanitaire des détenus nécessite la connaissance de l'état de santé des personnes qui arrivent en prison. Une enquête (encadré : "L'enquête sur la santé des entrants en prison") menée au printemps 1997 sur l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires (encadré Glossaire) qui accueillent la quasi-totalité des personnes arrivant du milieu libre, permet pour la première fois d'approcher ces besoins de santé à l'échelon national.

En 1997, la Direction de l'administration pénitentiaire a enregistré 75 825 entrées dans les 135 maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires (tableau 1) ; 3 602 (4,8%) ont concerné des mineurs et 3 835 (5,1%) des femmes.

DES PROBLÈMES DE LOGEMENT ET DE COUVERTURE SOCIALE FRÉQUENTS AVANT L'INCARCÉRATION

Au moment de l'incarcération une personne sur cinq (tableau 2) n'a pas de domicile stable. Ces résultats sont à rapprocher de ceux d'une étude menée, en 1996, par la Direction de l'adminis-

• • •



tration pénitentiaire sur les sortants de prison, selon laquelle environ 10% des détenus libérés déclaraient ne pas savoir où se loger à leur sortie de prison et 18% ne pas retrouver le logement qu'ils avaient avant leur incarcération.

La loi du 18 janvier 1994 organise la couverture sociale des détenus en les affiliant tous, dès l'incarcération, à l'assurance maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale. A l'arrivée en prison, 17,5% des entrants disent ne pas avoir de protection sociale et 5,5% bénéficient de l'aide médicale (tableau 2). Ces proportions sont nettement plus élevées que dans la population générale. L'enquête santé 1991-1992 montre, en effet, que la part des individus sans protection sociale s'élève à 0,3% et celle des bénéficiaires de l'aide médicale à 0,2%. Certes, cette enquête n'est réalisée qu'auprès des ménages «ordinaires», c'est-à-dire constitués de personnes vivant à leur domicile et ne prend pas en compte les difficultés des personnes sans domicile stable.

En outre, la population non affiliée à un régime de Sécurité sociale apparaît comme une population plutôt jeune, le plus souvent sans activité professionnelle, disposant de revenus faibles et composé d'une forte proportion d'étrangers. Les entrants en prison, relativement jeunes, avec

une part notable de sans-abri (5%) ou d'hébergés dans un domicile précaire (10%), se rapprochent donc par ces caractéristiques de la population non affiliée à la Sécurité sociale repérée par l'enquête santé.

Plus précisément, ce sont 57% des entrants en prison se déclarant sans abri qui disent ne pas avoir de protection sociale et 9,3% bénéficier de l'aide médicale. Ces proportions atteignent respectivement 47% et 9,2% pour les entrants qui déclarent un domicile précaire.

Près de six entrants sur dix (tableau 2) déclarent avoir eu recours au système de soins au moins une fois dans les douze mois précédant l'incarcération. Il s'agit le plus souvent d'une consultation ou d'une visite à domicile (54% des entrants). Comme dans l'ensemble de la population, les femmes ont été plus souvent en contact avec le système de soins : c'est le cas pour sept entrantes en prison sur dix contre un peu moins de six entrants masculins sur dix (58%). Compte tenu de l'âge de ces femmes, la différence s'explique vraisemblablement en partie par les suivis gynécologique et de la grossesse. Naturellement, les personnes sans protection sociale ont eu moins de recours au système de soins (seulement quatre entrants sur dix déclarent au moins un contact dans les douze mois précédents).

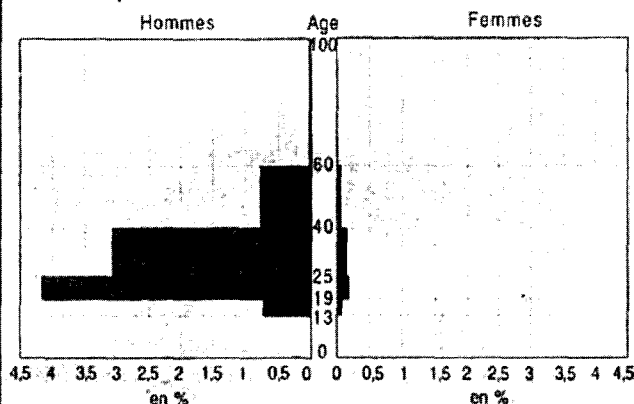
2

LES PERSONNES QUI ENTRENT EN PRISON

La population des entrants en prison est jeune. La moitié a moins de 28 ans à l'arrivée en détention. Près d'un entrant sur deux (46%) est un homme âgé de 25 à 39 ans (graphique 1). La part de cette sous-population dans l'ensemble des entrants est quatre fois plus élevée que dans la population française (11%). Mais ce sont les hommes âgés de 18 à 24 ans qui sont les plus susceptibles d'aller en prison. A l'arrivée en détention, la proportion de cette classe d'âge est six fois plus élevée que dans la population générale (29% contre 4,9%). Globalement en France métropolitaine, le taux annuel d'entrée en prison s'élève à 1,5 pour mille personnes âgées de 13 ans et plus. Il atteint 7,5 pour mille hommes âgés de 18 à 24 ans et 5,2 pour mille hommes âgés de 25 à 39 ans.

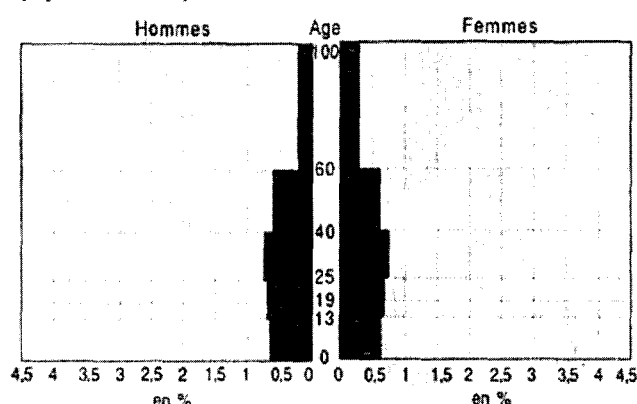
G.01 répartition par sexe et âge

entrant en prison en 1997



Champ : France entière
Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité -
DREES, Bureau État de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

population au 1^{er} janvier 1996



Champ : France métropolitaine
Source : INSEE

UN TIERS DES PERSONNES ARRIVANT EN DÉTENTION DÉCLARE UNE CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL

Les produits retenus dans cette étude comme étant "à risque" pour la santé sont des produits dont la consommation, licite ou non, peut entraîner une dépendance, né-

cessiter une prise en charge en cas de sevrage, modifier le comportement et/ou avoir des conséquences graves sur la santé. Les psychotropes, y compris ceux utilisés pour des traitements en cours, sont inclus dans l'analyse car, au-delà de leur effet thérapeutique, ils provoquent souvent une pharmacodépendance.

Sur cinq personnes arrivant en prison, près de quatre fument et près d'une consomme quotidiennement plus de vingt cigarettes (tableau 3). La proportion de fumeurs est plus élevée avant 40 ans : environ quatre entrants sur cinq contre seulement deux sur trois entre 40 et 59 ans et un sur trois à partir de 60 ans (graphique 2). La proportion la plus importante de "gros fumeurs" (définis dans cet article comme fumant quotidiennement au moins 21 cigarettes) concerne les tranches d'âge 25-39 ans et 40-59 ans.

Un entrant en prison sur trois déclare une consommation excessive d'alcool (tableau 3), définie comme supérieure ou égale à cinq verres par jour quand elle est régulière, et supérieure ou égale à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois quand elle est discontinue. La proportion de buveurs excessifs augmente avec l'âge et le type de consommation change (graphique 2). Avant 25 ans il s'agit dans les trois quarts des cas d'une consommation discontinue. Ensuite, la consommation régulière devient prédominante même si elle est associée dans environ le tiers des cas à une consommation discontinue.

Près du tiers des entrants déclare une consommation prolongée et régulière de drogues au cours des douze mois précédant l'incarcération (tableau 3). A l'évidence, cette fréquence élevée est liée à la répression du trafic et de l'usage de stupéfiants. Ainsi, selon les statistiques de l'administration pénitentiaire, au 1er janvier 1997, un cinquième des condamnations (20,2%) était liée, à titre principal, aux infractions à la législation sur les stupéfiants. Ce type d'infraction représente actuellement le deuxième motif de condamnation après le vol simple et qualifié (28,7%) et avant le viol ou autres agressions sexuelles (16,5%). Parmi les entrants en prison, 12% déclarent avoir utilisé une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie (tableau 3). Par ailleurs, à leur arrivée en prison, environ 7% des personnes déclarent bénéficier d'un traitement de substitution, neuf fois sur dix par subutex.

Enfin, près d'un entrant sur cinq déclare un traitement en cours par médicament psychotrope (tableau 3). Il s'agit, dans la plupart des cas, d'un traitement par anxiolytiques ou hypnotiques.

T.01 répartition des établissements pénitentiaires enquêtés en 1997

Nombre d'établissements		France métropolitaine	D.O.M.	France entière
Etablissements traditionnels	Maison d'arrêt	106	4	110
	Quartier maison d'arrêt	11	3	14
	Total	117	7	124
	Nombre d'entrants	64 584	2 216	66 800
Etablissements du programme 13 000	Maison d'arrêt	7	-	7
	Quartier maison d'arrêt	4	-	4
	Total	11	-	11
	Nombre d'entrants	9 025	-	9 025
Total	Maison d'arrêt	113	4	117
	Quartier maison d'arrêt	15	3	18
	Total	128	7	135
	Nombre d'entrants	73 609	2 216	75 825
	dont : Mineurs			3 602
	Femmes			3 835

Champ : France entière

Source : Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire

T.02 entrants en prison en 1997 - insertion sociale et accès aux soins avant l'incarcération

	en %
Entrants déclarant, avant l'incarcération,	
Un domicile stable	83,7
Un domicile précaire	10,1
Sans abri	5,0
Impossibilité de communiquer	0,9
Refus de répondre	0,3
Total	100,0
Entrants déclarant, avant l'incarcération	
Etre affilié à la Sécurité sociale	71,7
Avoir l'Aide médicale	5,5
Aucune protection sociale	17,5
Ne sait pas	4,0
Impossibilité de communiquer	1,0
Refus de répondre	0,3
Total	100,0
Entrants déclarant avoir eu au moins un contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération	
Total (1)	58,3
dont : Consultation ou visite médicale	53,7
Hospitalisation d'au moins 4 jours pour traumatisme	7,3
Autre hospitalisation sauf en psychiatrie	8,9
Suivi régulier ou hospitalisation en psychiatrie	8,8
dont : proportion avec traitement en cours par des psychotropes	5,1

(1) Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant ayant pu avoir plusieurs contacts avec le système de soins.

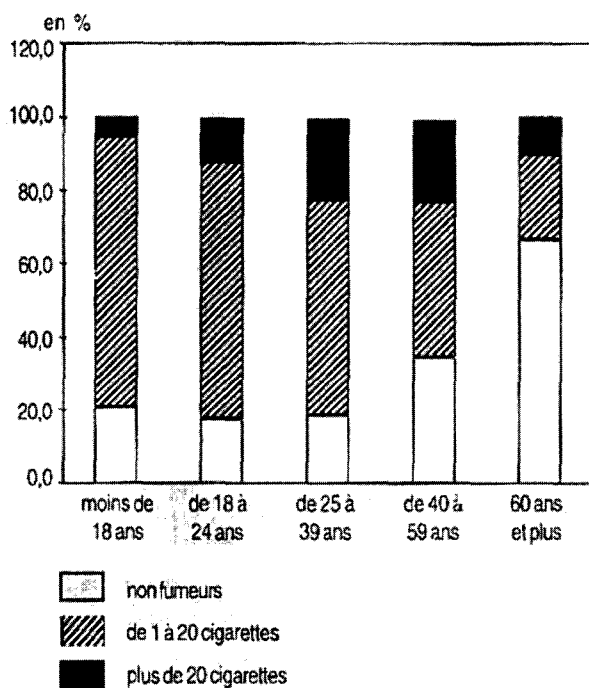
Champ : France entière

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, Bureau État de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

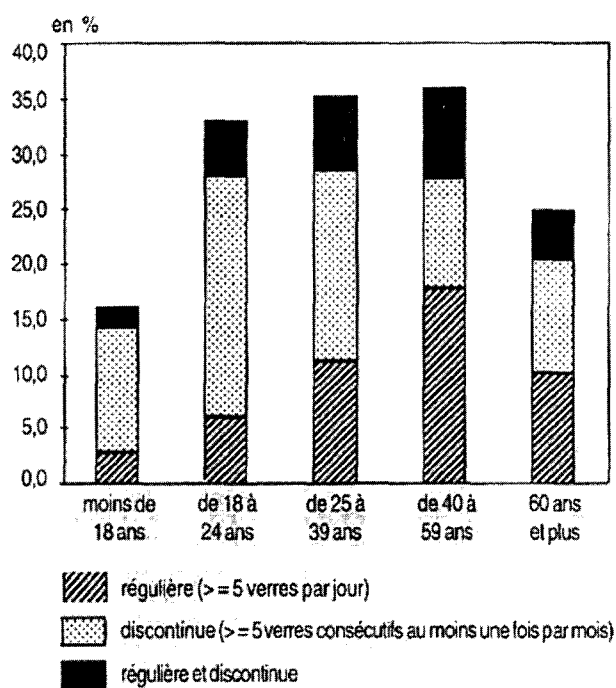
G02

entrants en prison en 1997
consommations à risque selon l'âge

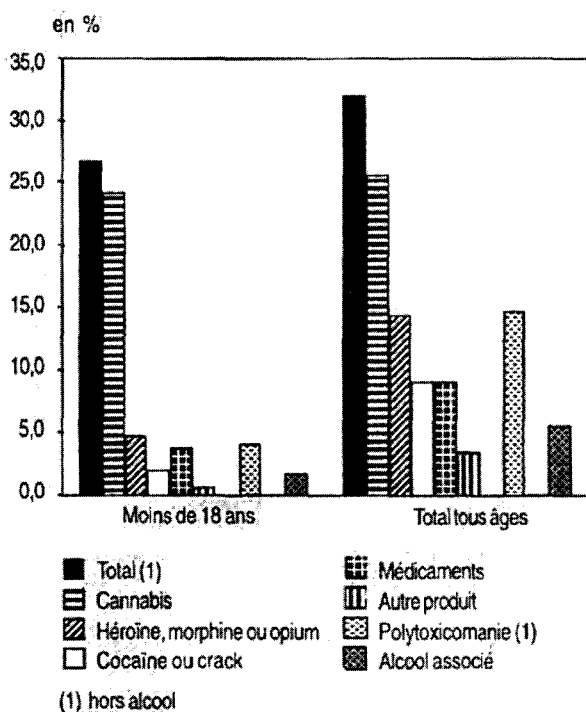
entrants déclarant
fumer habituellement par jour



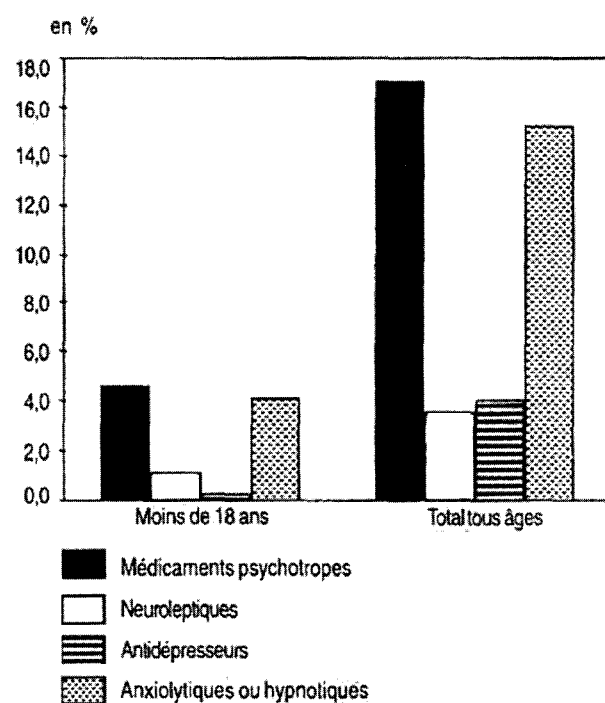
entrants déclarant
une consommation excessive d'alcool



entrants déclarant
une utilisation prolongée et régulière
de drogues au cours des 12 mois précédant l'incarcération



entrants déclarant
un traitement en cours par psychotropes



Champ : France entière

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES, Bureau État de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

4

T-03 entrants en prison en 1997 consommations à risque et traitements de substitution		en %
Entrants déclarant fumer, habituellement, par jour		
De 1 à 5 cigarettes		6,3
De 6 à 20 cigarettes		52,8
Plus de 20 cigarettes		18,3
Non fumeur		21,5
Impossibilité de communiquer		0,7
Refus de répondre		0,3
Total		100,0
Entrants déclarant une consommation excessive d'alcool		
Régulière (>= 5 verres par jour)		10,3
Discontinue (>= 5 verres consécutifs au moins une fois par mois)		16,9
Régulière et discontinue		6,1
Total		33,3
Entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière de drogues au cours des 12 mois précédant l'incarcération		
Total (1) (2)		32,0
dont : Cannabis		25,6
Héroïne, morphine ou opium		14,4
Cocaïne ou crack		8,9
Médicaments utilisés de façon toxicomaniaque		9,1
Autre produit (L.S.D., ecstasy, colles, solvants...)		3,4
Polytoxicomanie (3)		14,6
Alcool associé		5,6
Entrants déclarant une utilisation de drogue par voie intra-veineuse		
Au moins 1 fois		11,8
Au cours des 12 mois précédant l'incarcération		6,2
Entrants déclarant un traitement de substitution en cours par		
Méthadone		0,6
Subutex		6,3
Entrants déclarant un traitement en cours par psychotropes		
Total (1)		17,1
dont : Neuroleptiques		3,5
Antidépresseurs		4,0
Anxiolytiques ou hypnotiques		15,2

(1) Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant pouvant consommer plusieurs produits.

(2) Utilisation d'au moins une substance hors alcool associé.

(3) Utilisation d'au moins deux substances hors alcool associé.

Champ : France entière

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES, Bureau État de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

EN NE TENANT COMPTE POUR LE TABAC QUE DES " GROS FUMEURS ", LES CONSOMMATIONS À RISQUE SE CUMULENT POUR PRÈS DE 30% DES PERSONNES QUI ENTRENT EN PRISON

28% des entrants en prison déclarent au moins deux consommations à risque parmi les suivantes : consommation importante de tabac, consommation excessive régulière ou discontinue d'alcool, utilisation prolongée et régulière de drogues dans les douze mois précédant l'incarcération ou traitement à base de médicaments psychotropes en cours à l'arrivée (tableau 4). L'association la plus fré-

T-04 entrants en prison en 1997 consommations à risque (1) cumulées		en %
Entrants déclarant consommer		
Quatre "produits" : psychotropes, alcool, drogues et tabac		1,6
Trois "produits"		7,6
Psychotropes, alcool et drogues		2,5
Psychotropes, alcool et tabac		1,1
Psychotropes, drogues et tabac		1,5
Alcool, drogues et tabac		2,4
Deux "produits"		18,9
Psychotropes et alcool		2,2
Psychotropes et drogues		3,0
Psychotropes et tabac		0,9
Alcool et drogues		7,0
Alcool et tabac		3,9
Drogues et tabac		2,0
Un seul "produit"		32,8
Psychotropes		4,2
Alcool		12,4
Drogues		11,4
Tabac		4,8
Aucun "produit"		38,2
Impossibilité de communiquer		0,7
Refus de répondre		0,3
Total		100,0

(1) Traitement en cours par médicaments psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques), tabac à partir de 21 cigarettes par jour, alcool excessif régulier et/ou discontinu et drogues régulières (y compris médicaments utilisés de façon toxicomaniaque, non compris alcool associé).

Champ : France entière

source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES, Bureau État de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

quente, alcool et drogues, concerne près de la moitié des personnes arrivant en détention (13,5%). En outre, 30% de ceux qui sont consommateurs de drogues dures (utilisateurs d'au moins une substance hors cannabis et alcool associé) fument plus de vingt cigarettes par jour et 43% ont une consommation excessive d'alcool.

En outre, si l'on excepte les fumeurs en dessous de 21 cigarettes quotidiennes, un entrant en prison sur trois déclare une seule consommation à risque, le plus souvent alcool ou drogue.

UN ÉTAT GÉNÉRAL JUGÉ PLUTÔT BON...

Après l'examen clinique d'entrée, les médecins jugent les trois quarts des entrants en bon état général (tableau 5). A l'inverse, 1,6% présentent un mauvais état général.

Par ailleurs, les médecins estiment que la moitié des arrivants en détention a besoin de soins dentaires, non urgents dans la très grande majorité des cas (95%). Toutefois, 2,6% des entrants requièrent des soins bucco-dentaires urgents (tableau 5).

...MAIS DES MALADIES QUI NÉCESSITENT LA POURSUITE DES TRAITEMENTS EN PRISON...

Les traitements médicamenteux en cours à l'arrivée font apparaître des maladies dont le traitement doit se poursuivre en prison. Hormis les problèmes de santé mentale, il s'agit le plus souvent d'asthme, de maladies cardio-vasculaires et d'épilepsie. En effet, 3,7% des entrants prennent des broncho-dilatateurs et anti-asthmatiques, 2,3% des anti-HTA, anti-angor ou anticoagulants et 1,3% des anticomitiaux (tableau 5).

Près d'un entrant sur deux déclare avoir fait un test de dépistage du SIDA avant l'incarcération et 1,7% être séropositif (tableau 5). Parmi ces derniers, un peu moins de quatre sur dix (38%) ont un traitement en cours par antirétroviraux. L'enquête sur l'infection à VIH en milieu pénitentiaire réalisée en 1997 indique que 1,6% des personnes incarcérées en maison d'arrêt étaient connues des soignants comme atteintes par le VIH le jour de l'enquête, soit un taux de prévalence trois à quatre fois supérieur à celui constaté dans la population générale pour les mêmes caractéristiques de sexe et d'âge.

LES CONSOMMATIONS À RISQUE CONCERNENT AUSSI FRÉQUEMMENT LES FEMMES QUE LES HOMMES ARRIVANT EN DÉTENTION

L'étude des indices comparatifs (encadré "La comparaison des consommations à risque : la méthode des indices comparatifs") montre que le nombre de femmes entrant en prison consommatrices à risque atteignent des niveaux alarmants. Ainsi les proportions de fumeuses ou d'utilisatrices de drogues se rapprochent de celles des hommes.

En effet, à leur arrivée en prison, la proportion de femmes âgées de 18 ans et plus, fumant au moins 20 cigarettes, est deux fois plus élevée que celle observée pour les hommes dans la population générale, tandis que celle des entrants masculins l'est 2,4 fois plus. Dans la population générale, cette proportion est 2,6 fois moins élevée pour les femmes que pour les hommes. De même, chez les entrants en prison, la proportion standardisée de non-fumeurs est 1,6 fois moins élevée pour les femmes et 2,6 fois moins élevée pour les hommes. Dans la population générale, la proportion de non-fumeuses est 1,3 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Les femmes déclarent une consommation régulière de drogue dans l'année précédant l'incarcération un peu moins souvent que les hommes (26% contre 32%). Toutefois, la proportion d'entrants polytoxicomanes (utilisateurs d'au moins deux substances hors alcool associé) est voisine pour les deux sexes (14,3% chez les femmes et 14,7% chez les hommes). La consommation de drogues touche trois fois plus d'hommes arrivant en prison et 2,7 fois plus de femmes que d'hommes dans la population générale. Or, il faut aussi savoir que, dans la population générale, la proportion de femmes toxicomanes est deux fois plus faible que celle des hommes. Cette situation est en partie liée à la sur-représentation en prison des femmes incarcérées pour infraction à la législation sur les stupéfiants.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, la proportion de femmes âgées de 18 ans et plus qui, à l'entrée en prison, se déclarent comme des buveuses régulières excessives reste bien inférieure à celle des hommes. Elle est, toutefois, seulement 2,6 fois moins élevée que celle des hommes dans la population générale alors que celle des femmes dans la population générale l'est 17,5 fois moins.

Pour les 20 ans et plus, la proportion de consommateurs de psychotropes par rapport aux hommes dans la population générale est 6,5 fois plus élevée pour les hommes et 10,2 fois pour les femmes entrant en prison. La situation est défavorable pour les femmes aussi bien dans la population générale qu'à l'entrée en prison.

LES FEMMES REQUIÈRENT PLUS DE SOINS QUE LES HOMMES

Femmes et hommes arrivant en prison sont aussi fréquemment jugés en bon état général (76% contre 77%). Les femmes ont, en outre, un meilleur état bucco-dentaire; il a été jugé bon par le médecin pour près de trois d'entre elles sur cinq (57%) contre seulement pour un entrant masculin sur deux (49%).

À l'arrivée en prison, les femmes se déclarent plus souvent que les hommes traitées pour des problèmes d'asthme et d'épilepsie. Les proportions d'entrantes prenant des médicaments en rapport avec ces pathologies atteignent respectivement 7,2% (contre 3,5% pour les hommes) pour les broncho-dilatateurs et anti-asthmatiques et 2,1% (contre 1,3% pour les hommes) pour les anticomitiaux. En revanche, elles sont moins souvent traitées pour des maladies cardio-vasculaires : 1,1% des entrantes ont un traitement en cours par anti-HTA, anti-angor ou anticoagulants contre 2,3% des hommes.

Les femmes déclarent avoir effectué des tests de dépistage du SIDA, de l'hépatite B et/ou de l'hépatite C un peu plus souvent que les hommes (52% contre 49%). Les proportions d'entrantes déclarant au moins un résultat positif sont également plus importantes (9,6% contre 6,4%). Ceci est probablement lié à la sur-représentation à l'entrée en prison des femmes toxicomanes et des utilisatrices de drogues par voie intraveineuse.

La nécessité d'une prise en charge psychiatrique apparaît également plus fréquente : 13% des femmes déclarent avoir eu un suivi ou une hospitalisation psychiatriques dans les douze mois précédant l'incarcération (contre 8,6% des hommes). De même, la prise de médicaments psychotropes les concerne beaucoup plus souvent (26% contre 17% pour les hommes). L'écart le plus important concerne les antidépresseurs avec 9,1% d'utilisatrices contre 3,5% des entrants masculins. Enfin, une consultation spécialisée en psychiatrie est prescrite à l'entrée en prison pour 16% des femmes (contre 8,5% des hommes) et une consultation de toxicomanie pour 9,3% d'entre-elles (contre 6,6% des hommes).

Par ailleurs, près des trois quarts des entrantes ont entre 18 et 39 ans, période de vie féconde des femmes. Une consultation spécialisée de gynécologie a été prescrite pour environ une entrante sur cinq (19,5%)

De même, un entrant en prison sur quatre déclare avoir fait un test de dépistage de l'hépatite B avant l'incarcération et un sur cinq de l'hépatite C. Les taux de séropositivité déclarés s'élèvent respectivement à 2,3% pour le VHB et 4,4% pour le VHC. Le recours moins fréquent

au dépistage des hépatites peut en partie s'expliquer par le fait qu'il s'agit de campagnes plus récentes. Toutefois, 14% des personnes arrivant en prison déclarent avoir eu une vaccination complète contre l'hépatite B avant leur incarcération. Parmi ceux qui se déclarent séropositifs pour l'hépatite C, 3,7% disent avoir un traitement en cours par interféron.

Les entrants en prison qui se sont injectés une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie (12% dont un peu plus de la moitié dans les douze mois précédant l'incarcération) sont plus nombreux à avoir fait pratiquer des examens de dépistage. Ainsi, moins d'un sur cinq (17%) déclare n'avoir effectué aucun test de dépistage la moitié pour l'ensemble des entrants (graphique 3). Ils sont aussi beaucoup plus nombreux à déclarer des résultats positifs. Toutefois, ces résultats purement déclaratifs sont, en particulier pour les hépatites, fragiles.

T 05 entrants en prison en 1997 appréciation de l'état de santé		en %
Entrants dont l'état général est jugé		
Bon		77,1
Moyen		21,2
Mauvais		1,6
Total		100,0
Entrants dont l'état bucco-dentaire est jugé		
Bon		49,7
Nécessitant des soins à programmer		47,7
Nécessitant des soins en urgence		2,6
Total		100,0
Entrants déclarant un traitement en cours par		
Bronchodilatateurs et anti-asthmatiques		3,7
Antituberculeux		0,1
Anticoagulants		1,3
Insuline		0,4
Anti-HTA, anti-angor ou anticoagulants		2,3
AZT et autres antirétroviraux		0,8
Interféron		0,3
Entrants déclarant avoir eu des tests de dépistage du SIDA, de l'hépatite B et/ou de l'hépatite C avant l'incarcération		
Les trois tests		17,1
Deux tests		7,9
SIDA et hépatite B		5,6
SIDA et hépatite C		1,6
Hépatite B et hépatite C		0,6
Un seul test		24,1
SIDA		22,1
Hépatite B		1,6
Hépatite C		0,4
Aucun test		49,6
Impossibilité de communiquer		1,0
Refus de répondre		0,3
Total		100,0
Entrants déclarant une séropositivité VIH, VHB et/ou VHC au moment de l'incarcération		
Les trois séropositivités		0,3
Deux séropositivités		1,2
VIH et VHB		0,1
VIH et VHC		0,3
VHB et VHC		0,8
Une seule séropositivité		5,0
VIH		0,9
VHB		1,1
VHC		3,0
Entrants déclarant avoir eu avant l'incarcération		
Une vaccination complète contre l'hépatite B		13,7

Champ : France entière
Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES, Bureau Etat de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DES ENTRANTS EN PRISON

Pour pallier la pénurie de données sur la situation sanitaire des personnes incarcérées, la loi du 18 janvier 1994 transférant la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier, a prévu dans ses textes d'application la mise en place d'un recueil de données épidémiologiques collectées lors de la visite d'entrée, conformément à une fiche type dont le modèle est fixé par un arrêté conjoint des ministres de la justice et de la santé (article R.711-13-1° du décret n° 94-929 du 27 octobre 1994).

Suite aux travaux de l'Observatoire régional de la santé de Provence Alpes-Côte-d'Azur de 1993 et de 1994, un modèle de fiche a été conçu, à la demande de la Direction générale de la santé, avec le Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI).

Après expérimentation en 1996, cette fiche a servi de support à une enquête réalisée en 1997, sur une période de trois mois (mai, juin et juillet), dans l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires y compris ceux du «programme 13 000» (encadré Glossaire).

La durée d'enquête a été modulée en fonction du nombre d'entrants en 1995, dernières données alors disponibles. Les établissements pénitentiaires concernés, 135 au total (tableau 1), ont été répartis en trois groupes :

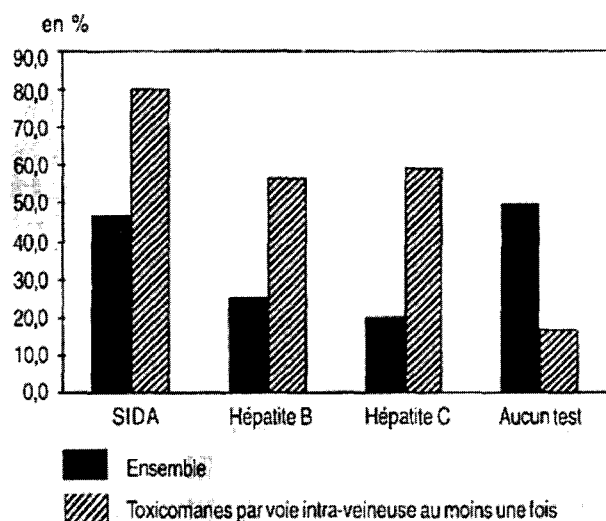
- gros établissements (plus de 600 entrants en 1995) enquêtés du 2 au 31 mai 1997,
- établissements moyens (de 300 à 600 entrants en 1995) enquêtés du 2 mai au 30 juin 1997,
- petits établissements (moins de 300 entrants en 1995) enquêtés du 2 mai au 31 juillet 1997.

Cette opération a permis de collecter 8 728 fiches sur les 10 171 entrants dans la période d'enquête correspondant à un taux de couverture de 86%. On considère que les fiches manquantes se répartissent de manière aléatoire et que l'échantillon ainsi constitué est représentatif des 75 825 entrants en maison d'arrêt en 1997.

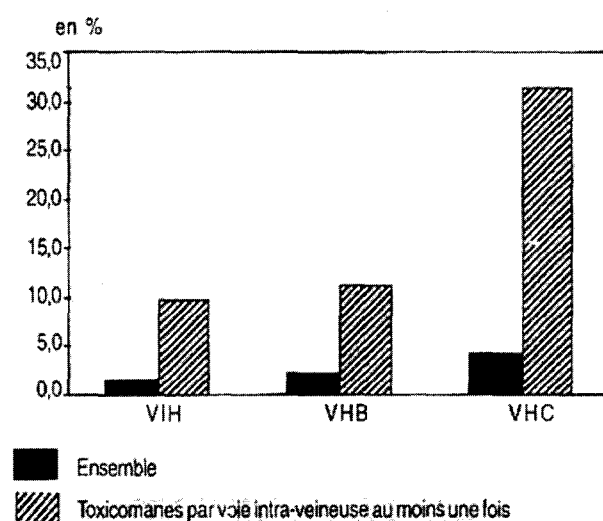
G
03

entrants en prison en 1997
dépistages VIH, VHB et/ou VHC déclarés

entrants déclarant avoir eu des tests de dépistage
du SIDA, de l'hépatite B et/ou de l'hépatite C avant l'incarcération



entrants déclarant une séropositivité
VIH, VHB et/ou VHC au moment de l'incarcération



Champ : France entière

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité -

DREES, Bureau État de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

8

En tout état de cause, un examen biologique¹ a été prescrit lors de la visite médicale d'entrée à un peu plus de quatre personnes arrivant en détention sur dix (tableau 6), parmi lesquelles la moitié a déclaré avoir déjà eu des examens de dépistage VIH, VHB et/ou VHC avant l'incarcération. Environ un dixième de ces examens (11 %) apparaît plutôt comme un contrôle prescrit pour des entrants ayant déclaré une sérologie positive pour le VIH, l'hépatite B et/ou l'hépatite C.

La prescription de consultations spécialisées donne également des indications sur les pathologies ou les problèmes de santé repérés à l'arrivée en prison. Hors psychiatrie et gynécologie, les demandes de consultations spécialisées concernent, pour chacune des spécialités médicales retenues dans l'enquête, environ 1 % des entrants (tableau 6).

...ET LA PRESCRIPTION D'UNE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE POUR ENVIRON 10% DES PERSONNES ARRIVANT EN DÉTENTION

Près d'un entrant en prison sur dix (8,8 %, tableau 2) déclare avoir été régulièrement suivi par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier psychiatrique au moins une

fois par trimestre ou avoir été hospitalisé en psychiatrie dans les douze mois précédant son incarcération. Parmi eux, près de six sur dix ont un traitement en cours par psychotropes.

Globalement (tableau 3), 4 % des entrants déclarent, à l'arrivée en prison, un traitement par antidépresseurs et 3,5 % un traitement par neuroleptiques. Ces proportions apparaissent nettement plus élevées que celles observées dans la population générale. Ainsi les données issues de l'enquête santé 1991-1992 montrent que la prise d'antidépresseurs concerne 2 % des individus âgés de 20 ans et plus, qu'elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (2,6 % contre 1,4 %) et qu'elle devient nettement plus importante pour les femmes à partir de 40 ans et pour les hommes à partir de 50. La prise de neuroleptiques concerne, quant à elle, 0,7 % des personnes âgées de 20 ans et plus.

Les médecins qui procèdent à l'examen médical à l'arrivée en prison prescrivent une consultation spécialisée en psychiatrie dans 8,8 % des cas (tableau 6). Toutefois, cette consultation n'est demandée que pour environ 40 % de ceux qui déclarent un suivi psychiatrique dans les douze mois précédant l'incarcération et pour un quart de ceux qui ont un traitement en cours par psychotropes. Par ailleurs, une consultation spécialisée pour un motif lié à la toxicomanie est prescrite à 6,7 % des entrants et pour un motif lié à l'alcoolisme à 4 % d'entre eux.

¹ Sérologie systématique de la syphilis exclue

A LEUR ARRIVÉE EN PRISON, 79% DES MINEURS FUMENT ET 16% ONT UNE CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL...

Bien que naturellement inférieures à celles des entrants en prison majeurs (graphique 2), les proportions de mineurs entrant en prison qui déclarent des consommations à risque atteignent des niveaux importants. Ainsi, environ quatre mineurs sur cinq déclarent fumer du tabac et la consommation quotidienne dépasse 20 cigarettes pour 6,7% d'entre eux. Plus d'un entrant mineur sur six (16%) déclare avoir une consommation excessive d'alcool, sept fois sur dix sur le mode discontinu. Plus du quart des entrants mineurs (27%) déclare l'utilisation habituelle de drogues dans les douze mois précédant l'incarcération. Le plus souvent il s'agit de cannabis (24% des entrants mineurs). Mais près d'un sur vingt (4,8%) dit avoir régulièrement utilisé des opiacés (héroïne, morphine ou opium). Enfin, près d'un mineur arrivant en détention sur vingt (4,5%) suit déjà un traitement par médicaments psychotropes.

...ET PRÈS D'UN SUR DIX A DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

A l'examen clinique, les médecins ont jugé les arrivants mineurs en bon état général dans 95% des cas et avec un bon état bucco-dentaire dans les deux tiers des cas. Cependant, cette enquête réalisée à l'arrivée en prison, fait apparaître pour eux deux problèmes importants de santé. Le premier relève de la santé mentale. En effet, 9,1% de ces mineurs déclarent avoir eu un suivi régulier ou une hospitalisation en psychiatrie dans les douze mois précédant l'incarcération et, hors motifs liés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, une consultation spécialisée en psychiatrie est prescrite pour 9,4% d'entre eux. Le second concerne l'asthme : 6,1% déclarent un traitement en cours par broncho-dilatateurs et anti-asthmatiques (3,7% pour l'ensemble des entrants).

Le risque de contamination par des maladies virales lié à la toxicomanie semble toutefois assez limité. Seuls 1,4% des mineurs arrivant en prison déclarent avoir déjà utilisé de la drogue par voie intra-veineuse au moins une fois dans leur vie (contre 12% pour l'ensemble) et ceux qui déclarent une séropositivité VIH, VHB et/ou VHC sont en nombre très faible. Enfin, 32% des entrants mineurs déclarent une vaccination complète contre l'hépatite B. Cette proportion, très supérieure à celle déclarée par les majeurs, est probablement liée aux campagnes de vaccination réalisées auprès des adolescents.

T-06 entrants en prison en 1997 - examens complémentaires et consultations spécialisées prescrits

	en %
Entrants pour lesquels le médecin a prescrit un examen biologique (1)	
Ensemble des entrants	41,3
Entrants consommateurs de drogues par voie intra-veineuse au moins une fois	66,2
Entrants ayant eu un test de dépistage VIH, VHB et/ou VHC avant l'incarcération	41,9
Entrants positifs VIH, VHB et/ou VHC avant l'incarcération	68,9
Entrants pour lesquels le médecin a prescrit	
Un examen d'imagerie (2)	4,8
Entrants pour lesquels le médecin a prescrit	
Au moins une consultation spécialisée (3)	21,7
dont : Gynécologie (4)	19,5
Ophthalmologie	1,3
O.R.L.	0,6
Dermatologie	1,2
Gastro-entérologie	0,8
Suivi de l'infection par le V.I.H.	1,0
Psychiatrie (hors motif relatif à l'alcoolisme et/ou la toxicomanie)	
Ensemble des entrants	8,8
Entrants suivis régulièrement ou hospitalisés en psychiatrie dans les 12 mois précédant l'incarcération	36,8
Entrants ayant en cours un traitement par médicaments psychotropes	25,2
Alcoolologie ou psychiatrie pour motif en relation avec l'alcoolisme	4,0
Toxicomanie ou psychiatrie pour motif en relation avec la toxicomanie	6,7

(1) Hors sérologie de la syphilis.

(2) Radiologie, scanner, IRM, scintigraphie, échographie ... hors dépistage de la tuberculose et radio dentaire.

(3) Le total est inférieur à la somme des lignes, plusieurs consultations spécialisées pouvant être prescrites pour la même entrant.

Champ : France entière

source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DREES, Bureau État de Santé de la Population et DGS, Bureau SP2

LA COMPARAISON DES CONSOMMATIONS À RISQUE : LA MÉTHODE DES INDICES COMPARATIFS

Pour comparer entre elles deux populations ayant des répartitions par sexe et par âge aussi différentes que les entrants en prison et la population générale, il est nécessaire d'éliminer les effets liés à cette différence structurelle. La méthode des indices comparatifs utilisée ici est une méthode de standardisation indirecte sur l'âge. Elle consiste à faire le rapport entre les résultats observés dans la population étudiée et des résultats attendus pour cette population calculés en appliquant à l'effectif de chacune de ses tranches d'âge les résultats obtenus pour une population type.

Les données en population générale utilisées ici pour les consommations de tabac et d'alcool des 18 ans et plus et de psychotropes des 20 ans et plus proviennent de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. Pour la consommation de drogue dans les douze mois précédents, ce sont les résultats du Baromètre Santé adultes 95/96 du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) qui ont servi de données de référence en population générale. Les caractéristiques de la population de référence choisie sont celles des hommes telles qu'elles ressortent dans ces enquêtes. Par ailleurs, les données disponibles en population générale ne concernant que la France métropolitaine, les comparaisons effectuées excluent les personnes entrant dans les établissements pénitentiaires des DOM.

GLOSSAIRE

Entrant venant de l'état de liberté

Personne prévenue ou condamnée arrivant dans un établissement pénitentiaire en provenance du milieu libre et non pas d'un autre établissement pénitentiaire.

Prévenu

Personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

Condamné

Personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judiciaire définitive.

Maison d'arrêt

Etablissement pénitentiaire qui reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

Centre de détention

Etablissement pénitentiaire qui reçoit les condamnés considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures, d'où un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

Maison centrale

Etablissement pénitentiaire qui reçoit les condamnés les plus difficiles, d'où un régime de détention essentiellement axé sur la sécurité.

Centre pénitentiaire

Etablissement pénitentiaire qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt et centre de détention par exemple).

Programme 13 000

Programme de construction de 25 établissements pénitentiaires lancé en 1987 ; la construction, pour la totalité, puis la gestion courante (hôtellerie-restauration, santé, travail, formation professionnelle, maintenance), pour 21 d'entre eux, sont assurées par des groupements privés ; la garde, l'insertion et le greffe restent de la responsabilité de l'administration pénitentiaire et de son personnel.

POUR EN SAVOIR PLUS

- La santé des personnes entrant en prison en 1997, documents statistiques à paraître
- Le recours aux soins hospitaliers pour hépatite C chronique – Résultats de l'enquête du 30 mars au 5 avril 1998, S.Rusu-Dracos, B.Haury, N.Guignon, C.Parayre, A. Delhommeau, B.Thélot, Etudes et Résultats, n°2, janvier 1999
- Enquête un jour donné en milieu pénitentiaire sur l'infection à VIH - Résultats année 1997, M.Wcislo, M.C.Bonnevie, note SESI mai 1998
- Baromètre Santé adultes 95/96, Comité français d'éducation pour la santé, quatrième trimestre 1997
- Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, juin 1997
- La prise en charge sanitaire des détenus, Ministère du Travail et des Affaires sociales, Direction générale de la Santé et Direction des Hôpitaux et Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, plaquette, octobre 1996
- Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, Observatoire français des Drogues et Toxicomanies, édition 1996
- Consommation d'alcool et de tabac, enquête santé 1991-1992, documents statistiques n°262, septembre 1996
- Mise en place et évaluation d'une fiche épidémiologique sur la santé des détenus, ORS PACA, rapport final, décembre 1994
- La consommation régulière de psychotropes, N.Guignon, P.Mormiche, C.Sermet, INSEE PREMIERE n°310, avril 1994
- Les Français et leur santé, enquête santé 1991-1992, solidarité santé, études statistiques, n°1 janvier-mars 1994 et en particulier l'article de P.Boisselot et M.C.Rémond « Niveau de protection sociale et consommation de soins »
- Evaluation de l'état de santé et des besoins sanitaires de la population pénale : enquête novembre 1992 - mai 1993, ORS PACA, décembre 1993

ANNEXE 3

PRÉVALENCES COMPARÉES DU VIH ET DU VHC -
J. EMMANUELLI, InVs, 1999

PRÉVALENCES COMPARÉES DU VIH ET DU VHC AU SEIN DU MILIEU CARCÉRAL ET DU MILIEU LIBRE

JULIEN EMMANUELLI - InVs

1. Approche "population générale"

Pour comparer les prévalences du VIH/VHC au sein de la population totale du milieu carcéral et du milieu libre, on ajuste les *données recueillies en population générale* dans le milieu libre aux spécificités sociodémographiques (âge et sexe) de la population carcérale (95 % d'hommes, âgés de 18 à 65 ans environ).

Pour le VHC : le nombre total de personnes séropositives au VHC serait de 600 000. Étant donné qu'il n'y a pas de différence significative dans la distribution des cas selon le sexe et l'âge (autant d'hommes que de femmes à tous les âges de la vie concernés par le VHC), on peut grossièrement estimer à 300 000 le nombre d'hommes séropositifs au VHC, tous âges confondus. Ce qui, rapporté aux trente millions d'hommes vivant en France, situe aux alentours de 1 % la prévalence du VHC chez les hommes en milieu libre. En prison, la prévalence déclarée du VHC serait au moins de 4,4 %.

Après ajustement sur le sexe, le rapport des prévalences du VHC entre populations générales en milieu carcéral et en milieu libre est donc compris entre 4 et 5.

Pour le VIH : le nombre total de personnes séropositives au VIH est estimé à 120 000. Parmi elles, 90 000 seraient des hommes. Pour le VIH, la distribution des infections est associée à l'âge. Il faut donc rapporter ce nombre à la population des hommes âgés de 18 à 65 ans (18 300 000), ce qui situe aux alentours de 0,5 % la prévalence du VIH chez les hommes entre 18-65 ans en milieu libre. En prison, la prévalence déclarée du VIH serait au moins de 1,5 %.

Après ajustement sur le sexe et l'âge, le rapport de prévalence du VIH entre populations générales du milieu carcéral et du milieu libre est environ de 3.

2. Approche "usagers de drogue"

Pour comparer les prévalences du VIH/VHC au sein des populations d'usagers de drogues incarcérés et en milieu libre, on ajuste les *données recueillies auprès des usagers de drogues* en milieu libre aux spécificités sociodémographiques (âge et sexe) de la population carcérale (95 % d'hommes, âgés de 18 à 65 ans environ).

Pour le VHC : selon l'enquête réalisée par l'InVs et l'INSERM, la prévalence du VHC chez les UDIV de sexe masculin des programmes d'échange de seringues serait de 47 % (350/743).

En prison, la prévalence déclarée du VHC parmi les UDIV serait de 31,4 %.

Après ajustement sur le sexe, le rapport des prévalences du VHC entre populations UDIV du milieu carcéral et du milieu libre est égal à 0,7.

Pour le VIH : selon l'enquête réalisée par l'InVs et l'INSERM, la prévalence du VIH chez les UDIV de sexe masculin des programmes d'échange de seringues serait de 15,6 % (117/743).

En prison, la prévalence déclarée du VHC parmi les UDIV serait comprise entre 10 et 12,5 %.

Après ajustement sur le sexe, le rapport de prévalence du VHC entre populations UDIV du milieu carcéral et du milieu libre est compris entre 0,7 et 0,8.



ANNEXE 4

SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE MENÉE PAR L'ORS PACA/M. ROTILY
STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU CARCÉRAL
OCTOBRE 2000

STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES RISQUES DE L'INFECTION À VIH ET DES HÉPATITES EN MILIEU CARCÉRAL : SYNTHÈSE

Ce document est la synthèse du rapport remis à la Direction de l'administration pénitentiaire et à la Direction générale de la Santé en 1999. Deux chapitres du rapport (aspects réglementaires et politiques de réduction des risques dans les prisons européennes) ne sont pas présentés ici. Ne seront présentés dans cette synthèse que les éléments suivants :

- L'étude auprès des détenus sur la question des pratiques à risques de transmission du VIH et des virus des hépatites.
- L'étude auprès des médecins-chefs et des directeurs des établissements de deux régions administratives (Rennes et Marseille) sur la politique de lutte contre l'infection à VIH en milieu carcéral.
- L'étude qualitative auprès de différentes catégories de personnels pénitentiaires, visant à évaluer leur vécu de la politique de réduction des risques et leurs opinions sur l'intérêt et les limites des différentes mesures concernées.

I. Étude auprès des détenus

L'objectif principal de cette recherche, commune à huit pays européens, est d'estimer la prévalence du VIH et des comportements à risques associés en prison.

Les objectifs secondaires de cette étude sont les suivants :

- Estimer la prévalence des marqueurs biologiques de l'hépatite C.
- Étudier les traitements liés à l'usage de drogues et l'accès aux soins avant l'incarcération.

I.1 Matériel et méthodes

Une étude transversale a été réalisée dans quatre établissements français : une maison d'arrêt, un centre pénitentiaire, deux centres de détention. Deux établissements sont situés dans le Sud-Est de la France ; les deux autres dans l'Ouest de la France. Deux établissements sont publics, deux autres font partie du programme 13 000. Ces quatre sites ont été choisis en

fonction de l'acceptation et de la motivation de la part des équipes dirigeantes ainsi que du personnel médical. Ils n'ont pas été choisis du fait de problèmes particuliers liés à l'usage de drogues ou à la prévalence de l'infection à VIH. Les quatre sites ont été étudiés entre décembre 1997 et mai 1998.

Tous les détenus présents au jour de l'enquête ont été sollicités. Seuls ceux étant incarcérés en quartier d'isolement ou retenus du fait d'obligations juridiques (audience) ou médicales (hospitalisations, consultations...) n'ont pas été sollicités le jour de l'enquête.

Préparation du terrain

L'autorisation de déroulement des enquêtes a été délivrée par le ministre de la Justice. Les modalités de ce type d'enquête avaient été approuvées par le Conseil national du sida et la Commission d'information et liberté, lors d'une enquête tout à fait similaire.

Organisation

Les équipes administratives, médicales et sociales des différents établissements ont été informées des objectifs de l'enquête et associées à la définition des modalités pratiques de l'enquête. Les détenus étaient invités par lettre à participer à une étude "sur la prévention des maladies transmissibles et sur l'accès aux soins". Une information globale (radio ou télévision de la prison, bulletin, affiche...) a été réalisée. Dans deux établissements, nous avons pu nous entretenir avec un groupe de détenus avant la réalisation de l'étude.

Les détenus ont été invités dans un endroit permettant de bonnes conditions de remplissage du questionnaire et de remise d'un échantillon biologique, c'est-à-dire un lieu garantissant la confidentialité, la sécurité, la tranquillité et l'opportunité de remplir un document et de prélever un échantillon biologique. Il a été précisé aux détenus que l'équipe était indépendante de l'administration pénitentiaire et sanitaire de l'établissement, que la participation était volontaire et strictement anonyme, qu'aucune mesure ne serait prise à leur encontre en cas de non-participation.

Description du questionnaire

L'autoquestionnaire, strictement anonyme, portait sur les caractéristiques suivantes :

1. **Sociodémographiques** : classe d'âge, lieu de résidence principale depuis 1980.
2. **Informations pénales** : incarcérations antérieures, sentence, durée de la peine et de l'incarcération.
3. **Prise de drogues avant et pendant l'incarcération** : année de la première prise de drogue par injection, échanges d'aiguilles et de matériel...
4. **Tatouage et comportements sexuels avant et pendant l'incarcération.**
5. **Accès aux soins avant l'incarcération.**
6. **Antécédents médicaux** : antécédents de MST, hépatites, vaccination contre l'hépatite B, dépistage du sida et de l'hépatite C.

Anonymisation des données

Toutes les variables ont été précodées (découpées en classes), dans le but de ne jamais pouvoir relier de manière directe ou indirecte les réponses données aux personnes interrogées. L'interrogation des détenus se déroulait de la manière suivante : lorsque le détenu avait accepté de participer à l'enquête, il choisissait une enveloppe contenant une lettre d'information, un questionnaire, un test salivaire et deux coupons (demande de tests/vaccination, commentaires). Des étiquettes codes-barres, collées sur le questionnaire et sur l'échantillon biologique, permettaient de lier a posteriori les résultats du test au questionnaire. Le questionnaire rempli et le test salivaire étaient placés dans une urne fermée à clé.

Sérologie VIH

Les prélèvements salivaires ont été centrifugés, transportés à +2°, congelés à -20°, puis testés dans le même laboratoire, suivant la même technique (test Elisa troisième génération, ICE- Murex® ; avec confirmation par western-blot).

Services mis à la disposition des détenus

Les détenus voulant connaître leur statut sérologique avaient accès, en accord avec le service médical de l'établissement, à un test de dépistage des hépatites virales et de l'infection à VIH, ainsi qu'à une vaccination contre l'hépatite B.

1.2. Résultats

Aucune difficulté majeure n'a été rencontrée dans l'organisation de la collecte des données : le calendrier a été respecté. Autant les équipes de l'administration pénitentiaire que les détenus ont montré un grand esprit de collaboration à ce travail. Les questions qui ont été soulevées par les détenus et qui ont parfois été à l'origine d'un refus de participer à l'enquête concernaient les points suivants : le respect de l'anonymat, les craintes de détournement des prélèvements salivaires pour des dosages toxicologiques ou à des fins génétiques. Les taux de participation à l'enquête varient entre 62 % et 87 % suivant les sites (taux moyen : 72 %). Respectivement, 38 % et 32 % des détenus ont demandé un test de dépistage VIH/hépatite ou une vaccination contre l'hépatite B.

Les femmes représentent 12 % de l'échantillon ; 49 % ont 30 ans ou moins. Les détenus nés à l'étranger représentent 28 % de l'échantillon. La proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse au cours de la vie entière (UDVI) est d'en moyenne de 13 % à ajuster selon les sites. Les UDVI sont globalement plus jeunes que les non UDVI. D'autre part, ils ont plus souvent déjà fait l'expérience de la prison (73 % des UDVI vs 46 % des non UDVI, $p < 10^{-5}$) et y ont souvent passé plus d'un an depuis 1980 que les non UDVI.

TABLEAU 1

Caractéristiques sociodémographiques et pénales des détenus

	UDVI n=150 (13 %)	Non UDVI n=978 (87 %)	Total n=1212
Âge			
< 21 ans	5 %	8 %	8 %
21-25 ans	23 %	22 %	22 %
26-30 ans	27 %	19 %	19 %
31-35 ans	27 %	13 %	14 %
36-40 ans	9 %	11 %	11 %
> 41 ans	6 %	25 %	24 %
Non réponse	3 %	2 %	2 %
Vécu en France depuis 1980			
Oui	84 %	81 %	81 %
Non	13 %	17 %	16 %
Non réponse	3 %	3 %	3 %
Nature de la sentence			
Condamné	80 %	75 %	75 %
Prévenu	16 %	22 %	21 %
Non réponse	4 %	3 %	4 %
Nombre d'incarcérations antérieures			
Aucune	21 %	53 %	49 %
1 fois	15 %	17 %	16 %
2, 3 ou 4 fois	34 %	20 %	22 %
5 fois ou plus	28 %	9 %	11 %
Non réponse	2 %	1 %	2 %
Temps passé en prison depuis 1980			
Moins de 6 mois	13 %	17 %	17 %
Entre 6 et 12 mois	10 %	14 %	13 %
Entre 1 et 3 ans	26 %	29 %	29 %
Plus de 3 ans	49 %	35 %	36 %
Non réponse	2 %	5 %	6 %

UDVI : usager de drogues par voie intraveineuse.

Usage de drogues avant et pendant la détention

Tous les produits cités ont été déclarés fumés, sniffés ou avalés par les détenus avant ou pendant l'incarcération (tableau 2).

Parmi les UDVI, on note de forts pourcentages de réponses par l'affirmative pour l'utilisation avant l'incarcération de cannabis/haschich, de cocaïne, de Temgesic/Subutex® (sans qu'il soit possible ici de préciser s'il s'agissait d'un traitement prescrit ou non), de benzodiazépines et de codéine. Bien que les proportions déclarées soient inférieures pendant l'incarcération, dans tous les sites, par rapport à avant l'incarcération, on peut noter l'importance des prises déclarées de drogues illicites.

Dans le tableau 3, nous avons considéré comme actifs les UDVI déclarant s'être injecté de la drogue dans les douze mois précédant l'incarcération (sauf mention

"quatre semaines" : UDVI s'étant injecté de la drogue au cours des quatre semaines précédant l'incarcération).

31 % des UDVI sont des injecteurs récents (ayant commencé à s'injecter après 1992, c'est-à-dire depuis moins de cinq ans). La quasi-totalité des UDVI actifs dans les douze derniers mois l'étaient aussi dans les quatre dernières semaines. Un tiers environ des UDVI ont partagé leur matériel lors de leur dernière injection à l'extérieur (pratique plus souvent signalée par les UDVI actifs dans les quatre semaines). Un tiers des UDVI actifs dans les quatre semaines se sont injecté de la drogue durant cette période plus de cinquante fois ; les produits injectés étant dans la majorité des cas de la cocaïne et de l'héroïne dans près d'un cas sur deux de la cocaïne. Les amphétamines sont également un produit souvent déclaré, de même l'injection de Temgesic ou de Subutex®.

TABLEAU 2

Consommation de substances psychotropes et/ou toxiques au cours des douze mois précédant l'incarcération et durant l'incarcération.

	UDVI n=150 (13 %)	Non UDVI n=978 (87 %)	Total n=1212	p
Avant l'incarcération				
Codéine	33 %	4 %	7 %	****
Moscontin ou Skénan	13 %	0,5 %	2 %	****
Temgesic, Subutex®	42 %	4 %	8 %	****
Barbituriques	13 %	1 %	2 %	****
Cocaïne	56 %	13 %	18 %	****
Crack	13 %	2 %	3 %	****
Cannabis, haschich	73 %	34 %	37 %	****
Ecstasy	25 %	8 %	9 %	****
LSD, acide, hallucinogènes	21 %	6 %	7 %	****
Amphétamines ou speed	21 %	4 %	6 %	****
Benzodiazépines	40 %	7 %	11 %	****
Artane, Survector, Prozac	18 %	2 %	4 %	****
Méthadone	12 %	1 %	2 %	****
Tabac	84 %	68 %	67 %	***
Alcool	61 %	48 %	47 %	**
Pendant l'incarcération				
Codéine	21 %	1 %	3 %	****
Moscontin ou Skénan	7 %	0,3 %	1 %	****
Temgesic, Subutex®	35 %	3 %	7 %	****
Barbituriques	5 %	1 %	1 %	***
Cocaïne	26 %	5 %	7 %	****
Crack	9 %	1 %	2 %	****
Cannabis, haschich	55 %	24 %	26 %	****
Ecstasy	14 %	2 %	3 %	****
LSD, acide, hallucinogènes	13 %	2 %	3 %	****
Amphétamines ou speed	13 %	1 %	3 %	****
Benzodiazépines	26 %	8 %	9 %	****
Artane, Survector, Prozac	9 %	1 %	2 %	****
Méthadone	4 %	0,4 %	1 %	****
Tabac	64 %	63 %	60 %	*
Alcool	29 %	18 %	19 %	*

(p : degré de signification statistique.)

Les pratiques d'usage de drogues IV en milieu carcéral au cours de la vie ne sont déclarées que par les UDVI actifs dans les quatre semaines précédant l'incarcération (tableau 4). Parmi eux, 44 % se sont déjà injecté de la drogue en prison ; 7 % ont commencé à s'injecter en prison et 10 % ont déjà partagé leur matériel d'injection dans ce cadre. Au cours de la présente

incarcération, 28 % de ces UDVI actifs, au cours des quatre semaines précédant l'incarcération, ont déclaré s'être injecté de la drogue par voie intraveineuse au cours de la présente incarcération et 12 % d'entre eux l'ont fait plus de vingt fois. Par ailleurs, seulement 15 % ont déclaré avoir déjà utilisé l'eau de Javel pour désinfecter leur matériel d'injection en prison.

TABLEAU 3

Usage de drogues IV à l'extérieur de la prison
entre UDVI actifs et non actifs

	France (tous sites)		
	UDVI actifs	UDVI non actifs	Total UDVI
	n=103 (77%)	n=30 (23%)	n=150
Année de la 1^{re} injection			
1982 ou avant	11 %	30 %	17 %
1983-1985	18 %	17 %	17 %
1986-1988	21 %	20 %	19 %
1989-1991	15 %	17 %	16 %
1992-1994	15 %	13 %	17 %
1995 ou après	18 %	3 %	14 %
Non réponse	2 %	0	1 %
Partage du matériel lors de la dernière injection			
Oui	35 (34 %)	6 (20 %)	45 (30 %)
Non	58 (56 %)	24 (80 %)	86 (57 %)
Non réponse	10 (10 %)	0	19 (13 %)
Au cours des douze mois avant l'incarcération	Parmi les UDI actifs (n=103)		
A reçu un traitement par méthadone			
Oui	13 (14 %)		
Non	90 (86 %)		
Non réponse	0		
A reçu un traitement par Subutex®			
Oui	38 (37 %)		
Non	62 (60 %)		
Non réponse	3 (3 %)		
	UDVI actifs quatre semaines avant n=97		
Fréquence d'injection dans les quatre semaines avant l'incarcération			
Jamais	18 (19 %)		
1 à 5 fois	14 (14 %)		
6 à 10 fois	12 (12 %)		
11 à 20 fois	4 (4 %)		
21 à 50 fois	15 (15 %)		
Plus de 50 fois	27 (28 %)		
Non réponse	7 (7 %)		
Produits injectés dans les quatre semaines avant l'incarcération			
Héroïne	62 (64 %)		
Amphétamines	14 (14 %)		
Cocaïne	43 (44 %)		
Temgesic, Subutex®	23 (24 %)		
Benzodiazépines	11 (11 %)		
Autres	7 (7 %)		

Prise en charge de la toxicomanie

Sur l'ensemble des UDVI actifs, la moitié avait consulté un médecin ou une organisation spécialisée dans la prise en charge de la toxicomanie au cours des douze mois précédant l'incarcération ; 10 % d'entre eux ont déclaré suivre, avant d'entrer en prison, un traitement de substitution à base de méthadone et 35 % à base de Subutex®. Parmi eux, 73 % ont vu leur traitement à base de méthadone s'interrompre à leur entrée de prison, 60 % dans le cas du Subutex®. Ce dernier traitement semble donc davantage maintenu par les services médicaux en prison, mais le pourcentage de poursuite du traitement reste dans les deux cas très faible.

done et 35 % à base de Subutex®. Parmi eux, 73 % ont vu leur traitement à base de méthadone s'interrompre à leur entrée de prison, 60 % dans le cas du Subutex®. Ce dernier traitement semble donc davantage maintenu par les services médicaux en prison, mais le pourcentage de poursuite du traitement reste dans les deux cas très faible.

TABLEAU 4

Usage de drogues intraveineuses en prison parmi
les UDVI actifs dans les quatre semaines avant l'incarcération.

	France (tous sites)		
	UDVI actifs 4 sem	UDVI non actifs 4 sem	Total UDVI actifs
	n=97 (94 %)	n=6 (6 %)	n=103
En détention			
Injection de drogues au cours de l'incarcération	43	0	43 (42 %)
Première injection en prison	7	0	7 (7 %)
Partage du matériel en prison	10	0	10 (10 %)
Partage du matériel lors de la dernière injection en prison	9	0	9 (9 %)
Au cours des quatre dernières semaines de l'incarcération			
Injection de drogues au cours de l'incarcération	27	0	27 (27 %)
Fréquence d'injection			
Jamais	57	4	61 (59 %)
1 à 5 fois	10	0	10 (10 %)
6 à 10 fois	4	0	4 (4 %)
11 à 20 fois	1	0	1 (1 %)
21 à 50 fois	3	0	3 (3 %)
Plus de 50 fois	9	0	9 (9 %)
Non réponse	13	2	15 (15 %)
Recours à l'eau de Javel pour le matériel d'injection			
Jamais	61	3	64 (62 %)
1 à 5 fois	8	0	8 (8 %)
6 à 10 fois	1	0	1 (1 %)
11 à 20 fois	0	0	0
21 à 50 fois	1	0	1 (1 %)
Plus de 50 fois	6	0	6 (6 %)
Non réponse	20	3	23 (22 %)
Juste avant l'incarcération			
Sous méthadone			
Oui	10 %	17 %	11 %
Non	86 %	83 %	85 %
Non réponse	4 %	0	4 %
Sous Subutex®			
Oui	34 (35 %)	1	35 (34 %)
Non	60 (62 %)	5	65 (63 %)
Non réponse	3 (3 %)	0	3 (3 %)
Juste avant l'incarcération			
Méthadone arrêtée en prison			
Oui	7/10	1/1	8/11
Non	3/10	0	3/11
Non réponse	0	0	0
Subutex® arrêté en prison			
Oui	21/34	1/1	22/35
Non	13/34	0	13/35
Non réponse	0	0	0
A consulté un médecin pour un problème de drogue			
Oui	49 (51 %)	0	49 (48 %)
Non	43 (44 %)	4	47 (46 %)
Non réponse	5 (5 %)	3	7 (6 %)

Comme avant l'incarcération, la moitié des UDVI actifs ont consulté pendant leur incarcération un médecin pour leur problème de drogue : dans plus d'un cas sur trois, ce médecin leur a prescrit des neuroleptiques, et dans près d'un cas sur quatre du Subutex® ou d'autres benzodiazépines. Au total, 10 % des UDVI actifs ont déclaré qu'un médecin d'un établissement pénitentiaire leur avait prescrit de la méthadone.

Autres pratiques à risques durant l'incarcération

Parmi les 1212 détenus ayant participé à l'enquête, 1 % a déclaré avoir déjà eu en détention des rapports homosexuels par voie anale ; 8 % ont déclaré avoir eu des rapports hétérosexuels en détention. 1 % dit avoir déjà accepté de l'argent pour des rapports sexuels au cours de la détention. Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels en détention (n=105), 20 % disent avoir eu recours à un préservatif. Un tiers des détenus ne savaient pas que des préservatifs étaient disponibles en détention, 27 % ont dit qu'ils étaient disponibles auprès de l'infirmerie et 29 % auprès du médecin.

Concernant le tatouage, 19 % ont déclaré s'être tatoué durant un épisode d'incarcération ; les détenus UDVI étaient plus nombreux à avoir déclaré cette pratique (39 % vs. 18 % chez les non UDVI, $p<0,0001$).

Vaccination et dépistage du VIH

Près de la moitié des détenus ont dit avoir reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite B (28 % les trois injections). Les détenus UDVI n'étaient pas plus fréquemment vaccinés que les non UDVI. Parmi les non-vaccinés, 78 % accepteraient d'être vaccinés contre l'hépatite B.

Deux détenus sur trois (67 %, IC₉₅ % = [64,5 % ; 69,8 %]) se sont déjà fait dépister pour le VIH au cours de leur vie ; les UDVI sont plus nombreux à s'être fait dépister (76 % vs 69 % des non UDVI, $p<0,05$). La séroprévalence au VIH déclarée parmi les sujets ayant accepté le dépistage des anticorps salivaires est de 25/1032, soit de 2,42 % [1,48 % ; 3,36 %] IC₉₅ %. Elle était plus élevée chez les UDVI que chez les non UDVI (11,4 % vs 1 %, $p<0,00001$). Dans cette même population, la séroprévalence estimée par le dépistage des anticorps salivaires est de 23/1032, soit de 2,23 % [1,33 % ; 3,13 %] IC₉₅ %. La séroprévalence au VIH déclarée parmi ceux n'ayant pas eu de dépistage

salivaire est de 1,67 % [0 ; 3,56 %]. Parmi les détenus ayant eu un test de dépistage salivaire VIH positif, un se déclarait négatif, un n'avait pas déclaré son statut et quatre déclaraient n'avoir jamais passé de test de dépistage.

Déterminants de la prise de drogue IV en prison au cours de la vie

Sur les cent cinquante détenus UDVI de l'échantillon, quarante-huit (soit 32 %) déclarent avoir déjà utilisé de la drogue par voie intraveineuse en prison. Une analyse multivariée montre que plusieurs facteurs sont associés de manière indépendante à l'existence de cette pratique. Les caractéristiques des personnes qui déclarent s'être injecté de la drogue au cours d'une incarcération sont les suivantes : avoir eu au moins un partenaire UDVI au cours des douze mois précédant l'incarcération, avoir consommé de l'alcool pendant l'incarcération, avoir fumé, sniffé ou ingéré des opiacés pendant l'incarcération, ne pas être vacciné contre l'hépatite B, être en détention préventive, ne pas avoir fumé, sniffé ou ingéré des barbituriques avant, avoir été tatoué en détention et avoir suivi un traitement de méthadone avant la détention. Il semble donc que les détenus qui s'injectent en prison ont régulièrement des comportements à risques liés ou pas à l'usage de drogues, avant et pendant l'incarcération.

Une autre analyse ne concerne que les UDVI actifs dans les quatre semaines avant l'incarcération, afin de pouvoir prendre en compte toutes les variables de consommation de drogues. Cela concerne donc quatre-vingt-dix-sept sujets, dont vingt sept (soit 28 %) déclarent s'être injecté de la drogue au cours de cette incarcération.

Parmi les UDVI au cours de l'incarcération (nommés UDVI-prison), 30 % étaient sous méthadone juste avant d'entrer en prison (vs 9 % des non UDVI-prison, $p<0,01$) ; 52 % étaient sous Subutex® avant d'entrer (vs 33 %, $p=0,08$). Ils étaient plus nombreux à fumer, sniffer ou avaler du crack ou du LSD avant (52 % vs 27 %, $p<0,05$), du cannabis/haschich (89 % vs 69 %, $p<0,05$), à s'être injecté dans les quatre semaines avant l'incarcération des amphétamines (26 % vs 10 %, $p=0,05$), de la cocaïne (59 % vs 30 %, $p<0,01$), à avoir fumé, sniffé ou avalé du crack ou du LSD (41 % vs 11 %, $p=0,001$), du cannabis/haschich (74 % vs 44 %, $p<0,01$) et de l'alcool (48 % vs 23 %, $p=0,01$) pendant leur incarcération.

Déterminants de la prise de drogue IV en prison au cours de la présente incarcération

Les facteurs explicatifs de l'usage de drogues en prison sont le fait d'avoir fumé, sniffé ou avalé du crack ou du LSD pendant l'incarcération, d'avoir eu au moins un partenaire séropositif au VIH avant l'incarcération et d'avoir été sous traitement à base de

méthadone avant. Là encore, aucun facteur sociodémographique ni pénal n'intervient, pas plus que les pratiques d'injection de drogues (fréquence et type de produit injecté). Les détenus déclarant des injections au cours de l'incarcération semblent avoir adopté un ensemble de comportements à risques. Le lien entre substitution par la méthadone et usage de drogues en prison est explicité dans la partie qui suit.

TABLEAU 5

Résultats de la régression logistique sur l'usage de drogue en prison au cours de la vie

Variable	p	Odds-ratio	IC* min.	IC* max.
Injection de drogues au cours de la vie				
Non consommation de barbituriques avant l'incarcération	0,01	4,1	1,32	13,00
Consommation d'opiacés pendant l'incarcération	0,002	5,9	1,90	18,25
Consommation d'alcool pendant l'incarcération	0,004	5	1,68	14,74
Sous méthadone avant l'incarcération	0,06	4,7	0,97	23,09
Non vacciné contre l'hépatite B	0,01	4,9	1,38	17,29
Tatouage pendant l'incarcération	0,02	3,2	1,18	8,73
Prévenu	0,03	4,2	1,15	15,57
Partenaire sexuel UDVI	0,003	5	1,73	14,37
Injection de drogues au cours de la présente incarcération				
Usage de crack ou de LSD pendant l'incarcération	0,005	6	1,73	20,50
Sous méthadone avant l'incarcération	0,02	6	1,31	26,99
Partenaire sexuel séropositif VIH	0,02	4,10	1,24	13,86

* IC : Intervalle de confiance

Relation entre substitution par la méthadone et usage de drogues au cours de l'incarcération

Sur les cent cinquante détenus UDVI, vingt étaient sous programme de substitution par la méthadone dans les douze mois précédant l'incarcération. Parmi ces vingt détenus, 70 % étaient des UDVI actifs dans les douze derniers mois ainsi que dans les quatre dernières semaines ; 60 % déclarent avoir vu leur traitement interrompu lors de leur entrée en prison.

