

**DIRECTION
DE
L'ADMINISTRATION
PÉNITENTIAIRE**

Sous-direction des personnes placées
sous main de justice
Bureau des politiques sociales et d'insertion

**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE
LA SANTÉ**

Division sida
Bureau des actions de proximité

Rapport de la mission santé-justice

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

Décembre 2000

Sylvie STANKOFF

Jean DHÉROT

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

RAPPORTEURS

Sylvie Stankoff	Direction de l'administration pénitentiaire - bureau des politiques sociales et d'insertion
Jean Dhérot	Direction générale de la santé - division sida - bureau des actions de proximité

SECRETARIAT

Karine Com	Direction générale de la santé - division sida - bureau des actions de proximité
Marie-Cécile Bonnevie	Direction de l'administration pénitentiaire - bureau des politiques sociales et d'insertion

MEMBRES

Isabelle Bianquis	Direction de l'administration pénitentiaire - bureau des relations sociales
Jacqueline Charre	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ex-direction des hôpitaux) - Mission EO4
Laurence Cirba	Direction de l'administration pénitentiaire - bureau des études, de la prospective et du budget
Éric Durand	Médecin-chef de l'unité de consultations et de soins ambulatoires de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis
Julien Emmanuelli	Institut de veille sanitaire - département des maladies infectieuses
Catherine Fac	Médecin à l'unité de consultations et de soins ambulatoires de la maison d'arrêt de Fresnes
Claude Jouven	Coordonnatrice du centre spécialisé de soins aux toxicomanes de la maison d'arrêt de Fresnes
Nicole Labrosse-Solier	Direction générale de la santé - division sida - chef du bureau des actions de proximité
Véronique Masson-Bessou	Direction de l'administration pénitentiaire - bureau de gestion de la détention
Marianne Métivier	Médecin responsable du service médical du centre de détention d'Uzerche
Hélène Morfini	Direction générale de la santé - bureau SP3
Patrick Motuelle	Directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation du Cher
Isabelle Tortay	Direction des hôpitaux - mission sida
Sylviane Tourette	Direction générale de la santé - bureau SP2
Thierry Troussier	Direction générale de la santé - bureau VS2
Georges Vin	Directeur de la maison d'arrêt de Marseille

Ont également activement participé à cette mission avant d'être appelés à d'autres fonctions :

Murielle Guégan, Odile Sampeur, Olivier Géron	Direction de l'administration pénitentiaire
Martine Dumont, Jean-Yves Fatras, Jean-François Rioufol	Direction générale de la santé
Michèle Favreau-Brettel, Colette Parpillon	Direction des hôpitaux
Olivier Obrecht	Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

La mission remercie l'ensemble des personnes qui ont apporté leur concours à cette réflexion et tout particulièrement M. Jean-François Rioufol pour sa précieuse contribution.

SOMMAIRE

Note de synthèse	p. 7
Rapport	p. 17
Table des matières	p. 81
Annexes	volume 2

NOTE DE SYNTHÈSE

INTRODUCTION

La lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire a été une préoccupation constante des pouvoirs publics. À partir de 1985, des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge des personnes infectées par ce virus ont été développées dans les établissements pénitentiaires. L'enjeu de santé publique présenté par ce virus a contribué à la mise en œuvre en 1994 de la réforme de la santé en milieu pénitentiaire. À la suite de cette réforme, le garde des Sceaux et le secrétaire d'État à la santé ont confié au professeur Gentilini une mission d'étude sur la prise en charge du VIH et de la toxicomanie en milieu pénitentiaire. Certaines recommandations dans le champ de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des différentes maladies infectieuses en détention ont fait l'objet d'une mise en œuvre immédiate. Afin de poursuivre la réflexion dans le domaine de la prévention, le directeur général de la santé et le directeur de l'administration pénitentiaire ont décidé de mettre en place fin 1997 une mission conjointe santé-justice sur la réduction des risques de contamination par le VIH et les hépatites virales (VHB-VHC) en milieu carcéral.

L'objet de la mission était de faire un constat objectif sur l'exposition des personnes détenues aux risques de transmission du VIH et des hépatites virales par voie sanguine ou sexuelle (ampleur des comportements à risques, incidence des différents virus), d'apprécier l'effectivité et l'efficacité des moyens de prévention déjà mis en place et de proposer une stratégie de réduction des risques adaptée au contexte carcéral.

Les travaux ont débuté fin 1997. Des études ont été demandées. De nombreuses auditions ont été menées. Des déplacements ont été organisés. À l'appui de ces éléments, le groupe de travail a engagé une réflexion en vue de faire ses propositions et de présenter le présent rapport.

LE CONSTAT SUR L'EXPOSITION DES PERSONNES DÉTENUES AUX RISQUES DE TRANSMISSION DES MALADIES INFECTIEUSES PAR VOIE SEXUELLE ET SANGUINE

I. Les données épidémiologiques et sociosanitaires à prendre en considération

1.1. Les maladies infectieuses en détention

Les prisons sont des lieux à haute prévalence du VIH et des hépatites virales. Une comparaison des données existant en milieu libre et en milieu pénitentiaire permet d'estimer que la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre et celle du VHC 4 à 5 fois supérieure. Les situations locales sont extrêmement diversifiées. Les régions les plus touchées sont la région Île-de-France, la région Provence - Alpes - Côte d'Azur et les départements d'outre-mer. Les infections VIH, VHB et VHC touchent très fortement les usagers de drogues par voie intraveineuse. Les prévalences élevées des différents virus dans les établissements pénitentiaires sont à mettre en relation avec la forte proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) incarcérés.