Parmi les UDVI actifs dans les quatre dernières semaines, et sous méthadone avant d'entrer en prison (n=14), huit détenus (57 %) déclarent s'être injecté en prison dont cinq qui avaient vu leur traitement par méthadone s'arrêter à leur entrée.

Parmi les UDVI non actifs qui étaient sous méthadone avant d'entrer en prison (n=6), un détenu

déclare avoir vu son traitement s'arrêter et s'être injecté de la drogue au cours de son incarcération.

Le fait d'avoir été sous méthadone avant d'entrer en prison est lié à l'usage de drogues en prison : en ajustant sur l'activité toxicomaniaque avant l'incarcération, on observe que les détenus UDVI qui étaient sous méthadone avant d'entrer en prison ont 5,6 fois plus de risques de s'injecter de la drogue en prison que les UDVI qui n'étaient pas sous méthadone avant l'incarcération ($p < 0,001$; $IC_{95\%} = [1,8 ; 17,6]$). En revanche, aucune différence n'est constatée entre substitués et non substitués avant l'incarcération, quant au partage du matériel lors de la dernière injection en prison.

Il s'avère que certains de ces éléments sont également vérifiés dans le cas de la substitution par Subutex® : sur les quarante-huit détenus qui déclarent ce traitement avant l'incarcération, trente-sept (77 %) s'étaient injecté de la drogue dans les quatre dernières

semaines et 58 % ont vu leur traitement s'interrompre en entrant en prison. A activité toxicomaniaque égale avant l'incarcération, les détenus sous substitution par Subutex® avant d'entrer en prison ont 2,5 fois plus de risques de s'injecter de la drogue au cours de l'incarcération que les autres détenus UDVI ($p=0,04$; $IC_{95} \%=[1,03 ; 6,08]$).

Il semble donc que la population d'UDI actifs bénéficiant d'un traitement de substitution avant l'incarcération soit particulièrement confrontée au risque de s'injecter des drogues durant l'incarcération.

La prise d'un traitement de substitution peut constituer un marqueur indirect de la gravité de la dépendance, gravité qui peut expliquer le recours à l'injection, y compris en détention. Il est également possible que l'interruption des traitements de substitution soit à l'origine d'un état de manque qui se traduise par le recours à l'injection au cours de la détention. Cette étude rétrospective ne peut affirmer le lien de cause à effet entre arrêt de la substitution et injection de drogue en détention ; elle peut uniquement faire évoquer fortement cette possibilité. Seule une étude prospective pourrait répondre de manière formelle à cette question. Il n'en demeure pas moins que les personnes bénéficiant d'un traitement de substitution devraient faire l'objet d'une attention particulière lors de leur incarcération. Ces résultats soulignent l'importance de poursuivre ou d'initier un traitement de substitution en détention ; une étude préalable avait déjà montré le lien entre risque d'incarcération et traitement de substitution¹.

Rapports hétérosexuels en prison

Sur les mille cent quatre-vingt-trois répondants à la question sur les rapports hétérosexuels au parloir,

quatre-vingt-quatorze (soit 8 %) ont répondu par l'affirmative. Parmi eux, 94 % sont des hommes (vs 87 % parmi ceux qui ne déclarent pas cette pratique, $p=0,05$) ; ils sont globalement plus jeunes (60 % ont moins de trente ans vs 48 % de ceux qui ont répondu non, $p<0,01$), plus souvent condamnés (84 % vs 74 %, $p<0,01$), plus souvent réincarcérés (62 % vs 49 %, $p<0,05$), et ont passé plus de temps en prison depuis 1980 (63 % plus de trois ans vs 34 % des répondants non, $p<0,05$). Ils sont plus souvent des UDVI (24 % vs 11 %, $p<0,001$). Ils ont plus souvent consulté un médecin avant l'incarcération pour un problème de drogues (18 % vs 10 %, $p<0,05$) et également pendant l'incarcération (17 % vs 10 %, $p<0,01$), étaient plus souvent sous Subutex® (12 % vs 5 %, $p<0,01$). Ils se sont plus souvent déjà injecté de la drogue en prison au cours de leur vie (12 % vs 4 %, $p<0,001$) et même au cours de cette incarcération (7 % vs 3 %, $p=0,08$).

Le multipartenariat est plus fréquent parmi ceux qui déclarent des rapports hétérosexuels au parloir (75 % vs 48 % de ceux qui ne déclarent pas cette pratique, $p<0,001$), l'existence de partenaires UDVI avant est également plus fréquente (17 % vs 6 %, $p<0,001$), de même que la prostitution avant (15 % vs 5 %, $p<0,001$). Ils sont également plus nombreux à déclarer aussi des rapports homosexuels en prison (3 % vs 1 %, $p<0,05$) et un tatouage au cours de l'incarcération (42 % vs 17 %, $p<0,05$).

Concernant les antécédents médicaux et les tests de dépistage, les détenus qui déclarent des rapports au parloir ont plus souvent déjà eu une hépatite virale (23 % vs 14 %, $p<0,05$), et avoir été traités pour une MST (16 % vs 9 %, $p=0,09$). Ils ont plus souvent été dépistés pour le VIH (77 % vs 66 %, $p=0,07$) et également pour le VHC (48 % vs 26 %, $p<0,05$).

TABLEAU 6

Résultats de la régression logistique sur les relations hétérosexuelles au cours de l'incarcération

Variable	Sig	Odds-ratio	IC min.	IC max.
Tatouage pendant	$p<10^{-5}$	2,9	1,87	4,62
Multipartenaire avant	$p<10^{-5}$	2,9	1,76	4,88

Les relations hétérosexuelles en prison sont donc particulièrement liées aux pratiques de multipartenariat et de tatouage en prison. L'usage de drogues n'intervient pas dans les résultats, pas plus que les

statuts sérologiques des détenus. Sur les vingt-trois détenus séropositifs au VIH, trois ont déclaré un rapport hétérosexuel au parloir (soit 13 % ; $IC_{90} \%=[0,7 \% ; 25,4]$).

¹ Pratiques à risque de transmission du VIH en milieu carcéral et facteurs associés à la réincarcération des usagers de drogues par voie intraveineuse. Rotily M et al. Presse médicale 2000 ; 29(28) : 1549-56.

Rapports homosexuels en prison

Sur les mille soixante et un détenus hommes de l'échantillon, quatorze (soit 1 %) ont déclaré avoir eu des rapports homosexuels au cours de l'incarcération. Ceux-là ont plus souvent été traités à base de méthadone avant leur incarcération (14 % vs 2 % parmi ceux ne déclarant pas de rapports homosexuels en prison, $p=0,01$). Ils déclarent plus souvent avoir eu

des rapports homosexuels avant (21 % vs 1 %, $p<10^{-5}$), se sont plus souvent prostitués avant (29 % vs 5 %, $p<0,001$), et y ont également plus souvent eu recours en tant que client (43 % vs 14 %, $p<0,01$). Ils ont plus souvent été traités pour une MST (29 % vs 9 %, $p<0,05$), et ont tendance à avoir eu plus souvent des rapports hétérosexuels au parloir (21 % vs 8 %, $p=0,1$).

TABLEAU 7

Résultats de la régression logistique sur les rapports homosexuels au cours de l'incarcération

Variable	Sig	Odds-ratio	IC min.	IC max.
Homosexuel avant	$p<10^{-5}$	23,4	5,67	96,6
Hétérosexuel pendant	0,05	3,9	1,0	14,96

Les effectifs étant très faibles, il est nécessaire de prendre ces résultats avec précaution. Ceux-ci montrent toutefois que l'homosexualité avant l'incarcération et l'hétérosexualité déclarée pendant l'incarcération sont des facteurs associés à l'existence de rapports homosexuels en prison. Aucune variable sociodémographique, aucune variable de drogues ne semblent jouer un rôle dans la déclaration de cette pratique. Des effectifs plus importants nous permettraient de confirmer ces résultats ou d'obtenir de nouveaux éléments que l'analyse actuelle ne prend pas en compte, par manque d'effectifs.

Déterminants du tatouage en prison

Sur l'ensemble des détenus, deux cent-trente-cinq ont déclaré s'être tatoué en prison, soit 19 % de l'échantillon. Parmi ceux-là, 94 % sont des hommes (vs 86 % parmi ceux qui ne se sont pas tatoués, $p<0,01$), 68 % ont moins de trente ans (vs 44 %, $p<10^{-5}$), 12 % sont nés à l'étranger (vs 33 %, $p<10^{-5}$), 8 % sont des migrants (vs 18 %, $p<0,001$), 64 % avaient déjà été incarcérés (vs 47 %, $p<10^{-5}$) et 57 % ont passé plus de trois ans de leur vie en prison depuis 1980

(vs 31 %, $p<0,05$). 17 % d'entre eux avaient consulté un médecin pour un problème de drogue avant l'incarcération (vs 9 %, $p<0,001$), 6 % étaient sous méthadone avant (vs 2 %, $p<0,001$) et 12 % sous Subutex® (vs 4 %, $p<10^{-4}$). Ils étaient plus souvent UDVI (25 % vs 9 %, $p<10^{-5}$) et plus souvent UDVI actifs dans les quatre semaines avant l'incarcération (18 % vs 6 %, $p<10^{-5}$). Ils déclarent plus souvent avoir fumé, sniffé ou avalé des produits avant et pendant l'incarcération. Ils déclarent plus souvent s'être déjà injecté de la drogue en prison au cours de leur vie (1 % vs 3 %, $p<10^{-5}$) et au cours de cette incarcération (6 % vs 1 %, $p<10^{-5}$).

Le multipartenariat et l'homosexualité avant l'incarcération sont plus souvent déclarés par ceux qui se sont tatoués en prison (64 % vs 47 % pour le multipartenariat et 3 % vs 2 % pour l'homosexualité, $p<10^{-5}$). L'existence de partenaires UDVI ou séropositifs au VIH est également plus fréquente parmi les tatoués (13 % et 10 % vs 5 % et 4 %, $p<0,001$). Ceux-ci déclarent plus souvent des rapports hétérosexuels au parloir (17 % vs 6 %, $p<10^{-5}$) et présentent une prévalence au VHC supérieure (12 % vs 5 %, $p<0,001$).

TABLEAU 8

Résultats de la régression logistique sur le tatouage au cours de l'incarcération

Variable	Sig	Odds-ratio	IC min.	IC max.
Âge (réf. : plus de quarante ans)				
moins de trente ans	$p<10^{-5}$	3,7	2,47	5,70
Entre trente et quarante ans	0,04	1,9	1,15	3,00
Nés en France	$p<10^{-5}$	3,8	2,65	5,55
UDVI vie entière	$p<10^{-5}$	2,6	1,80	3,64
Hétérosexuel prison	$p<10^{-3}$	2,4	1,61	3,60
Homme	0,02	2,0	1,23	3,38
Réincarcéré	0,02	1,5	1,12	1,95

On voit donc, d'après les résultats de la régression logistique, que tous ces facteurs (âge, lieu de naissance, usage de drogues, rapports sexuels en prison, sexe et notion de réincarcération) sont liés, indépendamment des autres facteurs, à la pratique du tatouage en prison. Les pratiques à risques sont donc très souvent liées (à l'extérieur comme à l'intérieur de la prison).

1.3. Discussion

Cette étude multicentrique a confirmé l'excellente acceptation de ce type d'enquête, tant parmi le personnel médical et pénitentiaire de la prison que parmi les détenus. Le principe de l'autoquestionnaire, respectant au mieux l'anonymat de la personne qui le remplit, est largement accepté. Lorsque le remplissage en face à face est nécessaire, celui-ci se déroule dans de bonnes conditions, même si l'on peut craindre alors, de la part des détenus une sous-déclaration de certaines pratiques. Le principe des tests salivaires est également largement accepté. Des réticences peuvent être émises, mais sont souvent très vite dissipées. La présence dans l'équipe d'enquête de diverses personnes impliquées dans les analyses (biologiques et statistiques) a parfois permis de rassurer certains détenus, notamment quant à l'anonymat et à l'utilisation ultérieure des réponses et de la salive prélevée. Des études réalisées dans d'autres pays européens, notamment la Grèce, l'Angleterre et l'Écosse, avaient déjà montré la forte proportion d'UDI parmi les détenus, la forte séroprévalence au VIH dans cette population ainsi que l'existence de pratiques à risques, au sein du milieu carcéral. Tout ceci est confirmé par cette enquête qui regroupe un nombre important de détenus (mille deux cents) et qui amène par ailleurs des éléments originaux.

Le nombre important de détenus nous a permis d'affiner certaines analyses statistiques, notamment sur l'hétérosexualité et le tatouage en prison. Cependant, pour d'autres pratiques, par exemple l'usage de drogues et l'homosexualité en détention, les effectifs ne permettent pas toujours d'analyser de manière très fine et avec suffisamment de fiabilité les déterminants des pratiques.

On peut souligner l'insuffisance de la couverture vaccinale contre l'hépatite B (28 % sont complètement vaccinés), notamment chez les UDI, malgré sa forte acceptation ; 79 % des détenus l'accepteraient si elle leur était proposée.

L'analyse des déterminants de l'usage de drogues en détention montre que les détenus qui étaient sous

substitution par méthadone (ou Subutex®) et actifs avant leur incarcération risquent plus de s'injecter en prison que ceux qui n'étaient pas substitués. Lorsque l'on sait que les traitements de substitution ne sont pas, dans leur majorité, poursuivis en milieu carcéral, on peut alors penser que l'interruption de ces traitements les expose à une prise de risque supplémentaire au sein du milieu carcéral. Il faut donc que ces traitements, lorsqu'ils sont initiés à l'extérieur, soient poursuivis en prison, dans un but de protection et de resocialisation du détenu toxico-mane. Là encore, de plus grands effectifs permettraient de mieux évaluer l'impact de l'arrêt de la substitution sur la prise de risques en prison (l'effectif de détenus UDVI non actifs mais sous méthadone avant d'entrer en prison étant ici trop faible pour pouvoir introduire cette modalité séparément dans l'analyse).

Les proportions non négligeables de détenus déclarant des relations hétérosexuelles dans les parloirs (8 %) et homosexuelles dans la prison (2 %) doivent nous amener à réfléchir sur les conditions d'hygiène de ces rapports. La disponibilité des préservatifs à l'infirmerie n'étant pas connue de tous les détenus (un tiers déclare qu'ils ne sont pas disponibles, de quelque manière que ce soit), il est nécessaire d'améliorer l'information faite à ce sujet lorsque le détenu entre en prison et, éventuellement, de réfléchir à une plus grande disponibilité de ce moyen de prévention.

Au total, cette étude apporte des arguments pour renforcer la politique de réduction des risques en milieu carcéral, notamment la mise en place de programmes innovants, et plaide pour un dispositif d'évaluation approprié de cette politique.

II. L'étude auprès des médecins-chefs et des directeurs d'établissement

II.1. Objectifs de l'enquête

L'objectif principal de cette enquête est de collecter des données sur la politique de lutte contre les maladies transmissibles (infection à VIH, hépatites virales) en milieu carcéral. Les objectifs induits de cette enquête sont donc :

1. Rendre compte de l'accès aux soins et du fonctionnement des services médicaux face aux problèmes liés à l'infection à VIH et aux hépatites.
2. Apprécier les comportements à risques et l'impact des mesures officielles engagées.

II.2. Méthodologie

Un questionnaire postal accompagné d'une lettre explicative a été adressé au cours du dernier trimestre 1997 aux responsables médicaux (médecins-chefs) et aux responsables pénitentiaires (directeurs) de l'ensemble des établissements relevant des Directions régionales de Rennes et de Marseille, soit trente-six établissements ; vingt-neuf directeurs d'établissement et vingt-cinq médecins responsables ont accepté de participer à cette enquête, soit 75 % des personnes sollicitées. Le questionnaire adressé aux médecins était nominatif tandis que celui adressé aux directeurs préservait l'anonymat.

II.3. Principaux résultats

Force est de constater que les actions de prévention de l'infection à VIH, du sida et des hépatites, ne sont pas effectives dans tous les établissements. À titre d'exemple, seuls neuf établissements sur vingt-quatre ont mis en place une coordination sur les actions de prévention de l'infection à VIH et des hépatites C. Lorsque l'on interroge les médecins sur les obstacles rencontrés par la politique actuelle de réduction des risques, la plupart mettent l'accent sur *l'information et l'effort à produire en matière de thérapie pour les sujets toxicomanes*. Il est notamment fait allusion à un meilleur suivi des usagers de drogues ayant un traitement de substitution et à un meilleur accès à ces traitements. *Une meilleure gestion des prescriptions médicamenteuses* est aussi préconisée, notamment pour éviter le trafic, ainsi qu'un contrôle plus rigoureux des détenus, des cellules et des parloirs.

Pour améliorer la politique de réduction des risques, les directeurs d'établissement, dans leurs réponses suggèrent trois axes de réflexion :

- Le premier axe porte sur *l'information et la formation*. L'information doit être véhiculée auprès des détenus et du personnel, et doit porter sur la nature de ces maladies, leurs modes de transmission ainsi que les traitements existants. On suggère alors l'intervention du service médical ou de structures associatives par le biais de conférences et de distributions de brochures... Une plus grande permanence d'équipes pluridisciplinaires dans les UCSA ou les services médicaux du programme 13000 est également suggérée. L'accent est mis sur l'insuffisance des effectifs du personnel médical, ainsi que sur le manque de communication entre les instances médicales et administratives.
- Le deuxième axe porte sur la nécessité de *renforcer, auprès des détenus, la proposition de dépistage (VIH et VHC) et les vaccinations* qui devraient alors prendre, pour certains, un caractère

obligatoire. Ceci contraste avec les résultats de l'étude épidémiologique qui montre que le dépistage et la vaccination sont très bien acceptés sur la base du volontariat.

- Le troisième axe de réflexion est celui de la *surpopulation et de la promiscuité en milieu carcéral*. Ce paramètre, vecteur de risques, est souligné pour exprimer la difficulté que rencontre le personnel pénitentiaire pour gérer certaines situations.

Globalement, les médecins qui ont eu à s'exprimer sur les difficultés de prise en charge de ces maladies considèrent notamment que ces maladies devraient faire l'objet d'une hospitalisation. Il est fait allusion à la crainte du détenu d'être isolé, voire exclu. Visiblement, bien que la prise en charge de ces malades ne pose pas de problèmes a priori, elle s'avère difficile surtout sur un plan matériel : manque d'équipements du service médical, difficultés pour les prises de rendez-vous avec les spécialistes, en particulier les examens externes, insuffisance de formation des équipes médicales... Les médecins signalent enfin que les efforts en matière d'information doivent plutôt être concentrés aujourd'hui sur les hépatites virales que sur le sida.

Le milieu carcéral ne semble pas très approprié, selon les médecins, pour accueillir les usagers de drogues pour lesquels il faut songer à fournir une solide assistance psychologique.

Limites de cette étude

Quelques questions, notamment quantitatives, n'ont pu être exploitées, compte tenu de la difficulté pour le répondant d'évaluer quantitativement tel ou tel fait. Pour exemple, il nous a été impossible dans le questionnaire médecin d'exploiter les modalités relatives au nombre d'heures de consultations médicales réalisées dans le mois ou dans l'année. De même, certaines questions concernant les pratiques de prostitution d'une part, et le volume de préservatifs distribués d'autre part, ont mal été interprétées. Il faut souligner la sensibilité de certaines questions sur la réduction des risques et le retrait qu'elles inspirent naturellement à de nombreux répondants. Il faut encore souligner que les arguments les plus fréquemment utilisés par les directeurs d'établissement pour exprimer une opinion défavorable en matière de mise en place de mesures visant à réduire les risques, reposent souvent sur le plan juridique et sur les mesures de sécurité. Néanmoins, les résultats de cette enquête sont encourageants et certaines tendances, tant au niveau des opinions qu'au niveau des pratiques, semblent se dégager. Une extension de ces enquêtes à d'autres établissements serait souhaitable.

III. L'étude qualitative auprès de différentes catégories de personnels

III.1. Objectifs

Afin de lutter contre la propagation de l'infection à VIH et des hépatites virales dans les prisons françaises, une série de mesures ont été adoptées par les autorités compétentes. La circulaire du 5 décembre 1996 émanant conjointement de la Direction de l'administration pénitentiaire et de la Direction générale de la Santé fixe les orientations de la politique de lutte contre le sida en milieu carcéral. Cette politique se décompose en plusieurs volets qui se rapportent, respectivement, aux conditions d'accès aux préservatifs et à l'eau de Javel, aux conduites à tenir en cas d'exposition professionnelle au sang ou aux liquides biologiques, à l'accès aux traitements de la dépendance aux opiacés, enfin aux actions de formation en direction des personnels pénitentiaires ou médicaux. Cette enquête a pour principaux objectifs :

- d'appréhender la manière dont les différentes catégories de personnels pénitentiaires ont vécu la mise en place de la politique de réduction des risques ;
- de rendre compte de l'opinion des personnels sur l'intérêt ou les limites des différentes mesures concernées.

Cependant, apprécier la portée de la politique française de lutte contre l'infection à VIH en milieu carcéral, conduit en quelque sorte à évaluer les différentes mesures qui s'y rattachent au regard de ce qui se passe en milieu libre, mais aussi par rapport à ce qui peut se passer dans d'autres pays européens. Il est par conséquent intéressant de repérer ces différents obstacles, tels que les personnels pénitentiaires les identifient ou du moins les ressentent : qu'est-ce qui, selon ces catégories de professionnels, s'oppose au développement plus étendu d'une politique de réduction des risques en prison ? Une attention toute particulière est accordée aux programmes d'échanges de seringues, aux parloirs "conjugaux" et unités de visite familiale et aux unités sans drogues.

Cette enquête a pour objectif secondaire d'apprécier l'adéquation de certaines expériences pilotes conduites dans d'autres pays européens à la réalité carcérale française à deux niveaux : celui des représentations et des convictions des personnels pénitentiaires rencontrés, mais aussi, celui plus objectif des conditions particulières qui ont présidé à la mise en œuvre d'expériences pilotes, notamment les programmes d'échanges de seringues conduits en Suisse, en Allemagne, Vechta et Lingen (Basse-Saxe) et en Espagne, Basauri (Bilbao, Pays basque).

III.2. Méthode

Cette enquête, dont la démarche est qualitative, se situe dans le prolongement de celle réalisée auprès des directeurs et des médecins responsables de l'ensemble des établissements relevant des directions régionales de Rennes et de Marseille. Une série d'entretiens a donc été réalisée en 1997-1998 auprès de différents professionnels ciblés : directeurs d'établissement, chefs de détention, surveillants, ou bien encore, conseillers d'insertion et de probation. Les entretiens semi-directifs ont été conduits à l'aide d'une série de questions et de relances organisées en trois thèmes successifs. Ces thèmes recouvrent les différentes mesures de la lutte contre l'infection à VIH en milieu carcéral, précisées dans la circulaire du 5 décembre 1996. Un thème a cependant été volontairement écarté, celui des conduites à tenir en cas d'exposition professionnelle au sang ou aux liquides biologiques, dans la mesure où il s'agit là d'une procédure médicale et administrative.

III.3. Principaux résultats et propositions de recommandations

Les réactions, jugements ou opinions recueillis dans le cadre des entretiens, nous permettent de mieux entrevoir les déterminants susceptibles d'améliorer ou, tout au contraire, de faire obstacle à l'application de mesures de lutte contre l'infection à VIH dans les établissements pénitentiaires français. Des éléments de différents ordres, indépendants du problème particulier de l'infection à VIH, constituent des obstacles certains au développement de la politique de prévention du VIH en direction de la population pénale française. Quelques recommandations générales peuvent être proposées à la suite de cette étude auprès du personnel pénitentiaire.

- Redéfinir et clarifier le statut des pratiques à risque

Une clarification des textes serait souhaitable en vue d'aplanir toute contradiction. Face aux divergences d'appréciation dont font preuve les responsables d'établissement, il semble qu'une précision sur le caractère disciplinaire ou non de la sexualité en détention permettrait au personnel pénitentiaire d'avoir une meilleure compréhension de la démarche de prévention des maladies sexuellement transmissibles. La question paraît simple, mais trouve rarement de réponses précises : dans quelles conditions les pratiques sexuelles en prison sont-elles répréhensibles ? En revanche, l'usage de drogues renvoyant à un problème plus complexe qui dépasse le cadre de la prison, il semble plus difficile, dans le cadre de l'administration pénitentiaire, d'intervenir à ce niveau.

- **Promouvoir auprès des responsables d'établissement des procédures de consultation du personnel et d'accompagnement de l'application des mesures de lutte contre l'infection à VIH ou les hépatites**

Un accompagnement de décisions administratives auprès du personnel des établissements aurait, dans bien des cas, permis d'éviter des prises de position trop radicales et de ménager la sensibilité de certaines catégories de personnel. Que cette concertation soit antérieure ou postérieure à leur application, il paraît essentiel que des procédures d'accompagnement de la politique de lutte contre l'infection à VIH soient instituées au sein de l'ensemble des établissements afin de pallier, dans certains cas, le manque d'implication du responsable d'établissement. À l'image de ce qui s'est passé pour la distribution systématique d'eau de Javel, les consultations et les actions préalablement menées au sein des établissements ont souvent facilité l'application de cette nouvelle mesure.

- **Renforcer la communication entre personnel non médical et personnel médical**

La consultation et la concertation des différentes catégories de personnel se situent comme un enjeu majeur dans le développement d'une politique de réduction des risques en milieu carcéral, d'autant plus que l'absence de circulation d'informations entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire est souvent responsable de la méfiance que peuvent exprimer les uns par rapport aux autres. En matière de santé, la mise en place d'une consultation du personnel peut aboutir à la création d'un groupe de travail thématique impliquant les différentes catégories de professionnels présentes en milieu carcéral (responsables d'établissement, personnel socio-éducatif, personnel médical...).

La mise en fonction de ce type de commission permettrait de définir les besoins propres à chaque établissement, au niveau des problèmes de santé des détenus, mais aussi au niveau du personnel (besoins en formation par exemple). Lieu d'échanges, de coordination et de décision locale, elle est le moyen de résoudre de manière interne les conflits engendrés par l'application de telle ou telle mesure, d'avoir recours à des expertises et des avis extérieurs (associations spécialisées, institutions médico-sociales...) et de construire des projets adaptés aux besoins locaux. À plus long terme, une participation des détenus au sein de cette commission pourrait être envisagée.

- **Promouvoir des projets pilotes site par site et aider à la connaissance de ces projets**

L'antériorité de l'initiative locale a fortement facilité la mise en application de certaines mesures au sein des

établissements concernés. L'intérêt de promouvoir ce type d'initiative est aussi de permettre une plus grande adhésion et participation du personnel pénitentiaire. Qu'ils soient spécifiques à l'établissement ou qu'ils s'inscrivent dans le cadre de programmes pilotes, les projets innovants doivent donner lieu à une communication extérieure par les promoteurs. Dans le domaine de la santé ou du social, les projets pilotes français ou européens restent mal connus du personnel pénitentiaire, particulièrement du personnel de première ligne (surveillants, conseillers d'insertion et de probation...).

- **Renforcer la connaissance des problèmes de santé en milieu carcéral en direction des personnels pénitentiaires**

Par ailleurs, il semble que le personnel pénitentiaire non médical témoigne d'une mauvaise connaissance des problèmes de santé du monde carcéral, notamment du concept de réduction des risques. Améliorer les connaissances du personnel pénitentiaire à ce niveau semble être une démarche particulièrement importante dans la perspective d'optimiser les conditions de détention.

- **Accessibilité des préservatifs : monographie des besoins et expérience pilote**

Développer la politique de lutte contre l'infection à VIH consiste, en premier lieu, à renforcer l'accessibilité des préservatifs pour les détenus, notamment en multipliant les points et en diversifiant les modes de distribution. Il s'agit, par conséquent, d'éviter toute forme de médiation, même celle du service médical. Plusieurs problèmes doivent être préalablement résolus. Les premiers sont d'ordre matériel et imposent une réflexion sur les lieux d'accès (douches, couloirs...) et les modes de distribution (produit cantinable, distributeur ou corbeille...) qui seraient les plus adéquats au mode de vie en détention. Les autres ont trait à l'attitude du personnel pénitentiaire et nécessitent la mise en place d'expérimentations pilotes.

- **Unités de visites familiales : une négociation établissement par établissement**

La création d'unités de visites familiales dans les centres de détention semble soulever moins de controverses au niveau des établissements qu'à celui des instances représentatives et des syndicats professionnels. Dans ce contexte particulier, à court terme, il paraît envisageable de proposer des projets "établissement par établissement" en impliquant le personnel. Cette démarche participative permettrait de trouver des réponses locales à des contraintes que semblent craindre certaines catégories de personnels,

à savoir l'aménagement des locaux et l'organisation de la surveillance. L'expérience des pays européens ayant adopté le principe de lieux de visite intimes doit encourager ces projets pilotes.

- **Renforcement des traitements de substitution : sensibiliser le personnel médical à la primoprescription et éviter un trop fort repli vers la méthadone**

Le recours aux traitements de substitution n'est pas une stratégie thérapeutique privilégiée par toutes les équipes médicales : peu d'entre elles semblent assurer des primoprescriptions durant la détention et certaines ne prescrivent pas de buprénorphine. Une nouvelle sensibilisation des équipes médicales sur l'intérêt de ces traitements s'impose, afin d'essayer d'atténuer les résistances et la méfiance dont peut faire preuve le personnel pénitentiaire non médical. On constate que la position de l'équipe médicale vis-à-vis de la substitution est déterminante de l'attitude de l'établissement à l'égard de ces traitements.

Par ailleurs, les problèmes de trafic liés à la mise à disposition du Subutex® ne doivent pas être prétexte à l'arrêt des prescriptions ou à un repli vers la méthadone. Il faut être attentif au fait que la diversité des traitements de substitution est une garantie de leur efficacité. L'administration pénitentiaire, ainsi que les autorités sanitaires compétentes, se doivent de rappeler que les indications de ces deux produits ne sont pas identiques et que les surdoses de buprénorphine constituent un moindre risque au niveau de la santé que la prise massive d'autres produits (psychotropes...).

- **Programme d'échanges de seringues et unités sans drogues**

Le poids des représentations concernant l'usage de drogues est d'autant plus fort dans un univers qui reste pour la plupart vécu plutôt comme un espace de sanction qu'un temps de nouvelle insertion. Il paraît, à l'heure actuelle, difficilement envisageable d'instaurer de manière officielle la création d'un programme d'échanges de seringues en milieu carcéral. Dans ce cadre précis, il paraît cependant peu raisonnable de faire l'économie d'expérimentations et nécessaire d'amorcer une réflexion sur les sites possibles d'implantation d'un dispositif échangeur de seringues. En revanche, l'adhésion du personnel à des projets visant la désintoxication et l'abstinence semble poser moins de difficultés. Il est donc possible à court terme de proposer de nouveaux projets s'inscrivant dans cette démarche : les unités sans drogues bénéficieraient d'une bonne image, du moins dans leur principe. Quoi qu'il en soit, dans la perspective d'instaurer une

réelle démarche de réduction des risques en direction des usagers de drogues incarcérés, communiquer sur l'ensemble de ces expériences conduites dans les autres pays d'Europe semble être une étape nécessaire avant toute initiative : la mise en œuvre de pareils projets impose une longue préparation du terrain et ne peut concerner l'ensemble des établissements de l'administration pénitentiaire. Le profil d'implantation de l'établissement et les caractéristiques de la population pénale n'imposent pas forcément la mise en place de ce type de projet.

À ce titre, plusieurs formes de communication peuvent être envisagées, journées de rencontres ou séminaire national sur ces sujets particuliers impliquant les responsables d'établissement, organisations de rencontres locales entre les acteurs d'autres pays impliqués dans ce type d'expérience et le personnel d'un établissement.

- **Actions de formation**

Rappeler aux responsables d'établissement que la mise en œuvre d'actions de formation, en direction du personnel, au sein des établissements s'inscrit pleinement dans la politique de lutte contre l'infection à VIH et les hépatites virales en milieu carcéral. Néanmoins, au vu des différents entretiens réalisés ces derniers mois auprès du personnel pénitentiaire, il semble nécessaire d'évaluer les actions de formation ou de sensibilisation au VIH ou aux hépatites conduites jusqu'à présent. Le faible taux de participation à ce type de programme, ainsi que le désintérêt manifeste du personnel soulèvent une série de questions très précises :

- Des questions de forme : doit-on privilégier des actions "intersites" ou favoriser les actions conduites site par site ? Est-il préférable de cibler des catégories de personnel spécifiques ou faut-il privilégier les actions transversales ? Ces actions doivent-elles être conduites à l'extérieur des établissements ou au sein des établissements ? Quels doivent-être les formateurs ou les animateurs : des professionnels extérieurs ou des membres de l'administration pénitentiaire, à l'exemple des relais ?
- Des questions de contenu : la question du VIH doit-elle être en soi un thème de formation ou être appréhendée dans un cadre plus général concernant la santé en milieu carcéral ? La notion de réduction des risques doit être mieux connue des personnels. Ces formations doivent-elles être des formations théoriques ou des forums-débats avec des échanges d'expériences ?

Par ailleurs, une information et une sensibilisation du personnel pénitentiaire sur le rôle du secret médical, souvent mal compris, paraît souhaitable.

CONCLUSION

Réalisées dans les meilleures conditions, grâce à la collaboration du personnel pénitentiaire et à l'adhésion des détenus, les enquêtes épidémiologiques conduites dans quatre établissements français, auprès de mille deux cents détenus, confirment les résultats déjà obtenus au niveau européen, à savoir :

- Le recours à l'injection de drogues par de nombreux détenus durant la détention.
- L'existence de relations homosexuelles entre détenus, et hétérosexuelles dans les parloirs.
- Le caractère courant du tatouage en milieu carcéral.

Ces données font craindre la survenue de contaminations isolées ou groupées, comme cela avait été le cas en Écosse à Glenochill. Par conséquent, il est important d'assurer une continuité de la politique de réduction des risques entre l'extérieur et l'intérieur des murs de la prison.

Les mesures de prévention mises en place progressivement - le dépistage de l'infection à VIH, la vaccination contre l'hépatite B, la mise à disposition des préservatifs dans les unités de consultations et de soins ambulatoires, et plus récemment, de l'eau de Javel - semblent relativement bien acceptées par les équipes médicales et administratives. Cependant, les mesures méritent d'être renforcées, en particulier l'accès aux traitements de substitution. La formation et la mobilisation des équipes médicales et socio-éducatives doivent être plus fortement soutenues. Notre travail tend effectivement à montrer que les équipes administratives acceptent d'autant mieux les mesures que les équipes médicales et socio-éducatives sont convaincues, formées et qu'elles travaillent en partenariat.

Pour offrir aux détenus et aux personnels tous les moyens disponibles pour prévenir les contaminations, d'autres dispositifs méritent d'être expérimentés : c'est-

à-dire "accès plus large aux préservatifs, unités de visites familiales, unités sans drogues ou de soins intensifs pour les usagers de drogue par voie intraveineuse et programmes d'échange de seringues". Cependant, ils doivent être mis en place et approuvés par des équipes médicales et administratives volontaires, dans des sites pilotes, accompagnées par des dispositifs d'évaluation robustes ; la collaboration des partenaires du réseau européen de prévention du sida et des hépatites virales en milieu carcéral, permettrait de renforcer l'expertise et d'assurer les plus grandes chances de réussite. Ces programmes pilotes devront être réalisés dans un esprit de véritable partenariat entre les équipes médicales, sociales et administratives, ainsi qu'entre leurs instances.

Cette étude ouvre également la voie à des recherches complémentaires qui permettraient d'accompagner l'évolution de la politique de réduction des risques mise en place par les pouvoirs publics. En particulier, il nous paraît essentiel de poursuivre la réalisation d'études auprès de détenus afin de disposer de plus grands échantillons et de réaliser des analyses complémentaires plus fines, et de surveiller l'évolution de la situation. Il est également important de mieux comprendre les connaissances, et les attitudes des personnels de surveillance par rapport à l'infection à VIH et aux hépatites virales, ainsi que la réduction des risques. Ce type d'enquête, s'il pouvait être réalisé auprès des médecins et des travailleurs sociaux prenant en charge les usagers de drogue par voie intraveineuse, pourrait aussi contribuer à améliorer le dispositif. Enfin, nous soulignons l'intérêt de réaliser des études sur la prise de risque, durant la période qui suit immédiatement la libération des détenus et durant laquelle il a été montré, en Écosse, que le taux de mortalité par overdose était extrêmement élevé.

REMERCIEMENTS

Administration pénitentiaire

Gilbert Azibert, Anne Grimaud-Schaffner, Marie-Cécile Bonnevie, Laurence Cirba, Odile Sampeur, Jean-Claude Mowat, M. Lepuil, Georges Camps, Georges Vin, Louis Leblay, Yves Delsol, Denis Bigot, Stéphane Scotto, Mme Leclere, Yves Lechevallier, Jean-François Désir et tout le personnel pour sa motivation.

Direction générale de la Santé

Jean-François Rioufol, Jean-Yves Fatras et Françoise Delbach.

Les équipes médicales des établissements pénitentiaires et tout particulièrement

A. Galinier-Pujol, P.-Y. Robert, R. Hajjar, F. Moreau, L. Cuzin, C. Vernay-Vaisse, J. Petitdidier, J.-P. Estrade.

L'équipe de l'ORS PACA

Joëlle Bussolon, Lamia Benkolli, Joëlle Tahar, Caroline Alet, Marie Lefranc, Colette Boiro, Lise Cuzin, Marie Moron, Virginie Aceti, Marie-Ange Sereni et Lionel Blaëvoët, Laurent Mayer, Christian Lachaud. Nous remercions également pour leur accueil et leur aide à l'organisation de ces journées les directeurs d'établissements, les sous-directeurs, les équipes médicales et les équipes de surveillance.

Pour leur aide technique

Carole Giovannini, Valérie Chabaud, Anderson Loundou, Marie Lefranc, Anne Gougette, Sylvette Rousseau, Joëlle Tahar, l'équipe du laboratoire de santé publique des Bouches-du-Rhône, Michèle Gassin.

Pour leur contribution

Tous les détenus qui ont bien voulu participer activement à cette étude.

Ce rapport a été rédigé par Claire Delorme, Marc-Karim Ben Diane et Michel Rotily.

ANNEXE 5

SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE MENÉE PAR RESSCOM /
P. BOUHNİK, E. JACOB, I. MAILLARD, S. TOUZÉ
L'AMPLIFICATION DES RISQUES CHEZ LES USAGERS DE
DROGUES PRÉCARISÉS, PRISON - POLYCONSOMMATIONS -
SUBSTITUTION. LES "ANNÉES CACHETS"
JUIN 1999

**L'AMPLIFICATION DES RISQUES
CHEZ LES USAGERS DE DROGUES PRÉCARISÉS
PRISON - POLYCONSOMMATIONS - SUBSTITUTION
LES "ANNÉES CACHETS"
SYNTHÈSE**

Patricia Bouhnik
Elisabeth Jacob
Isabelle Maillard
Sylviane Touzé

JUIN 1999

RESSCOM

*Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires.
40, rue de Malte, 75011 Paris. Tél : 01 43 55 79 48. Fax : 01 43 55 79 73*

I. Problématique et contexte de la recherche

La recherche a été réalisée entre 1998 et 1999. Elle cherchait en premier lieu à analyser les conduites à risques des usagers de drogues sortis de prisons depuis moins d'un an. Cette recherche, financée par la Direction générale de la Santé et la Direction de l'Administration pénitentiaire, a concerné trente-cinq personnes rencontrées régulièrement durant plusieurs mois dans cinq villes (Paris, Lille, Marseille, Nantes et Strasbourg). Les contacts ont été établis à partir de dispositifs accueillant des sortants de prison : structures d'accueil et d'hébergement d'urgence, dispositifs dits à "bas seuil" (boutiques et autres lieux ouverts aux usagers de drogues sans conditions), comité de probation, centres de soins, unités de substitution, bus et espaces d'échange de seringues. Une cinquantaine d'autres usagers ont été croisés avec des liens un peu moins approfondis sur ces mêmes sites. L'ensemble, sans composer un réel échantillon des "usagers de drogues sortants de prison", constitue une base qualitative sérieuse d'appréhension des grandes tendances quant à l'évolution des situations et des conduites à risques de ce profil de personnes.

A. Une problématique centrée sur les modes de vie

Les prises de risques liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse en prison, associées à d'autres pratiques illicites en prison (relations sexuelles, tatouages), participent à la transmission du sida et des hépatites au sein de la population pénale. Dans le prolongement de nos travaux antérieurs, nous sommes parties, pour aborder cette question, de deux hypothèses :

1) Les consommations et prises de risques en prison ne peuvent être comprises que si l'on prend en compte les modes de vie liés à l'usage des drogues à l'extérieur de la prison. Des liens multiples se seraient établis entre les logiques propres au système carcéral et celles régissant le système de vie des usagers de drogues illicites.

2) La précarisation des conditions de vie des usagers, associée à la répression et aux incarcérations répétées, contribuent à l'amplification des conduites à risques avec, en particulier, l'intégration des produits de substitution dans leur quotidien, ainsi que les polyconsommations (association de l'alcool et des médicaments).

Pour tester ces hypothèses, il était nécessaire de saisir les conditions dans lesquelles les usagers de drogues dures par voie intraveineuse appréhendaient les prises de risques liées à leur condition d'usagers

(injections, sexualité), les interprétaient et y faisaient face, lors des incarcérations comme dans la période suivant leur sortie de prison. Nécessaire également d'explorer les différentes composantes de leur style de vie (social, économique, relationnelle, trajectoire), ainsi que les logiques institutionnelles auxquelles ils étaient conduits à se confronter : qu'elles soient répressives (sur l'espace public, dans la logique de protections et de punition), sanitaires (rapport aux soins et à la prévention, réduction des risques), ou sociales (réinsertion, aide sociale, accès au logement et à une situation). Nous avons également été conduits à examiner l'articulation entre les différents registres de risques : risques santé (pour soi, pour les autres), risques judiciaires (arrestations, incarcérations, criminalisation des pratiques) et risques sociaux (perte des droits, érosion des soutiens). La compréhension des conditions dans lesquelles les consommations et associations de produits ont évolué sous l'effet de la précarisation a permis de comprendre comment les risques pris s'étaient déplacés et amplifiés, d'abord dans le cadre des styles de vie structurés autour des drogues de rue, puis au sein de la configuration particulière que constitue le milieu carcéral.

B. Une méthodologie qualitative

Cette problématique a supposé de pouvoir travailler au plus près des lieux de vie des usagers les plus concernés par les cycles d'incarcération, de façon à reconstituer les différentes composantes de leur rapport aux risques. Nous avons différencié les sites, sur le plan géographique comme sur le plan des institutions relais, de façon à sortir de profils de clientèles trop marqués. La méthode qualitative (entretiens approfondis réitérés, travail suivi sur le terrain, observations *in situ*) visait à mieux comprendre le ressort des conduites des usagers, ainsi que leur sentiment à l'égard des conditions qui leur étaient faites en prison. Les sites choisis ont permis de différencier les contextes urbains et institutionnels dans lesquels évoluent les usagers. Nous considérons que les contrastes en termes de disparités régionales (sociales, répressives, institutionnelles) jouent un rôle important dans la différenciation des consommations, des prises de risques, du rapport à la santé, à la toxicomanie et à la substitution, à la répression.

À Nantes : bus échange, auto-support narcotiques, CHRS. À Lille : centre de réinsertion pour les sortants de prison, postcure. À Strasbourg : CSST, structure à bas seuil. À Marseille : circuit de substitution et hébergement d'urgence (Sleep In). À Paris : structure à bas seuil avec équipe de réduction des risques et CPAL (banlieue proche du quartier).

Les établissements pénitentiaires concernés ont été - pour les maisons d'arrêt : Fresnes, Fleury-Mérogis, La Santé (Paris), Les Baumettes (Marseille), Elsau (Strasbourg), Loos, Arras, Compiègne, Bapaume, Chartres - pour les plans 13000 : Nanterre, Osny, Villeneuve-les-Maguelonne - Pour les centres de détention : Tarascon, Salon, Draguignan. Pour les centrales : Clairvaux, Rennes.

Pour établir nos relations avec les usagers, nous avons privilégié la prise de contact directe, afin que les personnes puissent, en l'absence de toute désignation institutionnelle, choisir ou non de participer à l'étude. Dans notre méthode de travail, nous ne nous situons pas dans une logique de "prise d'informations", mais nous cherchions en permanence à adopter notre méthode de travail à ce que nous renvoyaient nos interlocuteurs, et à leur manière de se positionner. Notre objectif visant à travailler sur le sens des conduites et des situations ne relevait pas d'une logique de représentativité statistique. Nous sommes parties de leurs représentations, de leurs manières de dire et d'interpréter leur propre condition. Il fallait pour cela quitter le registre de la justification, de la rationalisation des situations, de façon à aborder plus en profondeur toute l'intensité des vies et de leur approche des questions sensibles (le corps, les risques, les interdits). Il a fallu du temps pour construire avec eux un espace possible d'échange et de communication sur ces sujets, mais leurs besoins de parole, de liens, d'affects, de témoignage, dès que la confiance eut été établie, ont vite pris le dessus.

Méthode d'approche

L'un des outils élaboré pour aborder le terrain concernait des responsables et les principaux membres des équipes intervenant sur chaque site. L'autre visait à nous aider dans le travail à destination des usagers. Nous avons abordé d'une manière assez systématique des informations relatives à la trajectoire des personnes (familiale, scolaire, sexuelle, sociabilité, insertion, déviance...) ; à leurs modes de vie (organisation de la vie quotidienne, cadre social, territorial, l'argent de la came, la prise et la recherche des produits, les prises de risques, la relation aux dealers, les modes et réseaux d'approvisionnement, la gestion du manque). Puis à tout ce qui touchait aux passages par la prison : cycles d'enfermement, manière de les vivre (ressenti, liens extérieurs, sociabilité, rapport au corps, aux soins, au sevrage...) et stratégies d'adaptation et de prise de risques (évolution du rapport aux produits, actes de consommation, usages de la

seringue, pratiques sexuelles, tatouage, rapport aux VIH et VHC...). Les représentations et positions relatives à l'institution, à la prévention, à la réinsertion et aux soins ont été également explorées. Les données recueillies permettent d'analyser les trajectoires des personnes, la manière dont elles intègrent les aux risques, dans et hors la prison, ainsi que leur position à l'égard du système qui tente de les contrôler.

C. Trois grands profils d'usagers traversés par la précarisation

Nous avons essentiellement rencontré des usagers de drogues par voie intraveineuse dont la dernière incarcération remontait à moins d'un an, qu'ils soient primaires ou récidivistes. Parmi les détenus dont nous avons principalement analysé les trajectoires, nous avons ceux qui, très vite après leur sortie, avaient repris une pratique de consommation centrée sur l'injection ; ceux qui se définissaient moins par un produit ou un mode d'administration que par une polytoxicomanie de précarité associant toutes sortes de produits (injectés ou non, licites ou illicites) avec une marginalisation importante de leurs conditions de vie (vie dans la rue). Enfin, une troisième catégorie de personnes se distinguait par l'intégration d'un protocole de substitution (méthadone ou Subutex®), sans toujours en respecter les règles d'usage. Les personnes ayant décidé de rompre avec la prise de drogues sont beaucoup plus faiblement représentées dans ce travail. Trente-cinq personnes ont été suivies pendant plusieurs semaines, souvent plusieurs mois, sur quatre villes : Paris, Marseille, Lille et Nantes. Quelques personnes à Strasbourg ont participé à des discussions. Et plus de cinquante personnes sur les autres sites, hommes et femmes, ont été rencontrées dans ce même temps de façon plus informelle. Tous ont contribué à alimenter la réflexion. La très grande majorité d'entre eux était en situation de grande précarité et avaient entre vingt-quatre et quarante ans. Les hommes sont sur-représentés (83 % des personnes interrogées). Les trois quarts étaient touchés par l'hépatite C, un sur cinq atteint du VIH. Ils sortaient, en grande majorité, de maisons d'arrêt, plus rarement de centres de détention, et exceptionnellement de centrales. En revanche, la plupart des récidivistes avaient connu plusieurs types d'établissements, et souvent aussi plusieurs régions, voire même certains pays étrangers (Pays-Bas, Belgique, Maroc, Mexique...). Les récidivistes dominent dans notre population : seuls cinq primaires ont été rencontrés.

II. Logiques de vie et de consommation des usagers de drogues illicites : le cycle précarisation-incarcération

La condition dans laquelle vivent aujourd'hui beaucoup d'usagers de drogues constitue l'une des clés de la compréhension de leur rapport aux risques. Elle intègre les déterminants de leur rapport aux soins et à la substitution, mais aussi toute une part sensible et affective qui se trouve à la base de leurs relations à l'environnement, qu'il soit social ou institutionnel. Il s'agissait ici, d'appréhender les fondements de leurs prises de risques à l'œuvre au quotidien dans les situations précaires, en ville comme en prison.

II.1. Vivre avec les drogués dans le cadre de la précarisation

Les personnes rencontrées sortant de prison étaient, dans leur grande majorité, confrontés à des processus de précarisation d'autant plus accentués que la position de la société dominante à leur égard se traduit par de multiples phénomènes de rejet, de stigmatisation et de criminalisation. Les produits consommés et les modalités de consommation connaissent une évolution liée à ce processus, en ville comme en prison.

A. Consommer en ville

Sur les quartiers d'habitat social des grandes villes et de leurs périphéries, un certain nombre d'engagements dans les consommations de drogues illicites s'opèrent par le biais des jeux de relations et d'échanges, qui croisent économie parallèle et solidarités de quartier. Le jeu des interconnaissances et des interdépendances entre jeunes connaissant les mêmes difficultés sociales, scolaires et familiales contribue souvent à fixer les engagements de consommation et les conduites à risques. D'autres entrées sont plus directement liées à la participation aux petits trafics et à la délinquance de survie. Les plus marginalisés à l'égard de leurs "bases sociales et culturelles" de départ se retrouvent dans les centre-villes, dans des quartiers qui fonctionnent comme de véritables "pôles d'accueil" (Marseille, Paris). La précarisation et la vulnérabilité y sont poussées à l'extrême et les personnes naviguent entre la rue et les hébergements d'urgence, les foyers, les hôtels meublés et les squatts. Des personnes, issues de milieux sociaux plus favorisés qui ont connu des ruptures les ayant précipité dans un cycle de consommation et de précarisation, croisent les deux trajectoires précédentes sur les mêmes quartiers, plaques tournantes du deal. Les uns et les autres se tiennent à distance des institutions, spécialisées ou non.

Quête des produits et criminalisation de l'usage

Sur le Nord-Est parisien, la plus grande partie des usagers de drogues rencontrés sortant de prison vivaient dans des conditions très précaires (dans la rue, prostitution). Quelles que soient leurs consommations de départ, ils étaient rentrés dans des consommations de précarité à base de crack qui croisaient en même temps celles de cocaïne et d'héroïne, ainsi que de produits de substitution détournés (Skenan®, Subutex®), des neuroleptiques, des anxiolytiques, de l'alcool (bières fortes) et cannabis. Si au moment de l'enquête, l'on ne retrouve pas le crack, sur les autres villes, les usagers estiment alors que les "circuits d'héro" se sont considérablement rétrécis (peu de circulation, produits de très mauvaise qualité). Les polyconsommations de précarité qui en résultent (associations de produits effectuées sous le régime de la nécessité, recherche d'effets à moindre prix) participent à la dégradation de l'état de santé des usagers, en particulier lorsqu'il s'agit de crack et de l'extension des pratiques d'injection (Subutex®, Skenan®). Les produits de substitution qui touchent les plus précarisés sont de plus en plus souvent associés à d'autres substances (alcool, neuroleptiques, cocaïne), à des fins toxicomaniaques, en ville comme en prison. Ils sont consommés en lien avec l'alcool bon marché (bières fortes). L'injection de crack est pratiquée faute d'accéder à une héroïne de bonne qualité et la cocaïne est de plus en plus présente (baisse des prix). La prise de Subutex® permet d'atténuer les sensations liées à la "descente" de la cocaïne ou du crack injectés. Le Rohypnol® est également très présent dans la rue. La liste des produits détournés pour entrer dans ce système est impressionnante (anti-dépresseurs, amphétamines, benzodiazépines, sulfates de morphine). La prostitution participe souvent à ce système de consommation, marqué par l'effet conjugué de la précarisation des usagers et d'un élargissement de la gamme de produits associés. Ceux qui n'ont plus les moyens d'accéder aux drogues classiques (héroïne, cocaïne) évoluent vers le "monde des cachets", dilués et injectés. "Injection du pauvre", avec des risques amplifiés, et un plaisir amoindri.

Nous avons montré, dans une recherche antérieure, que les personnes vivant dans ce cumul de difficultés et la montée des prises de risques qui les accompagne, étaient tout "naturellement" celles qui allaient se retrouver le plus souvent en prison, celles aussi pour lesquelles le taux de récidive tendait à être le plus important.

B. Consommer en prison

L'approche de la consommation en prison se fonde ici sur les récits effectués par les personnes rencontrées. Ce qui nous a frappé, c'est la concordance des témoignages, et la cohérence de la description des pratiques et des références en matière de description des modes et de logiques de consommation. Nous pensons donc que les informations qui suivent sont très largement crédibles, même si elles ne concernent qu'un public particulier, celui des personnes toxico-dépendantes, marginalisées ou en voie de marginalisation.

Logiques de consommation

Les forts taux de contamination (VIH, VHC) rencontrés dans la population carcérale signalent depuis longtemps la possibilité de contaminations contractées au sein du milieu carcéral lui-même. L'alternance régulière (cycles) entre les temps d'incarcération et les temps passés "dehors" contribue à imprimer dans la représentation des usagers la sensation d'une routine à laquelle ils se sont adaptés. En quinze ou vingt ans de vie avec les drogues illicites, beaucoup ont passé plus de temps "dedans" que "dehors", et ont le sentiment de n'avoir fait qu'entrer et sortir, d'avoir grandi en prison. Les arrestations et incarcérations sont vécues comme le retour logique de leur condition d'usager de drogues. Pourtant, le séjour en prison vient à chaque fois rompre les amorces d'ancrage de ressources, de resocialisation ou de réinsertion. Il contribue également au renforcement de l'inscription dans des cercles à risques : à chaque sortie, la perte de ressources projette les usagers vers la consommation de rue, vers les activités délictueuses et, pour les femmes, vers la prostitution. Nous avons retrouvé en prison les mêmes tendances que celles observées en ville : précarisation et mal-être gérés par le recours à tous les produits disponibles.

Le cannabis fonctionne ici comme un "produit de confort" en même temps que comme un médicament : une manière de se détendre, de réussir à dormir et de surmonter certaines souffrances. Plus de la moitié des usagers interrogés déclarent avoir consommé de l'héroïne en prison. La proportion est la même pour la consommation de Subutex® et d'autres médicaments détournés. Un quart des personnes déclarent avoir consommé de la cocaïne lors de leur dernière détention. Même si cela reste plus exceptionnel, certains ont passé cinq ans en détention avec un approvisionnement quotidien d'héroïne (consommée par voie intraveineuse), ou encore

pendant quatre ans avec un gramme tous les deux jours ; d'autres ont pu consommer jusqu'à vingt cachets de Rohypnol® par semaine, ou bien trente de Temgésic, ou trois ou quatre comprimés de Subutex® à 8 mg par semaine, ou encore du crack ou cinq à dix grammes de cocaïne, à un rythme plus aléatoire mais pendant plusieurs mois. Tout ceci à l'occasion de la dernière incarcération. Aucun n'a été totalement abstinent sur l'ensemble de son parcours carcéral.

La polyconsommation à base de produits de substitution apparaît beaucoup plus difficile à gérer en terme de sevrage que les consommations de l'ère précédente (monoconsommation d'héroïne). Les usagers décrivent des effets de manque nettement plus difficiles à surmonter. Si le Subutex® n'est que rarement prescrit en prison (pour cause de trafic), il circule facilement sur le marché illicite au côté des autres produits (le Rohypnol® est aussi très présent dans le sud de la France). L'entrée et la circulation des produits en prison correspondent à une extension du marché de ville. Le cannabis y fonctionne comme une véritable monnaie d'échange : beaucoup en consomment quotidiennement et le troquent contre des cigarettes, de la nourriture, une seringue et toute la gamme des cachets. Le Subutex® est plus souvent inhalé, compte tenu des difficultés qui demeurent quant à l'accès aux seringues. Comme d'autres denrées "rares", elles peuvent cependant être trouvées partout, à condition de disposer de moyens ou de filières personnelles. Les usagers tendent donc à se différencier ici (comme en ville) entre ceux qui accèdent aux traitements de substitution (ce qui suppose de faire la preuve d'un suivi ou d'un traitement extérieur), ceux qui disposent de moyens (participation à des trafics divers, soutiens extérieurs) qui leur permettront d'acheter les produits dont ils ont besoin au marché noir de la prison, et ceux qui, trop pauvres et isolés, doivent bricoler, quémander, et prennent le plus de risques (sur-consommation de tranquillisants et de neuroleptiques, revente d'une partie des produits prescrits pour accéder au Subutex® ou services rendus aux vendeurs travaillant au sein du milieu carcéral). Beaucoup de récits témoignent de cette montée de la consommation en prison, qui conduit certains à sortir de prison complètement "emboucanés" ou en manque. L'incarcération ne permet plus de "faire un break". Bien au contraire : les plus jeunes amorcent leur consommation en prison par le Subutex®, sans avoir auparavant consommé de l'héroïne.

Plusieurs logiques participent à déterminer le régime, le mode et la forme des consommations : des logiques de trajectoire liées à la manière dont des individualités ou des sous-groupes sociaux, qui ont, partagé le même parcours de vie, ont été conduits à intégrer des conduites addictives ; des logiques de système qui relèvent des conditions qui rendent possibles les consommations, qui leur permettent de s'installer et de se reproduire, et des logiques d'amplification qui contribuent à faire passer ces consommations d'un degré à l'autre, tant sur le plan de la nature de l'engagement de consommation que de celui des prises de risques. Pour les drogues illicites, la prison apparaît dans chacune de ces logiques : elle contribue à infléchir les trajectoires dans le sens de la criminalisation des pratiques ; elle est intégrée par les usagers les plus dépendants comme un temps incontournable de leur condition (extension de leurs réseaux de relations, temps de pause quand les contraintes sont trop fortes) ; elle contribue à amplifier la précarité des modes de consommation, tant pour la palette des produits consommés que pour ce qui est des prises de risques.

Dans le sud de la France comme à Nantes, le Subutex® a fait son entrée de manière quasi concomitante à sa mise sur le marché et à sa présence dans la rue : 1996. Cette évolution est plus tardive à Lille et à Strasbourg. Mais, bien que l'héroïne soit encore très présente dans la rue, elle semble plus rare à l'intérieur que le Subutex®. Comme à l'extérieur, le Nord, Nantes et Paris connaissent une gamme très variée de médicaments tandis que le sud de la France semble davantage concentré sur le Subutex® et le Rohypnol®. À l'Est, les informations dont nous disposons indiquent la présence de cannabis, d'héroïne, de cocaïne, de Subutex® de barbituriques de Rohypnol. Le Skénan n'apparaît qu'à Nantes et à Paris et, si la cocaïne est plus rare, elle entre partout, de même que l'alcool. Le crack est présent en prison selon ses aires de diffusion actuelles.

Santé publique et modes d'usage en prison

La gamme des produits délivrés couramment dans les établissements est très large : Tercian, Heptamil, Rohypnol®, Moscontin, Equanil, Immovane, Tranxène, Céresta, etc. Toutes sortes de neuroleptiques et d'anxiolytiques sont utilisés. Les prescriptions, les protocoles et les interdits varient d'un lieu à l'autre d'une manière importante. La fin de la dilution (fiOLE) au profit d'une délivrance sous forme de comprimés a bouleversé le mode d'appropriation des traitements par les détenus : possibilité de revente, de prises concentrées et d'overdoses. Le manque, lié à l'usage intensif de médicaments et aux mélanges, est

décrit par les usagers comme beaucoup plus difficile à supporter. L'usage du Subutex® à hautes doses (parfois trois ou quatre comprimés par jour à 8 mg), provoque un manque décrit comme terrible, non comparable avec ce qu'ils avaient connu auparavant avec l'héroïne.

Des contradictions apparaissent ici entre l'univers de la toxicomanie et la volonté d'introduction d'une politique de santé publique. Les traitements de substitution, d'un établissement à un autre, n'apparaissent pas d'une manière cohérente : absence, restrictions et, le plus souvent, acceptation limitée à un produit (Subutex® ou méthadone). On retrouve les contradictions entre médecine hospitalière et médecine de ville, médecine générale et psychiatrie : certains détenus n'auront pas droit à la poursuite de leur traitement en prison, parce que le service médical s'y oppose ; ailleurs, les doses seront modifiées, parce que les psychiatres pensent que les généralistes ayant effectué les prescriptions en ville abusent. Le soupçon de trafic de Subutex® en prison a conduit certains services médicaux à le supprimer pour tout le monde, y compris pour ceux qui avaient bénéficié de prescriptions officielles à l'extérieur. Les usagers qui pratiquaient l'autosubstitution avec les produits de rue se retrouvent, dans ce contexte, dans un dénuement accentué. Tous vont, en conséquence, s'approvisionner au marché noir de la prison, avec un degré supplémentaire de risque et un approfondissement des inégalités, quant à l'accès aux produits. Comme à l'extérieur, l'évolution des conditions d'usage des drogues est peu prise en compte, et cette remarque vaut tout autant pour les usages massifs de médicaments tels que le Skénan®, les fortes doses d'anxiolytiques, de tranquillisants et leurs diverses associations. Le passage par la psychiatrie permet à certains d'obtenir des prescriptions importantes (anxiolytiques, neuroleptiques, opiacés, benzodiazépines), ce qui conduit certains détenus vulnérables à trouver dans cet usage abusif une forme de fuite ou de refuge. Certains disent ainsi être devenus toxicomanes aux médicaments au cours de leur passage en prison. D'autres, confrontés à des souffrances importantes disent avoir essuyé des refus réitérés d'accéder à un soutien médicamenteux et avoir été conduits à prendre des risques en recourant au trafic et aux modes d'administration précaire en prison.

Pour dégager une politique cohérente sur le plan de la santé publique, il est d'abord nécessaire de bien comprendre les différents modes et contextes de consommation. Les usages illicites de produits psychoactifs en prison, selon qu'ils sont sous-tendus par le manque (gérer une dépendance préexistante, bricoler une substitution), les épreuves de la détention (se "défoncer" pour supporter l'enfermement), la

recherche de plaisir (gérer l'incarcération en introduisant une dose de plaisir), ou par la proximité des trafics (facilité d'accès, incitation), n'auront ni le même sens ni les mêmes effets. Ces variations traversent la population rencontrée, avec une incidence sur l'enchaînement de leurs incarcérations.

II.2. Risques, corps et affects : formes de sensibilité des usagers précarisés

Cette recherche nous a conduit à approfondir les composantes de la condition des usagers confrontés aux cycles d'incarcération : il n'est pas possible de se cantonner à recueillir des informations sur les pratiques illicites et sur la consommation de produits. Ces éléments font partie d'un tout et ne sont compréhensibles qu'en relation à des formes données de sensibilités et de contextes de vie. Parmi les composantes les plus centrales, le registre des émotions et tout ce qui touche au corps, participent en grande partie à orienter l'appréhension et la gestion des risques pris ou abordés.

A. La santé

Santé à distance, santé en risque

Les trois quarts des personnes rencontrées étaient touchées par l'hépatite C, un cinquième par le sida. Cette situation se trouvait aggravée par la distance aux soins. Les différents développements de la maladie se trouvent amplifiés par l'absence ou le caractère discontinu des soins : perte d'appétit, en lien avec l'effet des médicaments et des consommations répétées de psychotropes, stress de la vie à la rue, repas réduits à leur plus simple expression, sommeil très perturbé, avec l'incertitude journalière quant à la possibilité de trouver un lieu où dormir, problèmes dentaires et abcès liés à l'injection.

La plupart ne consultent que rarement les médecins et ne vont à l'hôpital qu'en urgence. Les structures dites "à bas seuil" constituent, en dehors des temps d'incarcération, leurs seuls liens avec le système de santé, soins spécialisés compris. Les problèmes d'accès (perte de maîtrise dans le recours aux institutions, méconnaissance des droits, absence de soutien, contraintes de la "galère") se doublent d'une distance plus globale aux soins spécialisés, qu'il s'agisse des thérapies ou des traitements médicamenteux. Le rapport à la santé, en lien direct avec le mode de vie précaire, est marqué par le fatalisme et une faible considération du corps et des risques.

Beaucoup d'usagers injecteurs fonctionnent à cet égard sur le mode de l'auto-évaluation, c'est-à-dire qu'ils peuvent partager leur matériel avec des

personnes considérées comme "de confiance". Même chose pour la protection des relations sexuelles. Beaucoup ignorent leur sérologie VHC ou considèrent que la sérologie négative au VIH les protège. La traque quotidienne de la répression limite la possibilité de circuler avec ses seringues. L'inhalation (crack) peut donner lieu à une utilisation collective des pipettes ou des doseurs avec de nouveaux risques de contamination (nez irrités). La découverte de la contamination se fait souvent en prison ou à l'hôpital, conséquemment à un accident. La peur, la fatigue, le manque de ressources et de possibilités objectives de "s'en sortir" contribuent à faire de la "défonce" la médication principale dans la confrontation à la maladie. Les usagers précarisés vivent ici un cercle vicieux implacable : les prises de risques résultent en partie d'un mal-être associé à la précarité de leur condition. Celui-ci se trouve décuplé avec l'irruption de la maladie, et la reprise de consommation est comprise comme le moyen de faire face aux angoisses qui en ressortent. Dans ce contexte, les personnes touchées par le VIH ou le VHC ont beaucoup de mal à tenir les exigences liées aux traitements dans la durée ; les effets en sont sérieusement diminués. Le besoin de cannabis thérapeutique apparaît fortement dans leur discours.

Le cadrage sanitaire en prison

Alors que l'on aurait pu penser que le passage en prison était susceptible d'assurer une reprise de l'usager de drogues illicites sur le plan de sa santé (sevrage, meilleure alimentation, hygiène corporelle), on se rend compte que, pour une partie d'entre eux (ceux qui nous intéressent ici), les choses ne se passent pas comme ça. Ceux qui sont entrés en prison sous substitution (entre méthadone ou Subutex®), n'ont pas toujours obtenu leurs traitements (retards, diminution des doses, passage de l'un à l'autre produit lorsque l'établissement est hostile à l'un ou l'autre, etc.), et vivent ces problèmes comme une injustice. Il y a, dans la cohérence de l'accès aux soins pour les usagers de drogues, un véritable problème qui apparaît ici d'une manière crue et douloureuse pour les personnes. Les moyens manquent en prison, plus encore que dehors. Ces manques font de la substitution une technique et non une contribution à la mise en place des conditions du changement de mode de vie pour les usagers. À partir du moment où le contexte, comme les moyens, ne permettent pas une attention et un suivi individuel des personnes, les ingrédients sont là pour que les personnes maintiennent en prison leur mode de fonctionnement habituel, sans espoir de changement. La stigmatisation liée au sida fonctionne de manière concentrée en prison, l'assimilation toxico-sida contribuant à élargir l'aire du rejet et des mauvais traitements.

La loi de 1994 actant le passage de la santé de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier est vécue comme posant des problèmes pour les usagers : les surveillants ne distribuent plus les médicaments, ce qui assure une plus grande confidentialité à certains traitements, mais, du même coup, ils n'ont plus aucun médicament sur eux, même pas une aspirine. Cela réduit la possibilité d'agir en urgence : pour accéder à l'infirmerie, il faut écrire et la procédure peut durer très longtemps.

B. Corps et conduites à risques

Corps privé, corps public : une problématique particulière pour l'usager précarisé de drogues illicites

La précarisation des usagers, au carrefour de tous ces déterminants, contribue à rendre en partie caduques les possibilités de régulation et de gestion des risques, que ce soit en prison ou au dehors. Le caractère endémique des états de fatigue, de la malnutrition et du stress quotidien lié aux "tensions d'approvisionnement", place les personnes dans des conditions de vulnérabilité très prononcées. Il en résulte une amplification des risques de contamination (VIH, VHC) et des consommations dangereuses (associations mal maîtrisées, vulnérabilités personnelles sous-estimées...) Les risques sont, en effet, pour ce public-là, assujettis à tous les autres risques, et participent à un ensemble complexe de facteurs qui peut produire des effets paralysants, une surcharge de difficultés et de risques conduisant à une perte de maîtrise pour certains actes courants de consommation. Malgré l'intégration des consignes préventives sur le plan de la compréhension et de la sensibilité, (au moins pour le sida), les usagers précarisés semblent subir les aléas de leur mode de vie au point de ne plus pouvoir tenir les conditions d'une bonne protection : problèmes d'hygiène, d'urgence, de perte de mémoire... Les risques de contamination sont proportionnels à cette dégradation des mécanismes de régulation. Les plus vulnérables deviennent dépendants à l'égard des prises de risques qui ne sont plus de leur fait, mais imposées par les situations, jusqu'à produire des effets d'accentuation (non prise en compte, pratiques ouvertement dangereuses, overdoses "volontaires"). Si le sida est aujourd'hui un risque "intégré" (connaissance des modes de contamination et des effets produits), les usagers inscrits dans un style de vie précarisé ne sont pas en situation de faire fonctionner les logiques de protection. Lors des passages en prison, le caractère doublement interdit des consommations conduit à donner le sentiment de ne plus avoir de choix du tout. Le manque de repères sani-

taires, les conditions précaires d'hygiène de l'injection, la faiblesse des ressources permettant de résister au manque, les tensions liées à la répression ou à la surveillance, multiplient les espaces-temps de non-préservation de soi. Les tendances dépressives, suicidaires, les pertes d'ancrage (familial, territorial, social), associées aux consommations intensives de produits psychoactifs fonctionnent comme des accélérateurs de prises de risques.

L'incarcération conjugue pour tous les détenus des effets d'isolement avec des effets de contrôle et de concentration. Autant d'effets recherchés, mais qui ont pour un certain nombre d'entre eux, des effets profondément destructeurs. L'usager de drogues dures est particulièrement sensible, en effet, aux conditions de gestion de cette sphère micro-intime qu'il s'est constitué "au plus près de son corps, de ses veines". Dernier repli d'une recherche de soi avortée, elle reste vitale, même si le corps se trouve maltraité par les pratiques d'injection. La réduction extrême de la sphère intime pratiquée en prison va plus loin que ce que les usagers avaient pu vivre sur l'espace public des grandes villes. La "fouille à corps", pratiquée en permanence dans l'optique de trouver trace des trafics (produits, seringues) utilisant en prison les orifices corporels, la surveillance permanente des faits et gestes, les fouilles de cellule sont vécues comme portant une violence extrême : un viol, une humiliation, le déni de la possibilité d' "être soi", de posséder une différence protégée. Elles vont souvent de pair avec des attitudes vécues comme ambiguës de la part des gardiens ou des gardiennes. Le mitard pour un usager constitue une double punition : l'hygiène est très dégradée, les humiliations plus fortes et les possibilités de substitution informelle plus faibles. Tous ces éléments les conduisent à ruser toujours plus et à prendre de plus en plus de risques (surconsommations, recherche des modes d'administration produisant plus d'effets, transmission de seringues bricolées), ou bien les exposent à des crises morales profondes pouvant conduire à des tentatives de suicide ou des équivalents (surdoses) ou à devenir des victimes désignées de diverses violences (bouc émissaires, abus sexuels).

Non-dits de la sexualité

Sans en rajouter sur l'intérêt ambigu de la prison pour les affaires intimes, les questions de sexualité apparaissent centrales, avec des formes de manifestations très diverses. Les limites entre une violence sexuelle déclarée et des pratiques choisies sont difficiles à percevoir. Ce qui est sûr, c'est qu'au-delà d'une certaine peine, des relations sexuelles en tous genres traversent l'espace carcéral. Les moyens de protection sont inexistants, car ces relations restent, comme la

consommation des drogues, souterraines, illicites. À côté de l'accès aux préservatifs, se jouent ici les positions dans les rapports sociaux à l'intérieur de la prison : logiques de domination, sentiments cachés, place dans le système carcéral. Qu'elles soient violentes, consenties, ou prétendument consenties, les relations sexuelles en prison, comme les pratiques d'injection, se caractérisent par des non-dits et des bricolages de fortune, avec toutes les conséquences que cela peut avoir quant à l'exposition des personnes aux divers risques de transmission. Les détenus sont réactifs aux distributeurs ou à la mise à disposition de préservatifs, qui reviennent pour eux à introduire à nouveau du contrôle : c'est la question d'une sexualité possible et légitime qui se pose pour eux, pas celle d'un contrôle hygiénique supplémentaire. Cela vaut aussi pour les seringues, dont la plupart refusent une mise à disposition, qui reviendrait à les démarquer, à les stigmatiser.

Ce double rôle dévolu au corps - dernier repli d'intimité et de plaisir, zone de marquage et de violence - participe à accentuer les logiques de dédoublement constitutives de la condition d'usager de drogues illicites.

Conditions de respiration

Les conditions de la vie à la rue et les "galères de consommation" sont tellement épuisantes que les usagers de drogues, précarisés, aspirent régulièrement à trouver des lieux où se reposer et reprendre pied. La démarche consistant à aller se soigner nécessite paradoxalement que l'on soit un minimum "en forme", que l'on puisse "s'arracher" aux routines et aux contraintes du quotidien des galères de consommation, du manque de sommeil, de la malnutrition, ce qui demande de l'énergie. Ils trouvent ces conditions dans certains des lieux où nous avons enquêté, mais d'une manière qui reste souvent partielle, avec de nombreuses éclipses. Les relations ambivalentes au système médical les ont conduits,

durant toute une période, à ne l'approcher que dans le but de se procurer les produits de substitution, un point, c'est tout. Ne plus avoir à ruser, à mentir, à jouer un double jeu est ressenti comme pouvant changer radicalement leur vie en allégeant la tension qui traverse chaque instant quotidien. À côté de ce besoin de lieux de pause et de respiration, un autre besoin apparaît en filigrane : celui de pouvoir rencontrer des personnes "sympathiques" qui leur fassent confiance, avec lesquelles ils puissent parler librement. Cela peut être un professionnel de santé ou toute autre personne : simplement quelqu'un avec qui entrer dans une communication normale. Certains des lieux d'accueil où nous les avons rencontrés semblent leur permettre d'engager de tels échanges. Mais, le désir porte aussi sur des relations interpersonnelles fortes. Quelques-uns de ces lieux ont réussi à créer des enclaves de protection pour les usagers, des endroits où ils ne se sentent pas regardés de travers, jugés, méprisés. Des lieux où les usagers peuvent engager des conversations libres, ou simplement se poser sans qu'on leur demande de se justifier. Lors des grandes crises qu'ils traversent (ruptures affectives, violences subies, sorties de prison...), ils peuvent y faire le point, trouver un repas chaud, prendre une douche, se changer les idées, récupérer et éventuellement réfléchir sur leur situation. Les avis sont souvent très contrastés sur tel ou tel aspect du lieu ou des accueillants, mais la fonction de "parenthèse" est souvent saisie et appropriée par les usagers. Des usagers s'appuient sur les associations quand ils vont très mal, y compris sur le plan affectif. La solitude est redoutée par les usagers, elle porte aussi des risques (rechutes, désespoir). Les associations travaillant à la réduction des risques, les locaux dits "à bas seuil" qui ne posent pas de condition à la venue des usagers, jouent un rôle essentiel dans ce domaine, même s'il est évident que, sur le terrain, les "ouvertures" restent insuffisantes.

CONCLUSION

CONDITIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES PRÉCAUTIONS

Les personnes interrogées dans cette recherche (sortants de prison) rendent bien compte des liens qui associent précarisation et toxicomanies. La recherche révèle plusieurs distorsions : les prestations de soins spécialisés, comme certains protocoles de substitution, ne profitent réellement qu'à une faible partie des usagers de drogues illicites précarisés. La standardisation de certains protocoles conduit beaucoup d'usagers à compléter leur "ration" en s'approvisionnant sur le marché de rue. Cette logique se prolonge et s'accroît encore en prison. La voie intraveineuse continue à dominer les pratiques de cette catégorie d'usagers, avec une gamme de plus en plus étendue de produits injectés, et d'association avec d'autres modes de consommation. Les usagers ne sont pas pour autant partisans de la mise à disposition des seringues (comme pour les préservatifs) : tant que l'interdit existe et, même s'ils déploient des trésors d'imagination pour les détourner, il n'est pas question pour eux de pratiquer leur toxicomanie "au grand jour", tant qu'ils seront classés comme des délinquants. Ils considèrent, d'autre part, qu'il ne faudrait pas, dans le contexte particulier de démolition créé par la prison, induire des logiques d'incitation. Leurs conditions d'accès aux soins, que ce soit en prison ou en ville, portent une logique de discrimination et une injustice supplémentaire. Ils aspirent à une prise en charge qui sache aussi, au-delà des carcans des protocoles, individualiser les situations, les prestations, ajuster les dosages, par exemple à la situation de l'usager, et non pas à l'arbitraire d'une décision

administrative qui a décrété que le maximum était à x ou y mg. Nous avons constaté l'incapacité, rien qu'à cause de cela, à tenir les exigences des protocoles (méthadone comme Subutex®), avec des usagers qui vont chercher des compléments auprès des dealers, ou bien abandonnent le protocole en cours de route. L'évolution des consommations tend à éclater la condition d'usager en de multiples profils, au regard des soins qui leur sont nécessaires. Les usagers dénoncent l'homogénéité des protocoles en prison qui, une fois affichés par un établissement, sont appliqués à tout le monde de la même manière. La loi du silence appliquée à la sexualité en prison contribue, de son côté, à placer les usagers dans une position d'extrême vulnérabilité (violences, prises de risques). La prison, au lieu de réduire ces distances et réintégrer les personnes dans des conditions décentes de gestion de leurs problèmes avec les drogues - seul moyen de les faire sortir des logiques délictueuses - participe, dans la configuration étudiée, à amplifier les prises de risques et à discriminer socialement les plus vulnérables. Au lieu de faire "comme si" toutes ces pratiques n'existaient pas, comme si on ne pouvait pas tout se procurer ou tout faire en prison, une version adaptée du travail de réduction des risques paraît nécessaire au sein de l'institution pénitentiaire. Il supposerait que l'on évite d'incarcérer des usagers dominés par leur consommation et que, pour les autres, des conditions d'aide soient créées respectueuses des personnes et de leur dépendance.

ANNEXE 6

ÉTUDE RÉALISÉE AUPRÈS DES USAGERS FRÉQUENTANT
LES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES -
J. EMMANUELLI, F. LERT, M. VALENCIANO (InVs, INSERM).

CARACTÉRISTIQUES SOCIALES, CONSOMMATIONS ET RISQUES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES FRÉQUENTANT LES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN FRANCE ****,

J. EMMANUELLI¹, F. LERT², M. VALENCIANO³

(1) Institut de veille sanitaire, 12 rue du Val-d'Osne, 94415 St-Maurice.

(2) INSERM U88, 14 rue du Val-d'Osne, 94415 St-Maurice.

(3) European Programme for Intervention Epidemiology Training, 12 rue du Val-d'Osne, 94415 St-Maurice.

I. Introduction

L'accès facile aux seringues est une condition nécessaire à la prévention de la transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues. Le décret de 1987 autorisant la vente libre des seringues a eu un impact considérable et immédiat sur le partage des seringues mais d'autres mesures pour améliorer l'accès aux seringues, sont apparues nécessaires : mise sur le marché de trousses de prévention vendues en pharmacie (Stéribox® mis en vente fin 1994), implantation d'automates distributeurs de seringues, ouverture de programmes d'échange de seringues (PES) sous diverses formes (bus, boutique, local fixe, travail de rue).

Les PES ont en commun des objectifs spécifiques, tels la diminution du partage ou de la réutilisation des seringues, la réduction du nombre des seringues usagées abandonnées sur les lieux publics et l'incitation à des pratiques sexuelles à moindre risque au sein de ces populations. En plus d'échanger et de distribuer des seringues, de proposer des préservatifs et des conseils de prévention, les intervenants des PES peuvent orienter ces usagers vers des structures de soins et de dépistage et les aident à établir leurs droits aux prestations sociales. En France, l'offre des seringues reste assurée principalement par les pharmacies. Les PES qui en fournissent environ 10 %, constituent, avec les distributeurs, le complément nécessaire pour améliorer l'accessibilité**.

Les études réalisées en France et dans d'autres pays montrent la persistance de pratiques du partage des seringues. De plus, la mise en commun du matériel de préparation et la réutilisation des filtres peuvent être des vecteurs potentiels des infections par le VIH et les virus des hépatites B et C. Les stratégies de prévention s'attachent donc à faire évoluer les pratiques d'injection dans le sens d'un usage personnel et unique de l'ensemble du matériel. En 1995, un cadre général a été défini pour évaluer la qualité de l'accessibilité aux seringues*. Il comportait une série d'études et de recueil systématique de données, parmi lesquels une description de l'activité et de la clientèle des PES qui est présentée ici.

II. Objectifs

Les objectifs de cette enquête étaient de décrire les caractéristiques sociodémographiques des usagers de drogues intraveineux (UDIV) fréquentant les PES, de mesurer leurs conduites à risque et d'en identifier les facteurs associés. Ils visaient également à disposer de données pouvant contribuer à apprécier, par la suite, l'impact de la réduction des risques en France.

III. Méthode

En 1998, une enquête transversale a été menée dans les services ou associations implantés dans des régions globalement concernées par l'usage de drogues, déclarant comme activité principale la distribution de seringues, et ceci à un seuil supérieur à mille seringues par an. Au total, sur les soixante-seize PES dont l'activité représentait 95 % des seringues délivrées par l'ensemble des PES, soixante ont participé à l'étude. Les critères d'inclusion étaient définis par la demande de seringues pour un usage personnel. Compte tenu de la fréquentation régulière des PES par une grande partie des UDIV, l'enquête a été réalisée durant une semaine. Le questionnaire utilisé portait sur les caractéristiques sociodémographiques des UDIV, l'ancienneté de l'usage, les consommations de produits, les comportements à risques liés à l'usage intraveineux de drogues et à la sexualité, et les contacts avec le dispositif de soins spécialisés en toxicomanie dans les six derniers mois. Les questionnaires étaient auto-administrés ou passés avec l'aide d'un membre de l'équipe en cas de difficulté de compréhension.

Pour tenir compte de la variabilité du taux de participation selon les centres, des prévalences pondérées et leurs intervalles de confiance à 95 % (IC₉₅ %) ont été calculés pour les différentes variables en utilisant le mode C-Sample du logiciel Epi-Info version 6.02. Le poids attribué à chaque observation était l'inverse du taux de participation de la structure dans laquelle le questionnaire avait été complété. La comparaison des variables qualitatives et quantitatives a été réalisée

respectivement par le test du Chi-carré et de Wilcoxon. Pour l'analyse bivariable, des ratios de prévalence (RP) et leurs IC à 95% ont été calculés par la méthode de Greenland et Robins (Epi-Info 6.02). Une analyse par régression logistique non conditionnelle ascendante a été réalisée avec le logiciel Egret et des Odds Ratios (OR) et leurs IC à 95 % calculés. Trois modèles ont été construits selon les différentes pratiques à risques que nous avons définies : le partage de seringue (combinant prêt et emprunt) et le partage du reste du matériel (utilisation commune du produit, de l'eau, de la cuiller et du coton) dans le dernier mois, ainsi que la non utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel sans tenir compte des statuts VIH des partenaires. Ces trois pratiques à risques liées à l'injection et à la sexualité ont été étudiées par une régression logistique en introduisant les variables associées aux pratiques à risques avec un seuil de significativité inférieur à 0,3 en analyse bivariable. Pour les modèles finaux, seules les variables associées aux pratiques à risques avec un seuil de significativité inférieur à 0,05 ont été retenues. Une analyse de classification automatique, effectuée sur les premières coordonnées factorielles des modalités des variables caractérisant les consommations des différentes substances (héroïne, cocaïne, etc.) à partir du logiciel Spad, a permis de partitionner l'échantillon en groupes homogènes et distincts d'usagers et d'aboutir ainsi à une typologie des usagers en fonction de leur consommation.

IV. Résultats

Le taux de participation dans les différents PES variait de 19 % à 100 % avec un taux moyen de 50 % (1004 questionnaires complétés sur 2027 sujets éligibles).

Caractéristiques des sujets et produits consommés

Les répondants et les non répondants ne diffèrent ni pour l'âge ni pour le sexe. La moyenne d'âge est de trente ans (18 % ont moins de 25 ans), 74 % sont des hommes, 37 % sont "sans toit stable" (hôtel, squatt, sans domicile fixe) et 75 % déclarent au moins un recours aux soins spécialisés dans les six derniers mois. 62 % ont été incarcérés au moins une fois dans leur vie (n=622) dont 19 % (n=117) disent avoir eu recours à l'injection durant leur détention. Parmi les sujets déclarant avoir été testés (entre 84 et 92 % selon les virus), 19 % se disent infectés par le VIH, 21 % par le VHB et 58 % par le VHC. L'ancienneté moyenne de la consommation de drogue était de onze ans, celle de l'injection de dix ans. Les injecteurs de moins de deux ans représentaient 8 % de la population de l'enquête. Les résultats (tableau 1) ont mis en évidence une forte utilisation des médicaments et une polytoxicomanie importante associant produits illicites (héroïne, cocaïne, crack), médicaments de substitution (Subutex®, méthadone) et psychotropes (benzodiazépines). 29 % des usagers de drogues participant à l'enquête n'ont injecté que des médicaments pendant cette période.

Profil des usagers

L'analyse en classification des variables d'usage (produits consommés, contexte de consommation) a permis d'individualiser cinq profils d'usagers et de les caractériser par des variables démographiques, sociales, géographiques :

1. La classe des usagers consommant préférentiellement du Subutex® (43 % des individus), caractérisés par une situation sociale moins dégradée et étant plus souvent séronégatifs au VIH et au VHB. Ils déclaraient une toxicomanie plus récente, un faible

TABLEAU 1

Consommation de produits - analyse pondérée

	Nombre	Pourcentage après pondération	IC à 95 % après pondération
Héroïne	501	50,6	44,4 - 56,8
Cocaïne	476	48,4	43,2 - 53,7
Crack	161	23	11 - 34,7
Subutex®	735	69,9	63 - 76,9
Méthadone	139	14,5	11,2 - 17,7
Sulfate de morphine	243	25,6	18,9 - 32,2
Benzodiazépines	474	46	39,6 - 51,6

usage des autres produits, une moindre fréquence d'injections, et un moindre partage de leurs seringues.

2. La classe des usagers de dérivés de sulfate de morphine (Skénan®, Moscontin®) consommant peu d'autres drogues (17 % des individus), fortement représentés dans le région Languedoc-Roussillon.
3. La classe des usagers consommant surtout de la méthadone (14 % des individus) associée à d'autres produits licites et illicites, caractérisés par une toxicomanie plus ancienne et une prévalence du VIH plus élevée.
4. La classe des usagers (13 % des individus), regroupant des usagers plus désinsérés, consommant plutôt des médicaments (benzodiazépines) et ayant un risque de partage de seringues accru.
5. La classe rassemblant presque tous les utilisateurs de crack de l'échantillon (13 % des individus), caractérisés par une fréquence accrue de personnes ayant un logement précaire et se prostituant. Ces usagers, qui déclarent un nombre quotidien d'injections plus important, consomment

souvent d'autres produits illicites et ont plus fréquemment partagé la cuiller, l'eau ou le filtre le mois précédent l'enquête.

Ces cinq groupes, qu'on retrouve également après segmentation, se différencient en termes de pratiques à risques sans différer ni par le sexe, ni par le fait d'avoir des enfants ni par leur statut vis-à-vis du VHC.

Les pratiques à risques

Au cours du dernier mois, 18 % des usagers (n=187) ont partagé une seringue, 45 % (n=453) ont réutilisé leur seringue (trois fois en moyenne). La réutilisation d'une seringue placée dans un container de sécurité pour être rapportée au PES a concerné 13 % des répondants.

Après l'analyse de régression logistique (tableau 2), le partage de seringue est d'autant plus fréquent chez les consommateurs de cocaïne et/ou d'héroïne que le nombre d'injections journalières est grand. Il est également plus fréquent chez les UDIV qui vivent en couple.

TABLEAU 2

Variables liées au partage de la seringue - résultats en régression logistique

	OR	IC à 95 %
Cocaïne		
Non	1	
Oui	1,8	1,2 – 2,7
Héroïne		
Non	1	
Oui	1,9	1,2 – 2,8
Nombre d'injections		
< 1 fois par jour	1,0	
1 fois par jour	1,9	0,5 – 6,7
2 – 4 fois par jour	2,8	0,8 – 9,3
> 4 fois par jour	4,3	1,2 – 15,0
Vie en couple		
Non	1	
Oui	1,7	1,1 – 2,7

La mise en commun du matériel, autre que la seringue pendant le dernier mois, est pratiquée par 70 % d'usagers, et la seule mise en commun du produit concerne 54 % des répondants.

Par ailleurs, le doseur utilisé pour fumer le crack est partagé par 58 % des consommateurs de ce produit

(90/154). L'analyse multivariée montre que la mise en commun du matériel est exclusivement associée à la consommation de produits illicites (OR cocaïne=2,6, IC 95 % : 1,9-3,6 ; OR héroïne=2,2, IC₉₅ %=1,6-3,0 ; OR crack=2, IC 95 %=1,2-3,6) à l'exclusion de toute autre caractéristiques individuelle ou sociale.

Dans les six derniers mois, 80 % des répondants (785/994) déclarent avoir eu des rapports sexuels, 60 % n'ont pas utilisé systématiquement le préservatif. Au cours de cette période, 14 % des usagers se sont prostitués (n=144). D'un âge moyen de trente ans, il s'agissait principalement de femmes (n=104 soit 40 % de l'ensemble des femmes), plus souvent consommatrices de crack (25 % vs 12 %), de benzodiazépines (60,5 % vs 47 %) et de méthadone (21 % vs 12 %) que les autres. Pour les sujets sexuellement actifs dans les six derniers mois (79 %), le dernier partenaire était un UDIV dans la moitié des cas, séropositif au VIH dans 9 % des cas. Au cours du dernier rapport sexuel,

20 % des sujets n'ont pas utilisé de préservatif dans un couple où, au moins un des deux sujets était séropositif ou ignorait son statut pour le VIH.

La non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel (sans tenir compte des statuts sérologiques des partenaires) était associée au fait de vivre en couple ou d'avoir un partenaire stable, d'être séro-négatif pour le VIH ou de ne pas connaître son statut, d'avoir un niveau d'études supérieur au bac (tableau 3). Les variables caractérisant l'histoire de la toxicomanie, les produits ou la situation sociale, à l'exception du niveau d'études, ne sont pas associés aux comportements sexuels à risques.

TABEAU 3

Variables liées à la non-utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel -
résultats en régression logistique

	OR	IC à 95 %
Statut dernier partenaire		
Partenaire non stable	1	
Partenaire stable	3,2	2,1 - 4,8
Mode de vie		
Seul	1	
En couple	2,9	2,0 - 4,4
Statut VIH		
Positif	1	
Négatif	5,5	3,3 - 9,1
Ne sait pas	7,5	2,5 - 22,3
Niveau d'études		
< Bac	1	
= Bac	0,5	0,3 - 0,9
> Bac	2,7	1,4 - 5,1

Discussion

Cette étude est la première de cette envergure menée auprès d'UDIV depuis la mise sur le marché du Subutex® en février 1996**. Les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des usagers, ni à celui de tous les UDIV. On ne dispose pas d'enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs de cette population souvent clandestine. On observe des similitudes de caractéristiques sociodémographiques et des prévalences déclarées vis-à-vis du VIH, VHB et du VHC de cette population avec les enquêtes menées dans d'autres population d'UDIV***, mais cette comparaison est limitée. Ainsi les données disponibles ne permettent pas de comparer les produits consommés. On peut cependant suspecter que d'autres facteurs différencient ces populations, notamment l'état psychologique. Enfin, les résultats de l'enquête témoignent d'une consommation élevée de cocaïne, plus importante que celle décrite dans les récentes autres études françaises auprès des usagers de drogues. Or, administrée par voie veineuse, la cocaïne entraîne un nombre d'injections beaucoup plus important qu'avec la consommation d'héroïne. L'association entre les risques liés à l'injection et le type de produits consommés est un résultat particulier au contexte français : dans une situation où le Subutex® est le produit le plus consommé (fin 1997, 50 000 personnes consommaient du Subutex®)***, ceux qui continuent à consommer des produits illicites sont plus exposés au partage de seringue et du reste du matériel d'injection. La prévalence élevée du VIH

dans cette population caractérisée par une vie affective plus instable crée un contexte de risque accru de contamination par voie sexuelle. De surcroît, les personnes n'utilisant pas de préservatifs dans le cadre de relations de couple exclusives peuvent s'exposer au VIH par voie sexuelle si leur partenaire se contamine par le biais d'un partage de seringue. Cependant, les dimensions particulières de la vie affective et sexuelle des UDIV sont encore peu envisagées dans les actions de prévention.

Conclusion

Services de première ligne, les PES atteignent peu les nouveaux injecteurs, plus vulnérables aux transmissions virales. Le partage de la seringue et la mise en commun du matériel chez les UDIV fréquentant les PES restent préoccupants, incitant à développer des méthodes innovantes de type communautaire (comme associer les usagers à la définition de moyens pratiques de prévention). Au sein des PES, la prévention des pratiques sexuelles à risques demeure également insuffisante et son importance sous-estimée. Dans ce contexte, la population consommant du Subutex® se trouve dans une situation sanitaire et sociale meilleure que les autres usagers, sans qu'on sache si celle-ci est antérieure ou si elle en est le résultat. Enfin, l'usage accru de la cocaïne doit inciter à mettre en place les moyens d'anticiper, au moins au niveau des PES, une possible déstabilisation des comportements de prévention encore fragiles.

Références bibliographiques

- * Propositions pour l'évaluation de l'accessibilité au matériel d'injection dans le cadre de la prévention du sida et des hépatites virales, texte présenté à la réunion du COSAS, le 21/06/95, F. Lert, J. Emmanuelli.
- ** Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques : le système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection stérile, bulletin épidémiologique annuel (BEA), 175-8, 1997.
- *** Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite (IREP, 1996), enquête sur les infections à VIH et VHC et mortalité chez les résidents des CSST avec hébergement, (CESES, 2^e semestre 1996), enquête du mois de novembre (SESI, 1996).
- **** Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, Rapport InVs-Inserm, pour l'OFDT, novembre 1999.

ANNEXE 7

ÉVALUATION DES CAS D'INFECTION
CHEZ LES PERSONNES DÉCLARANT
AU MOINS UNE UTILISATION DE DROGUES
PAR VOIE INTRAVEINEUSE À L'ENTRÉE EN DÉTENTION
À PARTIR DES DONNÉES DE L'ÉTUDE SANTÉ-ENTRANTS
S. STANKOFF, DAP - J. EMMANUELLI, InVs, 1999

ÉVALUATION DES CAS D'INFECTION CHEZ LES PERSONNES DÉCLARANT AU MOINS UNE UTILISATION DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE À L'ENTRÉE EN DÉTENTION À PARTIR DES DONNÉES DE L'ÉTUDE SANTÉ-ENTRANTS

SYLVIE STANKOFF - DAP, JULIEN EMMANUELLI - InVs

- **Échantillon de l'étude santé-entrants : 8 728 personnes.**

- **Prévalences déclarées à l'entrée en détention :**

- VIH : 1,56 %
- VHB : 2,3 %
- VHC : 4,4 %

- ➔ Nombre de personnes infectées à l'entrée en détention :

- VIH : $0,0156 \times 8\,728 = 136$ personnes
- VHB : $0,023 \times 8\,728 = 200$ personnes
- VHC : $0,044 \times 8\,728 = 384$ personnes

- **Pourcentage d'entrants déclarant au moins une utilisation de drogues par voie intraveineuse à l'entrée en détention : 11,8 %**

- ➔ Nombre de personnes déclarant au moins une utilisation de drogues par voie intraveineuse à l'entrée en détention :

$$0,118 \times 8\,728 = 1\,029 \text{ personnes}$$

- **Prévalences chez les personnes déclarant au moins une utilisation de drogues par voie intraveineuse à l'entrée en détention**

- VIH : 9,8 %
- VHB : 11,1 %
- VHC : 31,4 %

- ➔ Nombre de personnes déclarant au moins une utilisation de drogues par voie intraveineuse et infectées à l'entrée en détention :

- VIH : $0,098 \times 1\,029 = 100$ personnes
- VHB : $0,111 \times 1\,029 = 114$ personnes
- VHC : $0,314 \times 1\,029 = 323$ personnes

- ➔ Proportion d'infections chez les personnes déclarant au moins une utilisation de drogues par voie intraveineuse à l'entrée :

- VIH : $100/136 \times 100 = 73$ % des cas d'infection
- VHB : $114/200 \times 100 = 57$ % des cas d'infection
- VHC : $323/384 \times 100 = 84$ % des cas d'infection

ANNEXE 8

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES EXPOSÉES
PAR VOIE INTRAVEINEUSE EN DÉTENTION

S. STANKOFF, DAP - J. EMMANUELLI, InVs - 1999

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES EXPOSÉES PAR VOIE INTRAVEINEUSE EN DÉTENTION

SYLVIE STANKOFF - DAP, JULIEN EMMANUELLI - InVs

À ce jour, nous disposons d'une série d'enquêtes transversales approchant la question des usagers de drogue incarcérés et des risques liés à l'usage qu'ils prennent sous différents angles :

1) Enquête une semaine donnée auprès des usagers de drogues fréquentant les PES (n=1 004) qui fournit :

- Une estimation rétrospective du taux d'incarcération des UDIV fréquentant les PES : 60 %.
- Une estimation de la prévalence VIH parmi les UDIV incarcérés fréquentant les PES : 21,5 %.
- Une estimation de la prévalence VHC parmi les UDIV incarcérés fréquentant les PES : 63 %.
- Une estimation rétrospective de la proportion d'injecteurs en prison parmi les UDIV des PES : 20 %.
- Une estimation de la prévalence VIH parmi les UDIV fréquentant les PES ayant été incarcérés et ayant poursuivi leur injection pendant leurs incarcérations : 36,1 %.
- Une estimation de la prévalence VHC parmi les UDIV fréquentant les PES ayant été incarcérés et ayant poursuivi leur injection pendant leurs incarcérations : 68,5 %.
- Les caractéristiques sociodémographiques des UDIV fréquentant les PES ayant été incarcérés et ayant poursuivi les injections pendant leurs incarcérations.

2) Enquête nationale "État de santé des entrants en prison" (flux annuel=75 825, ou moment donné =51 000), qui fournit :

- Une estimation du nombre de personnes dépendantes aux opiacés parmi les entrants : 15 %.
- Une estimation du nombre d'UDIV incarcérés parmi les entrants en prison : 6,2 %.
- Une estimation du nombre des UDIV sous substitution à leur entrée en prison : 6,3 % (Subutex®) et 0,6 % (méthadone).
- Une estimation du nombre des entrants vaccinés contre l'hépatite B : 14 %.

3) Enquête multicentrique ORS PACA (n=1200) qui estime nationalement :

- La proportion d'UDIV (vie entière et dernier mois) incarcérés : 8 %.
- La proportion d'UDIV incarcérés s'étant déjà injecté une drogue en détention au cours de leur vie : 44 %.
- La proportion UDIV incarcérés s'étant déjà injecté une drogue pendant l'incarcération en cours : 28 %.
- La proportion d'UDIV incarcérés s'étant déjà injecté un produit en détention et ayant partagé la seringue : 10 % (soit 23 % des UDIV qui se sont injecté un produit en détention au cours de leur vie).
- La proportion d'UDIV s'étant initiés à l'injection en prison parmi les UDIV incarcérés lors de l'étude : 7 %.
- La proportion d'UDIV incarcérés sous substitution à leur entrée en prison : 35 % (Subutex®) et 10 % (méthadone).
- La proportion d'UDIV incarcérés sous substitution pendant leur détention : 14 % (Subutex®) et 3 % (méthadone).
- La proportion d'UDIV incarcérés vaccinés contre l'hépatite B : 27 %.
- La proportion d'UDIV incarcérés séropositifs au VHC : 58 %.
- La proportion d'UDIV incarcérés séropositifs au VIH : 10 %.

4) Enquête nationale "Substitution en prison" (n=51 000-53 000)

- la proportion d'UDIV incarcérés sous substitution à leur entrée en prison : 3,9 % (Subutex®) et 0,6 % (méthadone).
- la proportion d'UDIV incarcérés sous substitution pendant leur détention : 1,7 % (Subutex®) et 0,3 % (méthadone).

Il faut distinguer deux niveaux croissants d'exposition aux risques viraux : s'injecter en prison d'une part, s'injecter et partager sa seringue en prison d'autre part.

Pour construire un intervalle de personnes exposées aux risques viraux liés à l'usage, il convient de tabler sur la proportion des injecteurs, qu'ils partagent ou non, pour au moins deux raisons :

- S'injecter, même sans partager, peut entraîner des risques somatiques autres que viraux mais potentiellement graves (OD, choc septique ou anaphylactique, complication infectieuses locorégionales, endocardites...).
- S'injecter, même sans jamais avoir partagé, n'exclut pas la possibilité d'être, un jour, ne serait-ce qu'une seule fois, amené à emprunter une seringue et donc à s'exposer aux risques viraux.

Par ailleurs, il est préférable de raisonner en termes d'exposition tout au long de la carrière d'usager plutôt que lors de la dernière incarcération. Bien qu'on risque de surestimer a priori le nombre de personnes exposées, ce choix se justifie cependant compte tenu du nombre moyen d'incarcérations élevé chez un UDIV au cours d'une vie (quatre à cinq), qui multiplie finalement la probabilité d'exposition aux risques dans le temps.

Deux premières estimations peuvent être proposées à partir des différentes données d'enquêtes, tout en sachant qu'elles ne fournissent qu'un ordre d'idée (le fait de s'être injecté et d'avoir partagé le matériel d'injection, ne dit rien sur l'importance de l'exposition, d'autres facteurs interviennent : fréquence, utilisation d'eau de Javel...).

I. À partir des données de l'enquête entrants (2) et de l'enquête ORS PACA (3) :

- Si l'on raisonne à un moment donné, on décompte les personnes et on considère leur exposition au risque durant une incarcération donnée.

La population a priori exposée est alors constituée des UDIV actifs détenus à un moment donné, soit en 1997 : $51\,000 \times 6,2\% = 3162$.

La population réellement exposée est constituée des sujets qui continuent à s'injecter des produits parmi

les UDIV détenus à un moment donné, soit en 1997 : $3162 \times 28\% = 885$.

- Si l'on raisonne en termes de flux annuel, on comptabilise les expositions au cours de l'ensemble des incarcérations dans l'année, une même personne pouvant faire l'objet de plusieurs incarcérations successives pendant cette période.

Le nombre possible d'UDIV s'étant exposés aux risques viraux pendant l'année 1997 est alors : $75738 \times 6,2\% \times 28\% = 1315$.

Le nombre de personnes exposées (s'injectant en prison) pourrait ainsi se situer dans l'intervalle suivant : [885-1315] soit aux alentours de 1000 (2 % de la population pénale).

Pour information, le nombre de personnes *s'étant injecté et ayant partagé* serait alors compris dans une fourchette plus basse de [203-302].

II. À partir des données de l'enquête PES (1) et de l'enquête ORS PACA (3) :

En fixant à 100 000 le nombre d'UDIV actifs à un moment donné, suffisamment dépendants pour encourir des risques d'incarcération liés à la recherche du produit et en réutilisant les données d'antécédents d'incarcérations de l'enquête PES (60 %) on peut estimer, sur l'hypothèse d'une population d'UDIV constante sur dix ans, un nombre d'UDIV incarcérés au moins une fois dans leur vie : $100\,000 \times 60\% = 60\,000$.

Parmi eux, l'enquête PES indique que 20 % se seraient injecté en prison, soit 12 000 au cours d'une vie de toxicomane actif (à peu près dix ans), ce qui correspond à un nombre annuel de 1200 personnes exposées, proche de celui retrouvé à partir de la première méthode (aux alentours de 1000 soit 2 % de la population pénale). Pour information, si le taux de partage est de 23 %, le nombre d'UDIV *s'étant injecté et ayant partagé* se situerait alors aux alentours de deux cent trente personnes.

ANNEXE 9

PROFIL DES UDVI EN DÉTENTION ÉTABLI
À PARTIR DES QUESTIONNAIRES ADMINISTRÉS
AUPRÈS D'UDVI FRÉQUENTANT LES PROGRAMMES
D'ÉCHANGE DE SERINGUES
J. EMMANUELLI, InVs - 1999

PROFIL DES UDIV EN DÉTENTION

JULIEN EMMANUELLI - InVs

Établie à partir des questionnaires administrés auprès d'UDIV fréquentant les programmes d'échanges de seringues une semaine donnée en France (N=1004), cette enquête transversale permet de décrire un sous-groupe d'usagers déclarant des antécédents d'incarcération (sous-groupe 1, n=622) et, parmi celui-ci, un sous-groupe d'usagers maintenant des comportements d'injection en détention (sous-groupe 2, n=117).

Avec l'existence d'antécédents d'incarcération (sous-groupe 1), voire d'épisode d'injection durant la détention (sous-groupe 2), on observe, par rapport à l'échantillon global, un accroissement de :

- l'âge moyen des sujets (31 ans, 31,3 ans, 32 ans),
- la proportion des hommes (75 %, 80 %, 83 %),
- la proportion de sujets déclarant un partenaire sexuel stable dans les six derniers mois (44 %, 58 %, 59 %),
- l'ancienneté de la toxicomanie (dix ans, douze ans, quatorze ans),
- le nombre d'injection quotidienne supérieure à deux (77 %, 76 %, 82 %),
- l'activité sexuelle dans les six derniers mois (79 %, 78 %, 84 %),
- la proportion de sujets testés pour le VIH (91,5 %, 94,1 %, 97,4 %),
- la proportion de sujets testés pour VHC (83,6 %, 90 %, 93,8 %),
- la proportion de sujets traités pour le VHB (85,9 %, 86,8 %, 91,6 %),
- la prévalence du VIH (19,2 %, 21,5 %, 36,1 %),
- la prévalence du VHC (58,4 %, 63 %, 68,5 %),
- la prévalence du VHB (20,8 %, 23,4 %, 34,4 %),
- le partage de la seringue dans le dernier mois (18 %, 19 %, 19,6 %),
- la proportion de consommateurs d'héroïne (50 %, 51 %, 59 %),
- la proportion de consommateurs de cocaïne (47,4 %, 52 %, 60,7 %),
- la proportion de consommateurs de benzodiazépines (47,2 %, 50 %, 54 %),
- la proportion de consommateurs de méthadone (13,8 %, 15 %, 21,4 %).

En revanche, on observe la tendance inverse avec :

- l'âge de début de l'injection (20,5 ans, 20 ans, 19 ans),
- l'âge de début de consommation de l'héroïne (19,5 ans, 19 ans, 18 ans),
- l'âge de début de consommation de la cocaïne (21 ans, 20 ans, 19,5 ans),
- l'âge de début de consommation du crack (26 ans, 25 ans, 24 ans),
- le partage du reste du matériel dans le dernier mois (71 %, 70 %, 68,4 %),
- la non-utilisation systématique du préservatif en cas de rapport sexuel (38 %, 36 %, 31 %),
- la prostitution (14,3 %, 13,2 %, 12 %)
- la proportion de consommateurs de Subutex® (73 %, 75 %, 66 %).

En somme, les UDIV qui s'injectent en prison semblent a priori plus à risques que les autres, et l'on peut ainsi supposer que la probabilité de contamination en cas d'injection en détention est plus importante qu'à l'extérieur.

ANNEXE 10

POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES :
OBJECTIFS ET MISE EN ŒUVRE
JUIN 1998 - J.-F. RIOUFOL, DGS

POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES EN DIRECTION DES USAGERS DE DROGUES

Juin 1998

Introduction

La notion de réduction des risques est perturbante compte tenu :

- de la loi de 70,
- du déficit d'information sur la réduction des risques,
- de la place nouvelle qu'elle offre à une population très marginalisée, en grande souffrance, mais qui est également difficile à gérer et génératrice d'inquiétude.

I. Une situation épidémiologique préoccupante

* Les usagers de drogues représentent en importance le deuxième groupe le plus touché par l'épidémie de sida.

Le nombre de cas cumulés de sida déclarés au 31 décembre 1997 est de 47 407 personnes dont 23,5 % sont toxicomanes, soit 11 137 personnes. En 1997, ils représentent 18,9 % des nouvelles contaminations.

Dans certaines régions comme Provence - Alpes - Côte d'Azur, la Corse, l'Île-de-France, l'Aquitaine, le Midi-Pyrénées et le Languedoc-Roussillon, la population toxicomane a été très fortement atteinte par le VIH.

* Un nombre important d'entre eux sont infectés par le VIH ou les virus de l'hépatite B ou C.

On estime le nombre de toxicomanes utilisant la voie intraveineuse à 150 000. 30 % d'entre eux seraient infectés par le virus du sida et 60 à 70 % par le virus de l'hépatite C.

De façon plus générale, outre les risques d'overdose, les toxicomanes présentent un mauvais état de santé lié à la consommation de drogues (abcès, poussières, septicémies) et au mode de vie (accidents, blessures, sous-alimentation, maladies contagieuses).

* Pour résumer, il s'agit d'une population qui est dans une situation doublement spécifique :

- D'une part parce qu'elle est exposée à la fois à la transmission des virus par voie sanguine et par voie sexuelle. Cette dernière voie de transmission, qui expose également les partenaires de toxicomanes, est particulièrement préoccupante du fait du lien entre prostitution et toxicomanie,

- D'autre part parce qu'il s'agit d'une population vivant dans l'illégalité, en partie marginalisée et donc plus difficilement accessible à la prévention et aux soins.

II. Cette situation dramatique a justifié la mise en place d'une politique de réduction des risques

A. Qu'est-ce-que la politique de réduction des risques ?

On entend par politique de réduction des risques l'ensemble des mesures mises en œuvre pour prévenir les contaminations par les virus du sida et des hépatites, mais également les problèmes et complications découlant de l'usage et de la recherche de drogues, à savoir :

- Les complications sanitaires liées à l'utilisation de la voie veineuse et à l'injection de produits, le tout dans de mauvaises conditions d'hygiène (abcès, overdoses, septicémies),
- Les problèmes sociaux liés à l'isolement, l'errance et les différentes ruptures affectives, familiales et professionnelles qui caractérisent le parcours du toxicomane.

Très concrètement, la partie la plus visible de cette politique de réduction des risques consiste en un accès facilité aux seringues pour les UDIV, sur la base de trois constatations :

- Le premier constat, c'est que, lorsqu'on leur en donne les moyens, c'est-à-dire l'accès aux seringues ainsi qu'aux messages de prévention, les usagers de drogues par voie intraveineuse modifient leurs pratiques pour se prémunir des différents virus : les enquêtes les plus récentes montrent que le partage des seringues se raréfie et surtout, que l'incidence du VIH est très faible chez les usagers qui ont commencé à se droguer après les mesures de libéralisation de la vente de seringues.
- En second lieu et contrairement à une idée reçue, l'accès facilité aux seringues n'induit pas de nouveaux cas de toxicomanie : "la seringue ne fait pas le toxicomane". L'accès au matériel d'injection stérile n'est pas antinomique avec la prévention de la toxicomanie. Ces actions n'entrent pas en conflit,

pas plus qu'elles ne font l'objet d'une hiérarchisation. Simplement, fondamentalement, dès lors qu'un individu s'injecte de la drogue, il faut à tout prix lui donner les moyens de se prémunir des contaminations.

- Enfin, l'expérience montre que la vente ou la distribution de seringues est également un moyen d'entrer en contact, de créer du lien avec des usagers de drogues très marginalisés. Au-delà de la fourniture de matériel, un travail plus global de prévention, de soutien, d'orientation même vers le dispositif de soins peut être effectué.

Avec la politique de réduction des risques, on accepte ainsi d'accompagner la dépendance des usagers de drogues qui ne souhaitent pas, ou pas encore, sortir de leur toxicomanie, pour mieux aller à la rencontre de ceux-ci, améliorer leur état de santé global et éviter notamment de nouvelles contaminations.

Mais si l'intention de soins est adaptée, en aucun cas elle n'est abandonnée. En allant au-devant des usagers de drogues les plus marginalisés, en "prenant soin" d'eux, en se préoccupant simultanément de la prévention des contaminations (et, bien souvent, la distribution de matériel d'injection devient un prétexte pour créer du lien), de l'hygiène (conseils, douches, repos...), de la santé (soin du corps, alimentation, orientations vers l'hôpital), des conditions de vie (logement...) et des droits sociaux de ces personnes, les programmes mis en place participent d'une stratégie globale de prise en charge des toxicomanes ouvrant des opportunités de sortie ultérieure de la toxicomanie.

La réduction des risques pour les toxicomanes s'entend également comme une réduction des risques pour l'ensemble de la population : avec l'accès aux moyens de prévention et à l'insertion, on demande au toxicomane d'avoir un comportement responsable qui se traduit par des rapports sexuels protégés, le retour des seringues une fois utilisées, le respect de l'environnement et surtout de la population. La reconnaissance de la citoyenneté de l'usager de drogues s'accompagne d'un respect de la cité par l'usager de drogues. Le fonctionnement des premiers programmes de prévention, leur bonne intégration dans les quartiers, le fort retour des seringues usagées montrent que les usagers de drogues peuvent devenir des agents actifs dans cette politique, responsables de leurs actes et d'eux-mêmes.

B. Ce que la politique de réduction des risques n'est pas :

1. Elle n'est pas un encouragement de la toxicomanie

Aussi pragmatique qu'elle soit, cette politique de réduction des risques ne cherche en aucun cas à cautionner ou encourager les pratiques toxicomaniaques. Elle réalise plutôt un équilibre fondé sur un impératif de préservation (les aider à se garder en bonne santé en attendant qu'ils trouvent une voie de sortie de la toxicomanie) et une logique thérapeutique (l'accompagnement et l'aide à la réinsertion des toxicomanes a pour objectif de favoriser la demande de soins chez ce dernier, l'abandon de la toxicomanie étant l'objectif sous-jacent).

2. Elle n'est pas un obstacle au maintien de l'ordre

L'impératif du maintien de l'ordre public et la priorité de santé publique s'articulent dès lors que plusieurs principes sont respectés :

- L'impérieuse nécessité de réduire les risques infectieux chez les toxicomanes par voie intraveineuse prédomine sur le contrôle de la possession de matériel d'injection.

La concertation préalable avec les forces de police locales permet de privilégier la surveillance discrète, de préférence à une présence ostentatoire qui, par nature même, rendrait impossible tout contact avec les usagers de drogue.

En ce qui concerne les locaux ou les bus d'accueil pour toxicomanes, la bonne compréhension de la police du rôle et de l'action des équipes de prévention rend donc possible un accès facile et anonyme des usagers de drogues dans ces lieux pour y chercher des soins, des conseils ou du matériel de prévention ou pour restituer du matériel usagé.

- La lutte contre les trafics et la criminalité continue à être exercée résolument.

Les lieux de distribution de seringues ne doivent en aucun cas devenir des zones de "non droit".

La prévention des troubles et la lutte contre la délinquance ou la criminalité s'y exerce dans les mêmes conditions que partout ailleurs, afin de préserver l'ordre public, la tranquillité du voisinage et garantir ainsi l'acceptation par tous, et donc le succès, des programmes d'échange de seringues.

3. Elle n'est pas une distribution de seringues anarchique

La mise en place d'une action de prévention auprès des usagers de drogues est la résultante d'une longue procédure, parfaitement encadrée par la DDASS de chaque préfecture.

Celle-ci s'assure tout d'abord de la solidité de l'association porteuse du projet et organise une très large concertation autour du projet de distribution de seringues. Ce travail d'explication et de concertation implique notamment l'ensemble des services extérieurs de l'État (police, justice, éducation), la municipalité, les pharmaciens et les médecins, la population du quartier. S'agissant d'actions en direction d'un public ayant des pratiques illégales, l'accord des forces de l'ordre et la non hostilité de la population locale sont une condition impérative.

Il faut ajouter que la consommation, le deal ou tout échange d'informations relatives à la drogue sont interdits dans les structures accueillant les usagers de drogues actifs. Ceux-ci connaissent parfaitement le règlement et veillent en général collectivement à le faire respecter, conscients des risques de dérapage qui pourraient mettre en danger ces lieux de refuge.

C. Une politique encadrée par des textes précis

Cette politique, qui met en avant la santé publique, c'est-à-dire le droit à la prévention et aux soins pour les UDIV, est inscrite dans un cadre réglementaire précis :

- Décret du 13 mai 1987 pérennisé par le décret du 11 août 1989 modifiant le décret n°72-2000 : les seringues peuvent désormais être délivrées en pharmacie sans ordonnance à des personnes âgées de dix-huit ans au moins (sans obligation de justification d'identité ni remise d'une commande).
- Décret du 7 mars 1995 modifiant le décret n°72-200 : les seringues peuvent également "être délivrées, à titre gratuit, par toute association à but non lucratif ou personne physique menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques chez les usagers de drogues dans des conditions définies par un arrêté du ministre chargé de la santé".
- Arrêté du 7 mars 1995 relatif aux conditions de mise en œuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles : les actions de prévention doivent être nécessitées par la situation épidémiologique locale, avoir fait l'objet d'une large concertation et être menées dans une logique de complémentarité avec les autres actions en direction des usagers de drogues.

Par ailleurs, la délivrance de seringues doit faire l'objet d'une déclaration préalable, accompagnée d'un dossier descriptif de l'action envisagée, à la préfecture.

III. Présentation du dispositif de prévention en direction des usagers de drogues

Objectif général

Réduire l'incidence du VIH et des autres virus chez les usagers de drogues en améliorant l'accès aux seringues et en proposant des conditions de vie moins précaires à cette population.

Objectifs spécifiques

- utilisation de l'ensemble du matériel d'injection de façon stérile (non partage...),
- pratiques sexuelles protégées,
- accès au dépistage, aux soins (somatiques et spécialisés) et aux droits sociaux des usagers de drogues,
- récupération des seringues usagées.

Le développement de la politique de réduction des risques s'est reposé sur la mise en œuvre d'un certain nombre de principes :

- L'origine très diverse des associations gestionnaires de ces programmes (champ sida, champ humanitaire, dispositif spécialisé), garante d'une (ré-)interrogation permanente des pratiques.
- La capacité des équipes à aller au contact des usagers de drogues actifs là où ils se trouvent, y compris dans la rue et à diversifier les offres de service.
- La diversité des compétences professionnelles (éducateurs, accueillants ex-usagers, infirmières, assistantes sociales, médecins) qui constitue autant d'opportunités pour créer du lien et prendre en charge les usagers.
- L'accueil sans préalable et sans jugement des usagers de drogues dans l'état où ils se présentent.

En 1997, les grands axes du dispositif sont :

- La vente libre des seringues, principal vecteur d'approvisionnement, au travers des 23 000 officines pharmaceutiques du territoire. La mobilisation des pharmacies progresse, comme en témoigne le succès du Stéribox, trousse de prévention vendue au prix réduit de cinq francs dans les officines (192 000 par mois en 1997).
- Les programmes associatifs d'échanges de seringues destinés à atteindre les usagers les plus marginalisés, reposant sur des unités mobiles, des lieux d'échange et des équipes de rues (au total 86 en 1997). Des équipes réduites d'agents de prévention, éducateurs

et infirmiers ou médecins proposent du matériel stérile aux usagers, une information, une écoute et une orientation.

- Les distributeurs automatiques ou échangeurs-distributeurs de trousses de prévention (environ cent cinquante). Bien qu'il ne soit pas créateur de lien, ce mode d'accès aux seringues est utile dès lors qu'il vient en complément d'autres actions de proximité ;
- Les lieux de contacts pour usagers de drogues (ou "boutiques"), au nombre de trente-deux, dont les objectifs sont plus ambitieux puisqu'ils sont à la fois des lieux refuges, ouverts et chaleureux (possibilité de discuter, de se reposer, de se doucher, de laver son linge, de prendre un café...) offrant des soins infirmiers de première urgence, proposant une orientation vers le dispositif sanitaire et social et dispensant du matériel d'injection stérile.

Ce sont également des lieux éducatifs où les usagers de drogues apprennent ou réapprennent le respect d'eux-mêmes (restauration de l'image de leur corps et de leur image) et de l'autre.

Ces lieux de contact peuvent être considérés comme la première marche du dispositif : ils permettent de toucher des personnes qui sont exclues de tous les circuits et qui ne souhaitent pas, ou pas encore, s'inscrire dans une démarche de soins. Leur mission n'est pas de se substituer aux structures existantes, mais de "créer du lien" et d'accompagner les usagers de drogues dans les services hospitaliers ou les centres de soins, "d'ouvrir les portes" et ainsi de favoriser le travail en réseau et la collaboration entre les différents acteurs du champ sanitaire et social.

IV. La politique de réduction des risques a fait preuve de son efficacité

Les enquêtes comportementales, portant sur une période limitée, montrent une nette diminution du partage des seringues qui ne concerne plus que 13 % des usagers en 1996 (21 % en 95, 33 % en 90, 48 % en 88). Si les trois quarts des usagers continuent à réutiliser leur propre seringue, le nombre de réutilisations baisse tendentiellement (deux à quatre fois en 1996 contre quatre à cinq fois en 1988).

Le nombre de nouveaux cas de sida chez les usagers de drogues a diminué de 36 % entre les deux semestres de 1996 et de nouveau de 31 % entre le second semestre 1996 et le premier semestre 1997.

L'observation de trois années de fonctionnement montre que les "boutiques" et les programmes d'échange de seringues sont fortement fréquentés par une population hétérogène, principalement mais pas seulement toxicomane, composée parfois de jeunes de moins de 25 ans et plus, généralement d'adultes

de 28-30 ans. Quelques chiffres : les données collectées pour quinze boutiques et trente PES montrent qu'ils ont eu 194 000 passages en 1996 correspondant à environ 20 000 personnes différentes.

Les associations menant les programmes de réduction des risques ont su faire émerger une immense demande chez les usagers de drogues les plus précaires. Tous les outils de médiation proposés correspondent en effet aux besoins indispensables d'une population pour qui ces structures semblent représenter, à ce stade précis de leur trajectoire personnelle, la seule alternative par rapport à la rue. Avec le temps et la confiance, un travail d'accompagnement et d'orientation vers les structures de soins pour toxicomanes devient alors possible.

Concernant l'intégration de ces programmes dans les villes ou les quartiers, il est utile de verser au débat les résultats d'une enquête qui a été menée en début d'année par la DGS auprès des associations gestionnaires.

Globalement, celles-ci estiment que leur programme bénéficie de la neutralité ou du soutien de la totalité de leurs interlocuteurs (élus, police, associations, partenaires médicosociaux), à l'exception des commerçants et habitants du quartier (réserve ou hostilité dans 45 % des cas), et qu'un travail de concertation peut être mené régulièrement.

L'enquête tend surtout à montrer que l'étape la plus difficile pour un programme de réduction des risques est la phase de négociation ou de préparation du projet. C'est en effet à ce stade que les hostilités ou les réserves, bien que minoritaires, sont les plus marquées. Ce qui se joue, c'est l'image d'un quartier où les oppositions, alimentées par une certaine méconnaissance des actions de réduction des risques, peuvent être vives, principalement chez les commerçants et habitants. L'ouverture effective du programme de réduction des risques permet une amélioration des relations avec l'ensemble des partenaires, les positions initialement hostiles glissant vers une attitude plus neutre. Ce point est essentiel car il pourrait attester d'une part de la valeur "pédagogique" d'un programme en activité et, d'autre part, d'une certaine irrationalité dans les prises de position initiales.

Il reste que la situation n'est pas simple autour de la réduction des risques qui renvoie chacun vers une légitime peur de la toxicomanie. Les usagers de drogues ne sont pas des patients faciles et la souffrance et l'isolement qu'ils vivent au quotidien rend parfois leur relation à l'autre explosive.

Il est également vrai qu'aucune recette miracle, pas même une simple molécule chimique, ne permet de guérir à coup sûr et instantanément une personne de sa dépendance. Seule une longue prise en charge

médico-psychosociale, associée à un traitement de substitution ou un sevrage permet d'ouvrir des perspectives favorables à moyen terme.

Cependant, il y a deux choses dont on peut être sûr :

- Tout d'abord on ne tombe pas par hasard, ou en rencontrant un toxicomane, dans la toxicomanie ; la drogue vient toujours pallier un déséquilibre, masquer une souffrance plus ou moins enfouie. La dépendance induit elle-même une telle souffrance que les toxicomanes sont les premiers à en dissuader leurs connaissances.
- D'autre part, il n'est pas moralement acceptable de laisser des personnes, fussent-elles difficiles à gérer, dans un cycle de marginalisation sociale qui met leur vie en danger et dont elles ne peuvent se sortir seules. Il n'est pas acceptable, non plus, en

termes de santé publique de laisser des personnes exposées aux maladies infectieuses, aux maladies en général, et à la mort violente en particulier. Ce constat est valable pour les toxicomanes, mais également pour toute une catégorie de la population française en proie à une marginalisation croissante. Il y aura, malheureusement, dans l'avenir, davantage de lieux d'accueil pour les toxicomanes, car les besoins sont immenses. Mais aussi davantage de boutiques - solidarité pour les SDF, davantage de structures d'hébergement pour les sans-abris, davantage de points - écoutes ou de relais dans les gares ou les quartiers pour les jeunes en difficulté... Je doute que ces populations constituent l'archétype du voisin idéal ; pourtant, il faudra faire une place à ces structures.

ANNEXE 11

CIRCULAIRE N° 739 DGS/DH/DAP DU 5 DÉCEMBRE 1996
RELATIVE À LA LUTTE CONTRE L'INFECTION PAR LE VIH
EN MILIEU PÉNITENTIAIRE : PRÉVENTION,
DÉPISTAGE, PRISE EN CHARGE SANITAIRE, PRÉPARATION
À LA SORTIE ET FORMATION DES PERSONNELS

REPUBLIQUE FRANCAISE

**MINISTERE DU TRAVAIL ET DES
AFFAIRES SOCIALES**

**Secrétariat d'Etat à la Santé et à la
Sécurité Sociale**

MINISTERE DE LA JUSTICE

Le Garde des Sceaux, Ministre de la justice,

Le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale

à

Mesdames et Messieurs les Préfets de Région
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et
Sociales

Mesdames et Messieurs les Préfets de Département
Directions Départementales des Affaires Sanitaires et
Sociales

Messieurs les Directeurs Régionaux des Services Pénitentiaires

CIRCULAIRE n° 739DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.

Date d'application : immédiate

Résumé: la présente circulaire actualise les orientations définies depuis 1985, relatives à la lutte contre l'infection par le VIH en les replaçant dans le cadre de l'organisation des soins mise en place par la loi du 18 janvier 1994.

Mots clés : virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - établissement pénitentiaire - missions des établissements publics de santé- prévention - dépistage - prise en charge sanitaire des détenus - préparation à la sortie - formation des personnels.

Textes de référence :

- code de la santé publique.
- code de procédure pénale.
- code de la sécurité sociale.
- Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
- Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.
- Décret n° 88-61 du 18 janvier 1988, modifié pris pour l'application de l'article L 355-23 du code de la santé publique, concernant le dépistage de façon anonyme et gratuit du Virus de l'Immunodéficience Humaine.
- Décret n° 93-74 du 18 janvier 1993 relatif aux accidents professionnels
- Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.
- Arrêté du 28 décembre 1992 modifié, relatif au rapport d'activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit de dépistage du VIH.
- Arrêté du 18 janvier 1993 relatif aux accidents professionnels.
- Arrêté du 21 janvier 1994 fixant les modalités de suivi sérologique des fonctionnaires civils victimes d'accidents de service entraînant un risque de contamination par le Virus de l'Immunodéficience Humaine.
- Circulaire (fonction publique - santé - budget) du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service.
- Circulaire DGS/DH du 3 avril 1989 relative à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les professionnels de santé.
- Circulaire DGS/DH n° 23 du 3 août 1989 relative à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les personnels de santé.
- Circulaire DGS/Division sida n° 09 du 29 janvier 1993 relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.
- Circulaire DSS/AT/93/32 du 23 mars 1993 concernant les modalités d'application de la législation relative aux accidents de travail en cas d'infection par le VIH aux temps et lieu de travail.
- Circulaire DGS/DAS/299 du 9 mai 1994, relative à la formation des personnels du secteur sanitaire et social dans le cadre de la lutte contre l'infection par le VIH.
- Circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et comportant un guide méthodologique.

- Circulaire n° 04 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1995.

- Circulaire DH/FH3/95-14 du 3 mars 1995 relative aux modalités de prise en charge au titre des accidents de service ou des accidents du travail d'une contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) aux temps et lieu de travail pour les fonctionnaires hospitaliers et agents contractuels relevant du livre IV du Code de la Sécurité Sociale mais gérés par les établissements publics sanitaires ou médico-sociaux et instituant une indemnisation de solidarité en faveur de l'ensemble de ces personnels contaminés par le VIH à l'occasion d'un accident de service ou de travail.

- Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés.

- Circulaire DGS/DH n° 96-259 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996.

- Note d'information DGS/DH/DRT n° 666 du 28 octobre 1996 relative à la conduite à tenir, pour la prophylaxie d'une contamination par le VIH, en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé.

Circulaires abrogées :

- Circulaire santé/justice du 5 septembre 1985 comportant une fiche technique relative à l'infection par le VIH.

- Circulaire santé/justice AP 8801 G2 du 1er février 1988 relative à la participation de l'administration pénitentiaire à la politique nationale de lutte contre le sida.

- Circulaire n° 295 Santé du 19 avril 1989 relative à la prise en charge sanitaire des détenus infectés par le VIH.

- Circulaire santé/justice n° 240 du 4 mai 1990 relative aux modalités de prise en charge financière des actions de dépistage du VIH dans les établissements pénitentiaires.

- Circulaire DAP/DGS n° E 9340061 CJ 23 du 8 juin 1993 relative au dépistage volontaire de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire.

La proportion connue de détenus atteints par le VIH est importante bien qu'en diminution : 5,8 % de la population pénale en 1990, 2,3 % en 1995 (soit un taux plus de dix fois supérieur à celui observé dans la population générale). Le nombre de détenus, connus au stade du sida, est en légère diminution depuis 1995 (0,27 %), alors qu'il était en augmentation auparavant (de 0,12 % à 0,38 % entre 1988 et 1994).

Il convient de rappeler que le VIH ne se transmet que par voie sexuelle, par voie sanguine et par contamination de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'allaitement. Il ne se transmet donc pas par la salive, par l'air, par les aliments, par l'eau, par les piqûres d'insectes... Cliniquement, le sida, forme majeure de l'infection par le VIH, se traduit par l'apparition de maladies graves liées à un déficit immunitaire : infections opportunistes, tumeurs, atteintes du système nerveux central. La surveillance, les traitements antirétroviraux précoces et la prévention des maladies opportunistes augmentent la qualité et la durée de vie.

Différents textes mentionnés ci-dessus ont notamment prévu que :

- des préservatifs et des brochures d'information sur le VIH soient mis à la libre disposition des détenus et remis aux sortants (permissionnaires et libérés) ;

- comme en milieu libre, le dépistage de l'infection par le VIH soit volontaire. Il doit être systématiquement proposé à chaque personne entrée en détention, dans le cadre d'une démarche d'information et de conseil. Il peut être réalisé de façon anonyme par les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) intervenant en milieu pénitentiaire ;

- des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) interviennent dans les établissements pénitentiaires où la prévalence de la maladie est la plus importante ;

- des actions de formation des personnels soient organisées.

Ces mesures sont à replacer dans le cadre de la loi du 18 janvier 1994, qui a confié au service public hospitalier l'organisation des soins aux détenus en milieu pénitentiaire, avec la création d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), et, le cas échéant, en milieu hospitalier. Tel est l'objet de la présente circulaire qui tient compte des recommandations du rapport du professeur GENTILINI. Celle-ci s'applique également aux établissements en gestion mixte du "programme 13000" relevant de la loi 87-432 du 22 juin 1987, où les soins restent assurés par le groupement privé concessionnaire.

I - ACTIONS DE PREVENTION

I.1. La lutte contre le VIH dans le cadre du programme d'éducation pour la santé

En application de l'article R 711-14 du code de la santé publique, l'établissement public de santé, qui dispense les soins en milieu pénitentiaire, est chargé de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire et d'élaborer, en accord avec les partenaires concernés (1), un programme annuel ou pluriannuel d'éducation pour la santé. Ces actions peuvent revêtir différentes formes : séances d'information, espaces de paroles, émissions ou films de prévention diffusés sur le circuit de télévision interne, affiches, documents de prévention ... Il est important d'encourager la réalisation de ces outils par les détenus eux-mêmes.

(1) (établissement pénitentiaire, services déconcentrés de l'Etat, Conseil Général, autres collectivités locales, organismes d'assurance maladie, associations)

Les actions de prévention de l'infection par le VIH visent, en informant sur la pathologie et ses modes de transmission, à aider chacun à adopter des mesures de prévention individuelles et à lutter contre la discrimination. Elles doivent s'intégrer dans le projet global d'éducation pour la santé, dont elles constituent un thème important.

Pour ce faire, l'établissement public de santé prend appui sur le dispositif de lutte contre l'infection par le VIH impulsé par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. Il collabore avec les réseaux institutionnels et associatifs spécialisés dans la prévention et l'éducation pour la santé. Les projets d'actions sont élaborés en liaison avec la DDASS et l'administration pénitentiaire et co-financés sur les crédits déconcentrés de celles-ci.

I.2. La mise à disposition de moyens de prévention

Le directeur de l'établissement pénitentiaire et le responsable de l'UCSA ou du service médical veillent, chacun en ce qui les concerne, à ce que :

- une brochure d'information et de prévention soit systématiquement remise à chaque entrant en détention lors de la visite médicale d'entrée ;
- des préservatifs aux normes NF, du lubrifiant, ainsi qu'un mode d'emploi soient mis, notamment dans les services médicaux, à la libre disposition des détenus, qui peuvent les conserver sur eux ou dans leur cellule ;
- de l'eau de Javel à 12° chlorométrique soit distribuée par l'administration pénitentiaire et figure sur la liste des produits cantinables, les formes concentrées et les comprimés étant à proscrire ;
- une trousse de sortie contenant préservatifs, lubrifiants, dépliant d'information sur le VIH et adresses utiles (hôpital, CDAG, autres lieux de dépistage gratuit, associations, lieux d'hébergement...) soit remise, par le greffe, à tous les sortants, permissionnaires ou libérés.

Les Comités de Probation et d'Assistance aux Libérés (CPAL) mettent également à disposition des documents d'information. Les brochures peuvent être obtenues auprès du Comité Français d'Education pour la Santé ou d'associations concernées.

L'administration pénitentiaire fournit les trousse de sortie ainsi que les préservatifs, lubrifiants et mode d'emploi. Cet achat est financé sur la ligne "prévention" du chapitre 34-23 de chaque établissement pénitentiaire.

I.3. La prévention et la prise en charge des accidents avec exposition au sang et aux liquides biologiques

1 - La prévention de la survenue des accidents

Les règles d'hygiène préconisées ne sont pas spécifiques à la prévention de l'infection par le VIH. Leur respect permet de se protéger également contre d'autres maladies infectieuses transmises par le sang, notamment les hépatites B et C. Il s'agit de précautions qui doivent être respectées par tous les professionnels concernés. La note d'information DGS/DH/DRT n° 666 du 28 octobre 1996 les rappelle en ces termes : "les mesures de prévention consistent, notamment, à se laver les mains, à manipuler avec soin les objets tranchants et piquants et à les jeter immédiatement après usage dans un conteneur, à ne pas recapuchonner les aiguilles, à désinfecter ou stériliser convenablement les instruments ou à les jeter après utilisation selon le cas et à porter un équipement de protection personnel adapté aux diverses situations (gants, masque, blouse, tablier, lunettes)".

Il convient également de placer les prélèvements de sang ou de liquides biologiques dans un récipient hermétique durant le transport. Toutes les personnes qui manipulent ces prélèvements doivent porter des gants.

Par ailleurs, le personnel de surveillance doit disposer de gants à usage unique, lors de ses interventions à l'occasion d'incidents avec exposition au sang. Le respect de ces règles d'hygiène permet de se protéger des maladies infectieuses transmises par le sang.

Comme dans toute collectivité, la manipulation du linge sale doit se faire avec surblouse et gants et son transport doit s'effectuer dans des sacs hermétiquement clos.

Le traitement des déchets liés à l'activité de soins de l'UCSA, à la charge de l'établissement public de santé, est réalisé selon les règles en vigueur en milieu hospitalier. L'établissement public de santé organise leur ramassage et leur transport réguliers, selon un rythme à déterminer en fonction de l'activité de l'UCSA.

2 - Conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang

Est considéré comme un accident exposant à un risque de contamination par le VIH, le contact avec du sang possiblement contaminé, à la suite d'une piqûre, d'une coupure ou d'une projection de sang sur une peau lésée.

La note d'information du 28 octobre 1996 précitée, relative à la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé, aborde tour à tour le nettoyage de la plaie (1), l'évaluation des risques infectieux, la prophylaxie antirétrovirale (2), la déclaration de l'accident (cf. annexe 1) et le suivi sérologique.

- Personnels pénitentiaires

Les dispositions de la note précitée relatives à l'évaluation du risque infectieux et à l'éventuelle prophylaxie antirétrovirale s'appliquent aux personnels pénitentiaires. Le service compétent pour les mettre en oeuvre est le service d'urgence, ouvert 24h/24, le plus proche.

Toutes les mesures doivent être prises pour permettre l'arrivée dans ce service, le plus rapidement possible, et impérativement dans les 4 heures qui suivent l'accident. L'adresse, le numéro de téléphone et les dispositions administratives nécessaires doivent être portés à la connaissance des personnels concernés.

L'accident doit être déclaré sans délai comme accident du travail ou de service, selon les modalités légales en vigueur dans l'établissement (cf. annexe 1). Par ailleurs, le service de médecine de prévention en est informé dans les meilleurs délais.

- Autres intervenants et détenus

Les mesures relatives à l'évaluation des risques de contamination et à l'éventuelle prophylaxie antirétrovirale s'appliquent, d'une façon générale, à tout intervenant en milieu pénitentiaire ainsi qu'aux détenus, victimes d'un accident avec exposition au sang.

(1) En cas d'accident provoquant piqûres, blessures ou projections de sang sur une peau lésée, le sujet doit nettoyer immédiatement la plaie à l'eau courante et au savon, rincer puis réaliser l'antisepsie avec un dérivé chloré (soluté de Dakin ou éventuellement eau de Javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10°) ou à défaut à l'alcool à 70° ou à la polyvidone iodée en solution dermique, en assurant un temps de contact d'au moins 5 minutes. En cas de projection sur les muqueuses, en particulier au niveau de la conjonctive, rincer abondamment, de préférence au sérum physiologique ou sinon à l'eau, au moins 5 minutes.

(2) Le traitement, lorsqu'il est prescrit, doit, si possible, démarrer dans les quatre premières heures, une prise en charge et un suivi spécialisé sur le plan médical, psychologique et social sont donc immédiatement organisés.

II - DEPISTAGE VOLONTAIRE DE L'INFECTION PAR LE VIH

II.1. Le rappel des finalités

Depuis 1985, date de mise sur le marché des tests de dépistage des anticorps anti-VIH, la politique d'accès au dépistage est fondée sur le volontariat et le consentement éclairé des intéressés, à l'exclusion de tout dépistage obligatoire. Le dépistage de l'infection par le VIH a pour finalités de favoriser l'adoption de comportements de prévention individuels pour réduire les risques de contamination et de permettre aux personnes séropositives l'accès à une prise en charge précoce, tant psycho-sociale que médicale.

La prestation de dépistage est un acte médical conçu dans une démarche d'éducation pour la santé comprenant trois étapes :

1) - **une consultation médicale préalable.** Cette consultation s'accompagne d'une information sur l'infection par le VIH et d'un conseil personnalisé de prévention. Elle est un moment privilégié qui permet au médecin d'identifier avec l'intéressé, dans un climat de confiance et de confidentialité, d'éventuelles situations à risque auxquelles il a pu être exposé (relations sexuelles non protégées, partage de matériel d'injection pour usage de drogues,...) La recherche des facteurs de risque constitue l'une des phases principales de la consultation. Elle permet, en outre, de mettre éventuellement en évidence des signes ou un tableau clinique évocateurs d'une infection par le VIH ;

2) - **si nécessaire, une prescription de test, par le médecin.** En fonction des éléments apportés par cet entretien et après consentement de l'intéressé, le médecin, s'il le juge opportun, prescrit un test de dépistage en expliquant l'intérêt et la nécessité de ce test et la signification des résultats ;

3) - **une consultation médicale de remise des résultats.** L'annonce des résultats doit être impérativement faite par un médecin, que le résultat soit négatif ou positif. Elle permet au médecin de rappeler la signification du test, d'analyser à nouveau avec l'intéressé sa compréhension des risques de transmission et sa capacité à adopter des comportements de prévention. Dans le cas d'un résultat positif, le médecin doit faciliter la démarche de soins et le suivi psychologique et social.

En milieu pénitentiaire, ces mêmes principes s'appliquent. Il ne saurait y avoir de dépistage obligatoire. Une consultation personnalisée, avec, le cas échéant, prescription d'un test, doit être systématiquement proposée à chaque entrant.

Durant l'incarcération, pour des raisons de confidentialité et compte tenu du contexte pénitentiaire, les résultats ne peuvent être communiqués à l'intéressé qu'oralement. A l'issue de l'incarcération, en application du guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994, les résultats en possession de l'UCSA sont remis à l'intéressé sous pli fermé.

II.2. Le rôle de l'UCSA

L'UCSA facilite l'accès à la prévention et au diagnostic précoce de l'infection par le VIH, ainsi que l'intervention de la CDAG :

- lors de la visite médicale d'entrée, le médecin de l'UCSA invite le détenu à bénéficier d'un conseil personnalisé de prévention de l'infection par le VIH et si nécessaire d'un test de dépistage, que ceux-ci soient réalisés par l'UCSA ou par la CDAG, dont il fait connaître les jours et heures de passage ; cette invitation devant être renouvelée dans les jours suivant l'incarcération ;

- à l'occasion des autres consultations, le médecin de l'UCSA renouvelle, si besoin est, l'information sur le dépistage et les possibilités offertes. Il prescrit un test de dépistage de l'infection par le VIH, soit à la demande de l'intéressé, soit, avec son accord en raison de critères médicaux (symptômes, facteurs de risque...).

II.3. L'intervention de la Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit

La circulaire DGS n° 9 du 29 janvier 1993 prévoit l'intervention, par voie de convention, d'une CDAG dans les établissements pénitentiaires, afin d'offrir aux personnes détenues l'accès à un dépistage anonyme. Compte tenu du transfert de responsabilité de l'organisation des soins au service public hospitalier, l'intervention de la CDAG doit s'effectuer en coordination étroite avec l'UCSA, notamment dans un souci de continuité des soins. Toutefois, les résultats d'un test de dépistage rendus par le médecin de la CDAG ne peuvent être transmis au médecin de l'UCSA qu'avec le consentement de l'intéressé.

Un modèle de cadre conventionnel est proposé en annexe 2. Il se substitue à l'annexe H du guide méthodologique (1). Le modèle proposé en annexe 2bis concerne les établissements pénitentiaires régis par la loi du 22 juin 1987 (2).

Les CDAG continuent d'adresser à la DDASS un rapport d'activité conforme aux dispositions figurant dans l'arrêté du 28 décembre 1992 modifié par l'arrêté du 14 février 1994, distinct de celui établi pour les activités réalisées en milieu libre.

(1) La convention est conclue entre le directeur de l'établissement public de santé signataire du protocole, le directeur de l'établissement pénitentiaire et le représentant légal de la CDAG.

(2) La convention est conclue par le directeur du groupement privé, le directeur de l'établissement pénitentiaire et le représentant légal de la CDAG.

III - PRISE EN CHARGE SANITAIRE

III.1. Le suivi médical

L'infection par le VIH justifie que les patients soient périodiquement suivis par un médecin. Ce suivi doit être mis en oeuvre le plus précocement possible après la découverte de la séropositivité. Les recommandations pour la prise en charge des personnes atteintes d'infection par le VIH ont été actualisées par le groupe d'experts présidé par le professeur DORMONT (ouvrage publié en juin 1996, qui comporte des recommandations thérapeutiques et un chapitre consacré à la prise en charge sanitaire des personnes atteintes d'infection par le VIH en milieu pénitentiaire).

Le médecin qui détecte une séropositivité chez un détenu examine avec celui-ci, l'organisation de sa prise en charge médicale-et psychosociale. Elle est réalisée sous la responsabilité du médecin de l'UCSA, en collaboration avec les CISIH ou les services hospitaliers spécialisés et, au besoin, avec le service socio-éducatif et "l'antenne toxicomanie".

Le patient doit être informé de l'intérêt de cette prise en charge et de ses modalités. Un rendez-vous lui est proposé et un manquement à ce rendez-vous justifie une relance.

III.2. Les consultations spécialisées, interventions des CISIH et hospitalisations

L'UCSA est chargée de dispenser des soins aux détenus et d'organiser leur accès aux consultations spécialisées ou leur hospitalisation. Celles-ci ont lieu dans les conditions suivantes :

1) - Dans les établissements pénitentiaires particulièrement confrontés à l'infection par le VIH, la prise en charge de cette pathologie est assurée, sur place, par des médecins relevant des CISIH, en lien avec les médecins de l'UCSA. En fonction des besoins, il peut être créé, sous forme de vacations, de nouvelles consultations hebdomadaires spécialisées VIH, à l'intérieur des établissements pénitentiaires, y compris pour ceux régis par la loi du 27 juin 1987.

2) - Dans les autres établissements pénitentiaires, les patients détenus sont adressés en consultation spécialisée.

3) Lorsqu'une hospitalisation et/ou un examen spécialisé sont nécessaires, l'UCSA organise, comme pour les autres pathologies, l'accueil hospitalier du patient dans un service approprié à son état de santé.

III.3. La prise en charge des personnes toxicomanes et les traitements de substitution

Une prise en charge intégrant l'ensemble des problèmes de dépendance doit être proposée en détention. En particulier, pour les personnes toxicomanes, un traitement de substitution par la Méthadone ou le Subutex peut être poursuivi ou initié.

En ce qui concerne la prescription de Méthadone :

- un traitement entrepris avant l'incarcération doit pouvoir être poursuivi en détention, au titre de la continuité des soins ;

- une primo-prescription de Méthadone pourra désormais être initiée, en cours de détention, pour des toxicomanes présentant une pharmacodépendance avérée aux opiacés, dans le cadre d'un processus de soins et d'insertion sociale, dont les modalités et les conditions auront été définies avec attention. Ce traitement doit être initialement prescrit par un médecin d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes, qu'il s'agisse d'une "antenne toxicomanie" ou d'un centre extérieur habilité à intervenir en milieu pénitentiaire.

Comme le Subutex, la Méthadone doit être administrée à chaque prise par le personnel soignant.

III.4. L'appréciation de la charge en soins

L'étude "un jour donné", périodiquement menée depuis 1988 afin d'apprécier la charge en soins des équipes médicales intervenant dans les prisons, est poursuivie.

IV. PRÉPARATION À LA SORTIE ET CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

La continuité des soins et de la prise en charge doit être assurée à la sortie du détenu. L'équipe médicale organise avec celui-ci son suivi médical en milieu libre. Pour préparer la sortie et faciliter la réinsertion, la dimension sociale de cette prise en charge doit être étudiée avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire et les services sociaux concernés. Il convient, en particulier, d'aider le détenu :

- dans ses démarches sociales : obtention de la nouvelle carte de sécurité sociale, de la carte d'identité, de l'allocation aux adultes handicapés, du RMI, inscription auprès de l'ANPE et des organismes de stage ;

- dans l'obtention d'un logement ou d'un hébergement (appartement thérapeutique, ...), afin qu'à la sortie l'accès à celui-ci soit immédiat ;

- dans l'orientation vers les structures de soins et les médecins des réseaux Ville - Hôpital;

- dans la recherche d'une prise en charge thérapeutique pour les toxicomanes, en liaison avec les équipes des centres de soins aux toxicomanes et les équipes de psychiatrie.

Dans douze établissements pénitentiaires, plus particulièrement confrontés au VIH, les établissements publics de santé (généralement à travers un CISIH) ont recruté et détaché des assistantes sociales auprès des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires, afin d'apporter cette aide et ce soutien.

V - FORMATION

Compte tenu de l'impact de l'épidémie et de l'évolution rapide des connaissances, les professionnels de santé, les personnels socio-éducatifs et les personnels de surveillance se trouvent confrontés à des situations auxquelles ils ne sont pas toujours préparés. C'est la raison pour laquelle la formation occupe une place centrale dans la politique de lutte contre le VIH. Les formations initiales et continues, mises en place depuis un certain nombre d'années et développées depuis, ont pour objectifs :

- 1) - d'améliorer le soutien, la tolérance et la solidarité envers les personnes atteintes par le VIH ;
- 2) - de favoriser la prise en charge globale de ces personnes ;
- 3) - de promouvoir les politiques d'information, de prévention, de conseil personnalisé et de dépistage volontaire du VIH;
- 4) - de préparer la sortie, dans une optique de continuité des soins et de réinsertion sociale.

V.1. La formation des personnels pénitentiaires

La formation concerne tous les personnels de l'Administration Pénitentiaire : personnel de direction, de surveillance, d'insertion et de probation, et personnel administratif et technique. Ils en bénéficient au cours de leur formation initiale et au titre de la formation continue.

Poursuivant les quatre objectifs ci-dessus, les formations dispensées visent, en particulier, en apportant aux personnels une meilleure connaissance de l'infection par le VIH et de ses modes de transmission, à souligner leur rôle en matière de prévention. Il est notamment fait appel aux personnels soignants, en particulier ceux qui interviennent dans les UCSA, les CISIH et les CDAG ou au secteur associatif.

V.2. La formation des personnels de santé

La formation initiale ou continue des personnels de santé, en ce domaine, vise à accroître leur rôle dans la prévention auprès des détenus et dans le soutien auprès des personnes atteintes. Trois types de formation sont proposés :

- 1) - la formation à l'organisation d'actions de prévention vise à développer les connaissances relatives à l'infection par le VIH et à faire acquérir une méthodologie permettant d'organiser des actions de prévention adaptées pour les personnes détenues et des programmes d'éducation pour la santé.
- 2) - la formation au conseil personnalisé de prévention encourage les personnels médicaux et paramédicaux à intégrer, dans une démarche globale d'éducation pour la santé, la prestation de conseil personnalisé et de dépistage et garantit une cohérence entre les messages d'information et de prévention délivrés par les différents personnels médicaux.

3) - la formation à la prise en charge médicale, psychologique et sociale a pour premier objectif d'améliorer le suivi médical et psychologique des personnes atteintes. Son but est également d'aider les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire à gérer, dans leur pratique quotidienne, les situations liées à l'infection par le VIH, d'apporter un soutien aux personnes atteintes et de préparer leur sortie, en lien avec leur famille et leurs proches et en partenariat avec les organismes sanitaires et sociaux appelés à prendre le relais lors de la libération.

V.3. Le financement

L'administration Pénitentiaire et la Direction Générale de la Santé/Division Sida financent ou cofinancent, sur leurs crédits déconcentrés (respectivement sur les chapitres 37-98, 31-22 et 34-98 et sur le chapitre 47-18) les projets de formation, tant pour les personnels pénitentiaires que pour les personnels de santé. Dans les établissements régis par la loi du 22 juin 1987, ces formations sont cofinancées par le groupement privé concerné.

* * *

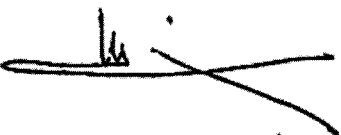
Telles sont les orientations qu'il vous revient de mettre en oeuvre. En cas de difficulté d'application, vous pouvez contacter la direction générale de la santé (division sida), la direction des hôpitaux (bureaux EO2 et EO4) ou la direction de l'administration pénitentiaire.

Le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale

H. GAYMARD

Le Garde des Sceaux, ministre de la justice

J. TOUBON


n° 1283/2519
Le Contrôleur Financier,
Michel LECOLLE
29 NOV. 1996

ANNEXE 1

MODALITES DE DECLARATION DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG SELON LES CATEGORIES DE PERSONNELS¹

- **Pour les personnels de santé**, l'incident doit être immédiatement déclaré comme accident du travail ou de service selon les modalités en vigueur dans l'établissement. Il devra être également le plus rapidement possible notifié au médecin du travail. (Circulaire DSS/AT/93/32 du 23 mars 1993, circulaire DH/FH3/95-14 du 3 mars 1995, circulaire DSS/AT/95/22 du 3 mars 1995, note d'information DGS/DH/DRT n°666 du 28 octobre 1996).

- **Pour les personnels de l'administration pénitentiaire ou autres fonctionnaires de l'Etat**, l'incident, fut-il apparemment bénin, doit être immédiatement déclaré comme accident de service selon les modalités légales prévues par le décret n°86-442 du 14 mars 1986 et la circulaire du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service. Les modalités du suivi sérologique, prévues par l'arrêté du 21 janvier 1994 pour les fonctionnaires de l'Etat, sont portées à la connaissance de la personne accidentée. Elles peuvent être mises en oeuvre soit par l'intermédiaire du médecin de prévention qui est systématiquement tenu informé de tout accident de service, soit par un médecin choisi par l'agent.

- **Pour les membres bénévoles habilités par l'administration pénitentiaire**, et bénéficiant d'une protection particulière prévue par les dispositions de l'article D.412-79 du code de la sécurité sociale, l'incident avec exposition au sang doit être immédiatement déclaré comme accident du travail auprès de la direction de l'établissement. Le suivi sérologique prévu par l'arrêté du 18 janvier 1993 fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine est mis en oeuvre.

¹La note d'information DGS/DH/DRT n°666 du 28 octobre 1996, précise la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique (cf. le point 1.3.1 de la présente circulaire).

Annexe 2 : Etablissements pénitentiaires en régie directe

PROPOSITION DE CADRE CONVENTIONNEL CONCERNANT LES PRESTATIONS DE CONSEIL PERSONNALISE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ET ANONYME EN MILIEU PENITENTIAIRE

Entre

Le Directeur de l'établissement public de santé signataire du protocole en application de l'article R.711-10 du code de la santé publique¹.

La Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH (nom de la structure ou du service, adresse, nom du médecin responsable) représentée par :

1° *Le Président du Conseil Général du département*.....

2° *Le Directeur de l'Hôpital*¹ de

Le Directeur de l'établissement pénitentiaire de

Il a été, d'un commun accord, convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 - Le représentant légal de la CDAG détache auprès de l'UCSA de l'établissement pénitentiaire de l'équipe de la CDAG (préciser la composition de l'équipe) à raison de (jours et heures de passage chaque semaine)² afin que les détenus puissent bénéficier de manière volontaire et anonyme d'une information sur le VIH, d'un conseil personnalisé de prévention et, si nécessaire d'un test de dépistage.

Article 2 - L'unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A) met à disposition de la CDAG les locaux suivants aux jours et heures suivants.....

Article 3 - Le médecin responsable de la CDAG s'engage à présenter à la DDASS un rapport d'activité des consultations de dépistage effectuées dans l'établissement pénitentiaire, distinct de celui établi dans le cadre de ses activités en milieu libre, selon les modalités précisées par l'arrêté du 28 décembre 1992 modifié, relatif au rapport d'activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du Virus de l'Immunodéficience Humaine. Une copie de ce rapport d'activité est adressée au médecin responsable de l'UCSA.

En outre, le représentant légal de la CDAG adresse à la DDASS, trimestriellement, un tableau récapitulatif des états de frais trimestriels correspondant aux actes effectués dans l'établissement pénitentiaire, distinct de celui établi dans le cadre de ses activités en milieu libre.

Article 4 - La présente convention prend effet à compter du

Elle peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties co-signataires en cas de non respect des clauses énoncées ci-dessus.

Elle pourra faire l'objet d'un avenant modificatif en cas d'adoption de nouvelles modalités.

Fait à, le

¹Lorsque l'établissement public de santé et la CDAG constituent une seule et même personne de droit public, son représentant apposera sa signature sous les timbres correspondant ;

²Le nombre d'interventions hebdomadaires de l'équipe de la CDAG doit tenir compte de la nature, de la taille et du flux des entrants par semaine.

**PROPOSITION DE CADRE CONVENTIONNEL CONCERNANT LES PRESTATIONS DE
CONSEIL PERSONNALISE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ET
ANONYME EN MILIEU PENITENTIAIRE**

Entre

Le Directeur du groupement privé ou son représentant

Le Directeur de l'établissement pénitentiaire de

La consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH (nom de la structure ou du service, adresse, nom du médecin responsable) représentée par :

1° le Président du Conseil Général du département de

2° le Directeur de l'hôpital de

Il a été, d'un commun accord, convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 - Le représentant légal de la CDAG détache dans l'établissement pénitentiaire de l'équipe de la CDAG soit (préciser la composition de l'équipe) à raison de (préciser jours et heures par semaine)(1) afin que les détenus puissent bénéficier de manière volontaire et anonyme, d'une information sur le VIH, d'un conseil personnalisé de prévention et, si nécessaire d'un test de dépistage, dans les conditions prévues par la circulaire (DGS - Division Sida) n°9 du 29 janvier 1993 relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du VIH.

Article 2 - Le Directeur de l'établissement pénitentiaire met à la disposition de la CDAG les locaux suivants aux jours et heures suivants

Article 3 - Le médecin responsable de la CDAG s'engage à présenter à la DDASS un rapport d'activité des consultations de dépistage effectuées dans l'établissement pénitentiaire, distinct de celui établi dans le cadre de ses activités en milieu libre, selon les modalités précisées par l'arrêté du 28 décembre 1992 modifié, relatif au rapport d'activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du Virus de l'Immunodéficience Humaine. Une copie de ce rapport d'activité est adressée au médecin responsable du service médical de l'établissement pénitentiaire.

En outre, le représentant légal de la CDAG adresse à la DDASS, trimestriellement, un tableau récapitulatif des états de frais trimestriels correspondant aux actes effectués dans l'établissement pénitentiaire, distinct de celui établi dans le cadre de ses activités en milieu libre.

Article 4 - La présente convention prend effet à compte du

Elle peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties co-signataires en cas de non respect des clauses énoncées ci-dessus.

Elle pourra faire l'objet d'un avenant modificatif en cas d'adoption de nouvelles modalités.

Fait à, le.....

¹Le nombre d'interventions hebdomadaires de l'équipe de la CDAG doit tenir compte de la nature, de la taille et du flux des entrants par semaine.

ANNEXE 12

CIRCULAIRE DAP N° 2020 DU 5 NOVEMBRE 1997
RELATIVE À LA DISTRIBUTION D'EAU DE JAVEL
AUX PERSONNES DÉTENUES

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Paris, le 05 NOV. 1997 N° · 2 0 2 0

DIRECTION
DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

SOUS-DIRECTION
DE LA RÉINSERTION

BUREAU
DE L'ACTION SANITAIRE ET
DE LA LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

GB 3

Réf : OS/CS NOTE-JAV

Dossier suivi par

- GB3 : Mme SAMPEUR

- HA1 : Mme BILLET

- HB1 : M. LOYER-HASCOET

NOTE

à l'attention de

Messieurs les Directeurs Régionaux
des Services Pénitentiaire

OBJET: Distribution systématique d'eau de javel aux personnes détenues

R E F: - Circulaire DGS/DH/DAP n°739 du 5 décembre 1996 relative à la
lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire

- Note DAP n°064 du 22 janvier 1997 relative à la lutte contre le VIH
en milieu pénitentiaire

P - J : Annexes Fiche d'information sur l'eau de javel rédigée par la DGS
Plaquette d'information de la chambre syndicale nationale
de l'eau de javel
Modalités de passation - Bordereau de prix - marché type -
Bon de commande type -

Dans ses orientations, la circulaire Santé Justice du 5 décembre 1996 prévoit la distribution systématique et gratuite d'eau de javel aux personnes détenues. Cette mesure s'intègre à l'organisation d'une politique d'hygiène générale dans les établissements, en permettant aux détenus d'assurer eux-mêmes, en tant que de besoin, la désinfection des surfaces, des matériels et des différents objets utilisés dans la vie courante, mais elle vise en particulier prévention de maladies transmissibles telles que le VIH ou les hépatites.

Ainsi, désormais :

- un flacon de 120ml d'eau de javel sera remis gratuitement à chaque détenu tous les 15 jours, y compris aux détenus placés au quartier disciplinaire ou au quartier d'isolement. La distribution se fera en cellule, en même temps que la distribution des draps par exemple.

.../...

- l'eau de javel devra également figurer sur la liste des produits cantinables au prix figurant dans la convention (soit actuellement 1,75 F. TTC le flacon) et être intégrée au "panier du détenu".

- un flacon sera inclus dans tous les "paquetages arrivant".

La quantité d'eau de javel autorisée en cellule ne saurait être supérieure à trois flacons par personne.

L'eau de javel destinée à être distribuée en détention est à 12°, ce qui exclut dorénavant l'utilisation de tout autre concentration du produit au sein de la détention, et notamment l'utilisation de l'eau de javel à 48° qui était distribuée aux auxiliaires.

L'eau de javel à 12° est conditionnée en flacons de 120 ml. A ce niveau de concentration, le produit n'est pas toxique même en cas de projection sur la peau ou dans les yeux, comme l'indique le document rédigé par la Direction Générale de la Santé que vous trouverez joint en annexe. Les ingestions accidentelles seront par ailleurs traitées selon les modalités du document désigné ci-dessus.

Pour garder ses propriétés désinfectantes, le produit ne doit pas être dilué. Le flacon une fois ouvert doit être utilisé dans les 15 jours et conservé à l'abri de la lumière. Il importe également d'être vigilant sur le respect des normes de distribution, de stockage et sur les dates de péremption, ce qui implique un suivi très précis des commandes et des modalités de stockage adaptées.

J'attire votre attention sur le fait que l'eau de javel doit être utilisée seule pour garder ses propriétés désinfectantes, et qu'en aucun cas elle ne doit être associée à un produit acide (détartrant WC) car elle provoque alors un dégagement toxique de chlore (Cf. plaquette d'information de la chambre syndicale nationale de l'eau de javel jointe en annexe). Vous voudrez bien tenir compte de cet élément lors de la révision annuelle de la liste des produits cantinables, et prendre éventuellement conseil auprès du corps médical sur l'interaction possible des produits proposés entre eux.

L'adhésion du personnel à la mise en place de cette nouvelle mesure de prévention est essentielle. Aussi, je vous engage à organiser rapidement des temps d'information au profit des agents en liaison avec les services de santé (médecins de prévention...) et éventuellement avec le concours des DRASS. Cette initiative leur permettra de mieux s'approprier les objectifs poursuivis en termes de santé publique, voire à s'en faire le relais auprès de la population pénale. Une information dans le cadre des différentes structures de concertation locales, départementales et régionales (CTP, CHS...) pourrait également permettre d'atteindre cet objectif.

L'information de la population pénale, qui devra également être la plus large possible, pourra se faire par le biais du canal vidéo interne lorsque qu'il existe, par voie d'affichage dans les différentes zones de la détention, par la mise à disposition de documents dans le "paquetage arrivant", et/ou par tout autre moyen de nature à toucher le plus grand nombre de personnes possible. L'UCSA (ou le service médical dans les établissements "13.000") pourra être utilement associée à cette démarche d'information et sollicitée pour mettre en place des actions d'éducation pour la santé autour de ce thème.

.../...

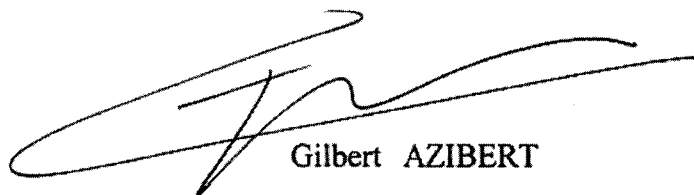
Il existe des brochures explicatives sur le produit et sa bonne utilisation, qui peuvent être commandées par les établissements et financées sur le chapitre 34-23. Les CPAL, même s'ils ne sont pas directement concernés par la distribution d'eau de javel, sont également invités à se procurer ces brochures et à les mettre à la disposition de leur public.

Une convention de prix a été passée après appel d'offres restreint avec la société HENAUX pour la fourniture des flacons d'eau de javel. Les commandes seront à traiter au niveau régional (chapitre 37-98) selon les modalités que vous trouverez jointes en annexe. Dans les établissements du parc "13.000", l'achat des facons d'eau de javel est à la charge du groupement comme il est indiqué dans le cahier des charges.

Un bilan d'étape de la mise en oeuvre de cette mesure sera effectué dans six mois.

Je vous invite à me faire part de toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente instruction qui devra être mise en oeuvre au 1er décembre 1997.

Le Directeur de l'Administration Pénitentiaire

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, connected strokes.

Gilbert AZIBERT

Copie pour information

Direction Générale de la Santé - Division Sida
Mmes et MM. les médecins de prévention
Mmes et MM. les médecins coordonateurs 13.000

ANNEXE 13

NOTE D'INFORMATION DGS N° 1502 DU 21 NOVEMBRE 1997
RELATIVE AUX MODALITÉS D'UTILISATION
ET DE DIFFUSION DE L'EAU DE JAVEL
COMME OUTIL DE RÉDUCTION DES RISQUES INFECTIEUX
CHEZ LES USAGERS DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE



MINISTRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE

REPUBLIQUE FRANCAISE

PARIS, le 21 /11/97

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Division SIDA

DGS/DS2 - N° 1502

Personnes chargées du dossier :

Mme Suzanne Guglielmi

Téléphone : 01 40 56 54 67

M. Jean-François Rioufol

Téléphone : 01 40 56 41 85

**LE MINISTRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE**

A

**MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE REGIONS**

Directions Régionales
des Affaires Sanitaires et Sociales

pour information

**MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE DEPARTEMENT**
Directions Départementales des
Affaires Sanitaires et Sociales

Pour exécution

OBJET : Note d'information sur les modalités d'utilisation et de diffusion de l'eau de Javel comme outil de réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse

1. Actualisation du message "Eau de Javel"

La politique de réduction des risques mise en oeuvre en direction des usagers de drogues par voie intraveineuse repose notamment sur un message prioritaire d'utilisation systématique de matériel d'injection neuf, personnel, stérile et à usage unique. Il implique donc la non réutilisation et le non partage des différents outils (seringue mais aussi récipient, filtre, eau de préparation à l'injection) servant à l'injection de drogues, pour se prémunir efficacement des risques de transmission des virus du sida et des hépatites.

Dans cette perspective, l'offre de matériel d'injection stérile a été développée à travers la vente libre de seringues en pharmacie, la vente de Stéribox à prix réduit (160 000 par mois en 96), les programmes associatifs d'échange de seringues (65 P.E.S et 30 lieux de contacts appelés "Boutiques" en 96) et les distributeurs automatiques de seringues (89 appareils en 96).

La politique mise en oeuvre a permis d'accompagner et de faciliter la responsabilisation des usagers de drogues et la modification de leurs pratiques. On constate ainsi au fil des années une raréfaction des situations de partage de seringues à plusieurs (cf enquête de l'Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance sur les attitudes et comportements des toxicomanes. Octobre 1996) et une diminution des nouvelles contaminations par le VIH. La réutilisation de leur seringue personnelle par les usagers de drogues reste cependant un phénomène encore largement répandu (les 3/4 des usagers déclarent utiliser leur propre seringue 3 fois en moyenne) sans doute lié pour partie à des problèmes d'accessibilité et pour partie à la persistance de "moments à risques"; avec, en arrière plan, un contexte ne favorisant pas le port des seringues.

Les messages de non partage et de non réutilisation doivent rester la règle. Cependant, la persistance de conduites à risques chez une partie de la population toxicomane a justifié la diffusion d'un message pragmatique à l'intention de ceux qui sont dans l'impossibilité absolue d'utiliser des seringues neuves.

Les actions "eau de Javel", initiées à l'origine par l'IREP, se situent dans ce cadre. Elles ont l'avantage de proposer un produit générique, d'accès facile et de faible coût, ainsi qu'un protocole rapide et pas trop complexe à mettre en oeuvre.

La réalisation, en 1996-1997, d'études scientifiques sur les conditions d'efficacité de l'eau de Javel a permis d'obtenir des résultats encourageants aussi bien vis à vis du VIH que des hépatites B et C. Ils permettent de réactualiser les recommandations qui avaient été faites, à titre conservatoire, en juin 1996 et d'accompagner au mieux la distribution prochaine de l'eau de Javel en prison.

L'annexe 1 présente les conclusions des experts amenés à se prononcer sur les résultats obtenus par l'équipe de chercheurs de l'INSERM U 271 (l'étude complète peut être demandée à la division sida).

Les incertitudes qui pesaient sur l'efficacité du protocole d'utilisation de l'eau de Javel à 12° chl, tant à l'égard du VIH que des hépatites, peuvent désormais être levées même si, lorsque que cela est techniquement possible, l'utilisation d'une eau de Javel à 24° chl (présumée plus efficace) est préférable. Dans tous les cas, le protocole de désinfection à l'eau de Javel permet de réduire efficacement mais pas d'éliminer totalement les risques de contamination liés à la réutilisation d'un matériel usagé.

Le groupe d'experts a par ailleurs mis en évidence l'importance des opérations de nettoyage à l'eau préalablement à la désinfection à l'eau de Javel. Le message "eau de Javel" est modifié en conséquence, avec l'adjonction d'une nouvelle étape : celle du nettoyage de la seringue dès que possible après une injection lorsque le matériel est destiné à être réutilisé.

Je vous demande donc d'assurer le plus largement possible, y compris en milieu pénitentiaire, la diffusion de l'annexe 2 (réalisée en partenariat avec l'INSERM U 88 et l'IREP) comportant une information actualisée sur l'efficacité de l'eau de Javel et les modalités pratiques d'utilisation de cet outil de réduction des risques ainsi que de l'annexe 3 présentant une affichette destinée à être distribuée aux usagers de drogues.

2. Distribution gratuite de flacons d'eau de Javel dans les établissements pénitentiaires

Conformément aux orientations données par la circulaire DGS/DH/DAP N° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire, la distribution gratuite d'eau de Javel aux détenus, dans un objectif d'hygiène générale et de lutte contre la transmission des virus du sida et des hépatites, devrait être effective courant novembre 1997. Les modalités de distribution sont détaillées dans la circulaire DAP jointe en annexe 4.

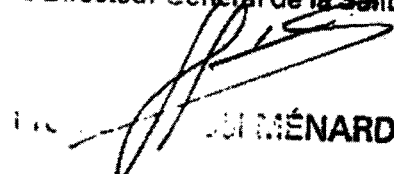
Les documents compilés dans l'annexe 5 sont destinés à apporter une information sur les modalités d'utilisation de l'eau de Javel comme produit d'hygiène courante ainsi que sur les risques que peut représenter ce désinfectant pour la santé en cas d'ingestion ou de projection. Ils seront utilement transmis par vos soins aux responsables des services médicaux des établissements pénitentiaires de votre département. Ils permettront de faciliter les échanges avec le personnel pénitentiaire et plus particulièrement avec les surveillants et de constituer des supports d'information favorisant l'adoption des conduites d'hygiène par les détenus.

La consommation de drogues par voie intraveineuse en prison est un fait hautement probable même s'il ne peut être, actuellement, précisément évalué. Ces incertitudes ont conduit le ministère de l'emploi et de la solidarité et le ministère de la justice à créer une mission conjointe pour aborder la question de la réduction des risques en prison. En tout état de cause, la distribution d'eau de Javel permet de mettre en place un outil de prévention efficace pour la désinfection du matériel de tatouage ainsi que dans le cas d'une réutilisation ou d'un partage de matériel d'injection par les détenus poursuivant un usage de drogues par voie intraveineuse en détention.

J'attire de nouveau votre attention sur l'importance qu'il y a à transmettre aux services médicaux ainsi qu'aux associations intervenant en milieu pénitentiaire des informations explicites (annexes 2 et 3) sur l'utilisation de l'eau de Javel comme outil de réduction des risques. Plus encore qu'en milieu libre (où le message eau de Javel a un rôle supplétif), il importe que, de façon générale et dans un esprit de concertation avec le directeur d'établissement, l'ensemble des professionnels du secteur sanitaire et social intervenant en prison puissent expliquer aux détenus ayant des pratiques à risques les modalités d'utilisation de l'eau de Javel comme désinfectant pour le matériel d'injection et de tatouage potentiellement infecté.

L'impact de l'arrivée de l'eau de Javel en prison fera l'objet d'un suivi attentif de la part de la direction générale de la santé et de la direction de l'administration pénitentiaire. En conséquence, vous voudrez bien prendre l'attache des services médicaux des établissements pénitentiaires afin de centraliser et transmettre à la division sida, d'ici au mois de mars 98, toutes les constatations, remarques et éventuelles déclarations d'incidents liées à l'utilisation de ce produit.

Le Directeur Général de la Santé



J. Ménéard

ANNEXE 14

PROTOCOLE DE DÉSINFECTION À L'EAU DE JAVEL
DES SERINGUES USAGÉES
ET AFFICHETTE DESTINÉE À ÊTRE DISTRIBUÉE
AUX USAGERS DE DROGUES
DGS – NOVEMBRE 1997

DESINFECTION DES SERINGUES USAGEES AVEC DE L'EAU DE JAVEL

L'usage de drogues par voie intraveineuse expose à des risques importants de transmission des virus du sida et des hépatites.

- Le meilleur moyen de réduire ces risques est de s'administrer la drogue autrement que par voie injectable.
- En cas de maintien de l'injection, utiliser systématiquement un matériel d'injection (seringue, récipient, eau, coton) neuf, stérile et à usage unique et personnel.
- La réutilisation d'une seringue, même personnelle, ainsi que de l'eau de préparation de l'injection, du coton et du récipient présentent des risques importants d'infection et de transmission des virus. Les mauvaises conditions d'hygiène au moment de l'injection favorisent également les infections.
- La préparation en commun, le partage d'une même seringue à plusieurs ainsi que le partage de l'eau, du coton (filtre), du produit (dans la cuillère notamment) et du récipient exposent aux plus forts risques de contamination.

PAR CONSEQUENT, NE PARTAGEZ JAMAIS LE MATERIEL D'INJECTION (SERINGUE, RECIPIENT, COTON), L'EAU DE PREPARATION ET L'EAU DE RINCAGE. NE REUTILISEZ PAS LE MATERIEL. SI VOUS NE POUVEZ FAIRE AUTREMENT QUE DE LE REUTILISER, DESINFECTEZ LE AVANT.

La désinfection à l'eau de Javel d'une seringue usagée dans le but de la réutiliser ne doit être envisagée qu'en dernier recours et en l'absence de tout accès à du matériel d'injection stérile. Elle permet de réduire efficacement, mais pas d'éliminer totalement, les risques de contamination.

LE PROTOCOLE SUIVANT DE DESINFECTION A L'EAU DE JAVEL EST RECOMMANDE

A. Lorsqu'une seringue est conservée après utilisation : laver abondamment la seringue avec de l'eau courante dès que possible après l'injection afin de la débarrasser des traces de sang. Remplir et vider complètement deux fois la seringue.

E
A
U



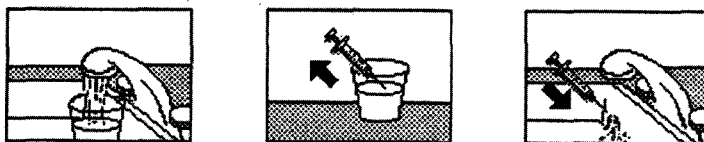
X 2

B. Avant chaque utilisation de seringue usagée :

1. laver abondamment la seringue avec de l'eau courante.

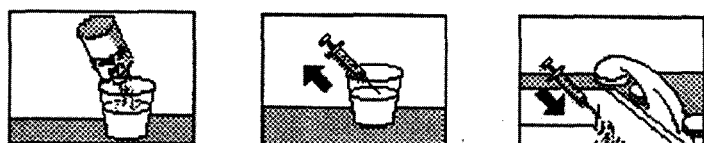
Remplir et vider complètement deux fois la seringue

E
A
U



X 2

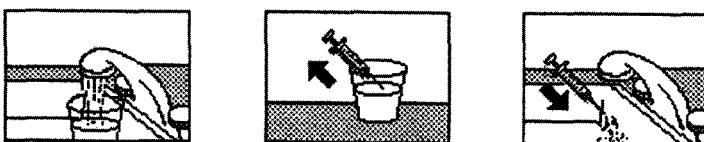
2. remplir complètement la seringue d'eau de Javel, laisser agir au moins trente secondes, vider la seringue et recommencer l'opération au moins une seconde fois afin d'avoir un temps de contact avec l'eau de javel d'au moins une minute. Utiliser de l'eau de Javel à 12° (domestique) ou, mieux, de l'eau de Javel à 24°



X 2

3. rincer complètement la seringue avec de l'eau courante au moins deux fois.

E
A
U



X 2

ANNEXE 15

PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DE LA MÉTHODOLOGIE
ET SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE SUR L'ACCÈS
AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN MILIEU CARCÉRAL -
DGS/DH - MAI 1999

JOURNÉE SUR L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN MILIEU CARCÉRAL

Mardi 11 mai 1999

*Salle de Conférence Pierre Laroque
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
8 avenue de Ségur
75350 PARIS 07 SP*

Résumés des interventions



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

ENQUETE SUR LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION EN MILIEU PENITENTIAIRE

Mars 1998

Isabelle Tortay¹, Hélène Morfini², Colette Parpillon¹, François Bourdillon¹

I - INTRODUCTION

Avec l'autorisation de mise sur le marché du Subutex en 1996, les traitements de substitution ont connu un essor important. Ainsi, on considère qu'en plus des 7 000 personnes sous méthadone en février 1999, plus de 57 000 personnes toxicomanes bénéficient à l'heure actuelle d'un traitement de Subutex en France.

Conformément aux directives de la circulaire n°45 DH/DGS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus qui garantit un accès aux soins pour les personnes incarcérées identique à celui de la population générale, deux circulaires ont fixé le cadre de la pratique des traitements de substitution en milieu pénitentiaire. La circulaire n°96/239/DGS/DH du 3 avril 1996 autorisait la poursuite d'un traitement de Méthadone et de Subutex ainsi que la prescription initiale d'un traitement de Subutex dans la perspective d'une préparation à la sortie tandis que la circulaire n°739/DGS/DH/AP du 5 décembre 1996 élargissait le cadre de la première en autorisant la prescription initiale d'un traitement de Méthadone pendant l'incarcération par un médecin de CSST³.

Dans ce contexte, il est apparu important d'apprécier après un ou deux ans, le nombre de personnes détenues qui bénéficiaient d'un traitement de substitution et les modalités d'organisation de soins en direction de ces personnes. Dans ce but, une enquête a été lancée en mars 1998 afin de faire le point sur le développement de cette pratique en milieu carcéral et de mieux connaître la participation des multiples structures de santé intervenant auprès des détenus toxicomanes (voir annexe 1).

II - METHODOLOGIE

L'enquête a été réalisée auprès de tous les médecins responsables d'unités médicales implantées en milieu pénitentiaire, relevant du service public hospitalier (UCSA⁴ ou SMPR⁵) ou du service médical privé (pour les établissements pénitentiaires du programme 13 000). Un questionnaire leur a été envoyé. Il se présente sous la forme de deux fiches similaires, l'une destinée aux informations relatives à la Méthadone, l'autre à celles concernant le Subutex.

Chaque fiche contient trois types d'information :

La première partie du questionnaire concerne les personnes détenues dans l'établissement pénitentiaire : elle regroupe, d'une part, des informations quantitatives à un jour donné de la semaine du 2 au 28 mars 1998 (nombre total d'écroués, nombre de traitements de substitution en cours, et parmi eux, nombre de traitements initiés en milieu carcéral) et, d'autre part, des informations relatives à l'organisation des soins pour ces personnes sous traitement

¹ Direction des Hôpitaux

² Direction Générale de la Santé

³ Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

⁴ Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

⁵ Service Médico-Psychologique Régional

(prescription, rythme d'administration, prise en charge spécialisée, recherche d'une prise en charge relais en fin d'incarcération).

La deuxième partie du questionnaire concerne les personnes entrées dans l'établissement pénitentiaire durant la période du 1er janvier au 1er mars 1998. Elle vise à déterminer le nombre de personnes sous substitution au moment de l'incarcération, le nombre de traitements interrompus et le nombre total d'entrants.

Enfin, la troisième partie de la fiche est réservée aux observations éventuelles que le praticien exerçant dans l'établissement pénitentiaire souhaite apporter sur la mise en œuvre de ces traitements auprès des personnes détenues.

Ces questionnaires ont été adressés directement par la direction des hôpitaux aux médecins responsables des unités médicales.

III – RESULTATS

Sur les 168 unités médicales enquêtées, 160 (95,2%) ont répondu au questionnaire concernant le Subutex tandis que 150 (89,3%) ont répondu à celui de la Méthadone.

III – 1. Nombre de personnes détenues sous traitement de substitution (enquête un jour donné).

Un jour donné du 2 au 6 mars 1998, 52 937 personnes étaient écrouées dans les établissements pénitentiaires qui ont participé à l'enquête sur le Subutex et 51 001 personnes dans ceux qui ont participé à l'enquête Méthadone.

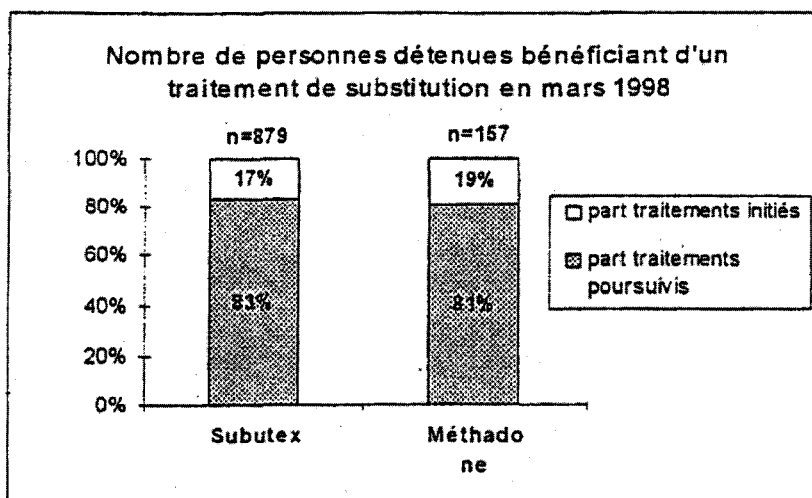
Parmi elles, 1 056 personnes détenues bénéficiaient d'un traitement de substitution :

- 879 (85%) sous forme de Subutex
- 157 (15%) sous forme de Méthadone.

Rapportés au nombre total d'écroués, les détenus sous substitution représentent environ 2% de la population carcérale soit 1,7% sous Subutex et 0,3% sous Méthadone.

Les prescriptions de substitution se font le plus souvent dans le cadre de la poursuite d'un traitement antérieur : 83% des prescriptions de Subutex et 81% des prescriptions de Méthadone. (Graphe 1)

graphe 1



On constate de grandes disparités dans le nombre de détenus sous substitution par établissement pénitentiaire. Ainsi, 44 établissements pénitentiaires ne comptent aucun détenu bénéficiant d'un de ces traitements, 74 en comptent entre 1 et 5, 22 entre 6 et 10 et 21 plus de 10. La proportion de détenus sous substitution varie entre 0% et 14 % en fonction des établissements et de 0% à 3,5% selon les régions. (voir graphe 2 - annexe 2)

L'Ile-de-France a le taux le plus important de personnes sous traitement de substitution (3,5%). Un établissement représente à lui seul 28,3% du nombre total de personnes détenues sous substitution en France. Sans ce centre, le taux de personnes sous traitement de substitution en Ile-de-France est de 1,4%.

III - 2. Les traitements de substitution au moment de l'incarcération.

Au cours des deux premiers mois de l'année 1998, 683 personnes étaient sous traitement de substitution à leur entrée dans l'établissement pénitentiaire, soit 4,5% du nombre total de personnes entrantes. Parmi les 122 équipes soignantes ayant répondu aux items concernant le Subutex, 31 soit 25% déclarent n'avoir aucun entrant sous Subutex. Lorsqu'il s'agit de la Méthadone, 71 équipes sur 105 soit 68% n'ont aucun détenu sous ce traitement à l'entrée.

Sur les 597 traitements de Subutex recensés, 132 ont été interrompus (soit 22%) tandis que les arrêts de traitement concernant la méthadone représentent 13% (11/83).

Concernant les équipes ayant un ou plusieurs détenus entrants sous substitution, 45% d'entre elles (41/91) ont effectué des interruptions de Subutex et 29% (10/34) des interruptions de Méthadone.

III - 3. Organisation de la prise en charge.

a) Contact avec le médecin référent

Lors qu'un détenu bénéficie d'un traitement avant son incarcération, les équipes médicales recherchent pour une grande majorité un contact avec le médecin référent : ce contact est systématique pour 89% des équipes lorsqu'il s'agit de Méthadone contre 76% pour le Subutex.

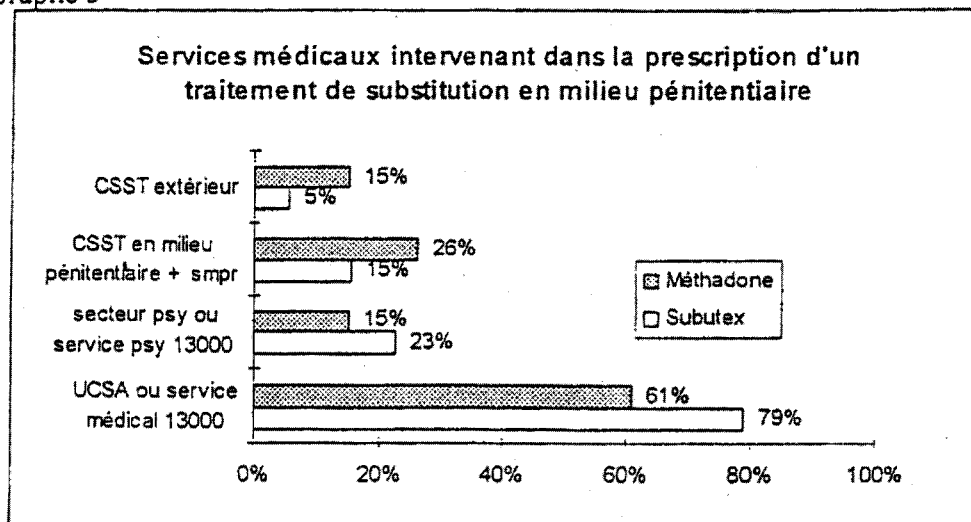
b) Le rythme d'administration

Il est exclusivement quotidien pour la Méthadone (100% des équipes). La dispensation du Subutex est, avant tout, également quotidienne mais 4,5% des équipes délivrent des traitements pour le week-end. Deux centres ont un autre mode de délivrance : soit deux, soit trois fois par semaine.

c) Le service prescripteur

Le principal service prescripteur est l'UCSA ou le service médical 13 000 : 79% des établissements pour le Subutex et 61% pour la Méthadone. Viennent ensuite les équipes psychiatriques et les SMPR dotés de CSST (voir graphe 3).

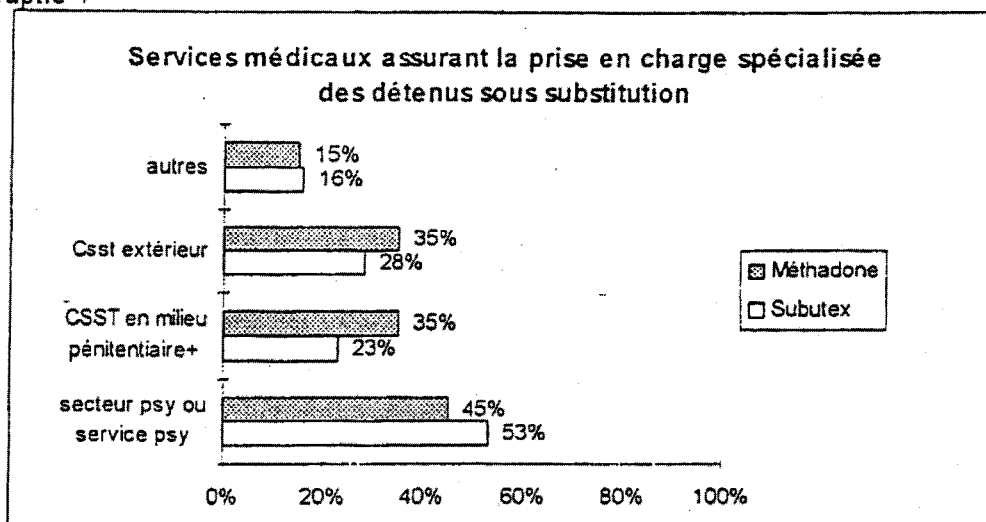
Graphe 3



d) Le type de prise en charge

Les patients sous substitution bénéficient d'une prise en charge spécialisée pour leur toxicomanie : 86% des établissements qui ont répondu au questionnaire Subutex et 85 % en ce qui concerne la Méthadone déclarent organiser cette prise en charge. Celle-ci est réalisée en majorité par des équipes psychiatriques et/ou les CSST (graphe 4).

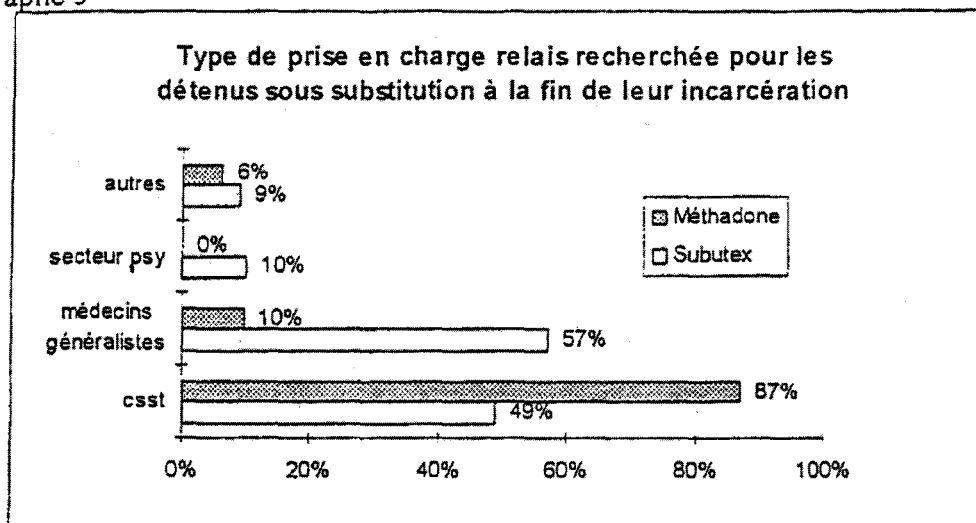
Graphe 4



e) La préparation à la sortie

A la fin de l'incarcération, une prise en charge relais est le plus souvent assurée, surtout pour les patients sous Méthadone : 95,5% des établissements contre 79% pour le Subutex. Ce relais est recherché surtout auprès de CSST extérieurs en ce qui concerne la Méthadone (par 87% des équipes soignantes) tandis qu'il s'effectue en majorité auprès des médecins généralistes pour le Subutex (57% des équipes) (graphe 5).

Graphe 5

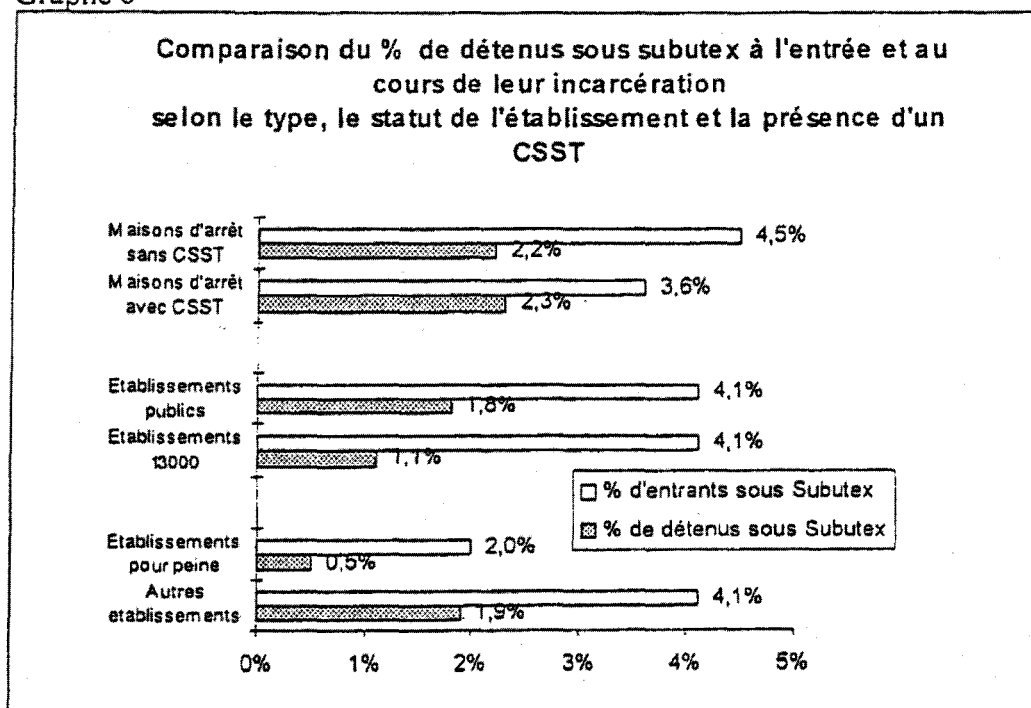


III-3. Comparaisons selon type, statut de l'établissement pénitentiaire et implantation ou non d'un CSST en milieu pénitentiaire.

Une comparaison de la prise en charge des toxicomanes en matière de substitution a été effectuée selon le type de l'établissement pénitentiaire (établissement pour peine ou autres établissements), son statut (public ou privé) et l'existence ou non d'un CSST en milieu carcéral.

L'analyse n'a porté que sur la substitution par Subutex, les effectifs de personnes sous Méthadone étant trop faibles.

Graphe 6



a) Maisons d'arrêt dotées d'un CSST et autres maisons d'arrêt publiques.

Les taux de détenus sous traitement de substitution dans les établissements pénitentiaires sont similaires qu'ils soient dotés ou non d'un CSST (2,2% et 2,3%).

La part de traitements interrompus chez les détenus sous Subutex à l'entrée est significativement plus élevée dans les maisons d'arrêt sans CSST.

b) Etablissements du programme 13 000 et établissements publics.

Les établissements du programme 13 000 ont un taux de patients sous traitement de substitution (1,1%) significativement plus faible ($p < 0,001$) que les établissements publics (1,8%). Les taux d'entrants sous traitement de substitution sont identiques dans les deux types d'établissement mais on observe proportionnellement plus d'arrêts de traitements dans les établissements 13000. La répartition traitements poursuivis/traitements initiés est similaire.

c) Etablissements pour peine et autres établissements pénitentiaires (maisons d'arrêts et centres pénitentiaires).

Le taux de personnes détenues sous Subutex est significativement plus faible ($p < 0,001$) dans les établissements pour peine (0,5%) que dans les autres établissements pénitentiaires (1,9%). Près de la moitié des traitements de substitution dans les établissements pour peine sont initiés en prison. Le taux d'entrants sous substitution est deux fois moindre dans les établissements pour peine.

IV - DISCUSSION

1) Le taux de détenus bénéficiant d'un traitement de substitution est d'environ 2%. La prescription de traitement de substitution existe donc en milieu carcéral mais elle reste cependant une pratique marginale face au taux de 30% à 40% habituellement avancé concernant le nombre de personnes toxicomanes au sein de la population pénale.

Pour une meilleure comparaison, il aurait été nécessaire de connaître, parmi la population toxicomane incarcérée, le nombre de personnes toxicomanes répondant réellement aux indications de prescription de traitements de substitution, c'est-à-dire consommateurs d'héroïne ou d'autres opiacés.

Le faible développement de cette pratique peut s'expliquer, outre le refus idéologique de quelques médecins, par :

a) le faible nombre de personnes déjà sous traitement de substitution au moment de l'incarcération (4,1%). Il est difficile d'expliquer un chiffre aussi bas :

- soit beaucoup de personnes toxicomanes ne déclarent pas leur traitement de substitution à l'entrée.

- soit, les traitements de substitution permettent aux personnes qui en bénéficient d'éviter les incarcérations. On devrait alors voir le nombre de toxicomanes aux opiacés diminuer au sein des établissements pénitentiaires.

- soit les personnes toxicomanes incarcérées appartiennent à une population très marginalisée qui, en milieu libre, n'a accès ni aux soins, ni à une prise en charge spécialisée.

Cette troisième hypothèse milite pour favoriser la prescription initiale de traitements de substitution en milieu pénitentiaire. L'incarcération doit devenir l'occasion pour les personnes désocialisées d'avoir accès à une prise en charge spécialisée et à des traitements auxquels, à l'extérieur, elles n'accèdent pas.

b) les difficultés de cette dispensation au sein de l'univers carcéral et ses conséquences : dispensation quotidienne lourde pour le personnel soignant et le personnel pénitentiaire mais aussi pour les détenus, possibilités de trafic redoutées par l'administration pénitentiaire, relations difficiles avec les autres détenus qui n'ont pas accès à cette substitution. Enfin, il convient également de tenir compte de la volonté de certains détenus toxicomanes de se sevrer pendant l'incarcération.

Cette étude permet aussi de constater de nombreuses interruptions de traitement dans les huit premières semaines de l'incarcération : 22% des traitements de Subutex et 13% des traitements de Méthadone. Les raisons de ces interruptions ne sont pas précisées. Elles peuvent être liées aux difficultés évoquées ci-dessus.

2) La pratique de la substitution est très variable selon les régions. Cette variabilité est essentiellement due à un effet centre. Ces taux devraient être comparés avec les taux de prévalence de toxicomanie dans ces régions et, bien sûr, aux pratiques de substitution.

3) La prescription d'un traitement de substitution, si elle reste une pratique relativement peu développée, est par contre accompagnée d'une prise en charge cohérente : recherche quasi-systématique d'un contact avec le médecin référent au début de l'incarcération, prise en charge spécialisée de la toxicomanie assurée par le secteur psychiatrique ou les CSST, orientation à la sortie vers un centre spécialisé de soins ou vers un médecin généraliste.

L'implication importante des UCSA et des services médicaux dans la prescription des traitements de substitution oblige à réfléchir sur les moyens à mettre en oeuvre pour faciliter le développement de cette pratique : la possibilité, pour les UCSA, d'initier des traitements de Méthadone, par exemple, qui, au vu des commentaires recueillis, semblent poser moins de problèmes que le Subutex.

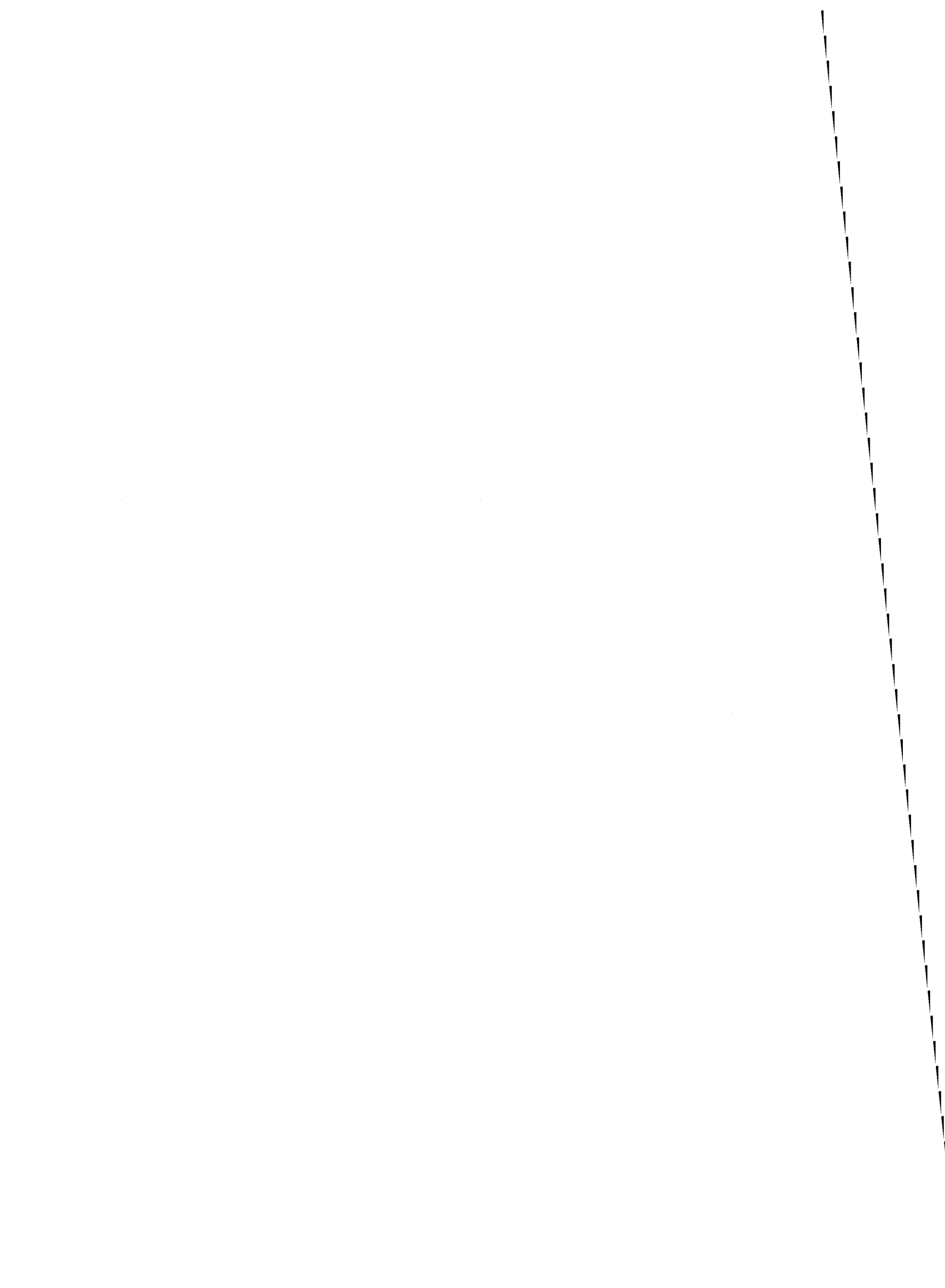
4) Les différences de pratiques qui existent selon le type d'établissement pénitentiaire, doivent être relativisées. En effet, si les % de détenus bénéficiant d'un traitement de substitution sont plus faibles dans les établissements pour peine et établissements du programme 13 000, il faut souligner que les différences constatées concernent des effectifs faibles et que les populations accueillies dans ces établissements peuvent être différentes (% de personnes toxicomanes moindre dans les établissements pour peine).

CONCLUSION

Cette étude permet d'affirmer que d'importants efforts restent à faire dans le domaine de la substitution en milieu carcéral. Une meilleure connaissance de la population toxicomane incarcérée devrait permettre de mieux mesurer les besoins réels en matière de traitement. De même, il serait intéressant de mieux connaître le devenir des personnes qui ont bénéficié d'un traitement pendant leur détention et d'évaluer le bénéfice obtenu au cours et après leur incarcération. Enfin, les difficultés de mise en oeuvre de cette pratique en milieu pénitentiaire doivent être surmontées. Elles doivent faire l'objet d'une réflexion associant personnel soignant et personnel pénitentiaire.

ANNEXE 16

EXTRAITS DU DOCUMENT
"SANTÉ ET RISQUES PROFESSIONNELS - LA PRÉVENTION"
ÉLABORÉ DANS LE CADRE D'UN GROUPE DE TRAVAIL AP
EN JANVIER 1998



3. RISQUES PROFESSIONNELS : SIDA, HÉPATITES B ET C

Annexe : conduite à tenir en cas d'accident,
avec risque de contamination par du sang

**Savoir
Communiquer
Organiser**

pour mieux Prévenir

**les risques
professionnels**

Direction de l'administration pénitentiaire

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

GÉNÉRALITÉS

Les mesures concernant la prévention du sida et des hépatites* B et C revêtent une particulière importance en milieu pénitentiaire en raison de la présence de ces infections chez un certain nombre de personnes incarcérées et de leur gravité en cas de contamination.

Les chiffres rappelés ci-dessous, qui se rapportent à la population générale et carcérale, sont suffisamment évocateurs pour souligner l'importance de la prévention contre ces maladies.

Données sur la population générale en France **

On estime que 0,2 % de la population française est atteinte par le VIH *** et le nombre de nouveaux cas de sida est d'environ 5 000 par an.

On estime que 1 à 5 % de la population française a une sérologie positive pour l'hépatite B ; 0,1 à 0,5 % étant porteur chronique du virus et pouvant donc transmettre la maladie.

On estime que 1,3 % de la population française est porteur chronique de l'hépatite C, soit 500 à 650 000 personnes.

Tous ces chiffres n'ont pas la même signification. Il s'agit pour le sida des cas déclarés à la DDASS. En ce qui concerne les séropositivités asymptomatiques VIH, hépatite B et hépatite C, les chiffres ci-dessus sont une évaluation de l'importance de l'épidémie, car ces maladies chroniques sont caractérisées par leur latence et leur évolution sous forme inapparente. Les contaminations professionnelles par le VIH sont suivies particulièrement. Elles résultent toutes d'accidents avec contamination par du sang infecté.

Pour la France, les données suivantes sont actuellement disponibles. À la date de 1995, 37 personnes travaillant en milieu de soins ont été contaminées depuis le début de l'épidémie :

- 10 contaminations prouvées sont toutes des conséquences de piqûres.
- 27 contaminations sont présumées être la conséquence de blessures ou de coupures, sauf dans deux cas où il s'agit d'une contamination muqueuse et deux autres cas où les circonstances ne sont pas connues.

En dehors du milieu de soins, deux contaminations sont survenues chez des personnes blessées lors de

collectes de déchets médicaux ou d'ordures ménagères (chiffres au 30 juin 1995, BEH 44-95 du 31 octobre 1995).

Données pénitentiaires **

Sida, VIH

La proportion connue de détenus atteints par le VIH était de 2,3 % en 1995 et de 1,9 % en 1996. Ce taux est quatre fois supérieur à celui observé dans la population générale entrant dans la même tranche d'âge. Ces taux varient d'une région à l'autre et sont plus élevés en maison d'arrêt où il y a une forte proportion de toxicomanes.

Lors de l'enquête "un jour donné" réalisée en 1995, 1 330 détenus étaient concernés par le VIH - 156 au stade sida - 389 présentaient une forme symptomatique - 785 étaient séropositifs asymptomatiques. Lors de la même enquête réalisée en 1996, les chiffres correspondant aux mêmes données étaient respectivement de 1 113, 149, 278, 685.

Lorsqu'on compare ces données avec les chiffres des années 1988-1990, on constate une diminution tant de la proportion de personnes atteintes par le VIH que du nombre de détenus malades au stade sida.

Hépatites virales B et C

Ces deux affections sont souvent liées à la toxicomanie intraveineuse et au partage de seringues comme l'infection à VIH.

Les différentes études retrouvent en maison d'arrêt environ 20 % de détenus ayant une sérologie positive pour l'hépatite B contre 1 et 5 % dans la population française, et entre 9 et 20 % de détenus ayant une sérologie positive pour l'hépatite C.

Il n'existe, à ce jour, aucune déclaration de sida liée à une contamination professionnelle pour le personnel pénitentiaire, bien que les accidents de service avec exposition au sang ou à des liquides biologiques soient relativement fréquents.

Les chiffres concernant d'éventuelles contaminations professionnelles par les virus des hépatites B et C ne sont pas disponibles.

* L'hépatite A est une maladie différente qui est traitée dans les fiches vaccinations et personnels travaillant dans les cuisines.

** Les chiffres mentionnés sont extraits des BEH des années 1995,

1996 et 1997, ainsi que du rapport de Marc Gentilini et Jean Tchériatchoukine.

*** VIH : virus de l'immunodéficience humaine, à l'origine du sida.

Quelques éléments d'information sur les maladies

Le sida

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) détruit progressivement et désorganise le système de défense de l'individu. Après contamination par le VIH, l'infection peut se manifester très précocement (dix-quinze jours) et avant même l'apparition des anticorps (qui nécessite six à huit semaines), par des signes cliniques assez banaux de pseudo-grippe ou pseudo-angine avec de la fièvre, une éruption cutanée, des ganglions. Il est très important de dépister cette primo-infection VIH (voir un médecin ou se présenter à une consultation spécialisée) afin de mettre en route, très vite, un traitement antiviral. On espère ainsi bloquer l'invasion de l'organisme par le virus, dont la multiplication est très importante à ce stade.

En l'absence de traitement initial, l'évolution est ensuite très variable. Les personnes séropositives peuvent ne présenter aucun symptôme pendant une période variable qui peut atteindre parfois plus d'une dizaine d'années.

L'entrée dans la maladie se fait par des infections opportunistes ou/et des atteintes directes du VIH sur le cerveau et le système nerveux.

Des signes biologiques (diminution des lymphocytes et augmentation de la charge virale) orientent la mise en route d'un traitement.

Celui-ci a pour but de prévenir :

- la survenue des infections opportunistes (pneumocystose pulmonaire, toxoplasmose cérébrale, candidose œsophagienne, rétinite à cytomégalovirus) qui apparaissent quand l'immunité est réduite ;
- l'évolution de l'infection elle-même, par l'association de médicaments anti-rétroviraux (bi ou trithérapie).

Ces traitements ont une grande efficacité sur les signes cliniques de la maladie à court terme. Beaucoup d'interrogations subsistent sur leur activité à long terme (rechutes, résistance et échappement au traitement, tolérance aux médicaments).

L'hépatite B

Le virus de l'hépatite virale B (VHB) peut provoquer une maladie aiguë qui se manifeste par les symptômes suivants : grande fatigue, nausées, ictère (jaunisse).

La fatigue présente la particularité d'être présente assez longtemps et la durée de l'arrêt de travail pour cette pathologie peut atteindre trois à quatre mois.

La guérison est complète neuf fois sur dix et il n'existe pas de traitement spécifique. Dans les autres cas, la maladie devient chronique sans pour autant se mani-

fester par des signes cliniques visibles. Elle peut évoluer, à long terme, vers la cirrhose et plus rarement vers le cancer du foie.

Parfois la maladie inapparente, sans signes aigus, évolue d'emblée vers une forme chronique. Cette forme peut être contagieuse, alors même que la personne l'ignore, ce qui rend la prévention difficile. Le diagnostic de certitude est obtenu par des examens sanguins.

Chez les personnes non vaccinées, des formes graves et mortelles (fulminantes, un cas sur dix mille) peuvent survenir ; les personnes vaccinées n'encourent pas ce risque.

La présence de ce virus est plus fréquente dans les populations des pays tropicaux et méditerranéens.

L'hépatite C

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) semble très répandue. Les connaissances médicales sur cette infection évoluent rapidement et il est nécessaire de rester très attentif à toutes les informations publiées sur cette maladie.

L'infection est souvent inapparente. On la soupçonne devant la persistance d'une grande fatigue. Elle évolue une fois sur deux vers la chronicité qui fait toute sa gravité. Comme pour l'hépatite B, le risque à plus long terme est une évolution vers la cirrhose et le cancer du foie.

On soupçonne cette maladie d'avoir un rôle dans l'apparition d'autres maladies chroniques rénales ou rhumatologiques. Actuellement on dispose d'un traitement astreignant et pénible, dont l'efficacité n'est pas constante chez tous les malades. À ce jour, il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C.

Autres hépatites

Il existe d'autres hépatites virales que leurs caractéristiques rapprochent soit du groupe des hépatites B et C (transmission par le sang et évolution chronique), soit de celui des hépatites A (transmission par voie digestive), sujet traité dans la fiche personnels travaillant dans les cuisines.

Transmission de ces maladies

Transmission du VIH

Les modes de transmission du virus sont bien connus :

- relation sexuelle avec un ou une partenaire porteur du virus,
- transmission par du sang ou un liquide biologique contenant du virus,

- transmission d'une mère infectée à son enfant pendant la grossesse, lors de l'accouchement ou durant l'allaitement.

En France, les modes de transmission prépondérants sont, chez les hommes, par ordre décroissant, les relations homo ou bisexuelles, puis la toxicomanie et enfin les relations hétérosexuelles. Chez les femmes, les nouvelles contaminations sont surtout acquises par voie hétérosexuelle.

Le virus VIH est relativement fragile. Il est détruit par des produits dérivés du chlore (Dakin ou eau de Javel à 12° chlorimétriques diluée à 10 %), ou alcool à 70°, ou polyvidone iodée en solution dermique. Il ne survit pas longtemps hors des liquides biologiques. Il ne se transmet pas par l'air, ni par des contacts cutanés sur une peau saine ni par des vêtements.

Il convient de noter que, si le VIH a été retrouvé dans le sperme, les sécrétions vaginales, le lait maternel, les liquides amniotique, péricardique, péritonéal, pleural, synovial ou céphalo-rachidien, aucun cas de séroconversion après exposition à de tels liquides n'a jamais été rapporté. Dans la salive, les larmes, l'urine, les selles, les sécrétions nasales et la sueur, le virus est habituellement indétectable ou en concentration trop faible pour entraîner une contamination.

Seuls du sang ou des liquides biologiques contenant du sang ont été à l'origine de cas prouvés de contaminations professionnelles par le VIH.

"Le risque professionnel le plus important est celui des piqûres avec une aiguille souillée de sang et il est maximum dans les conditions suivantes : piqûre profonde avec une aiguille creuse de gros diamètre, contenant du sang, qui vient d'être utilisée pour des soins à une personne malade au stade de sida déclaré, en l'absence de protection par des gants." (extrait de la note d'information n° 666 du 28 octobre 1996, DGS/DH/DRT).

Dans les activités professionnelles pénitentiaires, ce virus peut se transmettre lors d'accidents comportant des expositions au sang tels que :

- Des agressions avec des objets souillés de sang,
- Des morsures humaines.
- Des piqûres par des aiguilles souillées de sang, lors de fouilles.
- Des blessures ou piqûres lors de la collecte de déchets ou de travaux techniques ou d'entretien des sanitaires (parloirs familles, sanitaires du milieu ouvert).
- Des projections de sang ou des contacts de sang sur une peau lésée ou sur une muqueuse, lors d'interventions auprès d'un blessé qui saigne.

Il existe un traitement médicamenteux antirétroviral, donc préventif, qui peut être proposé en urgence pour éviter l'infection. C'est pourquoi, en cas d'accident à risque élevé de contamination, un avis médical

doit toujours être pris dans les plus brefs délais. Ce traitement doit être mis en œuvre le plus rapidement possible et toujours avant quatre heures. À cet effet, l'agent est orienté vers le service des urgences de l'hôpital public le plus proche.

Ce type de traitement préventif peut être aussi proposé en cas de relation sexuelle possiblement contaminante avec un partenaire séropositif. Les modalités de traitement sont les mêmes.

Transmission du virus de l'hépatite B

Le virus de l'hépatite virale B se transmet sur le même mode que le précédent ; cependant sa résistance est plus importante. Il survit plus longtemps en dehors des milieux biologiques, et il est contagieux à densité plus faible.

Dans le milieu pénitentiaire, le risque professionnel est plus élevé que pour l'infection au VIH alors que les situations de risques sont les mêmes. Le virus se transmet par le contact d'une peau abîmée et d'objets contaminés par du sang. Il faut mentionner que ce virus très contagieux peut se transmettre à la suite d'accidents minimes que l'agent aura négligés, voire oubliés.

Transmission du virus de l'hépatite C

Le virus de l'hépatite C se transmet sur le même mode que les deux virus précédents.

Sa contagiosité est intermédiaire, mais il ne semble pas être transmis par voie sexuelle en dehors d'un contact avec du sang (rapports pendant les règles, lésions génitales). Une transmission par des tatouages est à souligner.

Dans le milieu pénitentiaire, le risque se rapproche de celui de la maladie précédente, des accidents minimes peuvent en être la cause.

Comparaison des risques de transmission des trois virus VIH, VHB, VHC

L'ampleur du risque infectieux varie selon le virus, le virus de l'hépatite B étant le plus transmissible. On évalue approximativement :

- Le risque d'infection au VIH à 0,32 % après une piqûre avec une aiguille contenant du sang VIH + et à 0,042 % lors d'un contact avec du sang VIH + sur une peau abîmée.
- Dans les mêmes circonstances, les risques de contamination par le VHB de 2 à 40 %.
- Dans les mêmes circonstances, le risque de contamination par le VHC à 2,1 %.

Caractères communs à ces trois infections en ce qui concerne le risque professionnel

- Les modes de transmission identiques avec des contagiosités très différentes.
- La latence et l'évolution sur le mode chronique.
- L'absence fréquente de signes cliniques lors de la contamination et dans les mois qui suivent.
- Une contamination dépistée uniquement par des examens sanguins et toujours avec un délai de quelques semaines après l'accident.

Secret médical et protection du personnel

L'identification et le dépistage obligatoires des personnes porteuses d'une infection virale chronique, personnel ou détenus, n'est pas possible pour des

raisons éthiques. En tout état de cause, ils n'apporteraient pas de protection supplémentaire étant donné le délai de séroconversion de ces infections.

Par ailleurs, il serait illusoire d'imaginer un dépistage généralisé et permanent, les détenus pouvant être contaminés avant ou pendant l'incarcération.

Seules les mesures de prévention limitent les risques de contamination. Il convient de les appliquer en toutes circonstances, dans l'exécution des tâches de la vie professionnelle comme dans la vie privée.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Les recommandations énoncées ci-dessous visent à prévenir et protéger les conséquences des accidents avec exposition à du sang ou à un liquide biologique.

Promouvoir les vaccinations existantes

Actuellement, la vaccination contre l'hépatite virale B est proposée au personnel pénitentiaire. Elle est obligatoire pour les postes de travail dans les infirmeries, SMPR, buanderies.

Mettre à la disposition du personnel des moyens de prévention

- Gants à usage unique pour fouilles et gants spécifiques pour buanderies et corvées (cf. fiche hygiène générale, annexe 1).
- Lavabos avec moyens appropriés de lavage (cf. fiche hygiène générale).
- Trousse de secours avec produits de désinfection adaptés et non périmés (cf. fiche hygiène générale, annexe 2).
- Containers en nombre suffisant, rigides, adaptés et hermétiques pour collecter les seringues et les aiguilles usagées éventuellement trouvées dans les parloirs familles et les sanitaires de CPAL (prévoir l'évacuation et l'élimination de ces déchets).
- L'usage de pinces pour ces ramassages peut être envisagé (la collecte des seringues dans les infirmeries du 13 000 ou les UCSA est de la responsabilité des partenaires 13 000 ou de l'hôpital).

- Prévoir un circuit spécial pour le linge souillé par du sang.
- Organiser le nettoyage ou, si nécessaire, le remplacement des tenues en cas de salissure exceptionnelle par du sang.

Former l'encadrement sur les conduites à tenir en cas d'accident avec exposition au sang et sur la nécessité d'un avis médical immédiat à la suite de ces accidents (cf. annexe)

Un accident avec exposition au sang ou à un liquide biologique peut généralement se présenter dans quatre circonstances :

- Pénétration de sang sous la peau lors de blessures avec un objet souillé de sang.
- Contact de sang ou de liquide biologique sur une peau lésée (par une petite plaie ou une maladie de peau).
- Projection de sang ou de liquide biologique dans les yeux ou sur une muqueuse.
- Morsures humaines.

Il est d'une importance majeure pour ces accidents :

- De raccourcir le temps de contact du sang (éventuellement contaminé) avec la peau en lavant rapidement.
- D'agir localement contre la présence de virus ou d'autres particules infectantes en désinfectant.
- Et, en cas de contamination importante ou moyenne, de tenter de prévenir la diffusion du VIH par un trai-

tement médicamenteux mis en œuvre rapidement (si possible avant quatre heures après l'accident). C'est pourquoi l'agent exposé est toujours vu, en urgence, par une autorité médicale du service des urgences de l'hôpital le plus proche (cf. note DGS/DH/DRT n° 666 du 28 octobre 1996, référencée dans les textes et circulaire NOR JUS E 97 400 86 C, du 15 juillet 1997, sur la conduite à tenir en cas d'accident de service avec exposition au sang).

En milieu pénitentiaire, très souvent, on n'a aucune certitude sur la présence de sang sur les objets avec lesquels on se blesse ; aussi on adoptera une conduite générale identique en ce qui concerne le lavage, la désinfection, l'avis médical et la déclaration d'accidents de service. Ces mesures s'appliquent à toutes les catégories de personnel y compris les personnels techniques.

S'assurer que tous les personnels connaissent les conduites immédiates à tenir lors de ces accidents (cf. annexe)

Ces conduites sont les suivantes :

- Laver immédiatement la plaie à l'eau et au savon, cinq minutes au moins, et rincer. En cas de projection sur une muqueuse (l'œil), rincer abondamment avec de l'eau ou mieux du sérum physiologique pendant cinq minutes.
- Désinfecter les blessures avec du Dakin stabilisé ou de l'eau de Javel fraîche à 12° chlorimétrique diluée à 10 % ou de la Bétadine ou, à défaut, de l'alcool à 70°, pendant au moins cinq minutes.
- Poser éventuellement un pansement en fonction de l'étendue de la blessure.
- Prendre un avis médical, sans délai et en urgence, sur l'opportunité d'un traitement préventif contre l'infection à VIH auprès de l'hôpital le plus proche doté d'un service des urgences. Si la contamination par le sang est importante, un traitement préventif sera proposé.

Attention ce traitement doit être mis en place dans les quatre heures.

- Prendre un avis médical sur l'opportunité de mettre en œuvre les vaccinations ou les rappels contre le tétanos et l'hépatite virale B, les examens à réaliser et la rédaction du certificat initial d'accident de service.
- Déclarer l'accident de service et accomplir les formalités.
- Prévenir ou faire prévenir le médecin de prévention.
- Pratiquer les examens sérologiques prescrits par le médecin : prises de sang pour recherche d'anticorps du VIH et éventuellement VHB, VHC effectuées dans les sept jours après l'accident.
- renouveler ces examens à trois mois et à six mois.

Informar les services de médecine de prévention de tout accident avec exposition au sang

Le médecin de prévention n'est pas toujours présent dans les services. Il ne peut être le médecin de référence en urgence médicale. Néanmoins tout accident lui est signalé.

Le médecin de prévention peut proposer un rendez-vous rapide à l'agent blessé. Il est à même d'expliquer le risque propre à chaque accident et d'en parler avec l'agent. Il vérifie que l'agent a suivi les consignes de suivi sérologique, que les vaccins sont à jour et que le traitement éventuel mis en œuvre est bien toléré. Par ailleurs, le médecin de prévention assure un accompagnement médical. Selon les situations, il peut orienter le fonctionnaire vers un suivi psychologique et social (psychologue de la DR, assistant de service social du personnel de la Cour d'appel), ces accidents ayant le plus souvent un impact émotionnel et social très important.

Le médecin de prévention analyse les circonstances de l'accident et propose des mesures qui évitent leur répétition.

Veiller à ce que les mesures de suivi sérologique ont été mises en œuvre à la suite de tout accident avec risque de contamination

L'accident exposant au sang ou à un liquide biologique est systématiquement déclaré comme accident de service dans les meilleurs délais et avant 48 heures. L'administration informe l'agent de la nécessité de mettre en œuvre un suivi sérologique des anticorps VIH avant le 8^e jour suivant l'accident, puis au 3^e mois, puis au 6^e mois.

Les résultats de ces examens de sang sont adressés par l'agent au médecin chargé du secrétariat du comité médical départemental. Ce suivi permet la prise en charge d'une éventuelle contamination professionnelle par le VIH au titre d'un accident de service. Les sérologies des hépatites B et C prescrites par le médecin seront également suivies selon les mêmes modalités que pour le VIH.

Une hépatite B ou C pourra être prise en charge comme une contamination professionnelle à la suite d'un accident de service et avec plus de restrictions comme une maladie contractée en service (cf. tableau 45 "hépatites virales professionnelles" des maladies professionnelles du régime général de sécurité sociale mentionnant "tous travaux mettant en contact avec les produits pathologiques provenant des malades ou des objets contaminés par eux").

Analyser les circonstances de l'accident et prendre de nouvelles dispositions pour prévenir leur répétition

Le responsable de service procède à l'analyse des circonstances de l'accident avec le concours du

médecin de prévention, de l'ACMO. L'élaboration éventuelle de nouvelles consignes est examinée pour avis par le comité d'hygiène et de sécurité.

SUPPORTS RÉGLEMENTAIRES

- Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques et modifiant le code du travail.
- Arrêté du 21 janvier 1994 fixant les modalités de suivi sérologique des fonctionnaires civils victimes d'accidents de service entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience.
- Arrêté du 18 janvier 1993 fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine.
- Décret n° 93-74 du 18 janvier 1993 portant modification du barème d'invalidité en matière d'accident du travail.
- Tableau n° 45 sur les hépatites virales professionnelles du régime général de la sécurité sociale.
- Circulaire AP 92-03 HA2, du 27 juillet 1992, sur la vaccination du personnel contre l'hépatite virale B.
- Note de la DGS/DH/DRT n° 666 du 28 octobre 1996, conduite à tenir, pour la prophylaxie d'une contamination par le VIH, en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique, chez les professionnels de la santé.
- Circulaire n° 739 DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine VIH en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.
- Circulaire JUS E 97 400 86 C du 15 juillet 1997 relative à la conduite à tenir à l'égard des agents de l'administration pénitentiaire ou des agents d'autres administrations exerçant des fonctions dans les services pénitentiaires ou à l'égard des membres bénévoles, victimes d'un accident de service avec exposition au sang, et aux mesures à mettre en œuvre.

SUPPORTS BUDGÉTAIRES

- Remplacement ou nettoyage des tenues après accidents (chapitre 37-97).
- Achat gants. Cf. fiche hygiène générale, annexe 1 (gants).

RISQUE PROFESSIONNEL ET INFECTION À VIH, HÉPATITE B, HÉPATITE C

Les caractéristiques de ces maladies en milieu pénitentiaire n'ont pas changé, cependant l'hépatite C devient la maladie la plus préoccupante chez les personnes détenues, notamment celles ayant usé de drogues par injection intraveineuse.

Pour le personnel, il n'y a pas de risque de transmission de l'hépatite C ou du VIH dans les conditions habituelles de travail sauf incident lors de contact avec du sang. Il convient, dans l'organisation du travail, de **prévenir au mieux ces incidents, en particulier par le port de gants adaptés aux tâches à effectuer. En cas de pénétration de sang sous la peau, il faut appliquer les règles connues** : pratiquer un lavage immédiat et se rendre à une consultation médicale, dans les quatre heures si possible, toujours avant 48 heures, auprès des urgences hospitalières les plus proches (*voir dans la fiche annexe, page 19, un rappel de la conduite à tenir*). Les examens de laboratoire indiquent maintenant plus rapidement s'il y a eu contamination. Le médecin de prévention doit être informé de l'accident avec exposition au sang afin de pouvoir coordonner le suivi.

Pour **l'hépatite B**, la vaccination est recommandée pour les surveillants pénitentiaires, identifiés comme

groupe à risque par le conseil supérieur d'hygiène publique de France. Elle est obligatoire pour les personnels affectés dans les lieux de soins, les buanderies et nurseries (voir plus bas les modalités de vaccinations).

Textes réglementaires

- Circulaire DGS/DH n° 98/249 du 20 avril 1998 sur la prévention de la transmission des agents infectieux véhiculés par le sang ou les autres liquides biologiques lors des soins.
- Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
- Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/634 du 29 août 1998 portant rectification à la circulaire 98/228.
- Circulaire DGS/DH n° 99/299 du 21 mai 1999 portant sur l'organisation des soins pour la prise en charge de l'hépatite C.

Bibliographie

Rapport 1999 coordonné par le P^r Delfraissy, *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH*.

RISQUE PROFESSIONNEL ET VACCINATIONS

Les vaccins recommandés pour le personnel restent les mêmes. Le schéma de vaccination contre l'hépatite B a été modifié : la vaccination se fait en trois fois, deux injections à un mois d'intervalle, la troisième six mois après la première. Pas d'autre rappel chez une personne vaccinée avant ses vingt-cinq ans. Pour les autres, on se base sur les résultats d'examens sanguins (taux suffisant d'anticorps protecteurs ou non) avant de faire le rappel de cinq ans. On peut aussi faire le rappel de cinq ans avant de pratiquer la prise de sang.

Textes de référence

- Vaccination contre l'hépatite B, avis du comité technique des vaccinations, 14 avril 1998, BEH 20/98, p. 83.

- Avis du comité technique des vaccinations et de la section des maladies transmissibles du Conseil supérieur d'hygiène publique de France concernant la vaccination contre l'hépatite B, séance des 17 et 23 juin 1998, BEH 1998, 31,133-134.
- Communiqué de presse du secrétaire d'État à la Santé le 1^{er} octobre 1998, BEH 1998, 44, 191, lettre du secrétariat d'État à la Santé aux médecins du 8 octobre 1998.
- Calendrier vaccinal 1999, avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (section des maladies transmissibles) du 16 avril 1999, BEH 1999, 22, 87-89, JO du 5 mai 1999, arrêté du 26 avril 1999.

GÉNÉRALITÉS

Les mesures concernant la prévention du sida et des hépatites B et C revêtent une particulière importance en milieu pénitentiaire en raison de la présence de ces infections chez un certain nombre de personnes incarcérées et de leur gravité en cas de contamination.

Quelques éléments d'information sur ces maladies

Le sida

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) détruit progressivement et désorganise le système de défense de l'individu.

Après contamination par le VIH, l'infection peut se manifester très précocement (10/15 jours) et avant même l'apparition des anticorps (qui nécessite six à huit semaines), par des signes cliniques assez banaux de pseudo grippe ou pseudo angine avec de la fièvre, une éruption cutanée, des ganglions. Il est très important de dépister cette primo-infection VIH (voir un médecin ou se présenter à une consultation spécialisée), afin de mettre en route, très vite, un traitement antiviral. On espère ainsi bloquer l'invasion de l'organisme par le virus, dont la multiplication est très importante à ce stade.

En l'absence de traitement initial, l'évolution est ensuite très variable. Les personnes séropositives peuvent ne présenter aucun symptôme pendant une période variable qui peut atteindre parfois plus d'une dizaine d'années.

L'entrée dans la maladie se fait par des infections opportunistes ou/et des atteintes directes du VIH sur le cerveau et le système nerveux. Des signes biologiques (diminution des lymphocytes et augmentation de la charge virale) orientent la mise en route d'un traitement. Celui-ci a pour but de prévenir :

- La survenue des infections opportunistes (pneumocystose pulmonaire, toxoplasmose cérébrale, candidose œsophagienne, rétinite à CMV) qui apparaissent quand l'immunité est réduite.
- L'évolution de l'infection elle-même, par l'association de médicaments antirétroviraux (bi ou trithérapie).

Ces traitements ont une grande efficacité sur les signes cliniques de la maladie à court terme. Beaucoup d'interrogations subsistent sur leur activité à long terme (rechutes, résistance et échappement au traitement, tolérance aux médicaments).

L'hépatite B

Le virus de l'hépatite virale B peut provoquer une maladie aiguë qui se manifeste par les symptômes suivants : grande fatigue, nausées, ictère (jaunisse). La fatigue présente la particularité d'être présente assez longtemps et la durée de l'arrêt de travail pour cette pathologie peut atteindre trois à quatre mois.

La guérison est complète neuf fois sur dix et il n'existe pas de traitement spécifique. Dans les autres cas, la maladie devient chronique sans pour autant se manifester par des signes cliniques visibles. Elle peut évoluer, à long terme, vers la cirrhose et plus rarement vers le cancer du foie.

Parfois la maladie inapparente, sans signes aigus, évolue d'emblée vers une forme chronique. Cette forme peut être contagieuse, alors même que la personne l'ignore, ce qui rend la prévention difficile. Le diagnostic de certitude est obtenu par des examens sanguins.

Chez les personnes non vaccinées, des formes graves et mortelles (fulminantes, un cas sur dix mille) peuvent survenir ; les personnes vaccinées n'encourent pas ce risque.

La présence de ce virus est plus fréquente dans les populations des pays tropicaux et méditerranéens.

L'hépatite C

Les connaissances médicales sur l'infection par le virus de l'hépatite C évoluent rapidement et il est nécessaire de rester très attentif à toutes les informations publiées sur cette maladie dont l'extension inquiète les autorités sanitaires.

L'infection est souvent inapparente. On la soupçonne devant la persistance d'une grande fatigue. Elle évolue une fois sur deux vers la chronicité qui fait toute sa gravité.

Comme pour l'hépatite B, le risque à plus long terme est une évolution vers la cirrhose et plus rarement vers le cancer du foie. On soupçonne cette maladie d'avoir un rôle dans l'apparition d'autres maladies chroniques rénales ou rhumatologiques. Actuellement on dispose d'un traitement astreignant et pénible dont l'efficacité n'est pas constante chez tous les malades. À ce jour, il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C.

Autres hépatites

Il existe d'autres hépatites virales que leurs caractéristiques rapprochent, soit du groupe des hépatites B

et C (transmission par le sang et évolution chronique) soit de celui des hépatites A, sujet traité dans la fiche personnels travaillant dans les cuisines (transmission par voie digestive).

Transmission de ces maladies

Transmission du VIH

Les modes de transmission du virus sont bien connus :

- Relation sexuelle avec un ou une partenaire porteur du virus.
- Transmission par du sang ou un liquide biologique contenant du virus.
- Transmission d'une mère infectée à son enfant pendant la grossesse, lors de l'accouchement ou durant l'allaitement.

Les modes de transmission prépondérants, en France, sont, chez les hommes, par ordre décroissant, les relations homo ou bisexuelles, puis la toxicomanie et enfin les relations hétérosexuelles. Chez les femmes, les nouvelles contaminations sont surtout acquises par voie hétérosexuelle.

Les contaminations professionnelles par le VIH sont suivies particulièrement. Elles résultent toutes d'accidents avec contamination par du sang infecté.

Pour la France, les données suivantes sont actuellement disponibles. Depuis le début de l'épidémie et à la date de 1995, trente-sept personnes travaillant en milieu de soins ont été contaminées :

- Dix contaminations prouvées sont toutes des conséquences de piqûres.
- Vingt-sept contaminations sont présumées être la conséquence de blessures ou de coupures, sauf dans deux cas où il s'agit d'une contamination muqueuse et deux autres cas où les circonstances ne sont pas connues.

En dehors du milieu de soins, deux contaminations sont survenues chez des personnes blessées lors de collectes de déchets médicaux ou d'ordures ménagères (chiffres au 30 juin 1995, BEH 44-95, du 31 octobre 1995) pour le personnel pénitentiaire, il n'existe à ce jour aucune déclaration de sida liée à une contamination professionnelle, bien que les accidents de service avec exposition au sang ou à des liquides biologiques soient relativement fréquents.

Les chiffres concernant d'éventuelles contaminations professionnelles par les virus des hépatites B et C ne sont pas disponibles.

Le virus VIH est relativement fragile. Il est détruit par des produits dérivés chlorés (Dakin ou eau de Javel à 12° chlorimétriques diluée à 10 %, ou alcool à 70° ou polyvidone iodée en solution dermique). Il ne survit pas longtemps hors des liquides biologiques. Il ne se

transmet pas par l'air, ni par des contacts cutanés sur une peau saine, ni par des vêtements.

Dans les activités professionnelles pénitentiaires, ce virus peut se transmettre lors d'accidents comportant des expositions au sang tels que :

- Des agressions avec des objets souillés de sang,
- Des morsures humaines.
- Des piqûres par des aiguilles souillées de sang, lors de fouilles.
- Des blessures ou piqûres lors de la collecte de déchets ou de travaux techniques ou d'entretien des sanitaires (parloirs familles, sanitaires du milieu ouvert).
- Des projections de sang ou des contacts de sang sur une peau lésée ou sur une muqueuse, lors d'interventions auprès d'un blessé qui saigne.

"Le risque professionnel le plus important est celui des piqûres avec une aiguille souillée de sang et il est maximum dans les conditions suivantes : piqûre profonde avec une aiguille creuse de gros diamètre, contenant du sang, qui vient d'être utilisée pour des soins à une personne malade au stade de sida déclaré, en l'absence de protection par des gants." (extrait de la note d'information n° 666 du 28 octobre 1996 DGS/DH/DRT, destinée au personnel hospitalier).

Il existe un traitement médicamenteux antirétroviral, donc préventif, qui peut être proposé en urgence pour éviter l'infection. C'est pourquoi, en cas d'accident à risque élevé de contamination, un avis médical doit toujours être pris dans les plus brefs délais. Ce traitement doit être mis en œuvre le plus rapidement possible et toujours avant quatre heures. À cet effet, l'agent est orienté vers le service des urgences de l'hôpital public le plus proche.

Ce type de traitement préventif peut être aussi proposé en cas de relation sexuelle possiblement contaminante avec un partenaire séropositif. Les modalités de traitement sont les mêmes.

Transmission du virus de l'hépatite B

Le virus de l'hépatite virale B se transmet sur le même mode que le précédent ; cependant sa résistance est plus importante. Il survit plus longtemps en dehors des milieux biologiques, et il est contagieux à densité plus faible.

Dans le milieu pénitentiaire, le risque professionnel est plus élevé que pour l'infection au VIH alors que les situations de risques sont les mêmes. Le virus se transmet par le contact d'une peau abîmée et d'objets contaminés par du sang.

Il faut mentionner que le virus très contagieux peut se transmettre à la suite d'accidents minimes que l'agent aura négligés, voire oubliés.

Transmission du virus de l'hépatite C

Le virus de l'hépatite C se transmet sur le même mode que les deux virus précédents. Sa contagiosité est intermédiaire mais il ne semble pas être transmis par voie sexuelle en dehors d'un contact avec du sang (rapports pendant les règles, lésions génitales). Une transmission par des tatouages est à souligner.

Dans le milieu pénitentiaire, le risque se rapproche de celui de la maladie précédente, des accidents minimes peuvent en être la cause.

Caractères communs à ces trois infections en ce qui concerne le risque professionnel

- Les modes de transmission identiques avec des contagiosités très différentes,
- la latence et l'évolution sur le mode chronique,
- l'absence fréquente de signes cliniques lors de la contamination et dans les mois qui suivent,
- une contamination dépistée uniquement par des examens sanguins et toujours avec un délai de quelques semaines après l'accident (importance des examens sérologiques).

Secret médical et protection du personnel

L'identification et le dépistage obligatoires des personnes porteuses d'une infection virale chronique, personnel ou détenus, n'est pas possible pour des raisons éthiques. En tout état de cause, ils n'apporteraient pas de protection supplémentaire étant donné le délai de séroconversion de ces infections.

Par ailleurs il serait illusoire d'imaginer un dépistage généralisé et permanent, les détenus pouvant être contaminés avant ou pendant l'incarcération. Seules les mesures de prévention limitent les risques de contamination. Il convient de les appliquer en toutes circonstances, dans l'exécution des tâches de la vie professionnelle comme dans la vie privée.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Comment vous protéger des risques de contamination par le VIH et les hépatites B et C lors de vos activités professionnelles ?

Au cours de vos activités professionnelles, le risque de transmission du VIH peut avoir lieu :

- Lors d'un passage de sang sous la peau par blessure ou injection.
- Par un contact prolongé de sang sur une peau abîmée.
- Par projection de sang sur une muqueuse ou dans l'œil.

le risque de transmission des hépatites B et C est possible dans les mêmes circonstances décrites ci-dessus mais aussi :

- En cas de blessures minimes causées par le contact avec un objet contaminé par du sang (seringue usagée, lame de rasoir sur laquelle peuvent se trouver des traces de sang).
- En cas de contact d'une peau lésée avec du sang, attention aux plaies négligées (ex. : petite écorchure de la main en contact prolongé avec une entrave ensanglantée).
- Lors de morsures humaines.

Pour vous protéger il est de votre intérêt de prendre connaissance des recommandations suivantes :

Suivez vos vaccinations et parlez-en avec le médecin de prévention

Il est recommandé d'être vacciné contre l'hépatite B et d'effectuer les rappels nécessaires. Ce vaccin est obligatoire pour les personnels des buanderies, des infirmeries et des nurseries. L'administration pénitentiaire prend en charge cette vaccination pour tous ses agents depuis 1992.

Protégez vos mains

Ayez des mains en bon état :

- Protégez vos plaies par des pansements.
- Lavez vos mains très souvent.

Utilisez les gants appropriés pour effectuer certaines tâches :

- Ayez sur vous, en permanence, une paire de gants jetables à usage unique pour des interventions urgentes et imprévues, et utilisez-les chaque fois que cela est nécessaire et possible.

Organisez vos pratiques professionnelles

Lors des fouilles : **mettez des gants, regardez avant de toucher, changez de gants entre chaque fouille**

- Fouille par palpation : faites sortir les objets des poches s'il y a doute.
- Fouille des vêtements et du linge : contrôlez par palpation avant de mettre les mains dans les poches pour éviter les risques de piqûre.
- Fouille des locaux, cellules : regardez avant de toucher, utilisez un miroir pour les parties non visibles, dessous de table, rebord WC.
- En buanderie : trie le linge sale avec des gants ménagers.
- Pour le ramassage des déchets : utilisez des gants épais (cf. fiche hygiène générale, annexe 1) et les matériels adaptés, containers à proximité.
- Lavez-vous les mains après avoir ôté les gants.

Respectez les consignes sur la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang

Si malgré toutes ces précautions, un accident vous arrive, respectez les consignes contenues dans l'annexe 1 : "conduite à tenir en cas d'accident après risque de contamination par du sang".

Après l'accident :

- Demandez le nettoyage ou, si nécessaire, le remplacement des effets d'uniforme ou des effets personnels souillés par du sang.
- Mettez les couvertures tachées de sang dans un sac plastique fermé pour les éliminer par un circuit de déchets d'activités de soins.
- Idem pour les draps tachés de sang et les couvertures qui seront nettoyés par un circuit spécifique ou jetés séparément.

- Pour manipuler les linges souillés par du sang, mettez des gants.
- Demandez un rendez-vous auprès du médecin de prévention pour en savoir plus, pour le suivi sérologique et médical. Par ailleurs ces accidents ont toujours un impact psychologique et social important, et le médecin de prévention est à même de vous proposer une orientation pour un suivi psychologique ou social approprié (psychologue de la DR, assistant social du personnel de la cour d'appel).

Actualisez vos connaissances pour mieux maîtriser les situations professionnelles à risques

Les connaissances médicales évoluent. Il est nécessaire d'actualiser les connaissances dispensées à l'ÉNAP dans le cadre de la formation initiale ou d'approfondir celles acquises dans le cadre de stages de formation continue et de les intégrer dans l'organisation de vos tâches.

Une attention particulière sera portée à l'évolution des connaissances concernant l'hépatite virale C, maladie sur laquelle des études en cours devraient introduire des nouvelles mesures de prévention.

Vos responsables de service vous inviteront à participer périodiquement à des réunions d'information sur la prévention de ces maladies, information que vous pouvez approfondir au cours d'entretiens avec le corps médical.

Vous pouvez aussi exprimer vos besoins en formation sur ce thème auprès de votre supérieur hiérarchique. Pour obtenir rapidement une information ou une réponse à une question qui vous préoccupe sur le VIH, vous pouvez appeler le numéro vert 24 heures sur 24 :

SIDA-INFO SERVICE 0 800 840 800

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES À L'USAGE DES AGENTS

Les chiffres rappelés ci-dessous, qui se rapportent à la population générale et carcérale, sont suffisamment évocateurs pour souligner l'importance de la prévention contre ces maladies.

Données sur la population générale en France*

On estime que 0,2 % de la population française est atteinte par le VIH, et le nombre de nouveaux cas de sida est d'environ 5 000 par an.

On estime que 1 % à 5 % de la population française a une sérologie positive pour l'hépatite B, 0,1 à 0,5 % étant porteur chronique du virus et pouvant donc transmettre la maladie.

On estime que 1,3 % de la population française est porteur chronique de l'hépatite C, soit 500 à 650 000 personnes.

Tous ces chiffres n'ont pas la même signification. Il s'agit pour le sida des cas déclarés à la DDASS.

En ce qui concerne la séropositivité asymptomatique VIH, hépatite B et hépatite C, les chiffres ci-dessus sont une évaluation de l'importance de l'épidémie car ces maladies chroniques sont caractérisées par leur latence et leur évolution sous forme inapparente.

Données pénitentiaires*

Sida-VIH

La proportion connue de détenus atteints par le VIH est de 2,3 % en 1995 et 1,9 % en 1996. Ce taux est quatre fois supérieur à celui observé dans la popula-

tion générale entrant dans la même tranche d'âge. Ces taux varient d'une région à l'autre et sont plus élevés en maison d'arrêt où il y a une forte proportion de toxicomanes.

Lors de l'enquête "un jour donné" réalisée en 1995, 1 330 détenus étaient concernés par le VIH - 156 au stade sida - 389 présentaient une forme symptomatique - 785 étaient séropositifs asymptomatiques. Lors de la même enquête réalisée en 1996 les chiffres correspondant aux mêmes données étaient respectivement de 1 113, 149, 278 et 685.

Lorsqu'on compare ces données avec les chiffres des années 1988-1990, on constate une diminution tant de la proportion de personnes atteintes par le VIH que du nombre de détenus malades au stade sida.

Hépatites virales B et C

Ces deux affections sont souvent liées à la toxicomanie intraveineuse suite au partage de seringues comme l'infection à VIH.

Les différentes études retrouvent en maison d'arrêt environ 20 % de détenus ayant une sérologie positive pour l'hépatite B contre 1 à 5 % dans la population française, et entre 9 à 20 % de détenus ayant une sérologie positive pour l'hépatite C.

* Les chiffres mentionnés sont extraits des BEH ainsi que du rapport de Mme Gentillini et Jean Tchériatchoukine.

CONDUITE À TENIR EN CAS D'ACCIDENT AVEC RISQUE DE CONTAMINATION PAR DU SANG

- Blessure, piqûre ou coupure avec un objet souillé par du sang ou un liquide biologique.
 - Morsure humaine.
 - Projection de sang ou d'un liquide biologique sur une plaie, sur les yeux ou sur une muqueuse.
1. Laver immédiatement à l'eau et au savon, cinq minutes au moins, et rincer. En cas de projection sur une muqueuse, en particulier projection dans l'œil, rincer abondamment à l'eau ou mieux avec du sérum physiologique pendant cinq minutes.
 2. Désinfecter la plaie avec un dérivé du chlore (du Dakin ou de l'eau de Javel fraîche à 12° chlorimétriques diluée à 10 %, ou de la Bétadine, ou, à défaut, de l'alcool à 70°) pendant au moins cinq minutes.
 3. Poser éventuellement un pansement protecteur en fonction de l'étendue de la blessure.
 4. Prendre un avis médical sans délai et en urgence sur l'opportunité d'un traitement préventif contre l'infection à VIH auprès de l'hôpital le plus proche doté d'un service des urgences. Si la contamination par le sang est importante, un traitement préventif est proposé.
 5. Prendre un avis médical sur l'opportunité de mettre en œuvre les vaccinations ou les rappels contre le tétanos et l'hépatite virale B, les examens à réaliser et la rédaction du certificat initial d'accident de service.
 6. Déclarer l'accident de service auprès du chef de service et accomplir toutes les formalités.
 7. Prévenir le médecin de prévention.
 8. Pratiquer les examens sérologiques prescrits par le médecin :
 - Prises de sang pour recherche d'anticorps du VIH et éventuellement VHB, VHC, dans les sept jours après l'accident.
 9. Renouveler ces examens à 3 et 6 mois.

Numéros de téléphone indispensables :

- Du service médical de l'établissement.
- Du service des urgences de l'hôpital compétent.
- Du médecin de prévention.
- Du service ambulancier.
- De différentes compagnies de taxis.

Attention, ce traitement médicamenteux doit être mis en place dans les quatre heures suivant l'accident.

ANNEXE 17

ÉTAT DES CONNAISSANCES : SYNTHÈSE DES CONTRIBUTIONS
DES "INSTITUTIONNELS", DES EXPERTS ET DES ASSOCIATIONS
AUDITIONNÉS PAR LA MISSION

MISSION « REDUCTION DES RISQUES EN PRISON »

ETAT DES CONNAISSANCES

**SYNTHESE DES CONTRIBUTIONS DES « INSTITUTIONNELS » , DES
EXPERTS ET DES ASSOCIATIONS**

DOCUMENT DE TRAVAIL / NE PAS DIFFUSER

JUILLET 1998

GUIDE DE LECTURE

L'objectif de ce document est de présenter et de mettre en perspective, sans prétendre à l'exhaustivité, les contributions les plus récentes (96-98) sur la question de la réduction des risques en prison.

A cette fin, deux types de sources sont utilisées :

- des passages intégraux des articles, rapports et livres qui, de manière extrêmement précise ou allusive abordent la question de la réduction des risques en prison.
- les synthèses des contributions spécifiques, orales et/ou écrites, des chercheurs et des associations qui ont répondu aux sollicitations de la mission

Afin de simplifier la lecture, ce rapport reprend point par point la grille de questions, jointe en annexe, qui guide les travaux de la mission depuis novembre 1997.

Le parti pris retenu est de classer cette masse d'informations en grandes catégories :

- les données objectives, enquêtes nationales et locales

Les informations, en général quantitatives, présentées dans ce cadre ont a priori un caractère indiscutable.

- les rapports nationaux.

Le rapport Gentilini, celui de l'Inspection Générale des Services Judiciaires sur la drogue en prison ainsi que le rapport du groupe de travail du ministère de la Justice sur la mise en oeuvre des unités familiales sont abondamment cités car ils constituent l'aboutissement d'un travail de recherche et d'analyse considérable qui sert de référentiel à la mission « réduction des risques en prison »

- les contributions à la réflexion

De nombreux extraits d'articles ou de livres ont pour vocation d'apporter un éclairage particulier ou des éléments de contextes qui sans répondre directement aux questions précises de la mission paraissent indispensables pour appréhender le milieu carcéral.

- les avis des experts et des associations

Figurent dans cette catégorie les résumés des contributions écrites et orales des personnalités interrogées par la mission. A la différence des trois catégories précédentes, les positions affichées correspondent donc très précisément aux réponses des différents intervenants à la grille de question proposée par la mission.

En aucune façon cet « Etat des connaissances » n'a pour objectif de refléter les choix ou les positions de la mission. Il constitue par contre un document de référence susceptible de favoriser le travail de cette mission qui aborde désormais l'étape des propositions.

PLAN

PAGE 4	I. Appréciation des cas de contamination dans les prisons françaises
PAGE 11	II. Connaissance des comportements à risques dans les prisons
PAGE 23	III. Evaluation de la politique de réduction des risques mise en place
PAGE 30	IV. Propositions pour développer la politique de réduction des risques
PAGE 45	Liste des références
PAGE 49	Grille de questions

I. Appréciation des cas de contamination dans les prisons françaises

Questions posées par la mission :

1. * De quelles données disposez-vous concernant la prévalence du VIH, des hépatites et des MST en prison ?
2. La prévalence des maladies transmissibles (VIH, Hépatites, MST) est-elle plus élevée dans la population pénale que dans la population générale ?
3. Le risque de transmission du VIH et des hépatites est-il renforcé au cours de l'incarcération par rapport à l'extérieur ?
4. Quelles parts respectives faire à l'hypothèse selon laquelle on retrouve en prison des personnes qui avaient, avant l'incarcération, davantage de pratiques à risques que les autres et à l'hypothèse de pratiques à risques acquises au cours de l'incarcération ?
Selon vous, le fait d'être incarcéré accroît-il le risque de contamination ultérieure à l'extérieur ?
5. * A-t-on identifié, de façon certaine ou probable, des cas de contamination par le VIH et les virus des hépatites au cours de l'incarcération ?
6. A-t-on identifié, de façon certaine ou probable, des cas de transmission de MST au cours de l'incarcération ?
7. Ces contaminations (VIH, hépatites, MST) posent-elles un problème de santé publique important et peut-il ou non être quantifié ?
Ces cas de transmission peuvent-ils être significativement liés à des situations particulières ? (zones géographiques, type d'établissement, profil des détenus...)
8. * La connaissance de l'incidence du VIH, des hépatites et des MST en prison vous paraît-elle suffisante ?
9. Pensez-vous qu'il y ait une sous-estimation de la prévalence et de l'incidence de ces maladies transmissibles en prison ?
10. Préconisez-vous de nouvelles enquêtes épidémiologiques et auprès de qui (services médicaux des établissements pénitentiaires, enquêtes auprès de sortants de prison...) ?

1. Les données convergent pour établir que les prisons sont des lieux à haute prévalence du Vih et des hépatites et que ces infections touchent très fortement la population toxicomane

Les enquêtes nationales

- L'enquête la plus exhaustive, celle du SESI, permet de connaître le taux de détenus, atteints par le vih, connus (enquête un jour donné) : 1.92% en 96 (1113 personnes dont 13% au stade sida) contre 2.33% en 95, 3.37% en 92 et 5.79% en 90.
- Le rapport Gentilini avance, de son côté, des chiffres plus importants issus de l'étude (à considérer avec prudence car 64% des établissements étaient concernés) réalisée par questionnaire en juin 96 dans le cadre de la mission qui lui était confiée. Ceux-ci indiquent pour l'année 95 un taux de séropositivité vih+ de 4% et vhc+ de 8%. Les données issues de l'enquête établissent que 7% des toxicomanes sont vih+ et 17% vhc+. Selon les établissements, les estimations atteignent parfois 80% des détenus toxicomanes intraveineux affectés par l'une, l'autre ou les deux pathologies virales hépatiques (23% séroprévalence vhc parmi les 880 entrants au CP Baumettes; 61% vhc+ chez les toxicomanes IV détenus dans les prisons de Lyon).
- la troisième source de données émane de l'étude réalisée par Mme Facy entre 1992 et 1995 auprès des antennes toxicomanies : 11% des toxicomanes vus dans les antennes sont vih+ en 95. L'étude montre par ailleurs qu'en 1994, la séropositivité vih chez les femmes toxicomanes atteint 24% alors qu'elle est de 13% chez les hommes. La population féminine est également très touchée par les hépatites virales (28% contre 26%).

Les enquêtes locales

- Une enquête menée en 1995 par M. Rotily au centre pénitentiaire de Marseille a estimé la séroprévalence de l'infection au vhc à 26% (91% chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, 7% chez les non usagers de drogues par voie intraveineuse). La proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse contaminés par le vih était, elle, de 21%. Les tests salivaires proposés aux détenus de Grasse en 97 révèlent une prévalence du vih de 3% et celle du vhc de 3.2% (86% des vhc+ sont des usagers de drogues par voie intraveineuse).
- Une étude récente publiée en 1998 dans la revue de gastro-entérologie montre que 30.3% des 806 détenus de Loos-lez-Lille sont vhc+. Parmi les 439 détenus (54.5%) du groupe toxicomanes, 55.6% sont vhc+. Parmi les sujets ayant un antécédent de toxicomanie par voie intraveineuse, 80% sont vhc+ contre 10.8% chez les autres toxicomanes. Parmi les 367 détenus (45.5%) du groupe non toxicomane, 4.2% sont vhc+.
- ☞ Données à venir : résultats complets de l'étude menée par l'ORS PACA dans les directions régionales de Marseille et de Rennes (juillet 1998).
- ☞ Données à venir : résultats de l'enquête santé « entrants » (SP2 / septembre 1998).

2. Elles prouvent que la prévalence des maladies transmissibles (vih, Hépatites, MST) est plus élevée dans la population pénale que dans la population générale.

Les données objectives

- D'après le SESI, si l'on compare la situation au sein de la population pénitentiaire à la population générale équivalente, le taux de séropositivité connu dans la population pénitentiaire apparaît trois à quatre fois supérieur.
- Le rapport Gentilini précise que le taux d'incidence de la tuberculose est 10 fois plus élevé en milieu carcéral qu'à l'extérieur et que les MST sont quantitativement plus nombreuses au sein de la population incarcérée.

Les avis des experts et des associations

Pour Aides comme pour Mme Facy, il est clair que la prévalence est plus élevée en prison qu'en milieu libre. Selon Aides elle serait de 5 à 10 fois plus élevée. Mme Bouhnik précise que l'on peut facilement supposer un tel décalage quand on comprend que ceux qui se font le plus souvent arrêter sont ceux qui sont à la fois les plus fragiles et ceux qui doivent prendre le plus de risques.

3. De nombreux éléments permettent de penser que le risque de transmission du vih et des hépatites est renforcé au cours de l'incarcération par rapport à l'extérieur

Les données objectives

L'étude réalisée en 1992 par M. Rotily à Marseille a montré que la prévalence de l'infection à vih chez des détenus ayant déjà été incarcérés (récidivistes) était six fois supérieure à celle des détenus incarcérés pour la première fois, alors même qu'aucune différence significative de comportements toxicomaniaques entre les usagers de drogues par voie intraveineuse multi et primo incarcérés n'était relevée. L'auteur émet l'hypothèse que si les injections sont moins fréquentes en prison, elles sont le

plus souvent réalisées avec partage du matériel. Il souligne également que les usagers de drogues rencontrent en prison d'autres usagers qu'ils n'auraient pas rencontrés s'ils n'avaient pas été incarcérés (foyers épidémiques). Une analyse complémentaire de la perception du risque chez les usagers de drogues par voie intraveineuse incarcérés montre une stabilisation voire une augmentation déclarée du risque de contamination vih en prison (par rapport à l'extérieur) chez cette population de toxicomanes plutôt bien informée et présumée abstinente.

Les avis des experts et des associations

- La plupart des personnes auditionnées (Mme Facy, OIP, Aides) estiment que l'incarcération renforce le risque de transmission vih et des hépatites. Plusieurs facteurs sont avancés : la méconnaissance des risques est grande ; l'accès à l'information difficile ; les outils de prévention sont en accès limité.
- L'article de M. Hoffman va également dans ce sens, l'auteur estimant que sans tenir des propos alarmistes, on ne peut pas nier l'effet sidathogène des prisons. Le risque de contamination par voie sexuelle ou sanguine est, selon lui, largement reconnu et la nuit pénitentiaire de « 13 heures » ainsi que la promiscuité dans les cellules favorisent ces risques. M. Hoffman précise qu'au centre des jeunes détenus, les adolescents sont « à l'abri » en cellules individuelles.
- Trois avis sont plus nuancés : celui de Médecins du Monde qui met en balance la diminution globale des injections en prison, avec les conséquences de la promiscuité, de la clandestinité et des difficultés d'accès au matériel injectable; celui de M. Chossegros pour qui, dans le contexte des prisons lyonnaises, il n'y a pas de relation significative entre incarcération et infection une fois pris en compte les autres niveaux de risques; celui de Mme Bouhnik, enfin, qui estime que les risques de transmission dépendent du temps d'incarcération, du type de structure carcérale (problèmes plus marqués en Centrale) et des personnes mises en présence.
- Le rapport de l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) prend également position sur la réalité de ce risque de transmission et souligne que l'état de santé dégradé des toxicomanes au moment de leur incarcération peut aussi s'aggraver pendant la détention, le risque le plus important étant le risque infectieux.

4. L'hypothèse d'une concentration, en prison, de personnes qui avaient, avant l'incarcération, davantage de pratiques à risques que les autres de même que l'hypothèse de pratiques à risques acquises au cours de l'incarcération, sont difficiles à évaluer.

Contributions à la réflexion

- Ces deux hypothèses sont soulevées par M. Rotily au vue des résultats de ses recherches. L'étude réalisée en 1992 à Marseille a ainsi montré que la prévalence de l'infection à vih chez des détenus ayant déjà été incarcérés était 6 fois supérieure à celle trouvée chez les détenus incarcérés pour la première fois. Dans un contexte où la proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant un vécu d'incarcération est estimée à 40-45% et où 60% des usagers de drogues incarcérés à un temps donné ont déjà été incarcérés (dans l'enquête de Mme Facy, 71% des toxicomanes vus dans les antennes en 1995 sont des récidivistes), il existe donc une forte interaction entre usage de drogues par voie intraveineuse, infections virales et incarcération. L'auteur a également mis en évidence la proportion plus élevée de séropositifs parmi les personnes incarcérées à plusieurs reprises et ce après prise en compte de l'âge, du sexe, de l'usage de drogues. Pour M. Rotily, « ces personnes peuvent constituer un groupe à très haut risque du fait de pratiques sexuelles ou d'un usage de drogues différents et davantage à risque. Il est

également possible que certaines d'entre elles se soient contaminées lors de séjours antérieurs ». Selon lui, des travaux conduits à l'étranger sont en faveur de cette hypothèse.

- M. Chossegros constate que chez les usagers de drogues les plus anciens, les prises de risques et les infections sont plus fréquentes et paraissent tendanciellement associées à des emprisonnements précédant la toxicomanie.
- Certains écrits apportent d'autres éclaircissements. Ainsi, pour Mme Bouhnik, « les temps de pose forcée, ouverts par les incarcérations successives, loin d'ouvrir à la constitution des bases susceptibles de réintroduire les toxicomanes dans une autre logique de vie, viennent sceller la logique précaire à l'oeuvre dans ce système : ils ne modifient en rien les conduites. Dans certains cas, la prison vient fonctionner comme régulateur des pratiques de consommation, elle devient un élément structurant de leurs trajectoires (break, ultime recours pour échapper à la mort). Compte tenu des très faibles probabilités de changement de leur mode de vie à la sortie, la continuité des soins à la sortie reste une exception ». Pour l'auteur, la prison fait partie intégrante du système des conduites à risques, que l'on soit à l'intérieur ou à l'extérieur : la sanction pénale des comportements fragilise la possibilité de réguler les conduites et ancre les risques au sein du mode de vie. Il n'y a donc pas forcément exacerbation mais plutôt ancrage des conduites à risques. De son côté, M. Hoffman observe que, « pour ce qui est du danger d'être contaminé en prison, il n'y a pas de préservatifs facilement accessibles et qu'une seringue peut circuler et servir à 50 ou 100 détenus ». Pour l'auteur, en fonction des Maisons d'Arrêt, on peut ainsi entrer en détention séronégatif et en ressortir séropositif.

Les avis des experts et des associations

Pour Aides, Médecins du Monde et Mme Facy, les deux hypothèses sont vraies même s'il est difficile d'en mesurer la part respective. Médecins du Monde précise qu'une forte proportion d'usagers de drogues incarcérés est constituée d'usagers ayant des pratiques à haut risque à l'extérieur. Une partie de ces derniers conserveront ces pratiques à l'intérieur. D'autres peuvent aggraver leurs pratiques à risque du fait de la clandestinité.

5. Par contre, il semble que la phase d'incarcération favorise, après la libération, l'acquisition ou l'intensification de pratiques à risques et donc les risques de contamination chez les toxicomanes

Contribution à la réflexion

Pour Mme Bouhnik, « le système d'enfermement apparaît comme implacable, bouclé et sans aucune ouverture; il laisse les toxicomanes dans un état de total désarroi au moment de leur sortie de prison. Ceux-ci vont alors intégrer cette incapacité à inverser les perspectives d'avenir et envisager non pas une sortie du système mais une meilleure gestion qui leur évite le pire, en jouant sur les niveaux des risques encourus » (par exemple en évitant les nouvelles incarcérations).

Par contre, « si les résolutions souvent affichées sur le fait de décrocher à la sortie, fonctionnent comme un moyen de tenir, de supporter le temps d'incarcération et les effets du sevrage forcé, elles ne jouent aucun rôle à la sortie où la plupart du temps les usagers de drogues retrouvent les mêmes conditions sociales et matérielles. L'incarcération finit donc par fonctionner comme un boomerang qui les renvoie vers les pratiques à risques avec une force accentuée alors que certains vivaient avec une grande intensité le désir de tout arrêter. »

Globalement, le vécu de l'incarcération est, selon l'auteur, marqué pour les plus démunis. Par contre, les moins désinsérés semblent moins affectés par une première incarcération pour ce qui est du changement des comportements à risques.

Les avis des experts et des associations

Si Mme Lhuillier insiste sur la fonction ambivalente de la prison, à la fois pathogène et réparatrice, la plupart des autres contributions (Aides, Act Up, Médecins du Monde, Facy) mettent en exergue son impact négatif sur les risques de contaminations ultérieures. Pour Aides, bien qu'il soit difficile d'objectiver, on peut toutefois admettre que si certaines pratiques à risque (l'usage de drogues) s'acquièrent en prison, elles augmentent le risque de contamination à l'extérieur. Médecins du Monde ajoute que le contre-coup post-traumatique d'une incarcération peut entraîner à la sortie des conduites d'auto-sabotage ou d'extrémisme dépressif. M. Chossegros précise que dans tous les cas, la prison n'est pas un lieu où se prépare efficacement un projet de suite, les détenus étant plutôt dans une simple attente de la sortie.

6 & 7. S'il n'existe pas de preuve objective de contamination (Vih, hépatites, MST) en milieu carcéral, la majorité des intervenants estiment que celles-ci sont probables ou certaines.

Contributions à la réflexion

Pour Mme Lhuillier, la possibilité d'une transmission intra-muros suscite encore de vifs débats et reste fréquemment l'objet d'un déni. Mais les travaux récents des épidémiologistes ont été maintes fois recoupés par les constatations des intervenants sur le terrain : non seulement on a pu prouver la réalité de plusieurs cas de contamination en prison, mais il faut admettre, pour l'auteur, que l'incarcération est loin de supprimer toutes les pratiques à risques (sexuelles ou toxicomaniaques), bien que celles-ci soient interdites.

Selon M. Chossegros, la situation lyonnaise ne révèle par contre pas de cas vih réellement imputable à la période d'incarcération. Les séroconversions sont en général rapportées à des prises de risque qui ont suivi la sortie. La situation paraît cependant plus complexe pour le vhc.

Les avis des experts et des associations

Pour Aides, Médecins du Monde et Mme Facy des contaminations vih apparaissent clairement, notamment dans les Maisons d'Arrêt de Paris et de Marseille.

8. Ces cas probables de contaminations posent un grave problème de santé publique

- Les contributions convergent, globalement, pour souligner la situation préoccupante en matière de risque de contamination. Ainsi, la plate forme sur la toxicomanie en prison revendique une véritable politique de santé publique, « seule à même de réduire les risques de contamination et d'apporter une réponse efficace à l'urgence engendrée par ce désastre sanitaire ». Les organisations signataires estiment que, face à l'ampleur de ce phénomène, la préservation de la santé doit primer sur toute autre considération.

Pour Aides, chaque nouvelle contamination accroît la chaîne de transmission et pose forcément un problème de santé publique.

Médecins du Monde précise que l'importance de la prévalence chez la population pénale pose à elle seule un problème de santé publique. Mme Facy ajoute qu'il s'agit d'un problème de santé publique mais qu'il ne peut être quantifié.

Pour M. Rotily, il faut souligner que des usagers de drogues par voie intraveineuse rencontrent en prison d'autres usagers qu'ils n'auraient pas rencontrés s'ils n'avaient pas été incarcérés, et que l'ouverture de tels réseaux fait courir des risques épidémiques.

L'avis de M. Chossegros se démarque cependant de ce sentiment général puisque selon lui, il n'y a vraisemblablement pas de contaminations intra-carcérales et donc pas de réel problème dans le département du Rhône.

- L'importance des contaminations par le vhc est également évoquée. M Hédouin indique en effet que la moitié des détenus entrant à la Maison d'Arrêt de Loos-lez-Lille sont toxicomanes et la moitié d'entre eux ont des marqueurs positifs pour le virus de l'hépatite C. L'hépatite C en milieu carcéral pose donc, d'après lui, un problème majeur de santé publique.

Mme Bouhnik considère que ces contaminations posent, de fait, un énorme problème. Les personnes rencontrées en prison dans le cadre de son étude étaient nombreuses à être contaminées par le vhc. Elles n'avaient pratiquement jamais eu connaissance des risques de santé réels que cela pouvait occasionner; leur connaissance de la maladie était quasi nulle alors même que certains commençaient à en subir les effets. L'absence de politique de santé publique en milieu ordinaire se poursuit donc avec la prison, constate la chercheuse, alors qu'il serait possible d'inverser la tendance et de prendre les personnes en compte à leur niveau de préoccupation.

9. Il semble que ce risque de contamination puisse être significativement lié à des situations particulières

Les données objectives

- La situation géographique semble être un facteur déterminant. Elle apparaît tout d'abord clairement en matière de prévalence des différents virus. Les données du SESI montrent ainsi que la proportion de détenus connus vih+ est de 3.36% en IDF et 3.39% en PACA. 61% des séropositifs connus sont incarcérés dans ces deux régions qui regroupent 34% des détenus.

Le rapport Gentilini confirme que les régions les plus touchées par le vih restent les DOM, l'IDF et la région PACA (64% des détenus atteints d'une infection à vih). Mme Facy précise qu'en moyenne, en 1995, les prisons de l'IDF et de la région PACA ont une prévalence vih+ à 17% contre 3% ailleurs. Les prévalences des hépatites virales sont deux fois plus élevées en moyenne en IDF et PACA que dans les autres régions.

M. Sueur rappelle que la séroprévalence est estimée en 1993 à 9.5% à Fleury, 9.2% à Marseille, 7.4% à Fresnes, 2.3% à Bordeaux

- Cette disparité géographique se retrouve lorsque l'on examine la population pénale toxicomane. Ainsi le rapport de l'IGSJ cite les données de l'ORS PACA selon lesquelles 40% des toxicomanes détenus aux Baumettes, soit 12% des détenus, sont vih+. Ce taux serait de 32% des toxicomanes à Fleury, alors que le taux moyen de l'INSERM est proche de 12%.

Mme Lhuillier ajoute que l'étude menée à la prison des Baumettes (Rotily, 1994/95) auprès de 4761 personnes a montré que 13.8% des hommes et 18.8% des femmes déclaraient faire usage de drogues par voie intraveineuse. Le taux de séropositivité des détenus est de 7.3% chez les hommes (29.9% chez les toxicomanes contre 1.3% chez les non toxicomanes) et 10.6% chez les femmes (28.8% chez les toxicomanes contre 2.9 % chez les non toxicomanes).

Les avis des experts et des associations

Pour Aides, il existe des poches géographiques à fort risque de contamination et il convient de distinguer entre Maisons d'Arrêt et établissements pour peine.

La sur-représentation des toxicomanes dans certaines Maisons d'Arrêt urbaines (IDF et PACA) et la plus grande « ouverture » sur l'extérieur de certains centres de détention (approvisionnement) induisent, selon Médecins du Monde, une concentration des risques de contamination.

Pour M. Chossegros, si à Lyon il n'y a pas de différence sensible concernant la prévalence des différents marqueurs viraux entre population incarcérée et population générale pour les toxicomanes et sans doute aussi pour les autres détenus, il n'en demeure pas moins que certains cofacteurs tels que la personnalité du détenu, la disponibilité des produits, la situation de la détention et les endémies virales peuvent agir sur le risque de transmission.

10 & 11 & 12. En tout état de cause, la connaissance de l'incidence du vih, des hépatites et des MST en prison paraît insuffisante et justifierait de nouvelles études

- Le rapport de l'IGSJ est le premier à s'étonner de la quasi absence de recherches menées dans notre pays, mises à part les initiatives prises par l'ORS PACA. Aides, l'Anvp, Mme Facy et Mme Bouhnik confirment l'insuffisance des données disponibles, qui ne permettent notamment pas de mesurer l'incidence des différents virus. Afin d'améliorer le niveau de connaissance, M. Chossegros propose de rassembler les données issues d'études locales.
- Pour la plupart des intervenants (Anvp, Aides, Mdm, Facy, Bouhnik, Lhuilier) cette mauvaise connaissance globale correspond à une sous-estimation de la prévalence et de l'incidence des maladies transmissibles en prison.
Ainsi, Mme Lhuilier rappelle que la connaissance ne porte que sur une partie de la population pénale et que l'on ne sait pas grand chose des détenus refusant les prélèvements. M. Sueur ajoute que le taux avancé de détenus vih+ connus est vraisemblablement sous évalué compte tenu du caractère non systématique de la réalisation des tests à l'entrée.
Le rapport Gentilini aboutit au même constat et juge que des biais dans l'enquête annuelle du SESI ne doivent pas être négligés : la baisse apparente de la prévalence vih doit en effet être considérée avec prudence tant que le statut sérologique d'un nombre important de détenus reste inconnu. Pour l'Observatoire Internationale des Prisons (Oip), la contrainte majeure reste la difficulté intrinsèque à mener des enquêtes dans l'enceinte des prisons qui aboutit forcément à d'importants risques de sous-estimation.
M. Chossegros réfute par contre l'idée d'une sous estimation globale du phénomène et estime, pour sa part, que les études locales montreraient sans doute une forte hétérogénéité des situations.
- Très logiquement, le lancement de nouvelles enquêtes est fortement préconisé, même si la méthodologie peut varier. Ainsi, Mme Facy propose d'effectuer de nouvelles enquêtes auprès des services médicaux et des « sortis » tandis que Aides insiste sur la réalisation, par des personnes extérieures, d'enquêtes anonymes auprès des personnes incarcérées.
Médecins du Monde se prononce en faveur d'une enquête auprès des « sortis » de prison mais M. Sueur, tout en marquant son intérêt pour une enquête « à distance » auprès d'anciens détenus, rappelle la vanité d'une démarche qui chercherait à objectiver la situation en prison alors qu'il convient avant tout de prendre en compte les observations des cliniciens.
Sans se prononcer sur la méthodologie souhaitable, M. Chossegros juge de nouvelles enquêtes indispensables pour étayer la décision d'une mise en place de nouvelles mesures de prévention. Seule l'Anvp reste circonspect sur ce sujet, estimant que l'accent doit être mis avant tout sur la sensibilisation, l'information et la formation.

II. Connaissance des comportements à risques dans les prisons

Questions posées par la mission :

1. ** De quels éléments disposez-vous pour mesurer la fréquence des comportements à risques dans les prisons françaises?*
2. *Y-a-t-il une consommation de drogues ou de médicaments détournés de leur usage en prison ?, dans quelle proportion ?*
3. *Y-a-t-il des injections de drogues ou de médicaments détournés de leur usage en prison ?, dans quelles conditions et dans quelle proportion ?*
4. *Y-a-t-il utilisation et circulation de matériel d'injection ? quel est le matériel utilisé (seringues, matériel « bricolé ») ?*
5. *Y-a-t-il partage et réutilisation du matériel d'injection ?*
6. *Y-a-t-il des relations sexuelles en prison ? dans quelles conditions et avec quelle fréquence ?*
7. *Dans quelle mesure ces relations sexuelles sont contraintes ou relèvent de la prostitution ?*
8. *Dans quelle mesure des moyens de protection sont-ils utilisés au cours de ces rapports sexuels ?*
9. *Y-a-t-il des pratiques de tatouage (et de piercing) ?, dans quelles conditions et avec quelle fréquence ?*
Quel est le matériel de tatouage (et de piercing) utilisé, y-a-t-il partage ou réutilisation de ce matériel ?
10. ** Selon vous, quels sont les contextes qui favorisent ou qui limitent ces comportements à risques ?*
11. *Quelles sont les influences respectives de facteurs tels que le nombre de détenus par cellule, les règles d'hygiène en vigueur, l'état des bâtiments, le contexte carcéral, le type de population incarcérée, le type d'établissement, le fonctionnement des parloirs, la politique de surveillance en vigueur et la teneur du règlement intérieur, l'implication du service médical, du service socio-éducatif, les rapports détenus-surveillants....?*
Au total, pouvez-vous identifier les types de prisons cumulant les facteurs de risques ?
12. ** La connaissance des comportements à risques en prison vous paraît-elle suffisante ?*
13. *Pensez-vous qu'il y ait une sous-estimation de l'importance des comportements à risques en prison ?*
14. *Préconisez-vous de nouvelles enquêtes épidémiologiques ou autres (sociologiques, ethnographiques) et auprès de qui (services médicaux des établissements pénitentiaires, enquêtes auprès de sortants de prison...)*

1. Si les informations objectives sur les pratiques sexuelles en prison sont inexistantes, de nombreuses données sur les ILS et la toxicomanie sont mobilisables et permettent d'appréhender le problème des comportements à risques en milieu carcéral

Les enquêtes et rapports nationaux

- Le rapport de l'IGSJ constitue un document de travail indispensable pour appréhender la question de la toxicomanie en prison. Il y est démontré que des seringues circulent en détention, que le nombre des saisies augmente, et que des études documentées menées dans d'autres pays européens prouvent l'existence de contaminations en milieu carcéral. Le rapport ajoute qu'au 01/01/1996, les détenus pour ILS représentent 20.6% des condamnés de métropole. 58.6% d'entre eux se trouvent dans les Maisons d'Arrêt et 18.2% dans les Centres de Détention. Pour l'IGSJ, plus de la moitié des toxicomanes sont incarcérés sous d'autres qualifications pénales que les ILS. Au niveau national, le nombre d'usagers de drogues incarcérés est sans doute supérieur à 30%.

- Le rapport Gentilini avance le chiffre de 20 000 toxicomanes incarcérés annuellement; chiffre approximatif mais qui constitue un repère. Par ailleurs, M. Rotily estime grossièrement à 20% la proportion de détenus ayant été et étant usagers de drogues par voie intraveineuse.

Les données de l'administration pénitentiaire sont nombreuses mais concernent surtout les ILS, ce qui ne recouvre pas totalement la question de la toxicomanie. Elles recensent 13.7% de personnes incarcérées pour ILS parmi les entrants en détention de l'année 1997 (source : fichier national des détenus). Au total, on dénombre 20.2% de détenus pour ILS au 01/07/1996 (pour un total de 58616 détenus) et 18.4% au 01/01/1998 (53845 détenus) (source : statistiques trimestrielles de l'administration pénitentiaire).

- Les enquêtes menées en 1994 et 1995 par Mme Facy auprès de 4349 toxicomanes vus dans les antennes toxicomanie constituent une importante source de données. L'âge moyen des toxicomanes est de 28 ans, 48% sont prévenus, 43% ont commis un délit en rapport avec l'ILS. Les 2/3 sont récidivistes et 45% ont été incarcérés pour la 1ère fois avant 20 ans. Un toxicomane sur cinq a eu une injonction thérapeutique. 12% des toxicomanes sont VIH+ mais 30% ne connaissent pas leur statut; l'héroïne est le produit principal de 72% des sujets.

Les enquêtes locales

Les enquêtes menées en 1997 par l'ORS PACA montrent que les usagers de drogues par voie intraveineuse actifs (au cours des 12 mois avant incarcération) représentent 12% des détenus interrogés aux Baumettes, 11% à Tarascon et 8% à Grasse.

Contribution à la réflexion

Mme Bouhnik rend compte de la difficulté à obtenir des informations sur les pratiques à risques des détenus. En effet, « dès que les usagers de drogues sentent une intrusion, une demande explicite de parler de soi, de ses pratiques (sexe, came, maladie, vie...), les rideaux se referment et ils fuient les rencontres avec les professionnels du soin. »

Les avis des experts et des associations

Pour M. Sueur, la quantification des ILS (21% des condamnés en 1996) ne rend pas compte de la réalité du phénomène d'intoxication. Il cite à l'appui les travaux de Mme Facy (1994) montrant que 44% seulement des détenus toxicomanes le sont pour ILS. Dans les zones urbaines on compterait entre 25% et 60% de toxicomanes parmi les détenus en Maisons d'Arrêt; 50% dans un bâtiment de Fleury Mérogis en 93; 55% à Loos-les-Lille.

La connaissance de Aides sur la situation en prison repose essentiellement sur les témoignages directs de personnes incarcérées. Médecins du Monde insiste également sur la qualité des informations émanant de la clinique individuelle et des enquêtes ethnographiques.

2. Il y a, à l'évidence, une consommation, difficilement quantifiable, de drogues et de médicaments détournés de leur usage en prison

Les enquêtes et rapports nationaux

Le rapport de l'IGSJ admet que la réalité de la présence en prison de substances interdites est beaucoup plus importante que celle révélée par les incidents (existence d'une sous-culture de la toxicomanie). La situation paraît telle dans certains établissements que des personnes non toxicomanes sont soumises à des pressions soit pour consommer soit pour participer au trafic. Il y a également une hyper-consommation de médicaments psychotropes, la prescription ayant pour

objectif d'assurer un certain confort. Le rapport ajoute que les modes de contrôle pénitentiaire sont totalement inadaptés à la lutte contre l'introduction de substances illicites.

Les données objectives

L'administration pénitentiaire relève, sur la base d'une analyse des rapports d'incident, 1556 saisies de produits en 1992-93, impliquant 1718 détenus, ce qui représente un taux d'incidents de 1.5%. 80% des saisies ne mettent en cause qu'un seul détenu et 80% des saisies sont des saisies de cannabis (soit 513 saisies de cannabis seul, 52 saisies d'héroïne seule et 58 saisies de médicaments détournés de leur usage). Cette estimation est minimale; elle dépend étroitement des contrôles effectués.

Les saisies d'héroïne et de seringues sont dispersées sur l'ensemble du territoire et concernent 20% des établissements sur les deux années observées (1992-93) dans l'enquête sur les rapports d'incidents du SCERI. Les femmes semblent plus concernées par les saisies d'héroïne seule mais moins par les saisies de médicaments ou l'interception de seringues. Pour le SCERI, une partie des produits et des seringues restent dissimulés.

Les données recueillies montrent également qu'il existe, en prison, un « marché souterrain » de la drogue et que les contraintes propres au milieu carcéral peuvent renforcer la rareté de certains produits et inciter au partage de ceux-ci.

Contributions à la réflexion

- Mme Bouhnik évoque la question de la toxicomanie en prison : après un temps de sevrage et d'adaptation à la détention, certains toxicomanes estiment que le passage en prison leur avait permis de reléguer la drogue au statut « d'histoire ancienne ». Pour certains toxicomanes, les conditions (en Maison d'Arrêt) ne sont pas réunies pour véritablement profiter d'une consommation de drogue; il y aurait donc peu de demande. « la drogue peut rentrer si l'on y met les moyens mais l'irrégularité de l'approvisionnement risque d'entraîner le retour des souffrances dues au manque ».
- Pour Mme Lhuillier, la surconsommation de médicaments psychotropes n'a pas été enrayerée par la réforme du système de soins. On perçoit ainsi toute l'ambiguïté du statut du médicament, à la fois salvateur et toxique, outil du contrôle et de l'ordre dans la détention et ferment d'ébranlement de cet ordre.
- La notion de surconsommation de médicaments en lien avec l'incarcération est, selon Mme Facy, confirmée par la comparaison des toxicomanes récidivistes aux toxicomanes primaires vus par les antennes (médicaments consommés dans 35% contre 25% des cas). L'usage de médicaments est un indicateur de gravité de la toxicomanie mais aussi de la délinquance.

Les avis des experts et des associations

- La totalité des personnes interrogées témoignent d'une consommation de drogues et de médicaments détournés de leur usage en prison. Cependant l'évaluation de l'ampleur du phénomène est extrêmement variable.
- Pour M. Sueur, l'usage de drogues est obligatoirement clandestin; « mais il est clair que pour les praticiens en prison, cette consommation est habituellement et globalement déniée ou tout au moins sous-évaluée ». Médecins du Monde précise que la consommation de produits est généralisée, en particulier dans les prisons pour femmes.
- L'association Aides estime que cette consommation existe mais qu'elle n'est pas quantifiable. L'Oip juge également que l'on trouve les mêmes drogues à l'intérieur et à l'extérieur, mais en

moindre quantité, même s'il y a une sous-estimation du phénomène. D'après les informations dont dispose l'Anit, les drogues qui circulent sont le cannabis et les acides; l'héroïne reste rare. Il existe parallèlement un trafic de tranquillisants et de subutex. La circulation de drogues ne fait, pour l'Irep, aucun doute mais il s'agit principalement de cannabis.

- M. Chossegros confirme que la consommation de haschich est courante. Il existe également une consommation d'héroïne par filières et une utilisation de médicaments détournés. Cependant il convient d'insister, selon lui, sur le fait que beaucoup d'usagers de drogues profitent de leur incarcération pour s'arrêter et sont satisfaits de cette possibilité.
- La Farapej ne dispose pour sa part d'aucun élément permettant de penser qu'il existe des pratiques d'injection en prison. La fédération pense que le cannabis entre par les parloirs mais doute de la présence de drogues injectables. D'après les témoignages dont elle dispose, les usagers de drogues interrompent l'injection pendant l'incarcération mais la reprennent souvent à leur sortie ce qui occasionne d'ailleurs des décès.
- Enfin, les témoignages de l'Anvp et de Mme Lhuillier montrent que tout se trouve (notamment par l'intermédiaire des parloirs), s'achète ou se troque en milieu carcéral.
- Le rapport (11/97) de l'association Sida Info Service sur « l'écoute téléphonique en prison » montre pour sa part que les détenus n'abordent pas les questions de drogue avec les écoutants de la ligne 6. Il semblerait que l'interdit soit trop fort pour parler de ce sujet, même dans le cas d'une conversation anonyme et confidentielle.

3. Il y a des injections de drogues ou de médicaments détournés de leur usage en prison, et cette pratique commence à être quantifiée

Les enquêtes et rapports nationaux

Le rapport Gentilini estime que dans les établissements pénitentiaires, la pratique de l'injection ne peut être niée mais celle-ci reste très mal évaluée.

Les données objectives

- Le rapport de l'IGSJ rappelle la réalité, modeste, des chiffres : de 01/1995 à 03/1996, 37 seringues ont été découvertes dans 18 établissements. 60 saisies d'héroïne ont été effectuées sur la même période (22 établissements). Des décès par overdose se sont produits en détention (3 sur 6 mois en 1996).
- L'enquête du SCERI (1992-93) va dans le même sens : sur 1556 saisies, 52 concernent l'héroïne seule (29 établissements et 78 détenus impliqués) soit 3.5% des cas. Les médicaments représentent 6.4% des saisies. 33 incidents sont relatifs à la saisie de seringues (41 détenus impliqués dans 22 établissements). Au total, 38 établissements sont concernés par la saisie d'héroïne ou de seringues, soit 10% des établissements par an en moyenne.
- L'étude conduite aux Baumettes (auprès de 578 personnes) par M. Rotily en 1997 a montré que 13% (9/68) des usagers de drogues par voie intraveineuse actifs s'était injecté des drogues au cours des 3 premiers mois de l'incarcération. Les femmes étaient significativement plus nombreuses à rapporter un usage de drogues par voie intraveineuse que les hommes (42% versus 7%).
L'étude conduite à Tarascon (124 personnes) en 97 montre que 15% (4/27) des Usagers de drogues par voie intraveineuse déclarent avoir pris de la drogue par IV au cours de la vie

carcérale et 27% (3/14) des usagers de drogues par voie intraveineuse actifs s'étaient injectés des drogues au cours des 4 dernières semaines d'incarcération.

L'étude conduite à Grasse (55 personnes) en 97 montre que 32% (11/34) des Usagers de drogues par voie intraveineuse actifs s'était injecté des drogues au cours des 4 dernières semaines d'incarcération.

Les 3 enquêtes de l'ORS PACA montrent ainsi que 1.5% à 2.5% de l'ensemble des détenus interrogés déclarent s'être injecté de la drogue sur une période d'incarcération récente, ce qui représente 15% à 32% des usagers de drogues par voie intraveineuse actifs et 6% à 20% des usagers de drogues par voie intraveineuse « vie entière ». Si l'on prend en compte les injections au cours de la vie en prison, elles concerneraient environ 3% à 3.5% des détenus de Tarascon et Grasse.

- ☞ Données à venir : résultats complets de l'étude menée par l'ORS PACA dans les directions régionales de Marseille et de Rennes (juillet 1998).
- ☞ Données à venir : résultats de l'enquête une semaine donnée menée par le RNSP / INSERM U 88 auprès des usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues et les « boutiques » (septembre 1998).

Les avis des experts et des associations

- Pour M. Rotily, la proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse s'injectant en prison est inférieure aux autres pays : le système de sécurité est sans doute plus performant mais il y a également un phénomène de sous déclaration de la part des détenus. Quand on rapporte cette proportion à l'ensemble de la population carcérale et qu'on garde à l'esprit la prévalence du vih qui est significativement plus élevée que dans les pays où l'on retrouve des pratiques d'injection en prison, on est alors en droit, selon l'auteur, de s'inquiéter de notre situation.
- La plupart des personnalités rencontrées (Lhuillier, Facy, Aides, Anit, Médecins du Monde) jugent également que des injections ont lieu en prison, même si elles ne peuvent être quantifiées. M. Chossegros signale toutefois que les injections semblent exceptionnelles à Lyon et Mme Bouhnik fait un constat similaire à partir des observations effectuées sur Villepinte. L'Anit insiste sur les facteurs psychologiques susceptibles d'induire une consommation de drogues. La prison peut en effet accroître les pratiques toxicomaniaques; en raison de la souffrance et de la vulnérabilité liées à l'incarcération.
- Pour Médecins du Monde, lorsqu'ils consomment des drogues en prison, les détenus ont tendance à le faire par injection parce que les produits sont rares et le matériel d'injection est plus facile à cacher et à nettoyer que le matériel à fumer. Certaines personnes s'injectent pour la première fois en prison : elles sont en contact avec la drogue à un moment de leur vie où elles sont vulnérables. Aides estime, pour sa part, que les détenus consomment en majorité des produits prescrits dans l'enceinte même de l'établissement. La prescription de médicaments de substitution tels que le subutex peut ainsi entraîner une augmentation des pratiques d'injection.

4 & 5. Il y a utilisation et partage de matériel d'injection en prison et cette pratique commence à être quantifiée

Les données objectives

- Le rapport de l'IGSJ ainsi que l'analyse des rapports d'incidents par le SCERI, déjà cités, témoignent de la saisie, en faible quantité, de matériel d'injection.

- L'enquête menée en 97 par l'ORS PACA révèle que les détenus usagers de drogues par voie intraveineuse « actifs » déclarant avoir partagé le matériel d'injection sont 4/9 aux Baumettes, 2/4 à Tarascon et 4/15 à Grasse.

Contribution à la réflexion

Mme Bouhnik évoque le témoignage de détenus : « ici tout rentre, par l'anus même, et après ils échantent. C'est sûr que la contamination en prison ça peut, les seringues aussi ça rentre, et s'il y en a une, sûr qu'elle fait 3000 personnes »; quelle est la part de rationalisation dans de tels discours s'interroge l'auteur ?

Les avis des experts et des associations

- L'ensemble des personnes interrogées (Lhuillier, Aides, MDM, Facy) estime qu'il y a utilisation, partage et réutilisation de seringues en prison. Aides signale que différents cas de figure peuvent se retrouver : seringues à usage multiple, partage de seringues bricolées ou négociées auprès d'insulino-dépendants.
- Médecins du Monde estime que quelques rares seringues circulent, en provenance de l'infirmerie, du parloir ou du trafic entre détenus, mais que pour l'essentiel il s'agit de seringues bricolées et d'aiguilles. Clandestine et donc rare, la seringue est, selon les signataires de la plate forme sur la toxicomanie en prison, inévitablement partagée. M. Sueur ajoute que la « chasse » (répression) favorise l'échange des rares seringues.
- De façon générale, il y a un consensus sur le fait que le partage de seringues est variable, comme à l'extérieur, mais que la pénurie crée la demande. M. Chossegros estime toutefois que les partages sont rares.

6. Il y a des relations sexuelles en prison mais leur fréquence ne peut être évaluée dans un contexte de fort déni

Les données objectives

M. Rotily rapporte que des rapports homosexuels en prison sont déclarés par 0.2% des détenus interrogés aux Baumettes (trois premiers mois d'incarcération), 2% de ceux de Tarascon (totalité des incarcérations) et 2% de ceux de Grasse (incarcération actuelle).

Des rapports hétérosexuels en prison sont déclarés par 1.3% des détenus interrogés aux Baumettes (trois premiers mois), 27% de ceux de Tarascon (totalité des incarcérations) et 7% de ceux de Grasse (incarcération actuelle).

Les enquêtes de l'ORS PACA montreraient ainsi qu'entre 1% et 2% des détenus déclarent avoir eu des relations anales au cours d'un séjour en prison. Pour M. Rotily, ces taux ne sont pas négligeables rapportés à la population carcérale française et doivent engager à améliorer l'accès au préservatif.

Contributions à la réflexion

- Pour M. Welzer-Lang, « il est difficile de faire parler ex-détenus et surveillants sur ce qui ne devrait pas exister, de faire évoquer les dimensions les plus intimes de son existence, de réveiller, parfois, des souvenirs douloureux que l'on a tenté d'enfouir à jamais ». La sexualité carcérale apparaît comme un espace de relative indépendance des détenus sur lequel les surveillants n'ont guère d'informations et n'interviennent pas ou peu.

Pour l'auteur, il faut par ailleurs combattre l'hypothèse sexologique. « Largement répandue, cette interprétation considère que la sexualité des détenus sous toute ses formes (masturbation, homosexualité, viol..) serait une sexualité substitutive (privés de coït hétérosexuel les détenus exerceraient une sexualité de substitution dérivée vers d'autres objets). Ce qui se joue dans l'abus dit sexuel ce sont aussi des rapports sociaux symboliques, des rapports politiques qui organisent les relations à l'intérieur de l'espace carcéral. L'affirmation de la virilité est perçue comme référent hiérarchique ultime. »

L'auteur formule donc l'hypothèse dite de permanence : la prison est un lieu particulier d'actualisation de dispositions socialement acquises au cours d'une trajectoire particulière. M. Welzer-Lang rappelle le climat d'homophobie ambiante ainsi que la stigmatisation des sous-hommes (plus féminins) considérés comme abusables. Violer un « pointeur » (une personne condamnée pour viol) ne signifie pas que l'on est homosexuel mais plutôt que l'on inflige une sanction négative (loi du talion).

Pour l'auteur, la sexualité et l'identité masculine jouent un rôle de référent central dans les relations et notamment dans les rapports d'autorité entre les détenus : la menace de l'abus constitue un des principaux instruments de régulation des rapports de force internes au groupe que forment les prisonniers, et les luttes (symboliques ou physiques) qui y ont cours ont la sauvegarde d'une façade virile pour enjeu majeur.

- Les témoignages recueillis par Mme Bouhnik vont dans le sens d'un déni de la sexualité : « comme pour la came, la première chose à faire c'est d'éviter d'en parler car ça prend le cerveau ». Tous vivent la nécessité de la masturbation doublée d'un sentiment de honte et de frustration. « Il faut se cacher les uns des autres ». Les infirmières de Villepinte confirment à la chercheuse l'existence de relations sexuelles en prisons mais elles resteraient peu nombreuses.

De manière similaire à la gestion de la drogue, pour ce qui concerne leur sexualité, les toxicomanes de Maisons d'Arrêt se vivent ainsi dans une période transitoire. Avant de connaître leur condamnation, ils se résignent assez bien à l'abstinence forcée, d'autant plus facilement que cette part de leur vie était déjà bien détériorée avant leur incarcération.

L'auteur évoque également les relations contraintes : « la sexualité avec un autre mec, c'est si tu es faible et si l'autre a une grande gueule. En Maison d'Arrêt c'est moins fréquent, en Centrale ça arrive plus souvent. J'ai connu des mecs quand même en Maison d'Arrêt qui se font sucer ou masturber par la violence, avec un mec faible. C'est pas des homos mais c'est l'envie ».

- Pour Mme Lhuillier, les sexualités sont vécues différemment dans les établissements pour femmes (homosexualité tolérée) que pour hommes (stigmatisation).

« Chez l'homme détenu, la masturbation, fréquente, a valeur de rassurance et l'iconographie du corps féminin est largement utilisée comme support des fantasmes. Les pratiques homosexuelles sont dévalorisées, stigmatisées, déniées, dissimulées (elles révèlent une fragilisation des systèmes défensifs construits pour tenir en prison, pour sauvegarder estime de soi et sentiment d'identité de sexe). »

Concernant ces relations homosexuelles masculines, il convient, selon l'auteur, de faire une place aux deux hypothèses, l'une relative à la part du contexte carcéral, l'autre dite de permanence qui met l'accent sur l'importation intra-muros de dispositions antérieures, socialement acquises ou non.

« Selon leur aménagement, les parloirs sont plus ou moins propices aux rapports sexuels, lesquels sont plus ou moins strictement interdits. La surveillance des parloirs soumet effectivement le personnel à des contraintes contradictoires difficiles à supporter. Cette tâche, ingrate, ne laisse guère de choix aux surveillants qu'entre voyeurisme et laxisme. La sexualité apparaît alors comme une des ressources du « troc relationnel » : ne pas voir ou savoir en échange d'une attitude coopérative, d'une soumission aux contraintes imposées, d'une information...

Chez les femmes détenues, la masturbation est moins évoquée que chez les hommes, les pratiques homosexuelles sont davantage tolérées, les relations d'affection mutuelle peuvent être affichées.

En tout état de cause, l'expression de l'affectivité, la manifestation des sentiments sont admises. » Par contre, l'auteur souligne que les rapports hétérosexuels sont interdits aux détenues (cf. risque de grossesse, preuve incontestable de la faillite du système de surveillance / assimilation de la prison à une « maison close »).

Les avis des experts et des associations

- Le rapport de l'association Sida Info Service sur « l'écoute téléphonique en prison » montre que la question du risque sexuel est abordée assez librement (rapports entre détenus, violences sexuelles, relations au parloir) dans les entretiens avec les écoutants de la ligne 6
- M. Sueur estime qu'une grande diversité d'activité sexuelle a lieu entre détenus ainsi qu'entre détenus et visiteurs et parfois même avec les agents de l'administration pénitentiaire. Il considère comme « inhumaines et irréalistes les politiques carcérales interdisant l'activité sexuelle entre détenus ». Aides confirme que l'existence de relations sexuelles a été démontrée, bien qu'il existe très peu de travaux puisqu'officiellement il n'y a pas de sexualité.
- M. Chossegros évoque également ce déni qui rend difficile l'évaluation de la fréquence des relations sexuelles. Celles-ci semblent cependant assez rares en dehors des Centrales. Quand elles existent, elles sont souvent associées à des situations de viol concrétisant des rapports de force.
- Pour la majorité des autres personnes interrogées (Lhuilier, Anvp, MDM, Facy, Act Up) les relations sexuelles existent, certainement ou vraisemblablement, en détention et au parloir de certains établissements.
- Aides, l'Oip et l'Anit précisent que les témoignages révèlent l'existence de rapports homosexuels, de viols et de rapports sexuels aux parloirs (pas de préservatifs à cause des fouilles). Pour eux, plus l'incarcération est longue, plus les risques sont importants.
- Mme Bouhnik ne relève pas d'évocation de pratiques entre détenus sur le mode contraint ou accepté; par contre, au parloir, il est possible dans des conditions particulières de toucher une partenaire; même si, apparemment, il y a très peu de possibilités d'avoir des relations avec pénétration. L'essentiel des pratiques restent solitaires dans des conditions extrêmement perturbantes (douches, cellule, film Canal +).
- La Farapej estime que les rapports sexuels en prison se raréfient, notamment en raison de la peur du sida, les détenus préférant la masturbation.

7. Une partie de ces pratiques sexuelles relèvent du viol ou de la prostitution.

Les avis des experts et des associations

Pour Aides, la précarité a pour conséquence une forme de prostitution en échange de produits. La prostitution est donc proportionnellement plus importante qu'à l'extérieur car c'est un moyen d'échange et de paiement. Mme Bouhnik estime de son côté que, concernant les usagers de drogues notamment, le temps de l'incarcération n'est pas suffisant pour que puissent s'installer ces pratiques.

8. Il reste difficile d'établir dans quelle mesure des moyens de protection sont utilisés au cours de ces rapports sexuels.

Seule l'enquête menée par l'ORS PACA en 1997 apporte quelques éléments : 24% des détenus déclarant des rapports sexuels en prison ont utilisé un préservatif.

9 & 10. Il y a des pratiques de tatouage en prison; mais la connaissance de ces pratiques reste limitée.

Les données objectives

Les enquêtes de l'ORS PACA en 1997 montrent que 9% des détenus interrogés aux Baumettes se sont fait tatouer durant les 3 premiers mois d'incarcération; 43% des détenus interrogés à Tarascon se sont fait tatouer au cours de leur vie carcérale et enfin que 11% des détenus interrogés à Grasse se sont fait tatouer au cours de l'incarcération actuelle.

Pour M. Rotily, le tatouage en prison est significativement plus souvent déclaré par les détenus usagers de drogues par voie intraveineuse (29% des usagers de drogues par voie intraveineuse versus 16% des non usagers), en particulier ceux qui déclaraient aussi s'être injecté des drogues en prison.

Les avis des experts et des associations

- Pour M. Chossegros, les tatouages sont trouvés chez les toxicomanes les plus anciens et associés à des antécédents d'incarcération. Le piercing serait d'introduction plus récente. Le matériel est le plus souvent artisanal et jeté après usage (faible partage). Aucun de ces deux comportements n'est, en tout état de cause, significativement associé à la présence de marqueurs viraux.
- Aides, Act Up, Médecins du Monde, Mme Lhuilier, Mme Bouhnik et Mme Facy relèvent des pratiques de tatouage et du partage de matériel en proportion variable. L'Oip ne dispose pas d'éléments sur cette pratique. L'Anit estime par contre que les risques liés au tatouage sont plus importants que ceux liés à l'injection.

11. De nombreuses hypothèses sont avancées pour expliquer ces comportements à risques

- Ainsi l'Anvp estime que la promiscuité est un facteur favorisant de tels risques tandis que les cellules individuelles, les possibilités d'activité, la qualité de l'hygiène et la nature des relations entre détenus, surveillants et services sociaux éducatifs sont des facteurs les limitant. Allant dans ce sens, Mme Guillonnet rappelle que pour certains auteurs, la violence est inversement proportionnelle à l'espace dont dispose chaque détenu. « Le surpeuplement des prisons a une incidence sur l'agressivité des détenus dans la mesure où il y a impossibilité de dicter ou d'éviter les contacts ou les simulations indésirables. »
- Pour Aides, l'angoisse, l'insécurité ambiante, l'urgence, la grande rotation des populations et la précarité favorisent ces comportements. M. Chossegros juge également que le désespoir, l'ennui ou la camisole chimique favorisent les passages à l'acte. Mme Marchetti relève que la pauvreté pousse les détenus les plus démunis à pratiquer une économie clandestine faite de trafics (de drogue par exemple) et de rackets. Le fait d'être condamné pour une longue durée, d'être vulnérable sur le plan économique et relationnel est probablement, selon Mme Bouhnik, un facteur favorisant la prise de risques. La solitude et la précarité peuvent conduire à de telles pratiques (en prison ou au premier jour de la sortie).

- Médecins du Monde insiste sur les conséquences de la répression qui augmente la clandestinité et les comportements à risques tandis que l'utilisation de traitements de substitution et les attitudes préventives limitent ces mêmes comportements.

12. Plusieurs facteurs semblent avoir une influence sur ces pratiques à risques

Les données objectives

- Le rapport Gentilini fait état d'un taux d'occupation de 112% en janvier 97 (125% dans les Maisons d'Arrêt, 84% dans les établissements pour peine). « L'incarcération des usagers de drogues ajoutée à l'incidence de la législation sur le séjour des étrangers empêchent la société de faire le seul choix qui respecterait la dignité des individus : un détenu par cellule. »
- Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire donnent également un éclairage sur les conditions de la détention : 53845 détenus pour 49910 places au 01/01/1998, soit un taux d'occupation de 108 %. Durée moyenne de détention : 8.1 mois en 1997 et 4.4 mois pour les prévenus. 125 suicides, 18 évasions et 322 agressions contre le personnel (215 Interruptions Temporaires de Travail) en 1997.
Les enquêtes menées par l'administration pénitentiaire montrent par ailleurs plusieurs spécificités. Ainsi, 75% des saisies de drogues ont lieu en Maisons d'Arrêt. Les taux d'incidents sont les plus élevés dans les directions régionales de Lyon, Strasbourg, Marseille et Toulouse. Enfin, les femmes sont mises en cause dans 17% des saisies d'héroïne.
- L'étude de M. Bourgoïn relève 138 suicides en 1996, soit un taux de suicide 12 fois supérieur en prison qu'à l'extérieur (le taux est 13 fois plus important en quartier disciplinaire que le taux carcéral moyen). Le suicide y est analysé, entre autre, comme une façon de reprendre disposition de son corps contre ceux qui en ont la garde.

Les avis des experts et des associations

- Plusieurs facteurs sont mis en exergue par les personnes auditionnées. La question du nombre de détenus par cellule est notamment relevée par l'Anvp et Médecins du monde pour qui elle influe sur le partage du matériel et « l'émulation » entre détenus. L'Anvp souligne l'influence prédominante de l'implication du service médical et des rapports détenus-surveillants; l'influence des règles d'hygiène et du type de population étant moindre.
- La question de la rigueur du régime carcéral et de la qualité de vie est évoquée par Médecins du Monde pour qui la répression au quotidien augmente l'addiction défensive toxicomane ainsi que par Mme Bouhnik qui juge que tout ce qui va dans le sens d'une interdiction aveugle favorise une clandestinité accentuée de ces pratiques et donc des prises de risque supérieures.
- Mme Guilloneau, reprenant les conclusions de diverses enquêtes sur le personnel de surveillance, estime que plus la sécurité externe (éviter à tout prix les évasions) sera exigeante, plus la sécurité interne des établissements sera menacée par l'accroissement des tensions sociales internes.
- M. Chossegros évoque une pluralité de facteurs : des locaux neufs, la présence d'un projet de sorti pour le détenu, le recours à la substitution sont des facteurs limitant ce risque. Les facteurs individuels (psychologique) et circonstanciels (présence du produit) ont un rôle déterminant.
- Pour la Farapej, les périodes les plus propices à la prise de risques sont les premiers jours; périodes où les personnes nouvellement incarcérées sont souvent paniquées et donc plus

vulnérables. Un contact précoce avec le personnel sanitaire est donc primordial. Par ailleurs, le manque d'hygiène et la promiscuité apparaissent comme d'importants facteurs de risques.

13. Au total, les Maisons d'Arrêt des grandes zones urbaines semblent cumuler les facteurs de risques

- Le rapport de l'IGSJ constate que dans les grandes Maisons d'Arrêt de l'IDF, de PACA et du Nord, plus de 50% des détenus ont un mode de vie habituel en lien avec la consommation et le trafic de substances illégales ou de médicaments détournés de leur usage.
- Pour l'Anvp, les Maisons d'Arrêt, du fait de la surpopulation et du mélange des types de populations cumulent les facteurs de risques. Il semble également, pour Aides et Médecins du Monde, que les gros établissements de l'IDF avec une forte rotation favorisent ces mêmes risques.
- M. Chossegros identifie en priorité les prisons situées dans des zones de forte endémie virale à forte proportion de toxicomanes. Mme Facy estime, pour sa part que la situation la plus problématique se retrouve dans les prisons sans SMPR ou sans équipe médico-sociale. Mme Bouhnik évoque le rôle du temps d'incarcération conjugué avec la taille de la prison, le type de peine et le regroupement de population.
- M. Rotily précise, enfin, que l'ensemble de ses travaux concourent à montrer que la prise de risques est plus fréquente chez les femmes détenues, non seulement parce que parmi elles, la proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse est plus élevée, mais aussi parce que les femmes déclarent plus souvent avoir (avant leur incarcération) partagé une seringue au cours des 12 derniers mois ou avoir eu des rapports sexuels avec des usagers de drogues par voie intraveineuse ou des partenaires séropositifs.

14 & 15 & 16. En tout état de cause, la connaissance des comportements à risques paraît insuffisante et justifierait de nouvelles études

- L'IGSJ constate que les instruments actuels de connaissance de tous ces phénomènes sont insuffisants et que, notamment, l'enquête sur les « entrants » de la DAP pourrait être renouvelée. De même, une enquête de même nature que celle menée à Berlin auprès d'héroïnomanes dont beaucoup sont passés par la prison permettrait de mieux appréhender et comprendre la sous-culture carcérale des toxicomanes.
- L'ensemble des personnes interrogées (Lhuillier, Anvp, Aides, MDM, Facy, Chossegros) s'accordent également pour estimer que la connaissance des comportements à risques reste insuffisante.
- Cette mauvaise connaissance induit, de l'avis général (Anvp, Aides, MDM, Facy, Bouhnik), une sous-estimation de l'importance du problème.
Ainsi, l'IGSJ juge qu'il n'y a aucune raison pour que la situation française diffère beaucoup de celles constatées à l'étranger.
Le rapport Gentilini estime qu'actuellement des comportements à risque (rapports sexuels) sont certainement sous-estimés et propose que soit réalisée une étude grande envergure sur les risques de contamination en milieu carcéral.
De même, M. Rotily rappelle que l'usage de drogues est une pratique interdite dont la reconnaissance tend à mettre en cause les systèmes de valeur des acteurs, qu'ils soient

surveillants, travailleurs sociaux ou médecins. Cette reconnaissance est à l'origine d'un sentiment d'échec qui rend difficile, voire impossible, l'analyse du problème. Les études réalisées en prison sous-estiment donc probablement, selon l'auteur, la prévalence de l'usage de drogues par voie intraveineuse et des pratiques associées.

Mme Lhuillier ajoute que l'on peut formuler l'hypothèse d'une communauté de dénégalation unissant détenus et surveillants. Les uns comme les autres entretiennent le silence sur la sexualité carcérale. Les uns parce qu'ils vivent l'expérience d'une misère sexuelle imposée, d'un manque douloureux générant honte et culpabilité, les autres parce qu'ils ne peuvent éviter d'en être spectateurs. Si les pratiques toxicomanes semblent être l'objet d'une certaine (re)connaissance, les pratiques sexuelles semblent bien être l'objet d'un tabou.

- Les avis divergent sur le type de recherches à entreprendre pour augmenter le niveau de connaissance.

Si Médecins du Monde, Mme Lhuillier, Mme Facy et M. Chossegros préconisent une enquête de type ethnographique auprès des « sortis » de prison, l'Anvp estime que les témoignages de détenus ne peuvent permettre de mesurer ni d'objectiver les comportements à risques en prison (fantasmes dus aux situations d'enfermement).

Aides insiste pour qu'il n'y ait pas seulement des enquêtes épidémiologiques « mais également des enquêtes sociologiques poussées avec des garanties fortes d'objectivité des discours recueillis auprès des visiteurs de prison et des détenus ».

Pour l'Irep, des enquêtes qualitatives en milieu libre sont envisageables mais rien ne vaut un travail sur place, en détention, la mission du chercheur étant de mettre en évidence des informations négligées, non analysées ou non révélées.

Mme Bouhnik propose d'élargir le champ de la recherche car il est important de travailler sur les processus, l'incarcération n'en constituant qu'un moment.

III. Evaluation de la politique de réduction des risques mise en place

Questions posées par la mission :

1. * *Les outils de réduction des risques actuels vous paraissent-ils suffisants au regard de l'importance des comportements à risques rencontrés en prison ?*
2. *L'accès au préservatif est-il effectif, suffisant ?, dans quelles conditions se réalise-t-il ?*
3. *L'accès à l'eau de Javel est-il effectif, suffisant ? dans quelles conditions se réalise-t-il ?*
4. *Y-a-t-il une diffusion de messages de prévention aux détenus. Y-a-t-il des sessions d'information sur les maladies transmissibles ?*
5. *L'accès aux traitements de substitution est-il effectif, suffisant ?*
6. *Dans quelle mesure les traitements sont-ils interrompus, poursuivis ou initiés. Y-a-t-il des initiations de traitements de substitution pour les détenus déclarant consommer des drogues en prison ?*
7. *L'accès au dépistage (VIH, hépatites) est-il confidentiel, effectif et suffisant ?*
8. *La vaccination contre l'hépatite B est-elle effective ?*
9. * *Les outils de réduction des risques actuels vous paraissent-ils adaptés aux besoins des détenus ?*
10. *Les détenus acceptent-ils les préservatifs, dans quelles conditions ?*
11. *Les détenus se servent-ils des préservatifs, dans quelles conditions ?*
12. *Les détenus acceptent-ils l'eau de Javel, dans quelles conditions ?*
13. *Les détenus se servent-ils de l'eau de Javel, dans quelles conditions (produit d'hygiène courant, désinfection du matériel d'injection et de tatouage) ?*
14. *Les détenus connaissent-ils les protocoles de désinfection du matériel d'injection avec de l'eau de Javel ?, l'appliquent-ils ?*
15. *Y-a-t-il un détournement d'usage des préservatifs ?, de l'eau de Javel ?*
16. *Les détenus acceptent-ils d'avoir recours à la substitution en prison ?*
17. *Pensez-vous que les détenus obtenant une initiation de traitement de substitution arrêtent ou s'abstiennent de s'injecter des drogues ?*
18. *Les détenus acceptent-ils le dépistage (VIH, hépatites) ?*
19. *Les détenus participent-ils, localement, à l'élaboration d'une politique de réduction de risques en prison ?, de quelle manière ?*
20. * *Selon vous, quels sont les contextes qui favorisent ou limitent le recours aux outils de réduction des risques ?*
21. *Quelles sont les influences respectives de facteurs tels que le nombre de détenus par cellule, les règles d'hygiène en vigueur, l'état des bâtiments, le climat carcéral, le type de population incarcérée, le type d'établissement, le fonctionnement des parloirs, la politique de surveillance en vigueur et la teneur du règlement intérieur, l'implication du service médical, du service socio-éducatif, les rapports détenus-surveillants....*
22. *Au total, pouvez-vous identifier les types de prisons où le développement des outils de réduction de risques est le plus problématique ?*

1. La politique de réduction des risques actuellement menée ne paraît pas satisfaisante au regard de l'importance des comportements à risques rencontrés en prison

- Aides, Médecins du Monde et Mme Lhuillier jugent la situation insatisfaisante en ce domaine. Médecins du Monde fait remarquer qu'il existe un blocage assez général vis à vis des traitements de substitution et que l'attitude répressive globale diminue la confiance des détenus à l'égard des services de soins.

- Mme Bouhnik constate que les outils actuellement disponibles ne prennent pas en considération les facteurs déterminant les dispositions des personnes. Le respect des pratiques intimes est réduit au strict minimum en prison et cela ne participe pas à faciliter le développement de pratiques responsables de réduction des risques.
- M. Chossegros estime par contre que la situation est sans doute peu différente de l'extérieur avec une réduction de l'usage de drogues pour le plus grand nombre. En tout état de cause, une politique de réduction des risques (Rdr) efficace ne peut s'envisager que dans le cadre d'une modification des conditions d'incarcération (cf. suicide...).

2. L'accès au préservatif est insuffisant

- Si la décision de mettre des préservatifs à disposition constitue de l'avis général un progrès important, les modalités concrètes d'application sont contestées. Ainsi, Aides signale que bien qu'il y ait eu une amélioration, la délivrance par le seul service médical reste problématique.
- Pour Mme Lhuillier, l'accès est variable selon les établissements et les services médicaux mais il est souvent illusoire. Médecins du Monde regrette également la seule mise à disposition de préservatifs dans les services médicaux, qui compromet actuellement l'efficacité de cette mesure (stigmatisation). L'Oip et M. Sueur constatent qu'il n'existe actuellement aucun moyen de distribution systématique (distributeur automatique) qui permettrait de ne pas stigmatiser les détenus (homophobie).
- Mme Bouhnik évoque la situation de Villepinte où les préservatifs ne peuvent être pris sans que le médecin en soit témoin. Ce contrôle nuit à l'effectivité de la circulation des préservatifs, notamment pour les plus vulnérables qui sont aussi ceux qui masquent le plus leurs comportements. Le rapport Gentilini, relève une situation problématique et recommande que sauf motif de sécurité, la fouille à corps d'un détenu quittant le service médical ne puisse pas avoir lieu.
- M. Chossegros porte un jugement plus favorable car, selon lui, les préservatifs sont accessibles à l'infirmerie et font l'objet d'une consommation modérée mais en augmentation. Les détenus à partenaires multiples affirment les utiliser davantage que les autres.

3. L'accès à l'eau de Javel est une mesure trop récente pour pouvoir être évaluée

Les données objectives

- ☞ Données à venir : résultats des enquêtes de la DAP et de la DGS (septembre 1998)

Lancée au début de l'année 1998, la distribution gratuite et régulière de flacons d'eau de Javel à 12° ne peut être réellement évaluée. L'ensemble des intervenants, constatent encore des difficultés, voire une absence d'accès à ce produit de désinfection, sans pouvoir mesurer les tendances récentes.

Aides insiste sur la nécessité de sensibiliser les personnels à cette mesure, car sans eux la mise en place effective de ce type d'action ne peut aboutir.

Act Up estime que la mise à disposition de l'eau de Javel est une des composantes de la politique de réduction des risques mais cette action reste très insuffisante et devrait être accompagnée d'une information sur la désinfection. De plus, selon l'association, le temps d'exposition à l'eau de Javel jugé efficace est très long et paraît bien souvent incompatible avec les pratiques d'injection en milieu carcéral.

4. Il est difficile d'apprécier l'accès des détenus aux messages de prévention

- Mme Lhuillier estime que la diffusion, variable selon les établissements, est globalement en hausse. Aides évoque le travail mené par les associations mais regrette que ces sessions ne soient pas accessibles à l'ensemble des détenus.
- La quasi totalité des détenus a, selon M. Chossegros, entendu de nombreuses fois les messages de prévention, qui ne sont pas toujours bien compris. Mme Bouhnik confirme que les messages sont entendus, sans que cela ouvre pour autant à une quelconque garantie d'intégration. Il y a nécessité pour cela de plus d'interactivité.
- Si Médecins du Monde juge positivement l'accès à l'information, Mme Facy estime, en revanche, que les messages ne sont pas assez nombreux.

5 & 6. La mise en oeuvre des traitements de substitution soulève encore des difficultés en milieu carcéral :

- inégalités d'accès, initiations limitées
- continuité des traitements pas toujours assurée (garde à vue, première incarcération, transfert, placement en QD)
- trafics, usage détourné, injection

Les données objectives

- ☞ Données à venir : résultats de l'étude menée par la Direction des Hôpitaux sur la dispensation des traitements de substitution en détention (septembre 1998)

Les avis des experts et des associations

- En préalable, il convient de rappeler la position des signataires de la plate forme sur la toxicomanie en prison pour qui l'accès aux traitements de substitution ne suffira pas à lui seul à remédier à l'utilisation de seringues souillées. Seuls les toxicomanes qui sont prêts à renoncer à l'injection se protégeront ainsi du sida.
- Mme Lhuillier juge l'accès aux traitements variable selon les établissements mais globalement en développement. Cet accès dépend, selon Aides, du Smpr qui n'existe pas dans tous les établissements. Pour Médecins du Monde, il est insuffisant à l'exception de Fleury-Mérogis; jugement que semble partager M. Chossegros et Mme Facy. L'Oip précise que si la continuation de traitements ne paraît pas poser trop de difficultés, il y a peu d'initiations. Au nom d'une certaine éthique, des médecins refusent encore la prescription de ces traitements. Des problèmes de poursuite des traitements lors de transferts ou de mesures d'isolement se posent également (problèmes également soulevés par Act Up).
- Pour M. Sueur, les initiations de traitements de substitution sont rarissimes dans la plupart des prisons alors que la poursuite des prescriptions initiées à l'extérieur devient peu à peu la règle. L'usage des opiacés dans une logique de maintenance reste très limité. M. Chossegros confirme qu'il y a poursuite des traitements mais l'initiation reste exceptionnelle. La position de Aides est plus nuancée et, selon l'association, tout dépend du médecin et du réseau de dispensation des médicaments au sein du réseau externe. L'association rapporte par ailleurs des cas d'interruption de traitements du fait de la réticence de certains médecins et à l'occasion de transferts.

Mme Facy estime qu'il y a des initiations et Médecins du Monde confirme que des prescriptions initiales sont effectuées, à Fleury-Mérogis, pour les toxicomanes déclarant consommer des drogues en prison..

7. La qualité du dépistage n'est globalement pas remise en cause

Contribution à la réflexion

La question de la confidentialité est largement analysée par Mme Lhuilier : les surveillants contestent le secret médical et revendiquent le savoir aussi bien pour se protéger, se prémunir que pour organiser une meilleure prise en charge, adaptée à chaque détenu.

Par ailleurs, le secret médical est ressenti comme « un facteur d'aggravation de danger et fonctionne comme un analyseur du rapport au savoir dans l'institution carcérale. La discrétion de rigueur sur le statut sérologique des détenus est perçue par les surveillants comme une instrumentalisation, comme un refus de communiquer une information vitale, comme une exclusion injuste, comme la manifestation d'une malveillance du corps médical, de la hiérarchie, de l'administration. »

Les avis des experts et des associations

- Pour M. Sueur, les Ucsa reçoivent systématiquement les patients pour leur remettre le résultat des tests mais le manque de temps soignant reste globalement le principal obstacle à une prestation de qualité, respectueuse de chaque patient.

Aides souligne le fait que tous les établissements n'ont pas de Cdag alors que l'acceptation du test dépend de qui le propose (le Cdag et le Csih permettent selon l'association une meilleure confidentialité, une meilleure acceptation par les détenus et sont donc plus pertinents que l'Ucsa). Un problème important réside dans l'insuffisance de moyens au regard des effectifs de détenus.

Pour M. Chossegros, l'accès au test vih et la gestion des résultats sont satisfaisants à Lyon. La situation est par contre moins évidente pour les hépatites.

Mme Facy rapporte une situation hétérogène tandis que pour l'Oip, le problème essentiel est la confusion générée par le dépistage obligatoire de la syphilis, sans remise de résultat, qui entraîne une démotivation des détenus par rapport au dépistage.

Le rapport Gentilini préconise, pour sa part, le renforcement de l'incitation au dépistage dans le cadre d'un dispositif de soins cohérent axé sur la prévention de l'ensemble des maladies transmissibles (rôle prioritaire des Ucsa, proposition systématique).

- La question de la confidentialité des résultats suscite des commentaires. Pour Médecins du Monde, le système carcéral favorise la dissémination des informations et les atteintes au secret médical. Mme Bouhnik témoigne, pour sa part, de situations dans lesquelles la mention « hiv » apparaissait sur les dossiers administratifs de certains détenus. Ces avis ne sont pas partagés par la Farapej pour qui la bonne acceptabilité du dépistage par les détenus montre que la prison est souvent pour eux un moyen d'entrer en contact avec le corps médical; la prise en charge étant nettement meilleure et le secret médical mieux préservé depuis que les médecins sont indépendants de l'établissement pénitentiaire.

8. La vaccination contre l'hépatite B est encore trop récente pour pouvoir être évaluée

Les avis des experts et des associations

Pour Médecins du Monde, la situation est satisfaisante à Fleury-Mérogis. Aides précise que tout dépend des priorités sanitaires de l'établissement. M. Chossegros soulève la question des

vaccinations réellement complètes. Mmes Lhuillier et Facy estiment, enfin, que la vaccination n'est pas effective dans tous les établissements.

Contribution à la réflexion sur la question du Vhc

Pour M. Hédouin, « la prison constitue un site privilégié de prise en charge de l'hépatite C. C'est l'occasion de débiter une thérapeutique spécifique et d'en assurer le suivi. Le traitement pourrait aussi avoir un intérêt collectif majeur en réduisant la contagiosité de l'hépatite C afin de limiter sa diffusion. Cette thérapeutique se justifie d'autant plus qu'elle semble efficace chez les sujets jeunes et si la contamination est récente, ce qui est le cas de bon nombre de toxicomanes détenus. La période d'incarcération au cours de laquelle il est possible, avec une compliance satisfaisante, de dépister, de suivre et de traiter ces malades habituellement très difficiles à prendre en charge, pourrait constituer un atout majeur dans la prévention de la dissémination du vhc. »

9 à 18. Les informations sont de qualité inégale sur le degré d'acceptation des outils de réduction des risques actuels par les détenus

- Peu d'intervenants se risquent à un jugement global sur l'acceptabilité des différentes mesures par les détenus. Aides et Mme Lhuillier estiment cependant que les outils actuellement disponibles sont inadaptés aux besoins des détenus. Pour M. Chossegros, il est nécessaire de faire passer des messages sur l'eau de Javel et des informations de proximité plutôt que des informations anonymes et générales.
- Les informations les plus précises concernent l'acceptation des préservatifs. Ainsi, pour M. Welzer Lang, l'homophobie omniprésente constitue un important obstacle à la prévention. Prendre un préservatif serait immanquablement interprété comme un aveu d'homosexualité exposant les détenus à de multiples brimades. Mme Lhuillier confirme que les détenus ont un rapport ambivalent au préservatif dans un contexte où la suspicion de pratiques homosexuelles est stigmatisante. Les détenus ne supportent pas, ajoute Mme Bouhnik, de devoir piocher dans une boîte de préservatifs sous le regard du médecin (déclaration implicite). Aides apporte un point de vue plus positif puisque les détenus acceptent en général ce produit si l'on peut établir un dialogue autour d'une mise à disposition plus large du préservatif. Pour Médecins du Monde, l'acceptabilité est bonne dès lors que l'on présente le préservatif comme un outil à utiliser à la sortie. Pour les deux associations, si ces précautions préalables sont prises, les détenus acceptent de se servir des préservatifs. M. Chossegros met cependant en garde contre l'apport limité du préservatif dans la prévention en milieu carcéral : la prévention passerait plus, selon lui, par une évaluation des besoins et des réponses possibles que par une mise à disposition de préservatifs qui masquent l'étendue du problème de la sexualité en prison.
- L'acceptation de l'eau de Javel par les détenus ne semble, elle, pas poser de problème compte tenu notamment du caractère ambivalent d'un tel produit. Ainsi, pour Mme Lhuillier, les détenus acceptent l'eau de Javel à usage officiel de désinfection de locaux et des cellules. Aides ajoute que les détenus la réclament mais qu'il est difficile de faire la part entre l'eau de Javel « réduction des risques » et l'eau de Javel « outil d'hygiène générale ». Il est en effet difficile de savoir, souligne Médecins du Monde, dans quelles conditions et à quel effet les détenus emploient un tel désinfectant. En tout état de cause, l'Anit demande que l'eau de Javel soit accompagnée d'un message précis sur la désinfection. En effet, il semble que les protocoles de désinfection du matériel d'injection soient actuellement ignorés du plus grand nombre.
- De l'avis général (Lhuillier, Aides, Facy, Chossegros), les détenus acceptent, comme à l'extérieur, d'avoir recours à la substitution. Il paraît cependant difficile d'établir si le passage à la substitution

a pour conséquence l'arrêt des conduites à risques telles que l'injection en prison. Mme Facy reste sceptique sur l'abandon de l'injection chez les personnes substituées et Aides rappelle que les produits de substitution se détournent également de leur objet. Médecins du Monde et M. Chossegros estiment que, comme à l'extérieur, on assiste à une réduction progressive des comportements à risques chez la majorité des usagers de drogues substitués. Mais, comme à l'extérieur également, ajoute Mme Bouhnik, les usagers de drogues incarcérés associent toutes sortes de produits incluant la substitution.

- Le dépistage semble bien accepté. C'est notamment l'avis de Mme Facy, de la Farapej et de Mme Bouhnik mais aussi de M. Chossegros qui estime qu'il est largement accepté à condition que les bilans soient pratiqués très rapidement. Les prises de sang sont cependant refusées si elles sont répétées. Pour être efficace le dépistage devrait ainsi être associé aux bilans syphillis. Pour Aides, tout dépend de l'opérateur qui propose le test et des conditions de proposition. L'acceptabilité est bonne, selon Médecins du Monde, si les détenus ont confiance dans la confidentialité médicale.

19. Les jugements sont contrastés sur la participation des détenus à l'élaboration d'une politique de réduction de risques en prison

Ainsi, pour Aides, tout dépend de la politique de l'établissement, mais quand l'association met en place des réunions d'information, il y a une large participation des détenus. Certains comités locaux organisent ainsi des réunions d'information en prison qui abordent les questions de santé et d'hygiène dans leur globalité en tenant compte des conditions d'incarcération et en mettant l'accent sur la nécessité d'un dépistage précoce (informations sur la désinfection des seringues et la distribution de préservatifs au cours de ces séances).

Cette participation semble surtout possible, selon Médecins du Monde, dans les petites Maisons d'Arrêt et les centres de détention.

Mme Bouhnik estime, pour sa part, que la participation des détenus est inexistante et M. Chossegros se demande dans quelle mesure les sujets réellement à risques participeraient à une telle démarche. Se pose également le problème du renouvellement rapide de la population intéressée.

20 & 21. Plusieurs facteurs semblent avoir une influence sur le recours aux outils de réduction des risques

- La capacité de mobilisation des personnels est fréquemment évoquée. Ainsi, pour Mme Lhuillier, les limites au recours aux outils de réduction des risques sont la résistance des personnels, la présence ou l'absence de coopération entre l'administration pénitentiaire, l'Ucsa et le Smpr et l'absence de suivi individualisé des détenus.

L'Anvp ajoute que le suivi personnalisé de chaque détenu à risque favoriserait un tel recours. Pour l'association des visiteurs de prison, l'implication du service médical et les rapports détenus-surveillants ont une influence prédominante.

Mme Bouhnik précise que le suivi psycho-social et des moyens sérieux offerts pour l'insertion permettent à la substitution de jouer son rôle de régulateur et de support transitionnel. L'auteur ajoute par ailleurs que tout ce qui va dans le sens du développement de la compétence et de l'existence d'ouvertures relationnelles contribue à améliorer l'attention que les personnes incarcérées auront à leur propre égard.

Mme Facy insiste sur la mobilisation du service médical et du service socio-éducatif, l'absence de personnel socio-éducatif ayant, en l'espèce, des conséquences négatives.

Aides estime que la mise à disposition large sans jugement ni discrimination d'une large palette d'outils de réduction des risques serait un facteur favorisant tandis que Médecins du Monde précise que la répression, la sous information et l'idéologie de certains services médicaux sont des facteurs limitant le recours aux outils de réduction des risques.

- D'autres facteurs tiennent aux conditions d'incarcération. Ainsi, pour L'Anvp, la surpopulation carcérale (le nombre de détenus par cellule) reste un facteur limitant l'efficacité des mesures prises; agissent également, à un moindre degré, les règles d'hygiène et le type de population incarcéré. Médecins du Monde juge pour sa part qu'un climat répressif fera que tout signe extérieur stigmatisant les toxicomanes sera rejeté par les usagers de drogues.

Mme Lhuillier met en avant les potentialités qui existent dans les prisons pour femmes, où la proximité corporelle est plus grande, la parole plus libre, la souffrance moins dissimulée, le dévoilement de soi moins frappé d'interdit. Il y existe une certaine réciprocité dans l'échange. Par contre, l'auteur estime que la réduction des risques est plus difficile à mettre en oeuvre dans les cellules partagées à plusieurs ainsi que, de façon générale, dans les petits établissements où il y a une visibilité accrue des pratiques.

22. Au total, le développement des outils de réduction de risques semblerait poser problème dans certaines grandes Maisons d'Arrêt.

Ce constat est opéré par l'Anvp qui met en avant la surpopulation, le mélange des populations, et la fréquence des mouvements d'entrée et de sortie. Aides attire de son côté l'attention sur les prisons où il existe un refus, venant de la direction, de s'impliquer dans les actions de prévention. Médecins du Monde, enfin, juge que la situation la plus problématique se retrouve dans les prisons dans lesquelles la politique carcérale est orientée vers une répression massive (« chasse », sanction).

IV. Propositions pour développer la politique de réduction des risques

Questions posées par la mission :

1. ** De nouveaux outils de réduction des risques doivent-ils être envisagés ?*
2. *Une politique spécifique d'information sur les risques peut-elle être mise en oeuvre, dans quelles conditions ?*
3. *Les unités de vie familiale sont-elles de nature à réduire efficacement les risques de contamination par voie sexuelle ?*
4. *L'ouverture de ces unités de vie familiale constitue-t-elle une réponse totalement adaptée à l'importance du problème ?, dans quelle mesure influencerait-elle sur les rapports sexuels sous contrainte ?*
5. *Existe-t-il des alternatives ou des mesures complémentaires à l'ouverture d'unités de vie familiale ?*
6. *La création d'unités sans drogues est-elle de nature à réduire efficacement les risques de contamination ?*
7. *Une dispensation plus active des traitements de substitution est-elle de nature à réduire efficacement les risques de contamination ?*
8. *L'accès à du matériel stérile d'injection et de tatouage est-il de nature à réduire efficacement les risques de contamination ?*
9. *Organiser l'accès à du matériel d'injection stérile constitue-t-il une réponse adaptée et justifiée compte tenu de l'importance du problème ?, dans quelle mesure influencerait-il sur les pratiques de partage de drogues et de seringues ?*
10. *Existe-t-il des alternatives ou des mesures complémentaires à la mise à disposition de matériel d'injection et de tatouage ?*
11. ** Dans quelles conditions l'introduction de nouveaux outils de réduction des risques serait-elle acceptée par les personnels pénitentiaires, les personnels sanitaires et les détenus ?*
12. *Quels sont les facteurs susceptibles d'influer sur le degré d'acceptabilité de ces nouveaux outils de réduction des risques par les personnels et les détenus.*
13. *Comment peut-on envisager de faire participer les personnels pénitentiaires et sanitaires et les détenus à la mise en place de ces nouveaux outils de réduction des risques ?
Comment expliquer et accompagner la mise en oeuvre de cette politique ?*
14. ** Le fonctionnement du système pénitentiaire peut-il être modifié dans la perspective d'une introduction de nouveaux outils de réduction des risques ?*
15. *Existe-t-il des limites au principe d'égalité d'accès aux soins et à la prévention à l'intérieur et à l'extérieur de la prison ?*
16. *L'accès à du matériel d'injection stérile pose-t-il des problèmes éthiques, des problèmes de faisabilité technique, des problèmes en terme de sécurité ?. Ces problèmes sont-ils insurmontables ?*
17. *L'accès à du matériel stérile d'injection pose-t-il des problèmes en terme de cohérence de l'Etat de droit ?*
18. *L'ouverture d'unités de vie familiale pose-t-elle des problèmes éthiques, des problèmes en terme de sécurité ?. Ces problèmes sont-ils insurmontables ?*
19. *L'introduction de nouveaux outils de réduction des risques doit elle être expérimentale ou généralisée d'emblée ? ; la mise en oeuvre doit-elle être pensée localement ou au niveau national ?*
20. *Quelles pourraient être, selon vous, les modalités concrètes de mise en place de ces nouveaux programmes de réduction des risques ? (aménagement des procédures et des locaux, conditions d'accès,...)*
21. *Selon quels critères devrait être mise en place l'évaluation de ces nouveaux programmes de réduction des risques ?*

1. La politique de réduction des risques doit, de l'avis général, être développée mais de profondes divergences apparaissent sur les méthodes

- Sur cette question, Mme Lhuillier met le lecteur en garde : il y a en effet, selon elle, depuis la conférence internationale sur le sida de Vancouver (juillet 1996) une réflexion non pas rationnelle mais idéologique.
- Les positions les plus fortes émanent des signataires de la plate forme sur la toxicomanie en prison pour qui l'égalité d'accès aux soins et à la prévention doit être le guide de toute proposition visant à améliorer les conditions de santé en prison.
Ainsi, pour Médecins du Monde, les détenus doivent par principe (loi de 1994) bénéficier des mêmes outils de prévention qu'à l'extérieur. Il faut multiplier les outils de Rdr : substitution, matériel d'injection (car il y aura toujours des détenus qui s'injecteront).
Un constat similaire est effectué par l'Oip et Act Up pour qui le principe d'équivalence d'accès aux soins et à la prévention impose de renforcer la politique de Rdr par la généralisation des traitements de substitution et la distribution régulière de matériel stérile d'injection. Act Up précise qu'il serait important de diversifier les produits de substitution. Le subutex ne peut en effet répondre à tous les besoins et ce médicament est incompatible avec certains traitements.
Aides réclame de nouveaux outils mais surtout des méthodes. Ainsi, pour l'association, seul un travail de sensibilisation des directeurs, des personnels pénitentiaires et médico-sociaux permet la mise en place d'actions au sein des établissements pénitentiaires. Les circulaires ne suffisent pas, il est nécessaire de sensibiliser les personnels, notamment les directeurs et les surveillants encore globalement réticents car sans eux la mise place effective d'une mesure de prévention ne peut aboutir. Si une multiplication des outils permettra de mener à bien la Rdr en prison, il est clair que toute action doit être établie sur un mode participatif de l'ensemble des personnes concernées.
- Le rapport de l'IGSJ envisage lui aussi une amplification de la politique de réduction des risques en milieu carcéral. Ainsi, pour son auteur, si, dans les années qui viennent, il est démontré en France, dans certaines prisons, que la présence de seringues s'amplifie, que des contaminations se produisent et que l'on arrive pas à proposer des prises en charge adaptées pour les toxicomanes concernés, il faudra bien se résoudre à subir les évolutions nécessaires faisant prévaloir la logique sanitaire.
- L'Auvp prend de son côté fortement position pour une amélioration globale des conditions de l'incarcération. Pour l'association, il convient en priorité d'éviter la surpopulation carcérale, génératrice de conditions d'hygiène défectueuses. Cela passe par une réduction des détentions provisoires mais aussi par l'attribution de cellules individuelles. Il convient également de mener des actions d'information, de former les personnels à l'accompagnement des détenus et d'instaurer, finalement, un climat de confiance surveillants-détenus.
- La Farapej estime que la loi de 1994 a permis de gros progrès et une réelle prise de conscience en matière de santé des détenus. Il convient désormais de travailler sur les questions d'hygiène : distribution initiale et renouvellement régulier de trousses d'hygiène; accès quotidien aux douches, cellules individuelles.
- Si les autres personnalités s'accordent pour réclamer une amélioration de la politique de réduction des risques, les solutions proposées sont plus variées et/ou plus globales.
Ainsi, pour M. Chossegros, la prévention ne peut se limiter à des gestes; elle doit s'intégrer dans une éducation à la santé plus large avec l'objectif de donner des outils permettant une réelle insertion. Comme à l'extérieur, le problème n'est pas tant la Rdr mais bien la prise en charge de la toxicomanie. Les échanges et les contaminations ne sont, pour le chercheur, que des épiphénomènes. La vraie question reste le projet de soin des toxicomanes en prison qui reste à

définir bien plus que celle de l'égalité d'accès.

Il convient, selon l'Anit, de tenter de réduire les risques comme à l'extérieur tout en tenant compte de la loi; ce qui relève de l'injonction paradoxale. Une façon de réduire ces risques pourrait ainsi consister à être tolérant vis à vis des personnes sniffant ou fumant la drogue.

L'Irep réclame également un développement de la Rdr; mais il convient, pour M. Ingold, de bien mesurer l'écart par rapport au milieu libre et d'autre part de s'attacher à créer, sur ce sujet, une culture commune aux surveillants, médecins, intervenants et détenus avant de se focaliser sur les outils les plus adaptés.

Mme Bouhnik préconise un développement de cette politique à l'intérieur comme à l'extérieur du milieu carcéral. La Rdr doit en effet s'adapter aux modes de vie des usagers, tenir compte des contextes sociaux, de la différenciation des pratiques, du rapport à l'urgence. Un message clair national permettra d'envisager les mises en oeuvre au niveau local.

2. Une politique spécifique d'information sur les risques est très fortement préconisée

Une information répétitive des détenus sur les risques est largement demandée (Lhuillier, Anvp, Aides, Facy). Pour l'Oip, il y a en effet urgence à ce que les détenus puissent disposer librement des documents d'information et de prévention relatifs aux questions de santé, sexualité, drogues... Aides insiste sur la nécessité d'effectuer cette information en coordination avec la direction, l'ensemble des services et la participation des détenus.

3 & 4 & 5 & 19 L'ouverture d'unités de vie familiale apporterait une réponse partielle sur le plan de la réduction des risques

*** L'efficacité du projet d'unités de vie familiale est discutée**

Contribution à la réflexion

M. Welzer Lang ne cache pas son scepticisme sur la capacité des parloirs sexuels à faire disparaître l'abus. C'est en effet bien autre chose, ou bien plus, selon l'auteur, que la seule satisfaction de besoins sexuels physiologiques, qui se joue dans l'abus puisqu'il s'agit de la construction et du maintien d'une identité masculine dominante fondée sur le rapport de force et la soumission.

Les avis des experts et des associations

Le rapport Gentilini juge très souhaitable, en particulier pour les établissements pour longues peines, que soient prolongées les réflexions sur les parloirs intimes ou les unités de visite familiale afin de préciser leur lien avec l'objectif de réinsertion.

Mais cette question divise les experts. Pour Mme Bouhnik, cette mesure est hautement souhaitable. En effet, « à partir du moment où les personnes pourront avoir à nouveau une sexualité dans des conditions humaines, cela réduira les risques mais également rendra moins pathologique le rapport à la sexualité et rendra crédible une politique de sensibilisation. »

Aides adopte une position également favorable sur ce sujet, estimant que rendre possible la sexualité en prison permettrait de garder le lien avec l'extérieur; mais l'association précise que c'est le maintien du lien familial qui est important; les UVF n'étant qu'une réponse.

Médecins du Monde prend faiblement position sur ce sujet (les UVF auraient possiblement une action positive) tandis que l'Anvp et Mme Lhuillier jugent que l'incidence d'une telle mesure sur la réduction des risques serait faible.

*** Les problèmes posés par l'ouverture d'unités de vie familiale ne semblent pas insurmontables**

- Le rapport du groupe de travail sur la mise en oeuvre des unités de visites familiales justifie le choix d'une option privilégiant le maintien de la vie affective et familiale des détenus par rapport à l'organisation des seules relations sexuelles.
« Le fonctionnement familial peut en effet être pathogène et même à l'origine du passage à l'acte délinquant (violence, inceste). Par ailleurs, la visite est toujours synonyme de complexité et de douleur.
Mais la détention peut aussi être une occasion unique de renégocier des relations familiales perturbées. Surtout, il convient de prendre en compte le fait que la rupture du tissu familial, l'éloignement, provoquent inmanquablement des liens fantasmés et imaginaires » (Les Uvf permettraient, dans l'esprit des rapporteurs, un retour au réel).
Pour les rapporteurs, dans sa majorité le personnel de surveillance décrit l'évolution vers des parloirs non surveillés comme inéluctable, voire souhaitable (surtout en Maison Centrale), comme mettant fin à une situation intenable pour tous.
- Il y a un consensus (Lhuillier, Anvp, Aides, Médecins du Monde) pour estimer que les problèmes éthiques ou de sécurité posés ne sont pas insurmontables, surtout s'il y a une volonté politique. Aides précise que les Uvf poseront d'autant moins de problèmes qu'elles correspondront à un droit et à une possibilité de maintien du lien familial parmi d'autres.

*** Mais cette mesure ne semble pas totalement adaptée**

De l'avis général (Lhuillier, Anvp, Oip) cette mesure ne répondrait que partiellement au problème. Mme Bouhnik estime que les Uvf contribueraient probablement à limiter les rapports sexuels sous contrainte, sans pour autant les éliminer. Pour Aides, cette mesure est souhaitable mais ne répondra qu'à une partie du problème même si ce lieu reconnaît le droit à la dignité des détenus.

*** Et d'autres actions sont mises en avant**

- Le rapport Gentilini insiste sur la généralisation de l'accès aux préservatifs dans les unités de soins. Il préconise également leur mise à disposition au titre de différentes actions de prévention ainsi que dans les services socio-éducatifs et les centres de semi-liberté. A la sortie (permission ou libération), il demande de veiller à ce que des préservatifs soient remis avec la trousse d'hygiène.
- M. Rotily précise qu'il est nécessaire de trouver d'autres voies de distribution que les services médicaux (cantinables, services sociaux...); avis que partagent l'Oip et Act Up qui déclarent qu'il est impératif de banaliser le préservatif (trousse d'entrée, distributeurs automatiques). Pour ces deux organisations, il faut en effet éviter que les détenus aient à demander les préservatifs. Même sentiment chez l'Anit qui juge primordiale la mise à disposition discrète de préservatifs accompagnés de gel.
- D'autres intervenants préconisent plutôt une action sur la peine d'incarcération elle-même. Ainsi, l'Anvp met en avant le recours massif aux permissions et au bracelet électronique. Médecins du Monde insiste également sur les permissions de sortie et le régime de semi-liberté. Mme Bouhnik, enfin, demande qu'il soit envisagé de limiter le temps d'incarcération de certaines personnes qui seraient mieux à leur place dans des environnements plus favorables à une resocialisation.

6. La création d'unités sans drogues ne paraît pas prioritaire

- Le rapport de l'IGSJ propose de créer, à titre expérimental, quelques unités de ce type en retenant les principes directeurs suivants : projet local multidisciplinaire, volontariat des détenus dans le cadre d'un contrat thérapeutique, bâtiment particulier, respect du principe d'abstinence, dispositif réservé aux détenus condamnés, mode de vie communautaire, lien très important avec l'extérieur.
- La plupart des personnalités interrogées restent réservées sur ce projet. Pour Aides, ces unités ne répondraient qu'à une partie du problème et en tout état de cause c'est plus vers une palette de choix qu'il faut s'orienter plutôt que vers un modèle unique et imposé avec un taux d'échec important. Une telle mesure relèverait, selon Médecins du Monde, de l'utopie dans un système respectant les droits de l'homme et l'Anvp, tout en reconnaissant qu'une telle mesure réduirait les risques, attire l'attention sur les choix éthiques effectués dans la sélection des individus. Mme Lhuillier, réservée sur un tel projet, estime qu'il ne ferait que déplacer le problème. La Farapej redoute pour sa part un système qui officialiserait des zones de non droit dans la prison, et pose la question des critères d'éligibilité à ces unités sans drogues.

7. Une dispensation plus active des traitements de substitution semble par contre de nature à réduire efficacement les risques de contamination

- Pour, l'IGSJ, si l'on ne raisonne qu'en termes de réduction des risques, on peut penser que la prescription de méthadone dans certaines conditions précises pendant l'incarcération permettrait de limiter les contaminations par injection (mesure désormais effective).
- L'Anvp, Aides, Médecins du Monde et Mme Facy jugent qu'une dispensation plus active aurait un impact positif. Pour Médecins du Monde, elle diminuerait très probablement les risques de transmission des virus, bien que certains toxicomanes s'injectent ces produits, et limiterait les risques d'overdoses. L'Oip ajoute que, de toute manière, le trafic de Subutex est moins dangereux à l'injection que les drogues circulant en prison. Aides insiste sur le fait que cette dispensation soit effectuée, mais en coordination avec l'ensemble des services et en lien avec l'avant et l'après prison et M. Sueur précise que l'utilisation des opiacés de substitution correspond logiquement d'abord à une pourvoyance de substitution (maintenance) avant d'aider éventuellement à l'accession à un processus dynamique.

8 & 9 & 10 & 17 & 18 La question de la distribution du matériel stérile d'injection est controversée

*** Une mesure dont l'efficacité est débattue**

- Pour les signataires de la plate forme sur la toxicomanie en prison (Aides, Act Up, Oip, Médecins du Monde...), il est clair que la véritable priorité dont l'efficacité a été démontrée est l'accès au matériel d'injection stérile. Mme Facy et Mme Bouhnik partagent cet avis.
M. Sueur ajoute que la fourniture d'eau de Javel ne remplace en rien, en terme de santé publique, l'échange de seringues organisé qui seul pourrait empêcher la transmission intra-carcérale du vih et des hépatites.
Sur la question du matériel de tatouage, Act Up rappelle que cette pratique n'est pas interdite à l'extérieur et que, par conséquent, des ateliers de tatouage peuvent facilement être implantés en milieu carcéral.

- Mais, sur la seule question de l'efficacité, en terme de risque de contamination, de l'accès aux seringues, les oppositions à une telle mesure sont également fortes. Le rapport Gentilini estime ainsi que la distribution de seringues n'empêcherait pas la poursuite de pratiques à risques (cuiller, backloading). L'IGSJ précise qu'en outre restera la question du produit injecté. Mme Lhuillier met d'emblée en avant la résistance massive des personnels à une mise à disposition de matériel d'injection tandis que l'Anvp précise qu'un tel choix risquerait d'entraîner une complicité de l'administration avec ces pratiques.

*** L'accès à du matériel d'injection stérile pose par ailleurs de nombreux problèmes**

Problèmes juridiques

Pour l'IGSJ, si l'usage ne constitue qu'une faute disciplinaire mineure, la détention de produits interdits constitue une faute du premier degré, catégorie la plus élevée. N'existe pas, contrairement à d'autres pays, la distinction entre détention pour usage personnel et détention aux fins de trafic, indiquée notamment par les quantités saisies, ce qui est peut être dommage (question controversée). Juridiquement, l'administration pénitentiaire peut s'opposer à la remise de seringues en s'appuyant sur l'article D-273 CPP, la seringue étant susceptible de constituer un objet pouvant permettre une agression, d'autant plus si le détenu se dit séropositif. Le médecin qui transgresserait cette règle de sécurité pourrait se voir retirer son habilitation.

L'Inspection précise toutefois que l'obstacle juridique touchant à la complicité ou la fourniture de moyens peut être aisément levé si cela est souhaité (par nature la politique de Rdr dépasse la question du délit commis). La pénalisation du délit d'usage constitue une question d'une toute autre ampleur qui conditionne le développement de la politique de Rdr en milieu pénitentiaire. L'argument le plus fort qui s'oppose à cette mesure est celui touchant à la spécificité du milieu pénitentiaire et aux oppositions du personnel de surveillance. Pour toutes ces raisons, l'administration pénitentiaire et le ministère de la santé sont opposés, selon le rapporteur, à la remise de seringues stériles tout en sachant qu'ils sont obligés de vivre les prochaines années au coeur de contradictions d'intérêts.

Problèmes de sécurité

Dans les conditions actuelles, estime M. Chossegros, l'introduction en détention de seringues, sources de dangers potentiels pour l'ensemble de la détention même si les passages à l'acte restent hypothétiques, pose de nombreux problèmes. La possibilité de contamination d'autres détenus ou de membres du personnel par des seringues contaminées est à prendre en compte et à confronter à l'incidence des nouvelles infections ainsi qu'à la mesure de l'impact d'une large disponibilité des seringues sur cette incidence.

L'Anit insiste également sur les dangers potentiels de la seringue qui peut être vécue comme une arme par les surveillants mais aussi entre les détenus.

L'Anvp évoque pour sa part le problème de l'initiation à l'injection et de l'agression.

Problèmes éthiques

L'introduction de matériel d'injection viendrait redoubler, selon Mme Lhuillier, l'injonction paradoxale à laquelle les personnels de surveillance sont déjà confrontés à propos des pratiques sexuelles : interdire et tolérer à la fois. Sous certaines conditions, ce problème n'est pas cependant pas insurmontable.

Pour L'Anvp, la question éthique qui se pose est le cautionnement par l'administration de l'usage de matériel d'injection.

Ce problème ne se pose cependant pas pour Aides, s'il s'agit d'un droit, s'il est accompagné d'espaces de discussion et d'une démarche plus globale autour du détenu.

Médecins du Monde réfute également la thèse du problème éthique ou de sécurité mais reconnaît l'existence de contraintes techniques.

*** Les positions sont divergentes sur le fait de savoir si une telle mesure pourrait être adaptée au milieu carcéral**

- Le rapport Gentilini juge que dans le milieu carcéral, au vu de certaines circonstances (sédentarité, trafics, prostitution), la réutilisation d'une seringue personnelle voire non personnelle ne pourrait être exclue. La prison ne peut devenir le lieu où l'on favoriserait un risque potentiel accru de violence et d'agression à l'encontre de co-détenus ou des personnels. La mise en place d'un programme d'échange de seringues constituerait donc une mesure inappropriée à la situation des détenus toxicomanes, au motif de nombreuses incertitudes en termes de faisabilité et de risques induits par une dispensation de seringues, dont le contrôle pourrait échapper aux équipes de soin.
- Cet avis n'est pas partagé par Aides, Act Up et Mme Bouhnik qui mettent en avant l'expérience Suisse, dont l'évaluation a montré que la mise à disposition de seringues n'avait pas accrue l'insécurité ni l'usage de drogues. Act Up ajoute qu'en Australie, le nombre de consommateurs de drogues en prison n'a pas augmenté malgré la mise à disposition de seringues stériles.

*** La question de la remise en cause de la cohérence de l'Etat de droit par une distribution de seringues est également soulevée**

- Le rapport Gentilini soulève une contradiction majeure : des citoyens ne pourraient être incarcérés pour des délits liés au trafic et à l'usage de drogues puis se voir remettre légalement des seringues lors de la détention; Il y aurait là une incohérence totale. Le but est davantage de faire sortir de prison les toxicomanes non délictueux et ceux ayant commis des délits mineurs que d'y faire entrer les seringues.
- Pour M. Chossegros, il est évident que la possibilité d'utiliser des seringues et de la drogue dans un lieu qui, par définition, est là pour rappeler l'existence d'une loi, pose un problème symbolique difficilement contournable tant que la loi de 1970 persiste dans sa forme actuelle. L'Anit précise que distribuer des seringues reviendrait à reconnaître que ce qui est à l'origine de l'incarcération est désormais autorisé à l'intérieur. L'Anvp est également « déstabilisée » par une mesure qui reviendrait à cautionner et encourager l'usage de drogues.
- Cette contradiction est réfutée par les signataires de la plate forme sur la toxicomanie en prison pour qui, en refusant distribution de seringues, le gouvernement prend délibérément la responsabilité des contaminations survenant en milieu carcéral. Ils ajoutent que l'enfermement ne peut en aucun cas constituer une réponse adaptée aux problèmes de la toxicomanes. Médecins du Monde précise que la loi de 1970 est en elle même une loi d'exception attentatoire aux droits individuels et à la Constitution et que par ailleurs (sentiment partagé par Act Up et l'Oip) les contradictions sont les mêmes à l'extérieur. Aides explique de son côté qu'il n'y a pas de contradiction dès lors que l'usage est dépénalisé. Dans tous les cas, pour Mme Bouhnik, les obstacles éthiques peuvent être dépassés par un travail d'élaboration associant les différentes parties prenantes.

*** Des alternatives à la mise à disposition de matériel d'injection et de tatouage sont proposées**

- Dans le document de l'IGSJ le rapporteur juge que, aujourd'hui, la remise de seringues aux détenus n'est pas opportune à condition que toutes les autres mesures de prévention (eau de Javel...) soient effectives. Cependant cette réflexion est susceptible d'évolutions rapides.
- Le rapport Gentilini, de son côté, met en avant un certain nombre de mesures. Ainsi, avec la trousse d'hygiène d'entrée, il y a notamment lieu de s'assurer que la communication

d'informations sur la santé intègre bien des recommandations liées aux usages de drogues (dangers des injections, procédures de désinfection, accès aux soins...).

- Pour Mme Lhuillier, il convient de créer des groupes de discussion, de rédiger des notices adaptées aux destinataires (eau de Javel) et de développer les traitements de substitution.
- L'Anit estime qu'il est certainement plus judicieux, quand une personne incarcérée ne peut pour le moment se passer d'opiacés, de proposer des traitements de substitution adaptés avec un suivi afférent. Dans le même ordre d'idée, M. Chossegros estime que la mise en place de programmes d'injection d'héroïne (définir les indications) garantirait la sécurité des usagers, des détenus et du personnel.
- D'autres propositions sont mises en avant telles que la promotion d'une démarche de prise en charge globale du détenu (Aides) ou la mise en œuvre, préconisée par l'Anvp, d'une palette d'outils susceptibles de favoriser la politique de réduction des risques : eau de Javel, traitements de substitution (avec suivi à la sortie), hospitalisation, hors milieu carcéral, des toxicomanes. « notoires ».

11. La complexité du contexte carcéral rend nécessaire la pleine participation des personnels pénitentiaires, des personnels sanitaires et des détenus aux choix de nouveaux outils de réduction des risques

Les données objectives

- ☞ Données à venir : résultats de l'enquête par questionnaire menée par l'ORS PACA auprès des directeurs d'établissements pénitentiaires et des services médicaux (juillet 1998)

Contributions à la réflexion

- Mme Chauvenet apporte d'importants éléments de réflexion sur le contexte carcéral. Elle précise notamment que la détention proprement dite n'est pas armée mais que les actions en prison sont réglementées.

La réglementation vise deux buts : d'une part, limiter et contrôler les actions des surveillants, en prévenir l'arbitraire et les abus de pouvoir; d'autre part, limiter et contrôler les actions des détenus.

« C'est pourquoi la ressource essentielle des personnels de surveillance en détention est le règlement, c'est à dire l'interdit. A l'inverse de ce qui se passe dans les rapports de droit de la vie civile, où tout ce qui n'est pas expressément défendu est autorisé, en prison tout ce qui n'est pas expressément permis est interdit; corrélativement, tout y est punissable. Dans ces conditions, la sanction est la seule arme formelle du surveillant.

En prison, la division systématique des détenus est une stratégie qui mobilise l'ensemble des personnels de détention (dénonciation, secret, guerre psychologique). Les détenus emploient, pour résister et se défendre, les mêmes moyens que ceux que la loi met aux mains de surveillants (stratégie de division, rumeurs...). Les détenus constituent une force de pression active et permanente à laquelle il ne faut pas céder si on ne veut pas voir s'user l'autorité et la force des règlements, se retourner le rapport de force et perdre en peu de temps le contrôle de la prison.

En prison, on assiste à une inversion simultanée des principes de la vie civile et de la vie démocratique : se substitue à la transparence de la règle et au secret des personnes la transparence des individus et l'opacité de la règle. Le système de dons contre dons est le moyen par lequel les protagonistes sont réintroduits comme semblables au sein de la dissymétrie.

Guerre et paix en prison ne se séparent pas. D'un côté les surveillants représentent la violence légale dont ils sont l'instrument en neutralisant au quotidien les détenus. De l'autre ils usent de leur seule autorité personnelle et paient largement de leur personne en parlant, aidant, convaincant, argumentant avec ceux-ci dans le but d'apaiser la détention, de réduire les tensions. »

- Mme Rostaing a entrepris d'analyser le croisement des rapports des détenues à la prison (logique de refus ou de participation) et des personnels à leur métier (logique statutaire ou missionnaire); analyse qui permet de dégager 4 formes de relations : relation normée, relation conflictuelle, relation négociée, relation personnalisée.
- Mme Lhuillier s'est longuement intéressée à la difficile condition de surveillant de prison. Elle estime que « la double injonction paradoxale que recouvre la nécessité d'être en relation et de se méfier de la relation, de guider le détenu vers le lien social et de se défendre de ces liaisons dangereuses, se prolonge dans une mise à l'épreuve constante entre obéissance passive au règlement et capacité d'initiative, entre l'exercice d'un métier complexe, socialement utile et le mépris, le rejet dont il est l'objet. »
« Ce brouillage de la place entraîne un sentiment d'insécurité qui se traduit par la priorité donnée à la question de la sécurité (seul repère qui assure l'assise de la légitimité d'une profession qui se vit comme menacée). »
Pour l'auteur, l'interdit des pratiques toxicophiliques, rigoureusement prescrit par les textes, masque l'importance de celles-ci et aggrave le risque tenant à la pénurie de matériel d'injection. Alourdie par la valeur marchande des produits en cause, la pression du trafic suscite un surcroît de vigilance; on comprend que dans ces conditions les surveillants soient peu enclins à favoriser la distribution de trousses de désinfection et, a fortiori, de seringues et d'aiguilles stériles.
Dans un autre registre, le parloir, lieu d'interface entre le dehors et le dedans est un pôle d'insécurité qui requiert une vigilance aiguë. On est donc pas surpris que les surveillants, même lorsqu'ils en reconnaissent le bien-fondé, n'envisagent qu'avec de fortes réserves la création de « parloirs sexuels » (cette mesure risquerait d'accentuer encore les impératifs de contrôle, synonymes d'intrusion).
« L'exercice de la profession expose à des sentiments de culpabilité, notamment lors des suicides de détenus, voire des agressions subies, et aussi à propos des occasions où le devoir professionnel oblige le surveillant à des violations de la morale commune, comme c'est le cas lors d'intrusions dans la vie intime des détenus. La surveillance des parloirs constitue un paradigme situationnel (contrainte juridique opposée à l'épreuve de réalité). »
- Mme Guillonnet précise que « pour le personnel qui ne cache plus son mal être, les prisons ne sont pas sûres et l'insécurité devient un thème récurrent. La violence des surveillants envers les détenus est un phénomène marginal, celle des détenus envers le personnel croît mais demeure occasionnelle (124 ITT en 1996), tandis que la violence entre détenus s'impose comme la plus répandue. »
- Pour M. Goudjo, il semble évident que « les soignants, qui sont en nombre restreint, ne peuvent à eux seuls être acteurs de prévention. Et de fait, le rôle du surveillant en matière de prévention mérite d'être reconsidéré. C'est en effet le surveillant qui vit la réalité carcérale. C'est lui qui est chargé de signaler la présence d'un détenu malade ou en souffrance. C'est lui qui alerte les services compétents et qui prend parfois l'initiative des premiers soins face à une urgence. c'est encore le surveillant qui sépare les détenus en cas de bagarre et qui s'expose au risque réel, hypothétique ou fantasmé d'une contamination... Puisqu'on leur demande d'être dans la proximité d'un être humain qui doit effectuer une peine et qui est parfois malade, il est important qu'ils soient partie prenante d'une action de prévention santé s'adressant aux détenus. »
Pour l'auteur, le rôle de l'équipe médicale est essentiel pour initier une démarche de prévention et

d'insertion. Mais des relais s'imposent pour renforcer cette conduite. « Le surveillant pourrait être un de ces relais, un partenaire utile et efficace des professionnels de santé. Il attend de l'équipe soignante un abri moins systématique derrière le secret médical, plus de dialogue et de communication. Cela peut se faire en toute simplicité, sans déroger aux règles légales et déontologiques du secret professionnel, mais dans le respect du surveillant. »

- Sur la question du rapport entre surveillants et personnels médicaux, l'article de M. Cebe évoque les frictions induites par la question du secret médical. Très attachés à leur mission et à ses impératifs de secret professionnel, les surveillants ne comprennent en effet pas pourquoi ils ne peuvent être admis dans le secret partagé. Cette méconnaissance du statut médical des détenus entraîne chez eux une réaction de retrait lors des situations à risque. Voir partir un détenu en isolement médical, accompagné par un personnel médical portant masque et casaque alors qu'il est resté en secteur de détention parfois plusieurs semaines, entraîne, selon l'auteur, un émoi encore perceptible dans leur discours, plusieurs années après l'événement.

La demande de levée du secret médical recouvre également la souffrance des surveillants face au manque de reconnaissance de leur place dans le système de détention. Seuls contacts avec les détenus, ils ne comprennent pas pourquoi leurs remarques sont souvent tenues pour négligeables. « La rencontre de deux mondes qui se côtoient mais dont l'un continue d'ignorer l'autre, le respect des charges de travail de chacun, la reconnaissance des surveillants pénitentiaires sont les trois axes sur lesquels une communication doit s'établir, sauf à voir s'isoler et s'aigrir un peu plus un grand nombre de personnels. »

Les rapports nationaux

- Pour l'IGSJ, en tout état de cause, si des expérimentations étaient décidées, il serait indispensable de développer en priorité un très important travail en direction du personnel pour l'associer à un projet dans lequel il puisse trouver une place et une identité professionnelle.
- Le rapport Gentilini constate un changement radical de comportement dans le corps de surveillance. Mieux renseignés sur le sida, les surveillants font en effet preuve le plus souvent d'une compréhension qui a pu leur faire défaut au cours de la précédente décennie. Il convient de mettre l'accent, pour l'auteur, sur les actions de sensibilisation sur l'infection à VIH proposées dans le cadre de l'ENAP. Il y a également lieu de définir une véritable conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang (mesure réalisée).

Les avis des experts et des associations

- Pour M. Rotily, toute politique de santé publique en milieu pénitentiaire ne peut se réduire à celle menée par les professionnels de santé; l'administration pénitentiaire a un rôle majeur à jouer dans ce domaine et des collaborations sont absolument nécessaires.
- L'Anit fait une remarque similaire : tous les personnels doivent être intégrés à la mise en oeuvre de la politique de Rdr, dans le respect des détenus.
- Mme Lhuillier propose également de développer la consultation des personnels et solliciter l'implication des détenus et anciens détenus comme « moniteurs » (information et éducation sanitaire par les pairs). Le développement de la politique de Rdr passe par une coopération et un décloisonnement entre surveillance, soin et service socio-éducatif. Cette politique de Rdr doit être intégrée dans le cadre plus global de promotion de la santé en prison (cf. rôle du CFES).
- Mme Bouhnik constate une grande hétérogénéité des points de vue et de représentations chez les personnels. Il convient par conséquent d'organiser des formations (sentiment partagé par Mme

Facy et Médecins du Monde) qui supposeraient que les problématiques tournant autour des toxicomanies soient abordées autrement que sous l'angle de l'infraction à la loi.

- Sensibilisation, information et formation sont également des actions clés pour l'Anvp. L'association juge qu'il convient d'élever le rôle des surveillants vers un accompagnement du comportement sanitaire et humain de chaque détenu. Tout projet d'action pour l'amélioration des conditions d'hygiène et de soin sanitaire et social des détenus passe en effet par l'implication des personnels pénitentiaires qui n'ont pas pour unique rôle la fonction de « porte-clefs ». Cette implication ne sera possible, d'après l'Anvp, que si les surveillants ne sont plus placés dans une situation aberrante entre le non dit et les règlements officiels d'une part, la réalité de l'incarcération d'autre part.
- Aides estime que les outils de réduction des risques ne seront effectifs que s'ils sont inscrits comme un droit et si leur mise en place est partagée par l'ensemble des acteurs, avec une prise de parole autour et dans un contexte de prise en charge globale des personnes.
- Médecins du Monde préconise, pour sa part, des inspections régulières DDASS et DAP afin d'influer sur les comportements des personnels pénitentiaires et sanitaires.

12 & 13 & 14. Information, explication et participation agiront de manière déterminante sur le degré d'acceptabilité de ces nouveaux outils de réduction des risques par les personnels et les détenus

Contribution à la réflexion

- Pour M. Welzer Lang, la sexualité carcérale sous ses multiples formes paraît se déployer dans un espace de relative indépendance des détenus, sur lequel les surveillants n'ont guère d'informations et n'interviennent pas ou peu. Tout se passe comme si le personnel de surveillance prenait appui sur les hiérarchies informelles et rapports d'autorité internes aux détenus pour assurer une forme de respect d'un minimum de consensus social à moindre coût.
- Mme Lhuillier précise qu'habituellement, ce qui donne consistance au métier est constitué par un ensemble de tâches et d'activité qui font du surveillant le généraliste de la condition carcérale, le pivot de la détention. Dans la prison « 13000 », le surveillant a le sentiment qu'il n'a pas sa place, qu'il est rejeté à la marge (cf. surveillance, verrouillage automatique, sous-traitance au privé). « Le détenu dépend plus du privé que du surveillant. celui-ci voit se réduire la marge de négociation nécessaire à une coopération pour le maintien d'un équilibre interne. »
Concernant les relations entre soignants et surveillants l'auteur estime que de façon générale, chacun reste sur ses gardes : « du côté soignant on craint d'être instrumentalisé, d'être utilisé par les surveillants pour contribuer au calme de la détention, à l'ordre et à la discipline, tandis que les surveillants s'inquiètent d'une supposée crédulité des soignants qui, au motif d'un objectif de responsabilisation des patients, accéderaient sans discernement suffisamment aiguisé aux demandes abusives de prescriptions. »

Rapports nationaux

Le rapport de l'IGSJ estime qu'en milieu pénitentiaire, on peut et on doit aujourd'hui parler de tout en matière de santé et de prévention. Il n'y a plus aucune raison de vouloir limiter l'accès à l'information. Le problème essentiel est donc, pour le rapporteur, la communication permanente entre les responsables médicaux et l'administration pour éviter que chacun ne voie que ses objectifs sans prendre en considération les contraintes des autres. L'Inspection préconise par ailleurs que

soient expérimentées des actions de prévention de santé chez les toxicomanes menées par d'autres détenus, toxicomanes et ex-toxicomanes, dans le cadre de projets par établissements élaborés de façon interdisciplinaire

Contributions des experts et des associations

- Pour l'IREP, il est essentiel que les surveillants puissent être informés sur ce qui se fait actuellement à l'extérieur des prisons ainsi que sur les objectifs qui sous-tendent les actions de prévention les plus pragmatiques.
- Mme Bouhnik préconise de travailler dans une problématique communautaire, en donnant à chaque partie la possibilité de s'exprimer, de faire valoir ses droits. Il convient également de créer des espaces ouverts, avec des intervenants extérieurs et des formations dynamiques des personnels. Dans tous les cas, rien ne doit être imposé de manière autoritaire. Pour les détenus comme pour le personnel, une intégration de nouvelles mesures et d'un nouveau cadre d'appréhension de ces questions sont possibles seulement s'ils sont associés, qualifiés et impliqués dans la mise en oeuvre.
- L'Anvp insiste sur la mobilisation du personnel sanitaire et de surveillance, sur l'implication de la direction de l'établissement, sur l'intervention de compétences extérieures, ainsi que sur la responsabilisation des détenus (ceux-ci sont entretenus dans une situation de dépendance passive dégradante) pour favoriser l'acceptabilité des nouveaux outils de réduction des risques. L'association marque son intérêt pour une démarche qualité qui consisterait à faire élaborer un plan d'action par les personnels concernés.
- Tout en valorisant le travail de discussion préalable et la démarche participative et communautaire (éducation par les pairs notamment), Aides propose l'inscription de toute nouvelle démarche de Rdr dans le règlement intérieur.
- Médecins du Monde met de son côté l'accent sur une réflexion sur la loi de 1970, une information non diabolisante sur les drogues et le rappel que cette politique est inscrite dans le droit (cf. loi de 1994).
- Mme Lhuillier rappelle toutefois que, nonobstant les efforts entrepris, l'acceptabilité du matériel d'injection par les personnels est très faible. Celle du préservatif sera par contre accrue par la mise en place des Uvf. Quoi qu'il en soit, il convient, pour la chercheuse, de favoriser le décroisement entre personnels de surveillance, services socio-éducatifs et médicaux. Le développement d'une politique de Rdr passe par une réelle coopération. Il importe également d'obtenir l'engagement de l'encadrement et d'envisager un dispositif de supervision ainsi que des cercles de qualité.

15. Le fonctionnement du système pénitentiaire peut être modifié dans la perspective d'une introduction de nouveaux outils de réduction des risques

Contribution à la réflexion

Pour Mme Lhuillier, le secret médical ne serait pas menacé par la définition d'un mode de partage d'informations non confidentielles et par la clarification d'un devoir de réserve pour l'ensemble des professionnels chargés de la protection de la santé des détenus.

Il convient par ailleurs d'instaurer des actions de formation communes au personnel hospitalier et au personnels pénitentiaire afin d'apaiser les résistances qui freinent leur coopération dans la mise en

oeuvre d'une politique et de pratiques de santé communes à tous ceux qui travaillent et vivent en milieu carcéral.

Les rapports nationaux

- L'IGSJ rappelle qu'il a déjà été relevé que toute politique efficace de contrôle des produits par l'administration pénitentiaire provoque automatiquement une pression très forte sur les prescriptions des médecins. A l'inverse, toute politique de Rdr initiée sans suffisamment de concertation par les médecins provoque des réactions d'hostilité du personnel de surveillance. L'approche multidisciplinaire nécessite donc une organisation et des processus de concertation.
- Le rapport Gentilini souligne qu'une politique incitative de soins ne peut être conduite sans un programme de prévention des risques ayant fait l'objet d'une concertation médicale, établi en accord avec les différentes catégories de personnels.
- Le rapport du groupe de travail sur la mise en oeuvre des unités de visites familiales témoigne des capacités de changement de l'institution pénitentiaire. Il préconise en effet l'ouverture d'UVF dans tous les établissements pour peine, pour les détenus ne bénéficiant pas d'autorisations de sortir ou d'un autre aménagement de peine (mais non reconnaissance du concubinage homosexuel). Le principe est celui d'une absence de surveillance directe et la possibilité d'accès trimestriel aux UVF par périodes de 12, 24, ou 48 heures. Pour les rapporteurs, tant l'opinion publique que les personnels pénitentiaires semblent être aujourd'hui prêts à une évolution majeure dans l'organisation des relations familiales des détenus. La libéralisation du déroulement des visites en détention apparaît comme une réforme inéluctable dont seule l'échéance est véritablement discutée.

Les avis des experts et des associations

- Il ne fait aucun doute, pour l'ensemble des personnes interrogées, que le système carcéral peut être modifié dans la perspective d'une introduction de nouveaux outils de réduction des risques. Mais le degré et les modalités de changement suscitent de nombreux commentaires.
- Pour Aides, un changement de méthodologie d'introduction de ces outils induira une modification du fonctionnement de l'institution. Médecins du Monde estime pour sa part que l'administration pénitentiaire a un rôle à jouer pour éviter que la prison ne soit un lieu de non-droit.
- Un travail précis doit être effectué, selon Mme Bouhnik, dans chaque prison mais de grandes évolutions sont attendues par tous en matière de prise en compte de la sexualité, des conduites addictives et des personnes touchées par le vih / hépatites.
- L'Anit se montre très sensible à la spécificité du milieu carcéral. Il n'est sans doute pas possible, pour l'association, de mener une politique de Rdr sur le même modèle qu'à l'extérieur alors que l'objet de l'incarcération est souvent lié à la drogue et que la rareté et la mauvaise qualité des drogues circulant en prison placent le problème dans un cadre différent. De plus, des missions différentes doivent être menées dans un lieu unique, ce qui pose problème.
- Le sentiment de l'IREP est similaire: le milieu carcéral n'est pas un milieu homogène mais plutôt une mosaïque d'établissements aux pratiques très contrastées dont l'une des caractéristiques est le manque de communication entre professionnels. Pour M. Ingold, on peut faire beaucoup de chose en milieu carcéral à condition d'adopter une démarche progressive, de tenir compte de la spécificité du milieu et de privilégier l'approche expérimentale en réseau. Le concept de réduction des risques doit être décliné et adapté dans chaque établissement.

- L'Anvp, enfin, juge des changements possibles, mais de telles modifications doivent aussi viser l'équilibre général des détenus par leur responsabilisation, par des activités et par une formation.

16. Le principe d'égalité d'accès aux soins et à la prévention à l'intérieur et à l'extérieur de la prison ne souffre pas de limites

- L'IGSJ met en garde sur ce sujet. Il faut en effet être circonspect sur le fait que la spécificité du monde carcéral empêchera toujours, par principe, toute mesure sanitaire qui heurterait la logique pénitentiaire (cf. historique des collectes de sang : à trop faire du monde pénitentiaire un monde à part, on peut commettre d'importantes erreurs d'appréciation).
- En droit, les intervenants (Médecins du Monde, Bouhnik, Anvp) se retrouvent pour refuser toute limitation à un tel principe d'égalité même si pour certains (Lhuilier, Aides) il est clair qu'elles existent dans les faits, notamment en matière d'accès aux soins.

20. La prudence et l'adaptation au contexte local s'imposent en matière d'expérimentation

- Le rapport de l'IGSJ propose de mettre en place dans quelques prisons des actions expérimentales pour voir si d'autres modalités de prise en charge ne sont pas plus efficaces, afin de tirer le système et l'aider à évoluer.
- Globalement, les différents intervenants (Anvp, Lhuilier, Aides, Médecins du Monde) s'entendent pour préconiser des lignes directrices nationales mais également une mise en œuvre expérimentale et adaptée au contexte local. Médecins du Monde précise que tout en commençant par des expérimentations, il convient d'assurer l'égalité des droits au niveau national.
- La généralisation d'emblée produit toujours, selon Mme Bouhnik, des effets pervers, mais des principes généraux valables pour tous, introduisant à une méthodologie qui facilitera la mise en œuvre d'expérimentations adaptées à chaque établissements semble être la voie à suivre.
- Pour l'Irep, la méthode la plus efficace consiste à créer des réseaux inter-établissements permettant de rapprocher des prisons ayant des problématiques communes sur le problème. Dans ce cadre, les questions de réductions des risques pourraient être abordées tout en étant incluses dans un contexte sanitaire et social plus large.

21. Les recommandations en matière de mise en place concrète de ces nouveaux programmes restent cependant limitées

- Pour l'Anvp, ces modalités reposent avant tout sur le personnel, les locaux et les procédures. Mme Bouhnik préconise, pour sa part, une démarche collective, centrée sur la réflexion et l'expérimentation dynamique plutôt qu'une mise en avant des logiques techniques. Pour la sociologue, il est en effet primordial de rétablir des liens sociaux, des relations de confiance.

Aides recommande fortement que les mesures prises au niveau de chaque établissement soient notifiées dans le règlement intérieur, ce qui permet de les valider au niveau local. Il convient également de créer, selon l'association, des pôles « réduction des risques » dans chaque établissement, afin de faire émerger des solutions qui pourraient être coordonnées par une structure externe indépendante des pressions internes.

22. Plusieurs pistes sont proposées en matière d'évaluation

- Pour l'Anvp, l'évaluation des nouveaux programmes de réduction des risques doit mettre en œuvre des critères éthiques (dignité et droit de la personne), des critères sanitaires (pour les contaminés et les bien-portants), et doit nécessairement s'attacher à observer si des non toxicomanes le deviennent en prison.
- L'association Aides propose que l'évaluation des mesures de réduction des risques repose sur des critères épidémiologiques mais aussi sur une analyse continue du processus de transformation.
- Médecins du Monde estime que l'évaluation est intrinsèque à la clinique de tout soignant; les outils de la santé publique sont également mobilisables mais il faut éviter les évaluations « tarte à la crème » d'une politique frileuse. Il convient surtout de faire évoluer l'opinion publique en faveur de ces mesures à travers une réflexion sur la loi de 1970.
- En matière d'évaluation, il convient, selon Mme Bouhnik, d'associer l'approche épidémiologique et l'approche ethnologique. Il faut chercher à combiner les facteurs d'objectivation (évolution des conduites) avec les facteurs de subjectivation (représentations, dispositions). L'évaluation suppose enfin, lorsque les démarches sont communautaires, que les acteurs impliqués dans l'action soient également associés à l'évaluation.

ANNEXE 1

LISTE DES REFERENCES

AUDITIONS

- M. Rotily, ORS PACA. 18/12/97.
- M. Sueur, représentant de l'association Médecins du Monde. 05/02/98.
- M. Tonnelet, Président de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT). 25/02/98.
- M. Bes, représentant de l'Observatoire International des Prisons (OIP). 25/02/98.
- M. Ingold, directeur de l'Institut de Recherche et d'Epidémiologie des Pharmacodépendances (IREP). 03/03/98.
- Mme Lhuillier et M. Veil (Université Paris VII). 16/03/98.
- Mme Facy (INSERM U 302). 16/03/98.
- Mme Rossert et M. Robert, représentants de l'association AIDES. 02/04/98.
- M. Alefsen, représentant de l'Association Nationale de Visiteurs de Prison (ANVP). 02/04/98
- M. Tevessin, représentant de l'association Act Up. 04/05/98
- Mme Perret, représentante de la FARAPEJ. 04/05/98
- M. Welzer-Lang. 18/05/98

REPONSES AU QUESTIONNAIRE PROPOSE PAR LA MISSION

- Association Aides. Avril 1998.
- Association Nationale des Visiteurs de Prison (ANVP). Février 1998.
- Mme Bouhnik, sur la base des études menées à Villepinte et aux Baumettes Mai 1998.
- Dr Chossegros, praticien intervenant dans les prisons de Lyon (centre régional de médecine pénitentiaire). Février 1998.
- Mme Facy (INSERM U 302). Mars 1998.
- Mme Lhuillier (UFR Sciences humaines et cliniques. Paris VII). Février 1998.
- Médecins du Monde. Février 1998.

ARTICLES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **BOUHNİK :**
 - Ville toxicomanie et prison : les usagers de drogues dures en prison face à la gestion de leur santé. Bouhnik-Touzé. Revue Prévenir N°32. 1er Semestre 1997
 - Héroïne, sida, prison. Trajectoires, systèmes de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés. Maisons d'Arrêt des Baumettes et de Villepinte. Bouhnik-Touzé. ANRS. Mars 1996
- **BOURGOIN :** Le suicide en prison. Bourgoïn. Les Cahiers de la Sécurité Intérieure. IHESI. Ptps 98
- **CEBE :** Secret médical et monde carcéral. Dr Cebe (MG Uzes). Article paru dans Le Journal du sida N°104. Mai 1998.
- **CHAUVENET :** Guerre et paix en prison. Chauvenet. Les Cahiers de la Sécurité Intérieure. IHESI. Ptps 98

- **DAP :**
 - Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire. Avril 98
 - Contributions de Mr Geron, Mme Cirba, Mme Sagant et Mme Stankoff aux travaux de la mission. Mars-Avril 1998
- **FACY :**
 - Toxicomanes incarcérés. Etude épidémiologique auprès des antennes 92-95. Facy. Edk 1997
 - Toxicomanes dépistés en prison : leur usage de drogues et de médicaments psychotropes. Facy. RFAS N°1. Janvier-Mars 1997
- **GENTILINI :** Problèmes sanitaires dans les prisons. Rapport au Garde des Sceaux et au Secrétaire d'Etat à la Sécurité Sociale. Gentilini-Tchériatchoukine. Février 1997
- **GOUDJO :** Le surveillant, acteur de prévention. Dr Goudjo (RVH 78). Article paru dans Le Journal du sida N°104. Mai 1998.
- **GUILLONNEAU :** Les agressions de détenus envers les surveillants. Guillonnet-Kensley. Les Cahiers de la Sécurité Intérieure. IHESI. Ptps 98
- **HEDOUIN :** Infection par le virus de l'hépatite C en milieu carcéral. étude prospective réalisée à Loos lez lille. Hedouin-Gosset. Gastroenterol Clin Biol. 1998
- **HOFFMAN :** Prévention de l'infection au vih auprès des mineurs en milieu carcéral. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Ph Hofman. Octobre 1997.
- **IGSJ :** Rapport de l'inspection générale des services judiciaires au Garde des Sceaux sur « la drogue en prison ». Juillet 96
- **JUSTICE :** Rapport du groupe de travail sur la mise en oeuvre des unités de visites familiales. DAP. Juin 1995.
- **LHUILIER :**
 - Surveillants de prison : identité professionnelle et crise de légitimité. Lhuillier. Les Cahiers de la Sécurité Intérieure. IHESI. Ptps 98
 - Identité professionnelle, identité de sexe et sida : le cas des surveillants de prison. Lhuillier / Ridel / Simonperri / Veil. Recherche ANRS. Mars 1998
- **MARCHETTI :** la pauvreté : une caractéristique structurelle de l'institution pénitentiaire ?. Marchetti; RFAS N°1. Janvier-Mars 1997
- **PFTP :** Plate Forme sur la Toxicomanie en Prison. Act Up / Aides / MDM / OIP / SM. Février 1997
- **ROTILY :**
 - Les besoins de santé des détenus et les pathologies spécifiques : hépatites virales et infection à vih. Rotily-Obadia-Galinier Pujol-Vernay Fraisse. RFAS N°1. Janvier-Mars 97
 - Epidémiologie de l'infection à vih et des hépatites virales en milieu carcéral : une enquête multicentrique européenne. Communication au 1er congrès des médecins pénitentiaires. Rotily-Pujol-Hajjar. Nantes. Mars 1997
 - L'usage de drogues en milieu carcéral : une approche épidémiologique. Rotily. Les Cahiers de

la Sécurité Intérieure. IHESI. Ptps 98

- Rapport intermédiaire de l'ORS PACA . janvier 98.

- Usage de drogues en milieu carcéral : les prisons françaises ne font pas exception. Rotily. Congrès européen « le sida en Europe : nouveaux enjeux pour les sciences sociales ». 12-15 janvier 1998.

- ROSTAING : La dynamique des relations dans les prisons de femmes. Rostaing. Les Cahiers de la Sécurité Intérieure. IHESI. Ptps 98
- SESI 1 : Informations rapides N°88. SESI Mars 1997
- SUEUR 1 : A l'ombre des peupliers. « Psychotropes ». Ptps 98
- WELZER LANG :
 - Violences et sexualité en prison. Mathieu-Welzer Lang; RFAS N°1. Janvier-Mars 1997
 - Des significations de la sexualité en milieu carcéral. Welzer-Lang-Mathieu. Les Cahiers de la Sécurité Intérieure. IHESI. Ptps 98

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE DE LA MISSION

MISSION « REDUCTION DES RISQUES EN PRISON »

GRILLE DE QUESTIONS « CHERCHEURS » ET « ASSOCIATIONS »

I. Appréciation des cas de contamination dans les prisons françaises

1. * De quelles données disposez-vous concernant la prévalence du VIH, des hépatites et des MST en prison ?
2. La prévalence des maladies transmissibles (VIH, Hépatites, MST) est-elle plus élevée dans la population pénale que dans la population générale ?
3. Le risque de transmission du VIH et des hépatites est-il renforcé au cours de l'incarcération par rapport à l'extérieur ?
4. Quelles parts respectives faire à l'hypothèse selon laquelle on retrouve en prison des personnes qui avaient, avant l'incarcération, davantage de pratiques à risques que les autres et à l'hypothèse de pratiques à risques acquises au cours de l'incarcération ?
5. Selon vous, le fait d'être incarcéré accroît-il le risque de contamination ultérieure à l'extérieur ?
6. * A-t-on identifié, de façon certaine ou probable, des cas de contamination par le VIH et les virus des hépatites au cours de l'incarcération ?
7. A-t-on identifié, de façon certaine ou probable, des cas de transmission de MST au cours de l'incarcération ?
8. Ces contaminations (VIH, hépatites, MST) posent-elles un problème de santé publique important et peut-il ou non être quantifié ?
9. Ces cas de transmission peuvent-ils être significativement liés à des situations particulières ? (zones géographiques, type d'établissement, profil des détenus...)
- 10.* La connaissance de l'incidence du VIH, des hépatites et des MST en prison vous paraît-elle suffisante ?
11. Pensez-vous qu'il y ait une sous-estimation de la prévalence et de l'incidence de ces maladies transmissibles en prison ?
12. Préconisez-vous de nouvelles enquêtes épidémiologiques et auprès de qui (services médicaux des établissements pénitentiaires, enquêtes auprès de sortants de prison...)?

II. Connaissance des comportements à risques dans les prisons

1. * De quels éléments disposez-vous pour mesurer la fréquence des comportements à risques dans les prisons françaises ?
2. Y-a-t-il une consommation de drogues ou de médicaments détournés de leur usage en prison ?, dans quelle proportion ?
3. Y-a-t-il des injections de drogues ou de médicaments détournés de leur usage en prison ?, dans quelles conditions et dans quelle proportion ?
4. Y-a-t-il utilisation et circulation de matériel d'injection ? quel est le matériel utilisé (seringues, matériel « bricolé ») ?
5. Y-a-t-il partage et réutilisation du matériel d'injection ?

6. Y-a-t-il des relations sexuelles en prison ? dans quelles conditions et avec quelle fréquence ?
7. Dans quelle mesure ces relations sexuelles sont contraintes ou relèvent de la prostitution ?
8. Dans quelle mesure des moyens de protection sont-ils utilisés au cours de ces rapports sexuels ?
9. Y-a-t-il des pratiques de tatouage (et de piercing) ? dans quelles conditions et avec quelle fréquence ?
10. Quel est le matériel de tatouage (et de piercing) utilisé, y-a-t-il partage ou réutilisation de ce matériel ?
- 11.* Selon vous, quels sont les contextes qui favorisent ou qui limitent ces comportements à risques ?
12. Quelles sont les influences respectives de facteurs tels que le nombre de détenus par cellule, les règles d'hygiène en vigueur, l'état des bâtiments, le contexte carcéral, le type de population incarcérée, le type d'établissement, le fonctionnement des parloirs, la politique de surveillance en vigueur et la teneur du règlement intérieur, l'implication du service médical, du service socio-éducatif, les rapports détenus-surveillants....?
13. Au total, pouvez-vous identifier les types de prisons cumulant les facteurs de risques ?
- 14.* La connaissance des comportements à risques en prison vous paraît-elle suffisante ?
15. Pensez-vous qu'il y ait une sous-estimation de l'importance des comportements à risques en prison ?
16. Préconisez-vous de nouvelles enquêtes épidémiologiques ou autres (sociologiques, ethnographiques) et auprès de qui (services médicaux des établissements pénitentiaires, enquêtes auprès de sortants de prison...)

III. Evaluation de la politique de réduction des risques mise en place

1. * Les outils de réduction des risques actuels vous paraissent-ils suffisants au regard de l'importance des comportements à risques rencontrés en prison ?
2. L'accès au préservatif est-il effectif, suffisant ?, dans quelles conditions se réalise-t-il ?
3. L'accès à l'eau de Javel est-il effectif, suffisant ? dans quelles conditions se réalise-t-il ?
4. Y-a-t-il une diffusion de messages de prévention aux détenus. Y-a-t-il des sessions d'information sur les maladies transmissibles ?
5. L'accès aux traitements de substitution est-il effectif, suffisant ?
6. Dans quelle mesure les traitements sont-ils interrompus, poursuivis ou initiés. Y-a-t-il des initiations de traitements de substitution pour les détenus déclarant consommer des drogues en prison ?
7. L'accès au dépistage (VIH, hépatites) est-il confidentiel, effectif et suffisant ?
8. La vaccination contre l'hépatite B est-elle effective ?
9. * Les outils de réduction des risques actuels vous paraissent-ils adaptés aux besoins des détenus ?
10. Les détenus acceptent-ils les préservatifs, dans quelles conditions ?
11. Les détenus se servent-ils des préservatifs, dans quelles conditions ?
12. Les détenus acceptent-ils l'eau de Javel, dans quelles conditions ?
13. Les détenus se servent-ils de l'eau de Javel, dans quelles conditions (produit d'hygiène courant, désinfection du matériel d'injection et de tatouage) ?
14. Les détenus connaissent-ils les protocoles de désinfection du matériel d'injection avec de l'eau de Javel ? l'appliquent-ils ?
15. Y-a-t-il un détournement d'usage des préservatifs ?, de l'eau de Javel ?
16. Les détenus acceptent-ils d'avoir recours à la substitution en prison ?

17. Pensez-vous que les détenus obtenant une initiation de traitement de substitution arrêtent ou s'abstiennent de s'injecter des drogues ?
18. Les détenus acceptent-ils le dépistage (VIH, hépatites) ?
19. Les détenus participent-ils, localement, à l'élaboration d'une politique de réduction de risques en prison ?, de quelle manière ?
- 20.* Selon vous, quels sont les contextes qui favorisent ou limitent le recours aux outils de réduction des risques ?
21. Quelles sont les influences respectives de facteurs tels que le nombre de détenus par cellule, les règles d'hygiène en vigueur, l'état des bâtiments, le climat carcéral, le type de population incarcérée, le type d'établissement, le fonctionnement des parloirs, la politique de surveillance en vigueur et la teneur du règlement intérieur, l'implication du service médical, du service socio-éducatif, les rapports détenus-surveillants....
22. Au total, pouvez-vous identifier les types de prisons où le développement des outils de réduction de risques est le plus problématique ?

IV. Propositions pour développer la politique de réduction des risques

1. * De nouveaux outils de réduction des risques doivent-ils être envisagés ?
2. Une politique spécifique d'information sur les risques peut-elle être mise en oeuvre, dans quelles conditions ?
3. Les unités de vie familiale sont-elles de nature à réduire efficacement les risques de contamination par voie sexuelle ?
4. L'ouverture de ces unités de vie familiale constitue-t-elle une réponse totalement adaptée à l'importance du problème ?, dans quelle mesure influencerait-elle sur les rapports sexuels sous contrainte ?
5. Existe-t-il des alternatives ou des mesures complémentaires à l'ouverture d'unités de vie familiale ?
6. La création d'unités sans drogues est-elle de nature à réduire efficacement les risques de contamination ?
7. Une dispensation plus active des traitements de substitution est-elle de nature à réduire efficacement les risques de contamination ?
8. L'accès à du matériel stérile d'injection et de tatouage est-il de nature à réduire efficacement les risques de contamination ?
9. Organiser l'accès à du matériel d'injection stérile constitue-t-il une réponse adaptée et justifiée compte tenu de l'importance du problème ?, dans quelle mesure influencerait-il sur les pratiques de partage de drogues et de seringues ?
10. Existe-t-il des alternatives ou des mesures complémentaires à la mise à disposition de matériel d'injection et de tatouage ?
- 11.* Dans quelles conditions l'introduction de nouveaux outils de réduction des risques serait-elle acceptée par les personnels pénitentiaires, les personnels sanitaires et les détenus ?
12. Quels sont les facteurs susceptibles d'influer sur le degré d'acceptabilité de ces nouveaux outils de réduction des risques par les personnels et les détenus.
13. Comment peut-on envisager de faire participer les personnels pénitentiaires et sanitaires et les détenus à la mise en place de ces nouveaux outils de réduction des risques ?
14. Comment expliquer et accompagner la mise en oeuvre de cette politique ?
- 15.* Le fonctionnement du système pénitentiaire peut-il être modifié dans la perspective d'une introduction de nouveaux outils de réduction des risques ?
16. Existe-t-il des limites au principe d'égalité d'accès aux soins et à la prévention à l'intérieur et à l'extérieur de la prison ?

- 17.L'accès à du matériel d'injection stérile pose-t-il des problèmes éthiques, des problèmes de faisabilité technique, des problèmes en terme de sécurité ? Ces problèmes sont-ils insurmontables?
- 18.L'accès à du matériel stérile d'injection pose-t-il des problèmes en terme de cohérence de l'Etat de droit ?
- 19.L'ouverture d'unités de vie familiale pose-t-elle des problèmes éthiques, des problèmes en terme de sécurité ? Ces problèmes sont-ils insurmontables ?
- 20.L'introduction de nouveaux outils de réduction des risques doit elle être expérimentale ou généralisée d'emblée ?; la mise en oeuvre doit-elle être pensée localement ou au niveau national ?
- 21.Quelles pourraient être, selon vous, les modalités concrètes de mise en place de ces nouveaux programmes de réduction des risques ? (aménagement des procédures et des locaux, conditions d'accès,...)
- 22.Selon quels critères devrait être mise en place l'évaluation de ces nouveaux programmes de réduction des risques ?

OBSERVATIONS

ANNEXE 18

SYNTHÈSE DES ENTRETIENS MENÉS PAR LA MISSION
AUPRÈS DES PERSONNELS SANITAIRES ET PÉNITENTIAIRES
DE SIX ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

MISSION SANTÉ-JUSTICE RELATIVE À LA RÉDUCTION DES RISQUES DE TRANSMISSION DU VIH ET DES HÉPATITES EN MILIEU CARCÉRAL

Synthèse des entretiens menés en février 1999 auprès des personnels sanitaires et pénitentiaires de six établissements pénitentiaires

Les membres de la mission se sont déplacés dans six établissements pénitentiaires constituant un échantillon au regard des différentes catégories d'établissements, de leur implantation géographique et des publics accueillis pour échanger, avec des représentants des différentes catégories professionnelles y exerçant, sur la question de la réduction des risques en milieu carcéral.

Les établissements pénitentiaires concernés sont les suivants : maison d'arrêt La Santé, maison d'arrêt Lyon, maison d'arrêt Nanterre, centres de détention Val-de-Reuil, maison centrale Arles, et centre pénitentiaire Rennes, les catégories professionnelles rencontrées : personnel d'encadrement, soignant, de surveillance et d'insertion.

Ces entretiens ont été menés sur la base d'une grille commune à l'ensemble des personnels (document joint).

Dans ce cadre, les différents personnels se sont exprimés sur leurs pratiques et leur vécu professionnel. Les réponses fournies et les sentiments exprimés sont aussi fonction de la personnalité des uns et des autres. D'une manière générale, il n'a pas été possible de dégager de tendances spécifiques par catégorie professionnelle sur l'ensemble des thèmes abordés, mais plutôt des tendances globales synthétisées dans ce document.

I. Problèmes de santé rencontrés en détention

- Nature, importance.
- Importance des infections VIH - VHC - VHB.
- Répercussions sur la détention : difficultés posées par la promiscuité, phénomènes de rejet.

Les problèmes de santé les plus fréquemment cités par l'ensemble des catégories professionnelles sont les troubles psychologiques (personnalités déstructurées, immatures, anxiété...) et, de manière générale, les problèmes liés à la précarité et au manque d'hygiène, notamment en maison d'arrêt.

En établissement pour peines, les maladies cardiovasculaires sont davantage citées.

Les maladies présentant des risques de contamination,

et donc génératrices de peurs, qu'il s'agisse du sida, des hépatites ou de la tuberculose, sont plus fréquemment citées par le personnel de surveillance en contact direct avec la population pénale.

Le sida et les hépatites ne sont pas cités spontanément parmi les problèmes de santé les plus importants rencontrés en détention.

Les réactions de rejet, à l'égard d'un détenu séropositif ou supposé l'être ou d'une personne ayant déclaré la maladie, apparaissent plus réelles en maison d'arrêt. En raison d'une plus grande promiscuité, la peur de la contamination y est plus généralisée, plus diffuse (rumeurs), notamment vis-à-vis du VHC pour lequel détenus et personnels semblent manquer d'informations. La mise à l'écart peut être tant physique que psychologique.

La maladie peut cependant être aussi génératrice de solidarité de la part des codétenus, notamment en établissements pour peines.

Il est souligné qu'une meilleure information sur les risques de transmission des virus réduit ces phénomènes de rejet. /...

II. Comportements à risque en détention

II.1. Risques de contamination en prison

- Connaissance de cas de contamination.
- Y-a-t-il des risques de contamination en détention ?
- Les risques sont-ils plus ou moins importants qu'à l'extérieur ?
 - pour les détenus ?
 - pour les personnels ?

Les personnels n'ont pas connaissance de cas de contamination intra-muros, à l'exception d'un groupe de personnels soignants qui déclare avoir eu connaissance d'un cas.

Tous reconnaissent que les risques existent en détention. Le personnel de surveillance perçoit généralement ces risques comme plus importants à l'intérieur qu'à l'extérieur, compte tenu notamment des gestes professionnels qu'il doit réaliser (fouilles, interventions en urgence) et du contexte de la détention (promiscuité, présence importante de toxicomanes).

Cependant, cette notion de risques plus ou moins importants entre dedans et dehors et selon que l'on soit détenu ou personnel, varie selon les personnes, sans que l'on puisse en dégager de véritables tendances.

II.2. Comportements à risques

II.2.1. Relations sexuelles

- Relations sexuelles, en détention, aux parloirs, consenties ou non.
- Importance du phénomène et réactions face à ce phénomène.

De façon générale, les personnels soulignent que la question des relations sexuelles en détention, reste difficile à aborder.

Ils reconnaissent que des relations sexuelles (consenties ou non) existent en détention sans toutefois pouvoir en évaluer l'importance.

Les relations sexuelles consenties semblent faire l'objet d'une certaine tolérance.

Les réponses aux violences sexuelles se heurtent au fait qu'elles sont rarement dénoncées par peur des représailles. De plus, la limite entre relations consenties ou contraintes n'est pas toujours très évidente à cerner, compte tenu du problème des relations négociées.

Les relations sexuelles sont possibles aux parloirs, compte tenu notamment de la "solidarité" des détenus entre eux. Elles sont plus ou moins facilitées par la configuration des parloirs.

II.2.2. Drogues

- Importance des toxicomanes en détention et répercussions.
- Circulation de drogues.
- Circulation de seringues.

La toxicomanie n'est pas toujours vécue comme un problème majeur, notamment dans les établissements pour peines.

Par nature clandestin, ce phénomène est difficile à évaluer.

L'ampleur des comportements liés à la toxicomanie n'est pas toujours bien évaluée par les services. Ce sont les services sanitaires qui répondent de la façon la plus précise à cette question.

La plupart des personnels interrogés exposent que des produits circulent ou peuvent circuler en détention.

Les personnels de surveillance déclarent que de la drogue est consommée en prison, dans des proportions et selon des modalités qui varient d'un établissement à l'autre.

D'après les personnes entendues, il s'agit essentiellement de cannabis et s'il existe des drogues dures, elles

sont, toujours selon elles, plutôt fumées ou sniffées.

La circulation de seringues en détention apparaît peu importante aux différentes catégories de personnels, l'indicateur étant généralement le faible nombre de seringues saisies lors de fouilles. Certains admettent cependant que des seringues peuvent circuler à l'insu des personnels, parfois bricolées par les détenus.

II.2.3. Autres risques

- Tatouages, piercing.
- Partage d'ustensiles de la vie quotidienne (rasoir, brosse à dents...).

De façon générale, la pratique du tatouage semble en régression (la tendance étant davantage à vouloir les faire ôter) et la pratique du piercing peu répandue. Les personnels interrogés disent avoir peu d'informations sur les conditions de réalisation de telles pratiques en détention.

Peu d'informations ont été recueillies sur les pratiques en matière de partage d'ustensiles de la vie quotidienne. Elles semblent plus fréquentes en maison d'arrêt du fait de la promiscuité et de situations d'indigence (que cette indigence soit momentanée à l'arrivée en prison ou durable). En établissements pour peines, du fait de l'encellulement individuel, ces pratiques apparaissent comme inexistantes.

La mode "crâne rasé" est à plusieurs reprises citée comme un facteur possible de contamination.

III. Mesures de prévention

- Effectivité.
- Intérêt de telles mesures en détention.
- Remarques sur la mise en œuvre.
- Efficacité de ces mesures.
- Améliorations souhaitables.

Trousse d'hygiène

La remise à l'entrée est systématique dans les établissements concernés. En revanche, le renouvellement est plus aléatoire et plus difficile à organiser (difficultés de repérage des personnes indigentes).

Le personnel soignant souligne que les quantités de produits fournies sont insuffisantes et plusieurs personnes proposent que des préservatifs soient à disposition dans ces trousse. Cette proposition ne fait cependant pas l'unanimité.

Eau de Javel

La plupart des personnels déclare qu'un flacon d'eau de Javel est systématiquement remis à l'entrée et que son renouvellement est assuré tous les quinze jours,

conformément aux orientations en la matière. Les entretiens ont permis de faire apparaître qu'essentiellement le message relatif à l'hygiène a été délivré à la population pénale. Le message relatif à la réduction des risques n'est délivré par le personnel soignant que dans de très rares situations individuelles. Cette mesure est jugée très efficace sur le plan de l'hygiène. La plupart des groupes sont favorables à une délivrance hebdomadaire.

Préservatifs

Les préservatifs sont mis à disposition au service médical, sauf pour les femmes, et remis aux sortants, permissionnaires ou libérés. Bien que la circulaire santé/justice du 5 décembre 1996 permette d'étendre cette mise à disposition à d'autres lieux, elle reste limitée au service médical.

Dans l'ensemble, les personnels jugent cette mesure utile. Certains la trouvent suffisante, d'autres la trouvent insuffisante, car limitée à l'UCSA et semblent favorables à des modalités de mise à disposition diversifiées.

Dépistages VIH, hépatites

Les personnels soignants indiquent que ces dépistages sont systématiquement proposés.

Les personnels non soignants savent que ces dépistages sont proposés aux entrants et indiquent qu'ils n'ont pas d'informations précises sur ces actions qui relèvent du domaine sanitaire.

Vaccination hépatite B

La vaccination contre l'hépatite B semble systématiquement proposée. Certains personnels soignants indiquent cependant qu'ils manquent d'informations sur les moyens financiers alloués aux hôpitaux pour réaliser la vaccination des détenus.

Comme pour la population générale, les personnels soignants soulignent le manque de connaissance des détenus sur la réalité de leur vaccination.

Traitements de substitution

Les personnels soignants indiquent que les prescriptions sont assez limitées. Ils pratiquent peu d'initiations, sauf avant la sortie lorsqu'il existe un risque de rechute. Un traitement qui n'a pas été régulièrement prescrit est généralement arrêté ; pour les autres, les prescriptions sont diminuées au cours de l'incarcération.

Les problèmes posés par les mouvements engendrés par une remise quotidienne du traitement sont évoqués. Certains soulignent que le contact quotidien avec l'équipe médicale est cependant nécessaire, d'autres estiment que le contrôle de la prise est antinomique avec la fonction de soins. Certains souhaiteraient que la méthadone, qui pose moins de difficultés de gestion, soit davantage utilisée.

L'accompagnement des personnes sous substitution est généralement considéré comme défaillant.

Les personnels non-soignants savent que des traitements de substitution sont distribués dans les établissements où ils exercent. Certains reconnaissent ne pas savoir précisément ce que sont ces traitements.

Cette mesure est jugée globalement positive. Toutefois, en établissements pour peines, son intérêt est moins bien compris.

Actions d'éducation pour la santé

Tous les personnels estiment que ces actions sont positives, mais la plupart les jugent insuffisantes (un seul projet d'action cité sur le thème de l'eau de Javel).

Actions de formation des personnels

Les actions de formation des personnels sont jugées insuffisantes par la plupart des équipes qui se sont exprimées sur ce sujet. La question de la disponibilité des agents (organisation du service) est évoquée. Les personnels semblent préférer les actions se déroulant sur place et leur permettant de s'exprimer sur leur pratique professionnelle (actions débats...).

Les équipes soignantes invoquent rarement des besoins de formation pour elles-mêmes.

Actions de prévention en direction du personnel incluant information sur la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang

Peu d'informations sont recueillies sur ce thème.

Les personnels soignants interviewés indiquent qu'ils n'ont pas eu à mettre en œuvre un traitement prophylactique, mais précisent qu'ils sont prêts à répondre en cas de besoin.

Parmi les autres personnels, les rares groupes qui se sont exprimés sur ce point ont manifesté leur méconnaissance sur la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang.

Contrôles anti-droque pratiqués lors des parloirs, des fouilles

Tous les groupes qui se sont exprimés sur ce point, indiquent que ces contrôles sont, soit inexistants, soit épisodiques. La plupart soulignent qu'il s'agit d'opérations très lourdes et sensibles dont l'efficacité au regard des prises est limitée.

Mesures de prévention propres au dentiste

- Comment sont traités les fraises et instruments à canaux (nettoyage, décontamination, stérilisation) ?
- Comment sont traités les instruments rotatifs : turbine, contre-angle, pièce à main ?

Des mesures de prévention sont prises. Il n'a cependant pas toujours été possible d'en apprécier la pertinence s'agissant d'opérations très techniques.

Il est indiqué que certains dentistes utilisent un set individuel stérile pour chaque détenu.

La décontamination se fait à l'établissement par le dentiste (stérimaster), la stérilisation est généralement faite à l'hôpital de rattachement (ultrasons).

- Qui est chargé de l'entretien du fauteuil et des appareils (dentiste, infirmier, détenu classé) ?

Il semble que ce soit fréquemment un détenu classé qui soit chargé de l'entretien du fauteuil.

- À quel moment ce nettoyage est-il opéré (après chaque patient) ?

Dans un établissement, il est indiqué que ce nettoyage se fait après chaque vacation du dentiste.

Mesures de prévention propres au coiffeur

Peu d'informations sont recueillies sur ce point. Soit c'est un coiffeur qui vient à l'établissement, soit c'est un détenu classé qui en fait fonction. Il est indiqué que des mesures de désinfection sont prises, notamment lorsque c'est un professionnel qui intervient (passage à l'alcool des ciseaux et des rasoirs). En revanche, il ne semble pas que les détenus faisant fonction soient systématiquement informés des mesures à mettre en œuvre.

IV. Propositions

Accès aux préservatifs

La nécessité de développer l'accès aux préservatifs fait l'unanimité, mais assez peu de propositions concrètes sont formulées (remise dans la trousse d'hygiène, distributeurs). Il est souligné que chacune de ces propositions présente des avantages et des inconvénients (essentiellement le risque de stigmatisation).

Prise en charge de la toxicomanie

L'amélioration de la prise en charge de la toxicomanie est une préoccupation des équipes soignantes interviewées, notamment en maison d'arrêt : amélioration du repérage, renforcement du travail de liaison du SPIP et des CSST, information et travail à mener avec les familles (travail à réaliser de préférence avec des associations extérieures).

Les personnels non-soignants interviewés adhèrent à cette préoccupation.

Accès au matériel d'injection

Toutes les équipes font part de leur réticence à l'égard d'une mesure qui serait en contradiction avec la loi et avec le rôle même de la prison. Elles s'interrogent sur sa pertinence au regard du faible échantillon qui serait concerné. Un groupe précise que si elle devait être mise en œuvre, cette mesure devrait être clairement inscrite dans un cadre médical.

Unités sans drogue

Les groupes avec qui cette proposition a été évoquée ont exprimé des avis partagés : intérêt par rapport à une prise en charge renforcée, réticence, notamment par rapport au risque de discrimination, de mise entre parenthèse artificielle.

Unités de visite familiale

Cette mesure est globalement bien perçue, même si les personnels qui se sont exprimés ont manifesté une certaine inquiétude au regard des modalités pratiques de mise en place (place des enfants, modalités de contrôle, risques de tensions en raison du faible nombre de détenus qui y auront accès...)

La création de ces UVF va modifier la perception de la sexualité en prison et sans doute faciliter le discours sur la réduction des risques. Ce lien avec la réduction des risques, n'est cependant pas vu par la plupart des personnes interviewées.

Éducation à la santé

Les personnels soignants interviewés sont favorables au développement d'une approche globale et conjointe entre les services sanitaires et pénitentiaires. Un travail relationnel avec le détenu, au-delà de simples séances d'informations par thèmes, paraît nécessaire. Il est proposé de développer des ateliers de créativité et d'expression qui seraient l'occasion d'aborder différentes problématiques (santé, angoisses, relation à autrui, famille...).

Travail en direction des familles

Cette proposition est jugée intéressante, mais il est souligné que ce travail en direction des familles est sans doute délicat à mettre en place (la situation difficile des familles souvent "otage moral du détenu" est évoquée). Le recours à des associations extérieures paraît souhaitable.

Les entretiens n'ont pas permis véritablement de formuler d'autre proposition pour améliorer la politique de réduction des risques mise en œuvre en milieu carcéral.

GRILLE DES ENTRETIENS

I. Problèmes de santé rencontrés en détention

- nature, importance,
- importance des infections VIH - VHC - VHB,
- répercussions sur la détention : difficultés posées par la promiscuité, phénomènes de rejet.

II. Comportements à risques en détention

• Risques de contamination en prison

S'ils ne sont pas spontanément évoqués, relancer sur les thèmes suivants :

- connaissance de cas de contamination,
- y-a-t-il des risques de contamination en détention ?
- les risques sont-ils plus ou moins importants qu'à l'extérieur ?
 - pour les détenus
 - pour les personnels[Si oui, pourquoi ?]

• Relations sexuelles

S'ils ne sont pas spontanément évoqués, relancer sur les thèmes suivants

- relations sexuelles en détention, aux parloirs, consenties ou non,
- importance du phénomène et réactions face à ce phénomène,

• Drogues

S'ils ne sont pas spontanément évoqués, relancer sur les thèmes suivants :

- importance des toxicomanes en détention et répercussions,
- circulation de drogues.
[Si nécessaire relancer sur les drogues injectables]
- circulation de seringues,

• Autres risques

S'ils ne sont pas spontanément évoqués, relancer sur les thèmes suivants :

- tatouages,
- partage d'ustensiles de la vie quotidienne (rasoir, brosse à dents...).

III. Mesures de prévention

• Pensez-vous que les mesures de prévention existantes soient suffisantes ?

Pour chacune des mesures, répondre aux questions suivantes :

- intérêt de telles mesures en détention,
- remarques sur la mise en œuvre (difficultés ou non),

- efficacité de ces mesures,
- améliorations souhaitables.

Si elles ne sont pas spontanément évoquées, reprendre chacune des mesures :

- trousse d'hygiène,
[effectivité, renouvellement...]
- eau de Javel,
[comment est conçue la mesure (hygiène et/ou réduction des risques), quel message l'accompagne ?]
- préservatifs,
[où ? suffisant ? comment développer mise à libre disposition ?]
- dépistages VIH, hépatites,
[modalités, voir si les personnels pénitentiaires savent comment cela se passe. Pour les personnels sanitaires, recueillir leur avis sur la mesure]
- vaccination hépatite B
[idem]
- traitements de substitution
[pour les personnels pénitentiaires : savent-ils si des traitements de substitution sont délivrés dans l'établissement ? Pour les personnels sanitaires : existence ou non, motivations]
- actions d'éducation pour la santé
[intérêt...]
- actions de formation des personnels
[existence, besoins...]
- actions de prévention en direction du personnel
[existence, besoins...]
- contrôles anti-drogue
[existence, efficacité, intérêt...]

IV. Propositions

S'ils ne sont pas spontanément évoqués, relancer sur les thèmes suivants :

- UVF
- propositions sur la prise en charge des personnes toxicomanes (unités sans drogue, modules spécifiques de prise en charge, séparation du reste de la détention...),
- distribution de matériel stérile,
- travail en direction des familles (sensibilisation des familles sur problèmes drogue en détention),
- autres propositions.

ANNEXE 19

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE SUR LA SITUATION DES PRISONS À
TRAVERS LE MONDE PARUE DANS LA REVUE DE LITTÉRATURE
FAITE PAR L'InVs EN 1997 - J. EMMANUELLI

USAGE DE DROGUES, SEXUALITÉ, TRANSMISSION DES VIRUS
VIH, HÉPATITES B ET C ET RÉDUCTION DES RISQUES EN PRISON
À TRAVERS LE MONDE :
ÉTAT DES LIEUX ET MISE EN PERSPECTIVE

REVUE DE LITTÉRATURE

Synthèse préparée par
Julien EMMANUELLI

USAGE DE DROGUES, SEXUALITÉ, SITUATION ÉPIDÉMIQUE ET RÉDUCTION DES RISQUES EN PRISON À TRAVERS LE MONDE : ÉTAT DES LIEUX ET MISE EN PERSPECTIVE

INTRODUCTION	221
I. Situation épidémiologique pour le VIH et les hépatites B et C en prison	222
A. Données de prévalence/incidence	222
B. Cas documentés de transmission de ces virus en prison.....	223
II. Comportements à risques en prison	223
A. Pratiques et risques liés à l'usage de drogue en prison.....	223
A.1. Usagers, usage et partage de drogues en prison.....	224
A.2. Moments à risques lors de l'incarcération	224
A.3. Injection à risques en prison	225
A.4. Initiation à l'injection en prison	225
B. Pratiques et risques sexuels en prison	225
C. Pratiques et risques liés au tatouage et au piercing	228
III. Stratégies de réduction des risques en prison	228
A. Gestion des risques relatifs à la drogue	228
A.1. Outils de lutte contre la drogue en prison	228
A.2. Réduction des risques liés à l'usage de drogues	230
B. Gestion des risques sexuels	234
C. Gestion des risques liés au tatouage et au piercing	234
IV. Synthèse et conclusion.....	234
<i>Index bibliographique</i>	237

En 1996, on estime que 25 à 30 % des 160 000 toxicomanes par voie intraveineuse sont séropositifs au VIH (les usagers de drogues par voie intraveineuse représentaient 23,7 % des cas de sida en France en 1996) ; qu'entre 70 et 80 % sont contaminés par le virus de l'hépatite C et 5 % seraient porteurs chroniques du virus de l'hépatite B. Devant l'urgence et la gravité de ces épidémies, dont le partage et la réutilisation des seringues sont les principaux modes de transmission, des actions pragmatiques dites de "réduction des risques", menées à contre-courant des approches cliniques et politiques traditionnelles, dans la mesure où elles reposent sur une acceptation de l'usage des drogues, se développent depuis quelques années. Initialement, ce terme désigne des *actions pragmatiques mises en œuvre, au-delà de tous présupposés théoriques, pour enrayer la transmission du VIH chez les usagers qui ne peuvent renoncer à prendre de la drogue* par voie intraveineuse. Elles consistent à favoriser l'association d'usagers de drogues, informer, distribuer seringues stériles et préservatifs par le biais des pharmacies ou des associations de lutte contre le sida, et par extension, susciter l'abandon ou la substitution orale de la voie veineuse. Implicitement, l'objectif est aussi de prévenir la propagation du VIH par voie sexuelle de ce groupe au reste de la population. Ce type de prévention en direction des usagers de drogues ayant des effets positifs sur les pratiques à risques et la transmission du VIH, et n'entraînant pas, contrairement aux idées reçues, de nouveaux cas de toxicomanie, les pouvoirs publics de nombreux pays s'impliquent donc très largement pour en renforcer le développement.

Cependant, une ombre demeure, concernant le risque de transmission en prison, lieu de passage possible, au moins une fois dans leur trajectoire, pour un grand nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV). Si l'on considère que la prison a souvent la valeur d'un indicateur de précarité sociale (marginalité, désinsertion) et que la santé est traditionnellement liée au niveau d'insertion sociale, *il est nécessaire de s'interroger sur l'importance de ces infections en prison, et de leur diffusion à l'extérieur par le biais de la prison*, ceci à la fois en termes de portage et de contagion (prévalence et incidence), d'exposition (les personnes et les pratiques à risques) et de probabilité de contamination en cas d'exposition au risque (combinaison entre prévalence et niveau d'exposition). Dans le même souci de santé publique, il est tout aussi *indispensable de s'enquérir des mesures de prévention proposées aux usagers* (intérêt, limites, effets pervers), de distinguer celles qui le sont en théorie et celles qui le sont effectivement et de s'interroger sur les raisons de ce décalage (faisabilité, acceptabilité). Autant d'interrogations auxquelles la revue de littérature qui suit a cherché des éléments de réponses partout à travers le monde.

Ce faisant, la question récurrente qui risque de se profiler, avec d'autant plus de gravité que les situations observées seront alarmantes, est de savoir comment concilier réduction des risques infectieux chez les UDIV et respect de la loi, précisément dans le lieu qui en est le sanctuaire. À cela, l'expertise technique ne peut répondre autrement qu'en faisant valoir les avantages et les inconvénients de telle ou telle mesure dans le contexte si particulier de l'incarcération.

I. Situation épidémiologique pour le VIH et les hépatites B et C en prison

A. Données de prévalence/incidence

Selon le pays ou le système carcéral considéré, les données de prévalence d'infection transmissibles sont, à moins d'être inexistantes, obtenues soit de manière exhaustive, mais contraire à l'éthique (dépistage systématique à l'entrée, voire à la sortie de prison), soit avec un risque de biais et de sous-estimation, mais dans le respect et la protection, de la personne (produites à la demande ou sur la base d'un dépistage volontaire). D'après Farrell et Strang¹, il y aurait par exemple une sous-estimation très importante du taux de séropositivité dans les prisons anglaises : 58 cas officiellement déclarés en 1991 alors qu'au moins 10 % des 4 500 UDIV incarcérés dans les prisons anglaises (10 % de la population carcérale), seraient séropositifs au VIH. Selon les mêmes auteurs, la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme avec pré et post-counselling au sein de la prison de Bristol a révélé 24 séropositivités chez les détenus contre 2 notifiées par les autorités pénitentiaires.

En tout état de cause, on peut penser que les données de prévalence/incidence du VIH, VHB, ou VHC obtenues à l'occasion des enquêtes épidémiologiques, effectuées de plus en plus fréquemment pendant ou après l'incarcération, sont, du fait de l'anonymat et de la confidentialité, garantis par les chercheurs, à la fois les plus fiables (meilleure participation) et les plus conformes à l'éthique médicale.

Ainsi, le tableau I, construit à partir des données d'enquêtes épidémiologiques les plus récentes²⁻⁸, montre que les taux de prévalence du VIH en prison varient entre 1 % et 34 % selon les pays et les études, et qu'ils sont constamment supérieurs aux taux observés en population générale. Ces prévalences plus élevées du VIH en prison (rapport allant de 1,5 à 300 selon les pays) traduit presque toujours une sur-représentation des usagers de drogues parmi les détenus (40 % en moyenne), sous-population dont les taux de prévalence du VIH (et de VHC) sont encore plus importants que chez les autres détenus : le VIH serait présent chez 40 % des UDIV à la prison des Baumettes en France en 1994⁹, et le taux de séropositivité globale au VIH de 33,6 % dans les prisons espagnoles serait dû aux 35 % d'UDIV qui y sont détenus⁴. Une étude réalisée dans la prison de femmes de Vechta¹¹, en Basse-Saxe (Allemagne), portant sur 1 032 dossiers médicaux (1/3 d'UDIV), a montré des différences significatives entre taux de prévalence HIV chez les UDIV (4,9 %) et les non-UDIV (0,5 %).

Cette tendance, qui est aussi avérée avec le VHB et le VHC, semble plus marquée encore chez les femmes incarcérées, où la proportion des UDIV parmi les détenues est souvent supérieure à celle des UDIV chez les détenus hommes. Une étude¹² conduite dans un centre de détention de Québec (Canada) montrait que la prévalence VIH était 3,5 fois plus élevée chez les femmes (9/119 dont sept UDIV) que chez les hommes (11/499, tous UDIV).

Les virus de l'hépatite C (VHC) et de l'hépatite B (VHB), dont les prévalences dans les prisons varient respectivement de 4 à 60 % et 4,4 % à 75 % (Tableau I), semblent également beaucoup plus répandus chez les UDIV incarcérés (que chez les non-UDIV incarcérés, ou les UDIV non-incarcérés ou dans la population générale).

Une étude menée par Croft, de mars à septembre 94, dans la prison de Victoria en Australie¹³ montre que 92 % des 51 UDIV interrogés (représentatifs des UDIV incarcérés, qui constituent globalement 46 % de la population de cette prison) sont séropositifs au VHC. Toujours en Australie, à Sydney, 37 % des 408 entrants de sexe masculin testés lors de l'étude de Butler¹⁴ sont séropositifs au VHC (31 % au VHB), ce qui représente une prévalence VHC de 66 % chez les UDIV incarcérés (prévalence VHB de 43 %). En France, où la prévalence du VHC chez les UDIV non-incarcérés est estimée à 70 %, l'infection au VHC a été retrouvée chez 26 % des détenus au centre pénitentiaire des Baumettes, plus exactement chez 91 % des UDIV contre 7 % des non-UDIV¹⁵ et la prévalence des anticorps anti-HBs a été estimée à 28 % soit 5 fois plus qu'en population générale⁵³. L'étude réalisée à la prison de Vechta [11] faisait état de taux de prévalence VHC de 75 % chez les UDIV (vs 3 % chez non-UDIV) et de prévalence VHB de 78 % (vs 12 % chez non UDIV).

Une autre étude portant sur 3627 entrants en prison à Victoria¹⁶, Australie, (dont 46 % ayant des antécédents d'UDIV, soit un peu moins d'un homme sur deux et un peu plus d'une femme sur trois) sur une période d'un an (oct. 92-sept 93) a montré que 39 % étaient séropositifs au VHC (64 % chez les UDIV). Les auteurs ont pu suivre en particulier 327 entrants pour lesquels ils disposaient d'informations suffisantes. Avant une première libération, 180 d'entre eux avaient été testés négatifs pour le VHC. 10 de ces 180 VHC négatifs, re-testés à l'occasion d'une réincarcération pendant l'étude, étaient devenus entre-temps séropositifs au VHC. Les auteurs ont ainsi pu estimer un taux d'incidence au VHC, en tenant compte des durées d'exposition variable entre la sortie et la ré-entrée en prison de chaque détenu ayant séroconverti au VHC. Ce taux, de 18,3 % personne-année (41 % PA chez les UDIV), amène les auteurs à conclure que le VHC, tout

comme le VHB dont le taux d'incidence estimé avec la même méthode s'élève à 12,6 % personne-année (21 % PA chez les UDIV), se propagent d'autant plus rapidement parmi les UDIV de Victoria qu'ils s'agit de sujets jeunes (<30 ans) ayant des antécédents et/ou des risques d'emprisonnement.

En Angleterre et au pays de Galles enfin, 8 % des détenus seraient porteurs d'anticorps contre le VHB, ce qui représenterait un taux de 18 % chez les UDIV incarcérés⁶⁵.

B. Cas documentés de transmission de ces virus en prison

Quelques études épidémiologiques ont déjà mis en évidence l'existence de cas de transmission du VIH, du VHB et du VHC en prison. La plus importante a sans doute été réalisée dans la prison de Glenochil, (Écosse), au décours de l'investigation d'une épidémie d'hépatites B symptomatiques survenues de janvier à juin 1993 parmi plus d'une dizaine de détenus [17-18]. Les auteurs ont montré que 43 % des UDIV incarcérés à ce moment-là s'étaient injecté de la drogue. Sur 27 de ces usagers actifs en prison qui ont accepté d'être testés avec 135 autres détenus, 12 étaient séropositifs, dont au moins 8 après contamination dans l'enceinte de la prison lors du partage du matériel d'injection (quasi-systématique à Glenochil) pendant le premier semestre 1993. Dans ce "cas d'école", il est fort probable qu'un sujet s'étant contaminé peu de temps avant son incarcération (virémie importante, infectivité maximale) ait transmis le virus à d'autres détenus.

L'étude réalisée à la prison de Vechta¹¹ a permis de dater et de documenter la séroconversion de 41 détenues dont il s'avéra finalement que la moitié ne pouvait s'être contaminée qu'en prison.

Ailleurs, dans une prison de l'État du Maryland, des chercheurs¹⁹ ont comparé les résultats sérologiques de deux séries de tests VIH, réalisés successivement entre 1985 et 1987, sur 422 détenus continûment incarcérés pendant cette période. Il s'est avéré que 2/422 avaient séroconverti durant leur incarcération, suite à une contamination survenue en prison (incidence annuelle de 0,41 %). Dans une autre prison américaine de l'État de l'Illinois, sur 2 300 détenus séronégatifs suivis sur une période d'un an²⁰, 7 ont séroconverti au VIH durant leur incarcération (taux de séroconversion VIH en prison de 0,3 %). Certaines autres études de ce genre réalisées dans divers autres États d'Amérique révèlent des taux de séroconversion intracarcérale avoisinant les 0,5 %. Ailleurs encore aux États-Unis, des auteurs²¹ ont identifié 18 cas de contamination et de séroconversion VIH en prison chez des détenus purgeant de longues peines et continûment incarcérés.

Enfin, certains chercheurs²² pensent que l'épidémie de VIH parmi les UDIV de Bangkok, (Thaïlande), pourrait avoir comme point de départ la prison, où les premières contaminations VIH par partage de matériel ont dû se produire tout en y restant cantonnées jusqu'à l'amnistie royale de 1988. 5 années après cette vague de libération d'UDIV incarcérés, un demi-million de Thaïlandais étaient porteurs du VIH.

En tout état de cause, il est nécessaire de poursuivre et de faciliter les investigations épidémiologiques en prison, compte tenu du peu d'études documentées sur les cas de transmission du VIH en prison (moins d'une soixantaine) et de la réalité du risque de transmission.

II. Comportements à risque en prison

Les prisons étant des institutions très différentes selon les pays, la population carcérale et les conditions d'incarcération variant d'une prison à l'autre au sein d'un même pays, il faut être prudent dans l'interprétation et la comparaison des données issues des diverses études.

A. Pratiques et risques liés à l'usage de drogue en prison

De nombreuses études internationales confèrent à l'incarcération un statut d'indicateur privilégié pour évaluer le niveau de risque de contamination VIH des UDIV. Selon une étude multicentrique réalisée auprès de 2 330 UDIV appartenant à 12 pays d'Europe de 1989 à 1990²³, les antécédents d'incarcérations sont ainsi significativement associés à un plus grand risque de contamination VIH (1,7) chez les UDIV. D'après des études menées en France⁹, où 25 % des UDIV auraient des antécédents de détention, cette tendance serait même renforcée avec le nombre des incarcérations.

Kleber et Pant ont montré, pour leur part, que 60 % des 2 205 UDIV participant à une enquête menée en 1996 sur tout le territoire allemand avaient été détenus au moins une fois depuis le début de leur carrière d'injecteur. La prévalence du VIH parmi l'ensemble des UDIV interrogés était de 17 %, mais elle était significativement plus élevée chez les UDIV ayant déjà été incarcérés (17 %) que chez les UDIV n'ayant jamais connu la prison (10 %). Après avoir évalué l'importance de chacune des variables liées à la prise de risques, les auteurs ont même conclu que l'incarcération était sans doute l'indicateur le plus solide d'infection à VIH chez les UDIV allemands.

Cela peut aussi bien signifier que l'incarcération est un facteur de risque causal de contamination VIH, ou qu'elle est la traduction pénale de conduites à risque

de toute sorte (sanitaires, sociaux) adoptées à l'extérieur par des UDIV déjà très marginalisés et possiblement déjà contaminés par le VIH.

A.1. Usagers, usage et partage de drogue en prison

Selon une étude⁴ portant sur 32 prisons de 17 pays européens en 1992 (n=215854 détenus), il existe peu de données institutionnelles sur la prise de drogues en prison. Cependant, quelques études épidémiologiques réalisées en ou hors-prison permettent de se faire une idée des pratiques de consommation et de partage (emprunt, prêt, don, location de matériel) pendant la détention. Ainsi, le tableau I indique que la proportion moyenne de toxicomanes incarcérés à un moment donné représenterait entre 20 et 40 % de la population carcérale selon les pays et que, si ces UDIV incarcérés renoncent pour la plupart à leur toxicomanie intraveineuse en prison, ceux d'entre eux qui y poursuivent des injections de drogue (entre 30 et 40 % des UDIV incarcérés, en moyenne) partageraient presque inévitablement le matériel d'injection (entre 65 et 75 % des cas, voire plus). Une étude multicentrique réalisée auprès de 612 UDIV berlinois en 1993²⁴ montrait que 68 % d'entre eux (418/612) avaient été incarcérés au moins une fois (18 mois en moyenne), et que la moitié de ces 68 % avaient poursuivi un usage de drogues par voie intraveineuse en prison. Dans 75 % des cas, ces usagers actifs en prison disaient avoir partagé le matériel d'injection, y compris ceux d'entre eux qui se savaient séropositifs. Les auteurs précisent toutefois que ces résultats ne sont pas extrapolables au reste des prisons allemandes, compte tenu du fait que Berlin représente un haut lieu de concentration d'UDIV. Kleber et Pant, dont l'étude est citée plus haut ont cependant montré que 67 % des 1 323 UDIV emprisonnés au moins une fois depuis le début de leur carrière d'injecteur déclaraient avoir continué à s'injecter en prison.

À partir d'une étude menée sur 2 ans auprès de 1 553 UDIV actifs du centre-ville de Glasgow⁴⁵, Taylor montre, de son côté, que 51 % d'entre eux avaient été incarcérés dans les 6 mois précédant leur participation à l'enquête, dont 8 % disaient s'être injecté durant cette détention, avec partage du matériel pour la moitié d'entre eux. Toujours à Glasgow, 70 % des 91 usagers fréquentant un des 2 PES de la ville et interrogés lors d'une étude se déroulant au mois de janvier 1990²⁶ allèguent des antécédents d'incarcération, dont 11 % déclarent avoir déjà partagé le matériel d'injection en prison, sciemment ou non : partage en présence d'autres UDIV, réutilisation seul ou à plusieurs d'une seringue ayant déjà été largement utilisée (de 5 à 100 personnes).

Dans une autre étude concernant 969 détenus en détention préventive à la prison de Liverpool²⁷, 16,4 % (36/260) des UDIV incarcérés (27 % des détenus) déclarent s'être injecté de la drogue en prison dont 20 ont partagé le matériel d'injection. Les auteurs relèvent une différence significative entre la part des UDIV incarcérés qui partagent le matériel d'injection à l'extérieur de la prison (31,5 %) et celle des UDIV incarcérés qui partagent le matériel en prison (55 %) et concluent que, si l'incarcération entraîne une diminution des injections de drogues et du nombre des injecteurs encore actifs en prison, la probabilité d'être contaminé lors du partage de matériel est significativement plus importante pour les UDIV qui s'injectent en prison.

A.2. Moments à risques lors de l'incarcération

Les moments les plus à risques de contamination pour les VIH, VHB, VHC se situent durant les courtes peines d'incarcération²⁸ (détention préventive¹⁶) et dans l'immédiate post-libération²⁹. Durant ces courtes peines, qui sont surtout liées à l'usage de drogues (sur-représentation d'UDIV, prévalence VIH plus élevée), les détenus ont souvent plus de visites autorisées que ceux purgeant de plus longues peines (>18 mois), ce qui constitue autant d'occasions pour se procurer de la drogue²⁸.

Dans la prison d'hommes en détention préventive de Durwam (pays de Galles), 548 sujets en attente de procès ont participé à une étude visant à déterminer la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues illicites et à comparer les résultats avec ceux du dépistage médical systématique réalisé à l'entrée en prison³⁰. 57 % des détenus disaient consommer des drogues illicites avant leur incarcération (contre 24 % identifiés à l'entrée), 32 % remplissaient les critères de dépendance alcooliques du DSM-IV (contre 19 % à l'entrée), 71 % requéraient des soins en rapport avec leur consommation de drogues ou d'alcool, dont 36 % de type symptomatique lié à un état de manque (contre 9 % réellement identifiés et traités pour ce problème). Les auteurs concluaient que la prévalence de la consommation de drogues illicites était nettement sous-estimée à l'entrée, avec pour conséquence de laisser certains détenus dépendants dans l'alternative de continuer leur consommation de drogues en prison ou d'affronter le manque sans aucun soutien médical.

Ainsi, pour ces auteurs, l'insuffisance du dépistage médical effectué à l'entrée en prison pourrait participer, du fait de la sous-estimation quantitative et qualitative des problèmes d'addiction, à l'accroissement des pratiques à risques durant l'incarcération.

Entre février 1995 et janvier 1996, 3 785 dosages urinaires de toxiques effectués auprès de détenus tirés au sort sur l'ensemble des prisons d'Angleterre et du pays de Galles ont révélé une consommation intracarcérale d'opiacés dans 9 % des cas. En Écosse, dans la prison de Saughton, à Edimbourg, sur les 123 détenus ayant répondu à un questionnaire d'étude sur l'usage de drogue et le VIH, 29 disaient s'être injecté de l'héroïne pendant leur détention dont les trois quarts en partageant leur seringue. À partir des déclarations d'UDIV récemment libérés, Turnbull et Stimson ont retrouvé, quant à eux, une prise de drogues par voie intraveineuse dans 21 % des cas en 1991³¹ et 36% en 1993³².

A.3. Injection à risques en prison

Dans son étude sur les facteurs de risques de contamination par le VHB et le VHC dans la prison de Victoria (Australie), Crofts a tenté d'estimer un nombre annuel théorique d'injections, compte tenu des données comportementales dont il disposait. À savoir que la moitié des UDIV de l'étude, considérés comme représentatifs des UDIV incarcérés en Australie, s'étaient injecté de la drogue en prison 5,5 fois en moyenne durant le mois précédent, et que tous avaient partagé leur seringue avec 1 à 4 autres détenus (sans savoir combien de fois cette seringue avait antérieurement été utilisée par d'autres UDIV - 100 fois ?). D'après Crofts, si la proportion globale d'UDIV incarcérés dans cette prison est de 46 % et que 45 % d'entre eux continuent à s'injecter de la drogue en prison entre 2,7 et 5,6 fois tous les mois, alors, entre 6 000 à 12 000 injections, ont lieu chaque année dans des conditions de multiples partages et réutilisation du matériel (que 83 % des UDIV disent désinfecter à l'eau de Javel contre 17 % à l'eau).

Enfin, dans cette étude, la prison apparaît comme un réel facteur d'exposition aux infections plus qu'un révélateur de comportements à risque antérieurs, puisque 18 % des UDIV de l'étude disent avoir partagé pour la première fois leur matériel en prison. Une étude de type focus groupe³³, portant sur deux petits échantillons de détenus de la prison de New York City²⁸ et d'ex-détenus, de la prison d'État de New York²², a cherché à décrire les pratiques d'injection et les pratiques sexuelles en prison afin d'en estimer les risques. Il ressort des entretiens semi-directifs conduits auprès des 50 détenus et ex-détenus que la consommation de drogue est une pratique courante en prison. Les produits auxquels les détenus ont recours (colle à sniffer, cocaïne, marijuana...) leur sont fournis de l'extérieur par le biais du personnel pénitentiaire, des visites ou du courrier. Pour les injections, le matériel est presque toujours partagé par un nombre

parfois considérable de personnes (dans cette étude et dans d'autres études canadiennes de ce type, plusieurs détenus parlent de "piquerie"). Il peut être également récupéré dans la poubelle de l'infirmerie ou être bricolé à partir d'éléments tubulaires d'ampoules électriques, d'embout de gonflage de ballon de basket, ou de stylo. L'eau de Javel, quand elle est utilisée, provient de l'extérieur (visite, personnel) ou des cuisines et des blocs sanitaires de l'établissement.

A.4. Initiation à l'injection en prison

Suite à l'épidémie de VIH survenue dans la prison de Glenochil, Sheila Gore a mené deux études épidémiologiques³⁴ sur 2 prisons écossaises (Glenochil et Barnilie) dans le but de caractériser les pratiques d'injection en prison. D'après l'auteur, respectivement 25 % et 6 % des UDIV à la prison de Glenochil et de Barnilie se seraient fait leur première injection en prison (18/72 et 20/319). Sheila Gore conclut que chaque année au sein des prisons d'Écosse, plus d'une centaine d'individus commencent une carrière d'injecteur dans un contexte à haut risque de partage de matériel et de contaminations infectieuses.

Dans leur étude à la prison de Liverpool, Bellis et ses collaborateurs montrent, de leur côté, que pour 22 % des UDIV ayant consommé de la drogue en intraveineuse en prison, il s'agissait de la première injection (8/36).

Enfin, l'étude multicentrique européenne³⁵ à laquelle 729 prisonniers des prisons de 5 pays différents ont participé en 1996, montre que dans 3 prisons (Ecosse, Allemagne, Suède) respectivement 4, 12 et 15 % des détenus ont déclaré que leur première injection de drogue avait eu lieu en prison.

B. Pratiques et risques sexuels en prison

L'activité sexuelle en prison semble constituer un facteur de risque moins important que l'injection en prison, même si, comparés à la population générale, les détenus libérés ont un plus grand nombre moyen de partenaires entre deux incarcérations³⁶. Selon l'enquête multicentrique européenne, 1 % à 2 % des détenus (toutes peines confondues) déclarent avoir eu des relations anales au cours d'un séjour en prison³⁵. Par ailleurs, certaines études font état de comportements homosexuels en prison chez des détenus qui s'identifient comme étant hétérosexuels. Dolan évoque en particulier le cas d'hétérosexuels ayant eu leur premier rapport homosexuel en prison³⁸.

Cependant, des études⁴ montrent qu'en Grande-Bretagne (Angleterre et pays de Galles), 20 à 30 % des détenus purgeant des longues peines pourraient avoir

des relations sexuelles à un moment ou à un autre de leur détention. L'Onusida⁴ fait également état de taux de pratiques sexuelles bien supérieurs dans certaines prisons : ainsi à Rio de Janeiro, une enquête menée en 1993 a révélé que 73 % des détenus masculins avaient eu des rapports avec d'autres hommes en prison. En Zambie, des chercheurs ont montré, en 1995, que 8,4 % des détenus de la prison de Kamfinsa disaient avoir eu des relations anales durant leur incarcération. En Nouvelle-Galles-du-Sud, une étude réalisée en 1994 a rapporté que 8 % des prisonniers avaient eu des relations sexuelles anales ou bucco-génitales en prison. Les rapporteurs ajoutent que le viol masculin n'est pas rare dans les prisons, et que dans ces conditions de recours à la force et de pénurie du préservatif, les risques de transmission à VIH sont élevés.

Une analyse des enjeux sous-tendant le viol en prison³⁷ laisse entendre qu'une partie de ces rapports sexuels sous la contrainte auraient une symbolique de rapport de force ("instrument de hiérarchisation entre détenus"), manière d'instaurer des rapports d'autorité virile basés sur la soumission et l'humiliation) qui les rend peu accessibles à une démarche de prévention. Selon les auteurs, les préservatifs, bien que nécessaires, resteraient dans ces cas-là une parade limitée contre les risques de contamination sexuelle par le VIH.

Les résultats de l'étude de type focus groupe new-yorkaise citée plus haut³⁸ sont tout à fait révélateurs de la réalité de pratiques et des risques sexuels en prison (sous réserve d'une sur-représentation de personnes à risques du fait du faible échantillon et du mode de recrutement). D'après les personnes interrogées (33 % de séropositifs au VIH, et 44 % d'UDIV), il s'avère que des rapports sexuels ont lieu entre détenus hommes (de type oral, anal ou masturbatoire, plus souvent sous la contrainte que ce n'est le cas chez les femmes, non nécessairement entre hommes s'identifiant comme homosexuels), entre détenues femmes (de type oral, vaginal et anal avec utilisation et partage de godemichés, masturbatoire), entre surveillants hommes et détenues femmes (sur un mode plus ou moins consentant, souvent pour bénéficier d'une protection et/ou d'avantages en nature : produits de consommation, petits services), plus rarement entre surveillantes femmes et détenues femmes. L'utilisation de préservatif est souvent impossible, les femmes n'y ayant pas droit (certaines d'entre elles utilisent des gants en plastique ou des morceaux de nappe en plastique) et les hommes, qui y ont théoriquement droit, n'osant pas en réclamer, du fait de l'homophobie ambiante et de la crainte de représailles (certains préfèrent recourir au doigt de gant de plastique et au savon).

Tableau I : Usage de drogues, indicateurs de risques et réduction des risques (RDR) en prison

	INDICATEURS DE RISQUES EN PRISON							STRATEGIE DE REDUCTION DES RISQUES EN PRISON								
	Tx HIV	HIV pc/pg	Tx HVC	Tx HVB	% UDIV 1	% usage drog ²	Tx de partage ³	Méthadone	Préservatifs	Javel	PES	USD 4	Dosage Urin	Educ/info	Discrimi HIV	Dépistage HIV
Allemagne	1,2-8 % pc	98	22% pc	?	10-40%	49-50%	50-75%	sevrage	OUI	OUI NS	1 prison	OUI		OUI ++	OUI	Systématique
Basse-Saxe	0,047 % pg				60%	Plus élevée	Plus élevée	substitution		NON	2 prisons					Volontaire
Danemark	7 % pc 0,107 % pg	70	?	>> 7 %	25-33 %	?	?	Parfois substitution	OUI	Parfois	NON	NON	?	OUI (dont eau = désinfect)	NON	Volontaire ?
Belgique	1 à 2 % pc 0,064 % pg	15-30	4,4 %	4,4 %	50 % (Anvers)	?	?	Parfois sevrage	OUI	OUI	NON	NON	?	?	?	?
Italie	14 % pc 0,247 % pg	56	19 % pc (ENHAPP)*	?	25-31 %	19-32 %	?	Parfois sevrage	NON	OUI (NS)	NON	OUI	?	OUI	NON	Volontaire
Espagne	34 % pc 0,495 % pg	68	4-9 %	26-53 %	35 %	44 %	?	Souvent substitution	OUI	OUI (S)	NON	NON	?	OUI ++	?	?
Pays-Bas	22 % pc 0,071 % pg	309	?	?	45-48 %	3-33 %	0-7 %	Parfois sevrage	Parfois	OUI (NS)	NON	OUI	OUI	Détenus et surveillants	NON théoriquement	A la demande
Suisse	3,5-12,5 % pc 0,257 % pg	13-48	?	?	40-50 %	25-70 %	50 %	Souvent substitution	OUI	Parfois	3 prisons	?	OUI (sauf cannabis)	OUI ++	?	?
Angleterre	0,5-1 % pc	?	?	8 %	10 %	16-51 %	60-75 %	Parfois substitution	NON	NON	NON	?	OUI	OUI ++	NON	Volontaire
Écosse	7-15 % pc	?	?	?	30-40 %	18-27,5 %	66-75 % (voire 100 %)	Parfois sevrage	NON	OUI (S)	NON	NON	OUI	Détenus et surveillants	NON	Volontaire
France	2,7 % pc 0,273 % pg	10	25-36 %	8-75 %	20-30 %	13-15 % (ENHAPP)*	50-66 % (ENHAPP)*	Parfois substitution	OUI +/- facile	OUI (NS)	NON	NON	OUI	OUI	NON	Volontaire
Suède	2,2 % pc 0,047 % pg	46	?	58 %	25-40 %	57-67 % (ENHAPP)*	75 % (ENHAPP)*	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI +	?	NON	Systématique/ Volontaire
Australie	0,6 % pc <0,4 % pg	1,5	37-67 %	> 50 %	36-75 %	36-46 %	33-67 %	Parfois substitution	rarement	OUI	NON	NON	?	Détenus et surveillants	PARFOIS	Obligatoire à entrée et sortie
États-Unis	2,3 % pc 0,3 % pg (92)	7,5	32-38 %	?	25 %	40-80 %	?	Rarement 1 état	Parfois	NON	NON	NON	?	OUI ++	PARFOIS	Systématique/ Volontaire
Canada	1,1-7,2 % pc 0,1 % pg (94)	11-72	28-40 %	?	?	30-50 %	?-90 %	Rarement	OUI +/- facile	Parfois	NON	NON	OUI	Détenus et surveillants	NON	Systématique/ Volontaire

1 : Nombre d'usagers de drogues incarcérés/nbr total de détenus à un moment donné

2 : Nombre d'usagers poursuivant une consommation de drogues intraveineuse en prison/ nbr d'usagers de drogues incarcérés à un moment donné

3 : Nombre d'usagers partageant leur seringue/nb d'usagers poursuivant une consommation de drogues intraveineuse en prison à un moment donné

4 : Unité sans drogue

* : European Network on HIV/AIDS Prevention in Prison

pc : population carcérale

pg : population générale

S : Eau de Javel distribuée pour usage spécifique seringue avec mode d'emploi.

NS : Eau de Javel distribuée pour usage spécifique

C. Pratiques et risques liés au tatouage et au piercing

Quelques études ont clairement établi la possibilité de transmission du VHC³⁹⁻⁴⁰ et du VHB⁴¹⁻⁴² par le tatouage ou le piercing⁴³ en documentant très sérieusement des cas de contaminations liés à ces pratiques. En revanche, même si l'on sait que le risque théorique n'est pas nul, il y a peu de données sur les risques de contamination au VIH par le tatouage. Certaines études comme celle menée auprès de détenus dans un centre de détention du Québec⁴², ont plutôt tendance à ne pas retrouver d'association significative entre tatouage en prison et séropositivité au VIH.

En termes de fréquence, environ 20 % des prisonniers interrogés lors de l'étude multicentrique européenne³⁵ déclarent avoir été tatoués en prison au cours de leur vie. En outre, cette pratique serait significativement plus élevée parmi les UDIV qui tendent à cumuler ainsi les risques infectieux (29 % chez les UDIV vs 16 % chez les non-UDIV). En effet, quel que soit le pays considéré, les détenus concernés ajoutent n'avoir jamais utilisé de matériel à usage unique ni recouru à des méthodes de désinfection correcte du matériel (eau chaude ou chauffage à la flamme).

Dans l'étude de Crofts¹³ sur les facteurs de risques infectieux chez les détenus d'une prison à Victoria (Australie), 33 des 55 UDIV interrogés portaient de multiples tatouages, dont 20 avaient été tatoués au moins une fois en prison, 5 plus de 50 fois, et 3 plus de 200 fois. Le matériel utilisé en prison allait de l'aiguille à coudre au rasoir électrique, la plupart du temps après avoir déjà servi (84 %). Souvent, l'encre à tatouer avait été utilisée par plusieurs personnes qui se servaient dans le même encrier. Pour expliquer leur pratique de tatouage, les détenus évoquaient l'ennui, la pression des autres détenus, et/ou le besoin d'être perçu comme "cool" et "intégré". La plupart de ces UDIV tatoués s'étaient fait également percer la peau (nez, oreilles, seins) dont seulement 6 par un professionnel. Ceux qui n'avaient pas eu recours à un professionnel s'étaient percé, la peau, seuls ou aidés d'un autre UDIV, avec une aiguille à coudre, des pin's, ou un morceau de grillage en cuivre, soit en ne prenant aucune précaution, soit en chauffant l'aiguille, soit en la désinfectant ou en l'essuyant.

Concernant les autres motivations des détenus à se faire tatouer, l'Onusida⁴ cite les pratiques de fraternité par le sang, rendant insuffisante la seule désinfection ou utilisation de matériel propre pour réduire les risques infectieux, et souligne ainsi l'importance de l'information dans ce cas particulier.

III. Stratégies de réduction des risques en prison

En plus de restaurer un lien entre le sanitaire et le social⁹, l'incarcération pourrait offrir l'occasion d'informer, d'éduquer et de traiter les UDIV détenus, ceci d'autant plus opportunément qu'il s'agit d'usagers généralement à haut risque de contamination, n'ayant pas recours aux structures d'aide et de réduction des risques à l'extérieur^{8,12,44}. Par ailleurs, compte tenu de la potentialisation des risques infectieux en rapport avec la détention, la majorité des auteurs s'accordent à penser qu'il est nécessaire, à la fois du point de vue des usagers de drogues et de celui des non-usagers avec lesquels ils peuvent être en contact, d'impulser des actions pour réduire les risques infectieux lors de l'incarcération. Cependant, au-delà des aspects purement légaux (interdiction d'objet dangereux en détention, répression de l'usage de stupéfiants), la question des représentations en prison, "caisse de résonance" des fantasmes et des a priori de la société, rend bien plus difficile encore l'introduction et la généralisation de telles initiatives.

A. Gestion des risques relatifs à la drogue

Schématiquement, on distingue, en prison comme à l'extérieur, 2 catégories d'actions pour lutter contre les risques liés à l'usage de drogue (voir tableau II), l'une relevant d'un abord répressif (lutter contre la consommation de drogues), l'autre cherchant plutôt à réduire les conséquences de cette consommation (gérer les risques liés à l'usage).

A.1. Outils de lutte contre la drogue en prison

Contrôle urinaire obligatoire

S'inspirant de l'exemple nord-américain, des tests de détection urinaire des toxiques sont réalisés aléatoirement chez les détenus de toutes les prisons d'Angleterre et des pays de Galles depuis mars 1996. Dans une étude présentée lors de la dernière conférence internationale sur le sida, des chercheurs anglais ont cherché à évaluer l'intérêt et la rentabilité de ce dispositif alors qu'il n'était encore testé à titre expérimental que sur 7 prisons⁴⁵. Après avoir rappelé que, pour être représentatifs, ces tests devaient concerner un nombre minimum de détenus et être répétés dans le temps, condition méthodologique non négligeable en termes économiques puisqu'en

moyenne, le coût mensuel de ce programme dans une prison de 500 détenus s'élève entre 200 000 et 250 000 FF (équivalent de l'enveloppe santé dans ces prisons), les auteurs concluaient que ce dispositif pouvait au moins servir à détecter les changements éventuels que sa mise en place dans les prisons était susceptible d'entraîner. Si ces changements consistaient en une diminution globale de la consommation de drogues illicites et des conduites agressives des détenus entre eux et à l'encontre des surveillants (comme c'était le cas sur certains sites de l'évaluation), le dispositif de dépistage pourrait être considéré comme bénéfique et son coût amorti par son efficacité. En revanche, si, comme c'était le cas sur certains autres sites, les changements observés traduisaient une augmentation des risques liés à l'usage comme l'accroissement de la consommation des drogues dures au dépend du cannabis, du fait de leur moindre détectabilité (héroïne et cocaïne dépistables pendant 3 jours en moyenne contre plusieurs semaines pour le cannabis), il faudrait remettre cette stratégie en question, tout au moins discuter l'intérêt du dépistage du cannabis (cher, détectant un produit n'exposant à aucun risque particulier, mais dont la positivité est sanctionnée comme les drogues dites dures).

Une autre étude menée peu après dans les prisons écossaises de Lowmoss et d'Aberdeen⁴⁶ conclut que les dépistages urinaires, qui y sont pratiqués 5 jours sur 7 sous-estiment largement le nombre d'UDIV incarcérés (dans une proportion d'un tiers, voire deux) et donc les besoins d'outils de réduction des risques des détenus du fait de la courte durée de détectabilité de l'héroïne (pour réduire les risques de dépistage positifs, les UDIV détenus s'injectent plutôt le week-end).

Unités sans drogues

Aux Pays-Bas⁴⁷, où 50 % de la population carcérale a des antécédents de toxicomanie dure, les unités sans drogue existantes sont censées offrir aux détenus dépendants (UDIV, alcooliques) volontaires et motivés, une prise en charge intracarcérale particulière. Les objectifs de ces USD sont d'abord de protéger les UDIV qui le désirent d'une confrontation possible à la drogue durant leur détention, par l'isolement et des propositions d'activités multiples. Il y a également une intention de soins et de réinsertion à plus long terme à travers l'instauration de soins spécifiques assurés par une équipe polyvalente spécialisée (acteurs de soins, travailleurs sociaux et surveillants) et la recherche d'une continuité de la prise en charge à la libération. L'évaluation de 2 de ces USD entre 1991 et 1993, portant sur 178 UDIV héroïnomanes et cocaïnomanes, a montré un moindre recours aux drogues durant l'incarcération sous le régime du

contrôle urinaire obligatoire (jugé indispensable par les auteurs), et une réelle continuité de la prise en charge médicosociale de ces détenus (42 % vs 8 % chez les autres UDIV incarcérés). Cependant, les auteurs ne relèvent pas de différence notable à long terme quant à l'abus de drogue, la récidive délinquante et l'exclusion sociale.

Dans le même esprit, les prisons suédoises⁴⁸ proposent aux 30 à 40 % d'UDIV qui y sont régulièrement détenus un isolement (avec contrôle urinaire obligatoire) et une prise en charge plus adaptée à leur problème de dépendance. Ce dispositif, qui vise également à protéger les détenus non-UDIV des UDIV, repose sur le volontariat et offre, en plus de soins et d'activités diversifiées (dont l'éducation à la réduction des risques), la possibilité de passer moins de temps en cellule (sorties, permissions) et de recevoir plus de visites familiales. Les sevrages initiés en prison peuvent parfois être poursuivis à l'extérieur, en institution ou en famille, et entraîner une libération anticipée. Le plus ancien programme suédois de ce type (6 quartiers de 12 détenus et une unité prélibération de 15 détenus), qui fonctionne depuis 1978 dans la prison d'Österaker⁴⁹ propose aux UDIV volontaires et rigoureusement sélectionnés (anamnèse détaillée, contrôles urinaires obligatoires, signature d'un contrat) un plan de traitement individuel, encadré par des horaires stricts (7h-17h, 5j/7j), requérant une participation active des intéressés à des activités culturelles et récréatives, à des réunions et des actions de prévention dans les écoles sur le thème de la drogue et de l'addiction. Lors de séances de thérapie de groupe, les UDIV analysent et commentent les diverses situations à risques auxquelles ils ont été confrontés à l'extérieur (avant leur détention et durant leurs permissions) ainsi que les moyens d'y faire face. En plus de recevoir 6 heures de visites familiales pendant les week-ends, la plupart d'entre eux peuvent bénéficier d'un placement dans des familles d'accueil, 7 à 10 mois avant leur libération effective.

L'évaluation de ce programme, menée sur 2 ans à partir du suivi des UDIV libérés, fait état de taux de réussite (pas de récidive délictueuse) entre 50 à 70 % (contre des taux de récidives observés chez les UDIV n'ayant pas suivi ce type de programme de l'ordre de 50 %). Bien que ces résultats soient régulièrement mis en doute (que recouvre le succès annoncé en termes de soins, de réinsertion et de sortie de la toxicomanie ?), les auteurs concluent à l'efficacité de ce programme, sous réserve d'un contrôle environnemental sans faille dans la prison (nécessité d'un travail d'équipe, contrôles urinaires indispensables, qualité des relations entre UDIV, personnels soignants et surveillants, importance des rapports de confiance,

implication et insertion effectives des institutions et familles d'accueil concernées dans le plan de traitement individuel). En termes de rentabilité, ils ajoutent que l'économie engendrée par les faibles taux de récidives compense les coûts importants de ces programmes (mobilisation de personnels et de moyens plus élevée que dans les autres prisons).

Au total, il semble qu'à travers les exemples présentés ci-dessus, les USD, comme d'ailleurs les contrôles urinaires tels qu'ils sont habituellement réalisés, soient des dispositifs très coûteux et très lourds à mettre en place, pour un bénéfice discutable en terme d'efficacité.

A.2. Réduction des risques liés à l'usage de drogues

Eau de Javel

Eu égard aux fortes probabilités de contamination par le VIH, le VHB et le VHC en prison, l'accès à un désinfectant efficace semble constituer l'option minimale de réduction des risques en prison.

En Europe, les prisons de 9 pays sur 32 délivrent de l'eau de Javel (28 %), de façon assez variable au sein d'un même pays⁴. L'un des obstacles à sa distribution est que l'eau de Javel, en plus de constituer un outil de réduction des risques supposant la reconnaissance de pratiques d'injection en prison, pourrait être utilisée comme un moyen d'agression de soi ou des autres détenus et surveillants, bien qu'à ce jour, aucune publication ne mentionne d'incidents de ce type². Quand elle est accessible, l'eau de Javel n'est pas toujours dosée à des concentrations efficaces, et pratiquement jamais accompagnée d'un mode d'emploi, sauf en Suisse ou en Espagne, par exemple, où elle est distribuée dans un kit pharmacie avec des recommandations écrites.

Dans la prison de Malsqui (Canada), où les auteurs ont recensé a posteriori des pratiques de tatouage chez 57 % des répondants, de piercing chez 21 % d'entre eux et d'injection de drogue chez 50 % d'entre eux, un programme pilote de distribution d'eau de Javel (avec le support d'une vidéo explicative) initié en 1994² a fait l'objet d'une évaluation portant sur l'efficacité, la sécurité et la faisabilité de ce type d'action. Il s'avère que 45 % des participants à l'étude ont utilisé l'eau de Javel pour désinfecter le matériel d'injection, et plus précisément que 84 % des UDIV qui s'injectaient en prison l'ont utilisée systématiquement avant injection. Par ailleurs, 2/3 des 40 % de surveillants qui ont participé à l'étude ont approuvé cette action, que les autorités fédérales ont finalement décidé d'étendre à l'ensemble des prisons canadiennes dans l'année qui a suivi. Les auteurs

concluent donc à l'intérêt de ce programme en recommandant que soient respectées un minimum de conditions comme la formation et l'information des personnels pénitentiaires, une accessibilité facile et discrète des détenus à l'eau de Javel et la délivrance de recommandations pour une utilisation efficace.

Concernant la fréquence du recours à l'eau de Javel, l'étude de S. Gore réalisée sur les prisons de Lowmoss et Aberdeen du 11 au 30 octobre 1996⁴⁶ a montré que 71 des 112 UDIV (64 %) qui continuaient à s'injecter en prison avaient utilisé les comprimés d'eau de Javel mis à leur disposition de manière quasi systématique (258 utilisations pour 207 injections à Lowmoss et 221 utilisations pour 229 injections à Aberdeen).

Enfin, rappelons qu'au-delà des problèmes de faisabilité des programmes eau de Javel en prison et des limites de leur efficacité liées au manque de compliance des usagers (même après information) et aux réutilisations intensives du même matériel, une incertitude demeure quant à la réalité et aux conditions de l'efficacité de l'eau de Javel sur le VHB et VHC.

Dépistage anonyme et volontaire

De nombreuses études épidémiologiques⁵⁰ insistent sur l'importance du dépistage VIH (et VHB), à la fois pour une meilleure connaissance de la situation (prévalence VIH/sida) et des risques infectieux (incidence, cas de contamination intracarcérale⁵⁰) en prison, et dans une optique de prise en charge et de réduction des risques infectieux lors de la détention. Dans la pratique, plusieurs écueils se présentent, qui vont de l'inefficacité (trop peu de nouveaux cas pour un dispositif lourd et coûteux à gérer) et du caractère non-éthique (obligatoire, sans garantie de confidentialité et de prise en charge en cas de séropositivité VIH) des dépistages instaurés à titre systématique, aux biais de participation des dépistages volontaires parfois proposés en dehors de tout suivi (pas de pré-post counselling) dans un contexte de discrimination potentielle ("biais de stigmatisation"). Dans son étude portant sur 32 pays d'Europe, le réseau européen, rien qu'en recensant les exemples officiels de discriminations à l'encontre des détenus séropositifs au VIH, cite des cas d'exclusion d'atelier de travail dans les prisons de 7 pays et de la cuisine dans 18 pays⁴, (sans parler des attitudes plus violentes vis-à-vis des détenus séropositifs au VIH de la part des surveillants ou des codétenus).

Les conclusions du rapport canadien sur le VIH en prison² préconisent donc un accès accru au dépistage, volontaire, précédé et suivi d'un entretien personnalisé, dans des conditions garantissant la confidentialité, la non-discrimination et une prise en charge de qualité des séropositivités au VIH (et des malades du

sida). Pour les Canadiens, cet accès au dépistage, assuré par des personnels qualifiés et neutres, doit s'inscrire dans une stratégie d'action globale reposant sur la formation et l'éducation des détenus et des personnels, l'élaboration de procédures en vue de protéger les soins médicaux prévoyant des cas exceptionnels de divulgation (décision de libération, menace pour codétenus et personnels de prison).

Prise en charge médicale de la dépendance

Pour certains auteurs⁶, les traitements de maintenance à la méthadone constituent sans doute les meilleures actions de prévention qui puissent s'imaginer en prison, même si encore peu de pays les y ont introduits (5 en tant que traitement de substitution, 7 en tant que traitement du sevrage). La méthadone peut être prescrite à des fins de désintoxication, visant l'arrêt de l'usage de drogue, ou lors de période de pré-libération dans le but de favoriser des liens vers l'extérieur et à pérenniser ainsi la prise en charge initiée en prison².

Etant donné que la majorité des UDIV sont plus concernés par la prison que par la méthadone, la détention apparaît à certains comme une occasion privilégiée d'initier des traitements de substitution chez des usagers qui n'en bénéficient pas à l'extérieur. Ceci semble d'autant plus indiqué que la méthadone diminuant la fréquence des injections et des actes délinquants, ce type d'initiative peut réduire les risques de récidive en plus des risques infectieux, cassant en quelque sorte le cercle vicieux toxicomanie/surpopulation UDIV incarcérés/risques infectieux. Mais, les obstacles à l'introduction de la méthadone en prison sont nombreux. D'abord, on ne dispose que de peu de données d'évaluation sur la dispensation de méthadone en prison. Ensuite, comme c'est encore le cas à l'extérieur, il y a un a priori tenace qui fait que la majorité des personnels pénitentiaires mettent sur le même plan usage de drogue et maintenance à la méthadone : la méthadone est un stupéfiant dont la prescription contrevient à l'éthique d'abstinence prônée généralement par les autorités pénitentiaires. Enfin, les autorités pénitentiaires redoutent la lourdeur logistique des opérations en rapport avec la mise en place et le fonctionnement de programmes méthadone en prison.

Une étude espagnole⁵¹ portant sur 123 patients en traitement depuis 6 mois dans le premier programme expérimental de maintenance à la méthadone dans la prison de "Modelo" (Catalogne) a tenté d'évaluer l'impact de ce dispositif sur les risques liés à l'usage de drogue. Les critères d'inclusion des patients étaient

l'existence d'un traitement à la méthadone lors de l'incarcération et/ou l'existence d'une instabilité psychique et/ou l'existence d'un sida déclaré. Quand la dose moyenne de méthadone prescrite par jour et par usager était supérieure à 50 mg, les auteurs ont observé une plus grande responsabilité sociale et une moindre instabilité psychomotrice des UDIV traités. En termes de risques, ces modifications générales du comportement se traduisaient par une nette réduction des overdoses, une diminution des pratiques d'injection de drogues et une baisse significative du partage de matériel en cas de poursuite de l'injection. En revanche, pour une posologie quotidienne inférieure à 50 mg/j, les auteurs ont constaté une reprise significative de l'usage de drogues à une fréquence et un niveau de risques équivalente à ceux observés en dehors de toute prescription de méthadone. Les résultats de cette expérimentation, accueillie favorablement par la majorité des surveillants, ont abouti au maintien du programme méthadone dans cette prison avec un renforcement de l'équipe soignante (assistante sociale, psychologue) et un élargissement des critères d'inclusion aux UDIV séronégatifs et au UDIV séropositifs au VIH avec un taux de CD4<100. En outre, une unité-dispensaire intermédiaire, située en dehors de la prison et réservée aux UDIV libérés sous méthadone, a été créée avec le soutien du ministère de la Santé pour pallier transitoirement la pénurie de place dans les programmes méthadone extérieurs. Enfin, la prescription de méthadone à effet retardé (LAAM) depuis 1995 permet d'inscrire dans le programme environ 2 fois plus d'usagers en utilisant les mêmes locaux et les mêmes personnels (compte tenu de la réduction du nombre de prise hebdomadaire de méthadone).

En Australie, l'évaluation des programmes méthadone des prisons de Nouvelle-Galles-du-Sud proposés aux détenus déjà sous traitement avant d'être incarcérés (600 places pour 2 000 demandes) semble également montrer une réduction des injections et du partage des seringues, et une diminution des contaminations. En comparant deux groupes d'UDIV détenus, Dolan⁵² a en effet montré que les UDIV qui avaient reçu un traitement à la méthadone en prison s'injectaient moins et partageaient moins que les UDIV non traités, sous réserve que la méthadone ait été délivrée continuellement pendant toute la période d'incarcération à des doses supérieures à 60 mg. Les auteurs ajoutent que la substitution médicale en prison, en réduisant les tensions et l'instabilité des UDIV, diminue également l'anxiété des surveillants (c'est-à-dire dès qu'ils ont reçu une information claire et nuancée sur les effets de la méthadone).

Quelles que soient les évaluations, il semble que les posologies minimum efficaces de méthadone en prison sont globalement plus importantes qu'à l'extérieur et qu'elles ne font pas non plus l'objet d'une réduction progressive dans le temps, comme c'est parfois le cas dans les centres spécialisés. Pour S. Gore, le problème des doses de méthadone délivrées en prison ne se pose effectivement pas dans les mêmes termes qu'à l'extérieur, puisque l'objectif principal est de réduire les pratiques d'injection plus que d'aboutir à un sevrage complet.

Autres traitements médical de l'usage de drogue

L'offre de traitement pour les usagers de drogues dans les prisons de Catalogne⁵¹ comprend également des programmes de prescription de médicaments pour lutter contre les symptômes de manque, des traitements avec des opiacés antagonistes (Naltrexone) et un régime de traitement fonctionnant sous la forme de communauté thérapeutique (identiques à celles qui existent à l'extérieur de la prison).

En Suisse, où depuis 1995 de l'héroïne est médicalement délivrée à plus de 1000 usagers avec des effets sur la criminalité et sur la santé qui semblent intéressants, un projet d'entretien à l'héroïne a été expérimenté dans la prison d'Oberschönggrün de septembre 1995 à décembre 1996². Les 8 détenus inclus dans ce projet devaient être âgés de plus de 20 ans, avoir été dépendants à l'héroïne depuis plus de 2 ans, avoir déjà subi un traitement sans succès, présenter des "déficiences dans la sphère sociale" et avoir un temps encore suffisamment long à purger dans la prison. Ces UDIV, qui s'injectaient de l'héroïne 3 fois par jour sous contrôle médical, vivaient dans une unité séparée, travaillaient 7 jours sur 7, dès 5 h 30 du matin et participaient régulièrement à des discussions de groupe et à des séances de counselling psychosocial. Bien qu'aucune évaluation à long terme de cette expérience ne soit encore disponible, il semble que les participants aient, en augmentant considérablement leur performances au travail sans jamais poser de problèmes, suscité l'assentiment général du personnel pénitentiaire. De leur côté, les UDIV de l'étude ont apprécié la qualité du soutien médico-psychologique, mais ont également fait part de leur crainte de voir leur dépendance à l'héroïne augmenter ou de se retrouver dans une situation pénible à la fin du projet.

Vaccination contre l'hépatite B

Selon l'étude multicentrique européenne⁵⁵, la vaccination contre le virus B est peu rapportée par les détenus dans les prisons européennes bien que

beaucoup d'entre eux, qui semblent plus concernés par le problème des hépatites virales que du VIH, la réclament.

En France, un programme de vaccination contre l'hépatite B s'est déroulé de mars à décembre 1995 à la prison des Baumettes⁵³. Sur les 391 détenus ayant participé à l'étude, 292 qui n'avaient aucune trace de contact ou d'infection par le VHB se sont vu proposer une vaccination contre l'hépatite B. Sur les 252 qui ont accepté (refus 2 fois plus important chez les UDIV), seulement 175 ont reçu la série de 3 doses immunisantes sur 3 mois (70 ayant été transférés ou libérés, 33 ayant finalement refusé avant la première vaccination, et 14 à la deuxième ou troisième). Après analyse et évaluation du programme, les auteurs ont conclu à la faisabilité, à l'acceptabilité et à l'intérêt d'une immunisation contre l'hépatite B en prison, tout en souhaitant la mise au point de protocoles vaccinaux plus courts.

Dans les prisons d'Angleterre et du pays de Galles, cette immunisation est théoriquement proposée aux détenus (et aux surveillants) qui en font la demande. En Ecosse, une étude de S. Gore⁴⁶ a évalué à 4 % le taux vaccination contre l'hépatite B chez l'ensemble des détenus des prisons de Lowmoss et d'Aberdeen, et, en Australie, N. Crofts a retrouvé des taux similaires (5 %) dans la prison de Victoria¹⁶, en précisant que cela représentait 4,5 % des UDIV incarcérés.

Accès aux seringues

Excepté de rares cas (3 en Suisse, 3 en Allemagne), et bien que cela soit sérieusement à l'étude en Espagne et en Australie², aucune prison du monde ne propose actuellement de distribuer des seringues stériles aux détenus. L'argument le plus couramment mis en avant est la contradiction essentielle entre cette mesure de réduction des risques (reposant sur la tolérance de l'usage de drogue) et son contexte de mise en œuvre (la prison, où les UDIV sont détenus pour des raisons liées plus ou moins directement à l'usage de drogues). Les associations de réduction des risques²⁴ dénoncent, de leur côté, une autre contradiction qu'elles estiment tout aussi fondamentalement exister entre la loi qui, par faute de moyens efficaces, expose les UDIV incarcérés à un risque de contamination par le VIH, le VHB et le VHC, et l'éthique, au nom de laquelle ces UDIV devraient pouvoir bénéficier des mêmes mesures de prévention qu'à l'extérieur (ce d'autant plus qu'en cas de poursuite des injections en prison, les risques infectieux y sont plus important qu'à l'extérieur).

Parmi les autres raisons opposées à l'introduction de seringues stériles en prison⁶, il y a, comme c'est le cas à l'extérieur mais de façon particulièrement amplifiée, la crainte qu'une telle mesure accroisse le nombre

d'injecteurs incarcérés, en incitant des UDIV qui se seraient autrement abstenus, voire des détenus non-UDIV, à consommer de la drogue par voie intraveineuse. Dans leur ensemble, les administrations pénitentiaires estiment, de surcroît, que la distribution de seringues revient littéralement à "armer les détenus" qui peuvent s'en servir pour menacer ou agresser les surveillants ou leurs codétenus, bien que cela ne se soit qu'exceptionnellement produit (1 cas recensé dans la littérature internationale d'utilisation d'une seringue détenue clandestinement par un UDIV comme arme en prison aux États-Unis).

Malgré la quasi universalité de cet argumentaire, plusieurs expériences de mise à disposition de matériel stérile en prison ont été initiées depuis quelques années en Suisse et en Allemagne. La première distribution de seringues en prison a eu lieu officiellement dans le centre pénitencier d'Oberschöngren (canton de Solothurn, Suisse) en 1995, sous l'impulsion indépendante du médecin de la prison, excédé par l'absence dramatique d'outils de réduction des risques à proposer aux 25 % UDIV détenus qui continuaient à s'injecter en prison^{2,10}. Soutenue secondairement par le directeur de la prison, cette initiative, qui se poursuit depuis 2 ans à Oberschöngren, suscita de la part des autorités cantonales de Berne la mise en place pour un an d'un programme expérimental de réduction des risques dans la prison de femmes de Hindelbank (110 détenues ayant reçu à leur entrée en prison une seringue stérile sans aiguille) comportant, outre un accès facilité aux préservatifs et la constitution de petits groupes de discussion, la distribution unitaire d'aiguilles stériles (en échange des seringues usagées) par le biais d'automates (6) ou du service médical de la prison. D'un point de vue réglementaire, si la possession de matériel d'injection n'était pas sanctionnée, la détention et/ou la consommation de drogues objectivées lors de fouilles et de tests urinaires faisaient toujours l'objet de sanctions disciplinaires.

Durant 12 mois, 5 335 seringues furent ainsi échangées (0,2 seringue/détenue/jour). L'impact de ce programme sur le niveau de risques VIH et VHB et la consommation de drogues fut évalué au cours d'une série de 4 entretiens semestriels. Il en ressort tout d'abord que la proportion des UDIV actifs en prison (héroïnomanes et cocaïnomanes) est demeurée stable (40 %), comme le taux des injecteurs parmi ces UDIV (70 %). En revanche, le taux de partage a régulièrement chuté, passant de 50 % (8/19) à J0 à pratiquement 0 % (1/19) à J 365. Aucune séroconversion au VIH ou au VHB n'a été observé pendant cette période, ni aucun abcès ni aucun acte violent. Devant ce constat (et malgré les faibles effectifs de l'étude),

les autorités ont décidé la poursuite du programme dans son intégralité.

Les promoteurs du projet d'Hindelbank ont conclu qu'en matière de RDR en prison, les recommandations des ONG étaient de peu de poids mais que la position (et l'indépendance) des autorités sanitaires était d'une grande importance dans l'énoncé des problématiques et des propositions qu'elles appelaient, tout comme la consultation et l'implication des personnels de prison dans la décision de passer à l'action.

Après Hindelbank, d'autres programmes d'échange de seringues ont vu le jour en Suisse dans une prison d'hommes à Genève (depuis le 1^{er} mars 1996) ainsi qu'en Allemagne dans la prison de femmes de Vechta (depuis le 15 avril 1996), dans la prison d'hommes de Hambourg (depuis le 1^{er} mai 1996), et dans la prison d'hommes de Lingen (depuis le 15 juillet 1996), mais à ce jour, nous n'avons pas retrouvé de publications évoquant de près ou de loin l'évaluation de ces PES.

Éducation/information

Dans son étude portant sur 32 pays d'Europe, le réseau européen montre que dans 61 % des pays une information est proposée aux détenus : matériel écrit dans 29 cas sur 32, groupes de discussion dans 26 cas sur 32, counselling dans 16 cas sur 36, méthode audiovisuelle dans 20 cas sur 32, théâtre au Danemark, pharmacies de poche avec information en plusieurs langues distribuées en Suisse⁴.

Comme cela a déjà été dit, une information sur le VIH/sida doit idéalement être délivrée à toute personne en rapport avec la prison : les détenus, bien sûr, mais aussi les personnels de prison, voire même pour certains auteurs, les visiteurs.

Concernant l'information chez les détenus, il ressort des focus groupes de Mahon⁴⁴ que ceux-ci préfèrent la recevoir d'une personne, plutôt que d'un manuel ou d'une vidéo. Par ailleurs, vu la grande diversité des origines et des profils des détenu(e)s incarcéré(e)s, il est préférable de cibler l'information, ce qui sous-entend une connaissance des différents contextes culturels où les risques qu'on cherche à réduire sont pris. Un counselling prélibération, abordant des situations à risques précises et concrètes, peut permettre de refaire un point au moment où les risques sont importants.

Dans l'idéal, l'accès à l'information et aux différents moyens/structures de prévention devrait se poursuivre en continuité avec l'incarcération, ce qui suppose une collaboration organisée et cohérente entre les services administratifs et sanitaires de la prison et les institutions et associations extérieures, spécialisées dans la lutte contre le VIH.

En plus de montrer qu'une information dispensée par des professionnels peut diminuer le niveau de prise de

risques chez les UDIV détenus⁴⁴, de nombreux auteurs soulignent l'intérêt des programmes de promotion par les pairs. Le rapport canadien² parle d'inciter les détenus, en leur donnant les moyens, à élaborer leur propres programmes d'information et de counselling en liaison avec des professionnels de la prévention du VIH, extérieurs à la prison pour certains.

Les auteurs de ce rapport citent ainsi un programme pilote d'éducation par les pairs mené au Canada en 1995, au sein duquel des détenus étaient sélectionnés et formés pendant 4 semaines (6h/jour) pour devenir éducateurs responsables de la prévention VIH/sida. Tous les détenus sélectionnés ont suivi la formation dans son entier, et ont ensuite organisé des sessions d'information pour les autres détenus. Ces sessions dispensées par les pairs ont été évaluées et ont montré selon une méthode de type KABP (knowledge, attitude, beliefs, practices) qu'elles avaient un véritable impact sur le niveau d'information des autres détenus.

B. Gestion des risques sexuels

Lors de sa dernière étude, le réseau européen a recensé 24 prisons où des préservatifs étaient proposés à des moments variables selon les pays : en semi-liberté (16/32), en détention (22/32), les visites conjugales (14/32) et la libération (17/32)⁴. Hormis le Canada, la disponibilité de cet outil de réduction des risques est bien moindre dans les pays Anglo-Saxons (États-Unis d'Amérique, Australie, Angleterre, Écosse), où il est soit peu soit pas du tout, proposé aux détenus. Quels que soient les pays, l'accès aux préservatifs semble être rarement aussi facile et discret que le recommandent les divers rapports ou documents officiels qui en autorisent ou préconisent la distribution en prison. Il arrive ainsi que, malgré une disponibilité institutionnelle, l'utilisation de préservatifs demeure quasiment impossible, soit que les détenus n'osent pas en réclamer du fait de l'homophobie ambiante et de la crainte de représailles^{6,33}, soit que les rapports sexuels se déroulent dans un contexte de contrainte inaccessible à la prévention.

Compte tenu de la réalité des rapports sexuels en prison, et du risque élevé de transmission de maladies qu'ils comportent, "l'Onusida estime qu'il est vital que les prisonniers aient facilement et discrètement accès à des préservatifs ainsi qu'à des lubrifiants. Cela doit être fait par le biais de distributeurs automatiques ou du service médical de la prison"⁴.

C. Gestion des risques liés au tatouage et au piercing

Si certaines publications évoquent le problème des risques liés au tatouage et/ou au piercing, nous n'en

avons retrouvé aucune qui fasse état de mesures spécifiques (atelier de tatouage, mise à disposition de pistolet à tatouer...) effectivement mises en place en prison pour y pallier.

Dans leur enquête respective sur les conduites à risques en prison, N. Crofts en Australie¹³ et M. Rotily en France³⁵ ont demandé que soient mis à la disposition des détenus qui le demandent du matériel à tatouer à usage unique (Crofts) et des désinfectants accompagnés de leur mode d'emploi, et que soient programmées l'ouverture et l'animation d'ateliers de tatouage en prison (Crofts, Rotily).

En plus de l'eau de Javel, l'Onusida⁴ ajoute que "fournir des pistolets à tatouer constitue un expédient simple", d'autant plus que "le tatouage est généralement considéré comme une pratique plus acceptable que l'injection de drogues" (en Europe, près de 30 % des surveillants seraient tatoués). De ce fait également, l'Onusida souligne que "l'eau de Javel pour l'équipement de tatouage pourrait constituer un moyen d'introduire dans les prisons qui y sont encore réticentes l'option eau de Javel pour les toxicomanes qui s'injectent des drogues".

IV. Synthèse et conclusion

À travers l'ensemble des données compilées dans le présent rapport, la prison apparaît donc comme un foyer de dissémination potentielle des épidémies de VIH, de VHB et de VHC. Plusieurs paramètres comme la sur-représentation des UDIV incarcérés, ainsi que les taux de prévalence élevés de VIH, VHB et VHC et l'incessant renouvellement des courtes peines caractérisant cette sous-population carcérale font de la prison *un lieu à haut risque de contamination par l'une de ces infections virales en cas de poursuite de l'injection lors de l'incarcération, tout en démultipliant également les risques de dissémination de ces virus par les UDIV sortants à l'occasion de contacts extérieurs* (partage de matériel avec d'autres UDIV, rapports sexuels non protégés avec des partenaires UDIV ou non-UDIV).

De ce fait, l'incarcération constitue *un moment particulièrement important pour prévenir les risques infectieux liés à l'usage de drogues*, ce d'autant plus opportunément qu'elle concerne souvent les usagers de drogues les plus marginaux et les moins accessibles à la réduction des risques, c'est-à-dire ceux qui sont à la fois les plus à risques de contamination et de transmission pour ces infections.

La question de la réduction des risques en prison, aussi nécessaire et spécifique qu'elle soit, ne manque cependant pas de soulever des problèmes de fond qui en débordent largement le strict champ d'applica-

tion, comme le manque de moyens et d'autonomie du système de santé au sein de l'administration pénitentiaire (responsable d'une carence d'initiatives et de soins médicaux ainsi que de données sanitaires) ou l'insuffisance d'alternatives à l'incarcération de la plupart des infractions à la législation sur les stupéfiants (responsable en partie de la sur-représentation des UDIV en prison et de ses conséquences en terme de risques infectieux).

D'un point de vue simplement économique, certains auteurs⁵⁴ qui se sont interrogés sur le surcoût sanitaire que risque d'engendrer cette sur-représentation des UDIV en prison, ont montré que le coût moyen journalier des soins aux UDIV séropositifs au VIH était 12,5 fois plus élevé que ceux consacrés aux détenus non-UDIV séronégatifs au VIH (250 FF vs 20 FF). Pour éviter que les coûts médicaux pour les UDIV séropositifs ne deviennent un véritable fardeau économique pour les prisons locales, ces auteurs incitent les pouvoirs publics à proposer rapidement des alternatives à l'incarcération des UDIV condamnés pour infractions à la législation sur les stupéfiants (suivi médical de proximité, surveillance électronique, peines d'intérêt public...).

D'un point de vue de santé publique, les mesures générales préconisées par les organisations non gouvernementales (ONG) et de nombreux auteurs vont de la réduction des incarcérations des UDIV^{4,6}, impliquant une réforme de certaines procédures pénales difficiles à mettre en œuvre, au renforcement de la qualité des soins en prison (réduction des risques pour les UDIV incarcérés, prévention, dépistage et prise en charge des MST, de la tuberculose, des problèmes dentaires pour l'ensemble des détenus), sous-entendant une collaboration plus nette et plus cohérente entre les services de l'administration pénitentiaire et ceux du ministère de la Santé⁶.

Concernant spécifiquement les recommandations de réduction des risques infectieux formulées par ONG et chercheurs, plus ou moins consensuelles selon la nature des actions proposées, les études montrent que leur faisabilité repose en grande partie sur l'information, la consultation et l'adhésion des personnels et administrations pénitentiaires.

D'un point de vue unanime, il est bien entendu souligné l'importance des actions d'information et de formation des détenus et des surveillants sur les infections virales transmissibles (nature, risques, actions de prévention et de réduction de ces risques, prise en charge médicosociale en cas de contamination) par des équipes neutres et compétentes, s'appuyant dans l'idéal sur le travail et l'expérience de pairs formateurs

et d'intervenants extérieurs issus d'organisation non gouvernementales ou d'associations reconnues des détenus et des surveillants⁶.

Dans une perspective plus opérationnelle, la majorité des auteurs et rapporteurs estiment que l'eau de Javel doit pouvoir être distribuée à des concentrations suffisantes (entre 12° et 20°) avec mode d'emploi et support pédagogique en accompagnement. De même, l'accès aux préservatifs doit pouvoir être facile et discret et le dépistage des infections virales proposé dans les meilleures conditions possibles : volontaire, confidentiel, sans risque de discrimination, accompagné d'une information personnalisée pré et post-test, ainsi que d'un suivi et d'une prise en charge adaptés en cas de positivité. Les pratiques de tatouage, très répandues dans les prisons, doivent également pouvoir susciter l'octroi de moyens de désinfection adéquats avec mode d'emploi, voire la création d'ateliers de tatouages équipés d'un matériel professionnel de tatouage. Concernant les problèmes de dépendance et entre autres, les risques infectieux qu'elle engendre, de nombreux auteurs s'entendent sur la nécessité de développer les traitements de substitution, d'en élargir les critères d'inclusion (en particulier de pouvoir inclure des UDIV jamais traités auparavant) et d'en assurer la continuité avec l'extérieur. D'autres, moins nombreux, préconisent la mise en place d'unités sans drogues, qui peuvent constituer une approche intéressante du problème à condition de ne pas être la seule dans une même prison.

La distribution de seringues stériles, pour toutes les raisons déjà mentionnées plus haut, semble la plus controversée des actions de réduction des risques, celle qui paraît cristalliser le plus intensément les craintes, les fantasmes et les rejets exprimés à l'extérieur lors de l'impulsion des premières actions de réductions des risques, celle pour laquelle le paradoxe entre l'éthique (protéger les UDIV des risques infectieux) et la loi (protéger l'individu et la société de l'usage de drogues) est le plus marqué. Cependant, force est de reconnaître que, dans les prisons où elle a été instaurée et évaluée, cette mesure, loin d'avoir les effets légitimement redoutés (nouveaux cas de toxicomanie, utilisation à des fins d'agression), semble avoir réellement réduit les risques infectieux chez les UDIV incarcérés. Ainsi, la question de l'opportunité d'une telle mesure reste sans aucun doute la plus ouverte de toutes.

Enfin, quelles que soient les actions envisagées, les chercheurs insistent sur le besoin de données épidémiologiques, partout difficiles à obtenir et jugées parfois insuffisantes.

Tableau II : Description et analyse critique des différentes actions de réduction des risques (RDR) en prison

	Objectif	Interêt	Limites	Obstacles	Effets "pervers"
Méthadone	Traitement de substitution ou de sevrage de l'héroïne	RDR en et hors-prison et, à terme, diminution des incarcérations d'UDIV	Coûts importants, inclusion difficile, problème de la continuité des soins à la libération	Statut de stupéfiants pour les personnels des prisons	Trafic ? discrimination ?
Préservatifs	Protection contre VIH/MST lors des rapports sexuels	RDR en et hors-prison (sensibilisation des détenus sortants à risques sexuels)	Crainte de la stigmatisation, rapports sexuels sous la contrainte (viols, caïdats)	Reconnaissance implicite de rapports sexuels entre hommes en prison	Suspicion et homophobie contre-productives si pas d'accès facile et discret
Eau de Javel	Désinfection du matériel d'injection et de tatouage	Seul outil de RDR en cas d'injection en prison (bonnes faisabilité et acceptabilité)	Problème des concentrations efficaces du mode d'utilisation et des limites quand réutilisations multiples	Reconnaissance implicite de toxicomanies IV en prison, crainte des effets pervers	Utilisation à des fins auto ou hétéro-agressives
Éducation Information	Sensibiliser détenus et personnels de prison au VIH, VHB et VHC et à la RDR	Promotion RDR en et hors-prison, surtout auprès de personnes peu accessibles autrement	Qualité des formations exclusivement internes	Difficultés pour organiser des liens avec l'extérieur	Risques de partialité ou d'imprécision, perte d'une réelle opportunité d'informer
Échange de seringues	Distribution de seringues stériles + récupération de seringues usagées	Outil de RDR le plus sûr en cas d'injection en prison (éducation des UDIV peu accessibles autrement)	Contradiction entre éthique et loi, pas d'impact sur l'usage de drogues (ni+ ni - avec PES)	Reconnaissance implicite de toxicomanies IV en prison, crainte des effets pervers	Utilisation à des fins agressives, incitation à l'usage de drogue, au long des seringues usagées
Unités sans drogues	Isolement d'UDIV détenus, volontaires et motivés, protection des autres détenus	Protéger tout détenu des drogues, avec intentionnalité de soins et de réinsertion pour les UDIV	Efficacité discutable, coûts logistiques et financiers importants	Implique au long d'UDIV incarcérés et équipes de surveillants très spécialisés	Si mesure unique de RDR en prison, sort des UDIV incarcérés hors USD ?
Dosage urinaire obligatoire	Détection des métabolites urinaires liés à l'usage de drogues (cannabis, cocaïne, héroïne)	Prévalence de l'usage de drogues en prison, évaluation des modifications de comportements	Coût très élevé, contraintes méthodologiques dans le temps	Sanctions parfois identiques quel que soit le toxique incriminé, avec risques d'effets pervers	Possible incitation à l'usage de drogues "dures" moins détectables
Dépistage	Sérologie VIH de type systématique, volontaire ou à la demande (et parfois VHB, VHC)	Améliorer la connaissance des situations et risques infectieux, améliorer soins et RDR	Médiocre sensibilité, mauvaise rentabilité, biais de sélection, problèmes éthiques, problèmes de suivi	Absence possible de confidentialité et de suivi des séropositivités	Stigmatisation et discrimination, peu ou pas de prises en charge adaptées

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

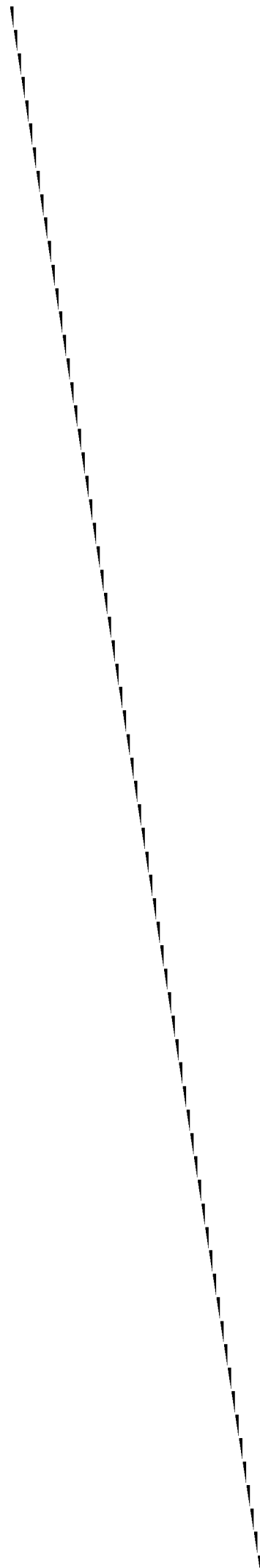
1. *Drug, HIV and prisons*, M. Farrell and J. Strang, BMJ, 1991, 302, 1477-78.
2. *VIH/sida et prisons : rapport final*. Rapport conjoint sur les questions d'ordre juridique et éthique du réseau juridique canadien VIH/sida et de la Société canadienne du sida, R. Jurgens (SCS), septembre 1996.
3. *Final report on the EU project, European Network on HIV/AIDS prevention in prisons*, M. Rotily (ORS PACA), C. Weiland (WIAD). February 1997.
4. *La Prévention du sida dans les prisons européennes*, G. Schaller, TW. Harding, Soz PräventivMed, 1995, 40 : 298-301.
- 4'. *Le Sida dans les prisons*, Point de vue Onusida, avril 1997.
5. *Prisons policies put inmates at risk*, BMJ, vol. 310, 1995, 278-282.
6. *AIDS behind Bars : Preventing HIV spread among incarcerated drug injectors*, K. Dolan/ A. Wodak/ R. Penny, AIDS, 1995, 9 : 825-832.
7. *Drug and HIV prevention at the Hindelbank penitentiary*, J. Nelles, MoD362, XI^e conférence internationale sur le sida, Vancouver 7-12 juillet 1996.
8. *Rapport du 2^e colloque du Réseau européen des services pour les détenus*, septembre 1995.
9. *HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons*, M. Rotily and al, AIDS, 1994, 8 : 1341-1344.
10. *Préventing HIV transmission in prison : a tale of medical disobedience and swiss pragmatism*, J. Nelles, T. Harding, The Lancet, vol. 346, 1507-1508, 1995.
11. *Transmissions of infectious diseases in prison : results of a study in the Prison for women in Vechta, Lower-Saxony, Germany*, K. Keppler, F. Nolte, H. Stöver, à paraître, VIH/sida et prisons : rapport final, rapport conjoint sur les questions d'ordre juridique et d'éthique du réseau juridique canadien VIH/sida et de la Société canadienne du sida, page 51, R. Jurgens (SCS), septembre 1996.
12. *Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City*, Dufour A, 1996, AIDS 10(9), 1009-1015 (1996).
13. *Risk behaviours for blood-born viruses in a victorian Prison*, to be published, N. Crofts and al, 1997.
14. *Hepatitis B and C in New South Wales prisons: prevalence and risk factors*, Med J Aust 166 (3): 127-130 (Feb 1997), Butler TG, Dolan KA, Ferson MJ, McGuinness LM, Brown PR, Robertson PW, New South Wales Health Department, AIDS/Infectious Diseases Branch, Sydney.
15. *Épidémiologie des hépatites virales B et C : évaluation d'un programme de dépistage et de vaccination au centre pénitentiaire de Marseille*, C. Vernay-Vaisse, M. Rotily and al, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1997, 45-suppl 1 : S42-43.
16. *Spread of Bloodborn Virus among Australian prison entrants*, N. Crofts and al, BMJ, vol. 310 : 285-288, 1995.
17. *HIV outbreak investigated in Scottish jail [news]*, Christie B, 1993, BMJ 307 (6897), 151-152 (1993).
18. *Outbreak of HIV infection in a Scottish prison*, Taylor A, 1995, BMJ 310 (6975), 289-292 (1995).
19. *Transmission of HIV-1 within a statewide prison system*, Brewer TF, Vlahov. D and al, AIDS, 1988, 2 : 363-367.
20. *AIDS in correctional facilities*, Washington DC, The National Institute of Justice, 1995, T. Hammet and al.
21. *Evidence of intraprisson spread of HIV infection*, Mütter. RC, Grimes. RM, Labarthe. D, Arch of Inter Med 1994, 154 : 793-795.
22. *AIDS and drug addicts in Thailand, Bangkok, 1989*, Choopanyak, Bangkok Metropolitan Authority Departement of health.

23. *Factors associated with HIV seropositivity in european injecting drug users*, Richardson. C, Ancelle-Park. R, Papaevangelou. G, AIDS, 1993, 7, 1485-1491.
24. *Imprisonnement : a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for IDUs*, R. Müller and al, AIDS, 1995, 9 : 183-190.
25. *Evidence of risk*, A. Taylor, BMJ, letter, vol. 307, 622;1993.
26. *Drug misuse and sharing of needles in Scottish prisons*, D.H. Kennedy and al, BMJ, 1991, 302, 1507.
27. *Prevalence of HIV and injecting drug use in men entering Liverpool prison*, M.A Bellis and al, BMJ 315, 5 july 1997 (30-31).
28. *Intravenous drug misuse among prisonners inmates : implications for spread of HIV*, S. Dye and al, BMJ, 1991, 302, 1506.
29. *Knowledge and serostatus of UDIV in Sydney*, Wolk. J, and al, Med Jour Australia, 1990. 152, 453.
30. *Substance use in remand prisoners*, D. Masson and al, BMJ 315, 5 july 1997 (18-21).
31. *Prisons, HIV and AIDS : risks and experiences in custodial care*, Turbull. P.-J. and Stimson. G, Horsham, AVERT, 1991.
32. *Drug use in prison*, Turbull. P.J and Stimson, BMJ, 1994, vol. 308 : 1716.
33. *New York inmates HIV risk behaviors: the implications for prevention policy and programs*, Am J Public Health 86 (9): 1211-1215 (Sep 1996), Mahon N, Osborne Associations, New York, NY, USA.
34. *Prison rites: starting to inject inside*. Gore SM, 1995, BMJ 311(7013), 1135-1136 (1995), Int J STD AIDS 6 (6): 387-391 (Nov 1995).
35. : *Épidémiologie de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*, M. Rotily, A. Galinier-Pujol, R. Hajjar avec le réseau européen de recherche sur la prévention du sida/hépatites en milieu carcéral. Texte de la communication lors du premier congrès des médecins pénitentiaires, Nantes, mars 1997.
36. *HIV in UK prisons : a review of seroprevalence, transmission and pattern of risks*, Curtis. SP, Edwards. A.
37. *Violence et sexualité en prison : les abus dits sexuels en milieu carcéral*, M. Lilian, D. Welzer-Lang, Revue française des affaires sociales, janvier-mars 1997, 201-212.
38. *Evidence of HIV transmission in a australian prison*, K. Dolan, A. Wodak and al, Med Journal Austalia 1994, 160, 734.
39. *Tattouing as a risk for hepatitis C infection*, Ko. YC and al, Journ Med of Virol, 1992, vol 38, 288-291.
40. *Hepatitis C virus transmitted by tattouing needle*, The Lancet, 1991, Vol 338, 460.
41. *An outbreak of hepatitis B from tattouing*, Limentani. A and al, The Lancet, 1979, vol 2, 86-88.
42. *Hep B from tattouing*, Harrison MA, The Lancet, 1980, vol. 2, 649.
43. *Ear piercing and hepatitis : non sterile instrument for ear piercing and the subsequent onset of viral hepatitis*, Johnson C and al, JAMA, 1974, vol 227, 1165.
44. *Improving HIV/AIDS prevention in prisons is good public health policy*, Gaiter J, 1996, Am J Public Health 86 (9), 1201-1203 (1996).
45. *Mandatory drug tests in UK prisons : costs implications and use as performance indicators for prisons*, Gore. S and al, MRC biostatistics unit, UK, XI^e conférence internationale sur le sida, Vancouver 7-12 juillet 1996.
46. *Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing : results of a cross selectional anonymous questionnaire survey*, A. G. Bird and al, BMJ 315, 5 july 1997 (21-24).
47. *Unité sans drogues dans les prisons néerlandaises*, Arie Van den Hurk, rapport du II^e colloque du Réseau européen des services pour les détenus, septembre 1995.
48. *Travail avec les drogués dans les prisons suédoises*, Kersting Nedin, rapport du II^e colloque du réseau européen des services pour les détenus, septembre 1995.

49. *Programmes de traitement pour les toxicomanes dans la prison d'Österaker*, Ake Fahrbring, rapport du II^e colloque du réseau européen des services pour les détenus, 10/95.
50. *Editorial du BMJ*, Gore. S, vol. 307, juillet 1993.
51. *Programmes méthadone en Catalogne*, Dr Jordi Boguna, rapport du II^e colloque du réseau européen des services pour les détenus, sept 95.
52. *Methadone maintenance reduces injecting in prison*, K. Dolan and al, BMJ 312, 1996 (1162).
53. *Three quarters of one French prison population needed immunisation against hepatitis B*, BMJ, M. Rotily and al, vol 315, letter p. 61, juillet 1997.
54. *Médical care costs associated with jails incarceration of people with HIV/AIDS*, R. Rolland and al, Sheriff's medical services, CA, USA, XI^e conférence Internationale sur le sida, Vancouver, 7-12 juillet 1996.

ANNEXE 20

PRÉSENTATION DES ÉVALUATIONS DES PROGRAMMES
EXPÉRIMENTAUX D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN MILIEU
CARCÉRAL MIS EN PLACE À L'ÉTRANGER –
J. EMMANUELLI, InVs, S. STANKOFF, DAP 1999.



ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ÉCHANGES DE SERINGUES EN DÉTENTION MIS EN PLACE À L'ÉTRANGER

SYLVIE STANKOFF - DAP, JULIEN EMMANUELLI - InVs

L'expérience suisse d'Hindelbank

Caractéristiques de l'établissement pénitentiaire d'Hindelbank :

Établissement pour femme pouvant accueillir 110 détenues dans 6 divisions. L'établissement comprend diverses formes d'exécution des peines comme l'exécution en groupe, une division pour femme toxicomanes et une division mères-enfants. La plupart des détenues ont été condamnées pour infraction à la législation sur les stupéfiants. 1 détenue sur 3 a consommé de l'héroïne ou de la cocaïne avant son incarcération (données déclaratives). La très grande majorité continuait à consommer ces drogues en détention principalement par voie injectable. Un automate restituant une seringue propre contre une seringue usagée est librement accessible dans chaque division. Le projet a fait l'objet d'une évaluation en 1995. Les principaux résultats sont les suivants :

Impact sur le partage :

Avant le début du projet, 8 détenues sur 19 ont déclaré partager leur seringue contre une, un an plus tard.

Impact sur l'état sanitaire :

Pas de séroconversion au VIH, VHB et VHC pendant la durée d'observation (1 an), pas d'augmentation des OD et des décès liés à l'usage de drogues. Cependant, on ne peut, d'une part éliminer un biais d'auto-sélection, compte tenu du fait que seulement la moitié des détenues incarcérées (94 sur 189) étaient volontaires pour se faire tester ; d'autre part rien ne permet de dire que ces détenues s'injectaient ou fréquentaient le PES. Aucun abcès lié à l'injection n'a été relaté.

Effets adverses :

Aucun détournement de l'usage de la seringue, pas de dégradation des automates. La mise en place du programme n'a pas contribué à augmenter la consommation de drogues en prison. Il n'y a pas eu de nouveaux cas de dépendance. Seules les femmes qui consommaient régulièrement des drogues illégales avant d'entrer en prison ont continué à en prendre en prison. En revanche, les consommations subsistent

dans des proportions importantes (3/4 des femmes qui prenaient de l'héroïne ou de la cocaïne dans le mois précédant l'incarcération continuent à en consommer en détention).

Limites :

Pas de modifications des comportements sexuels ni du niveau de connaissance sur les risques VIH et hépatites virales en dépit des actions de prévention menées.

Les expériences allemandes de Vechta et de Lingen

Caractéristiques des établissements :

- Vechta : prison de femmes, 170 détenues dont environ 50 % d'UDIV. 3 distributeurs automatiques ont été installés (2 dans les douches et 1 dans le quartier mineur).
- Lingen : prison d'hommes, 230 détenus dont environ 50 % d'UDIV. Le régime de circulation est assez libre (portes ouvertes, y compris le soir). L'échange se fait par le biais d'une association. Un lieu pour stocker la seringue est prévu dans la cellule.

Les projets ont commencé à fonctionner en 1996. Ils ont fait l'objet d'une évaluation en 1999 centrée sur les aspects de faisabilité, d'utilité et d'efficacité de ces expériences. Elle repose sur diverses approches complémentaires (entretiens semi-directifs, suivi longitudinal) concernant différents types de population (224 détenus, 153 membres du personnel, 73 intervenants extérieurs). Les principaux résultats ont été exposés lors de la 10^e Conférence internationale de réduction des risques. Depuis, les évaluateurs (Jutta Jacob et Heino Stöve) ont rendu leur rapport définitif. Les membres de la mission ont pu les contacter et échanger avec eux. Les principaux résultats sont les suivants :

Impact sur le partage :

Au total sur 2 ans, 16 390 seringues ont été distribuées à la prison des femmes (Vechta) et 4517 à la prison d'hommes (Lingen). Ce qui correspond respectivement à une consommation de 23 et de 6 seringues par

jour. Sur cette période, 169 et 83 personnes ont participé à ces programmes. Ces chiffres sont à mettre en perspective avec les 85 UDIV incarcérées à Vechta et les 115 UDIV détenus de Lingen. Ils ne permettent néanmoins pas d'estimer le taux de fréquentation du programme notamment parce que nous ignorons le nombre de détenus en flux (des flux importants sont signalés sur les deux établissements), la proportion exacte d'UDIV qui poursuivent l'injection en détention (les évaluateurs signalent néanmoins que les comportements d'injection persistent dans de très fortes proportions en détention) et la fréquence des injections en détention, celle-ci étant probablement liée à la disponibilité des produits. Il est donc impossible d'estimer le pourcentage de personnes concernées fréquentant régulièrement le programme. Nous savons seulement qu'ils ne concernent pas tous les UDIV.

L'ORS PACA mentionne que les détenus signalent que la seringue reste un objet de trafic notamment chez ceux qui sont exclus du programme (méthadone) et ceux qui ne souhaitent pas y participer. Les évaluateurs allemands considèrent qu'à Lingen, certains ont participé au programme de façon clandestine.

Il est à noter que des différences significatives de participation sont observées en fonction des modalités d'accès aux seringues, les automates connaissant un plus grand succès (meilleure confidentialité). Sur les 252 UDIV ayant participé aux programmes sur les 2 sites, 142 (80 femmes et 62 hommes) ont été interrogés sur leur comportements de partage dont 54 ont déclaré partager leur matériel avant l'implantation des PES contre 4 deux années après. La mise en place du programme semble donc avoir eu une incidence directe sur les pratiques de partage des personnes participant au programme. Par ailleurs, les taux de retour des seringues sont de plus de 98 %.

Impact sur l'état sanitaire :

Sur 2 ans, pas de séroconversion au VIH, VHB et VHC retrouvée au sein d'un échantillon. Diminution du nombre des abcès liés à l'injection. Amélioration de l'état de santé physique et psychique chez les participants au projet. Diminution importante des OD dans les deux prisons (plus importante à Lingen). Augmentation du nombre de personnes qui entament un traitement lié à leur toxicomanie pendant leur incarcération.

Effets adverses :

Les évaluateurs du projet n'ont recensé aucun effet adverse lié à l'introduction de seringues en détention. Il n'y a pas eu d'agression de codétenus ou de personnel pénitentiaire, pas d'augmentation visible des consommations de drogues.

Limites :

En termes d'acceptabilité, les surveillants, a priori réticents au projet, déclarent en avoir intégré le fonctionnement dans leur pratiques quotidiennes. L'ORS PACA estime cependant que cette acceptabilité ne concerne que l'aspect fonctionnel du dispositif et non son fondement sanitaire. Il relève même à cet égard une forte contradiction entre la mission de surveillance et l'implantation de ces programmes. Pour les détenus, la mesure semble beaucoup mieux acceptée par les femmes que par les hommes, dont certains estiment qu'elle expose aux risques de la stigmatisation.