1.2. Les caractéristiques sociosanitaires de la population pénale à l'entrée en détention

Les personnes détenues cumulent les facteurs de risques. Les difficultés sociales (absence de domicile stable, de régime de sécurité sociale...) sont fréquentes et les consommations à risque importantes chez les entrants en détention. Parmi les consommations antérieures à l'incarcération, on relève la fréquence de la consommation de cannabis, l'importance des polyconsommations et la montée en puissance de la consommation de cocaïne, de crack et de médicaments. En lien avec

la précarisation des conditions de vie des usagers, des consommations plus accessibles se sont développées. Les médicaments constituent une base pour de nombreux consommateurs à laquelle viennent s'ajouter d'autres produits. La pratique de l'injection semble s'être développée au sein de cette population précarisée. Ces nouvelles consommations entraînent des conséquences sur l'état de santé des intéressés : abcès graves, risques d'accidents en cas d'association à d'autres produits, états de manque sévères et de plus longue durée, irascibilité, fatigue nerveuse, voire apparition ou renforcement de problèmes psychologiques ou psychiatriques. D'une façon générale, les risques liés aux différents virus ne sont pas parfaitement intégrés par les personnes incarcérées. Les connaissances sur les modes de transmission des virus peuvent être superficielles. Le risque relatif au développement du VHC est également mal identifié. En comparaison avec les comportements sexuels des Français, les risques sexuels pris avant l'incarcération apparaissent importants, notamment chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. En ce qui concerne les risques de transmission par voie sanguine, les pratiques de partage des seringues chez les UDVI avant l'incarcération, persistent encore malgré le développement de la politique de réduction des risques.

II. Les comportements à risques et les risques de contamination en détention

II.1. Les modes de transmission des maladies infectieuses sont multiples

L'ensemble des produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant l'incarcération restent consommés dans des proportions moindres pendant l'incarcération. La prison apparaît de moins en moins comme un lieu de "décroche", même provisoire, pour les usagers incarcérés. Le produit le plus consommé est le cannabis. On assiste, dans certains établissements pénitentiaires, à une banalisation de ce produit. Dans la continuité de ce qui se passe à l'extérieur, la prison connaît également une augmentation importante des polyconsommations. Les médicaments, qu'ils soient prescrits ou non prescrits, ont une forte valeur marchande et font l'objet de trafics ou d'échanges. D'une façon générale, on assiste à un transfert de consommation des drogues illicites et rares vers les médicaments. La frontière entre drogues illicites et médicaments psychoactifs tend à disparaître. L'héroïne est présente, mais semble consommée de façon moins régulière. Le crack dont l'approvisionnement est aléatoire apparaît assez peu consommé, à l'exception de quelques sites localisés. Les modes de consommation s'adaptent à la rareté des seringues. La voie nasale est un mode d'administration fréquemment utilisé. L'injection semble plus marginale. Toutefois, les données quantitatives font apparaître que cette pratique est loin d'être négligeable. Ainsi, selon les études, entre 20 et 43 % des UDVI interrogés déclarent s'être injecté un/ou des produits au cours de leur vie alors qu'ils étaient incarcérés. Quelques-uns déclarent avoir commencé à s'injecter des produits en détention. La fréquence des injections diminue chez les usagers qui pour-

suivent l'injection en détention. La proportion de gros injecteurs est moindre. Les injections sont souvent réalisées au détriment des conditions élémentaires d'hygiène. Des pratiques de partage du matériel existent. Les seringues sont également réutilisées. En raison du fort tabou existant sur la question des pratiques sexuelles en détention, les risques de transmission des virus par cette voie sont plus difficiles à estimer. En dépit d'un risque important de sous-déclaration, les pratiques sexuelles, qu'elles soient contraintes, consenties ou prétendument consenties apparaissent nombreuses : 8 % de l'échantillon interrogé par l'ORS PACA (n=1212) déclare des rapports hétérosexuels en détention et 1 % des rapports homosexuels. L'utilisation du préservatif est peu fréquente. Le piercing semble assez peu répandu. En revanche, la pratique du tatouage est encore bien présente. Le partage de matériel (rasoirs, brosses à dents) est également un mode de transmission possible des infections, notamment du VHC. Les UDVI cumulent les facteurs de risques (usage de drogues, relations sexuelles non protégées, tatouages).

II.2. Les risques de contamination en détention

Au regard de la prévalence des maladies infectieuses, de l'existence des comportements à risques et des prises de risques effectives en détention, les risques de transmission des maladies infectieuses sont réels et les cas de contamination probables. En revanche, l'influence du contexte carcéral sur les risques de contamination est difficile à évaluer. Sur ce point, la mission estime que la préoccupation n'est pas tant de savoir si l'incarcération renforce ou diminue les probabilités de contamination par rapport à l'extérieur que de développer une politique de prévention efficace en ce milieu.

LES MESURES DE PRÉVENTION VIRALE MISES EN ŒUVRE EN MILIEU CARCÉRAL

I. Les orientations relatives à la prévention des risques infectieux en milieu carcéral

Une stratégie de prévention spécifique des risques infectieux du VIH, du VHB et du VHC au milieu carcéral a été développée dès 1985. Redéfinie dans le cadre de la circulaire du 5 décembre 1996, elle se décline de la façon suivante :

- Le dépistage des virus du sida et des hépatites qui fait intervenir les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et qui repose sur une démarche volontaire des personnes.
- Les mesures prophylactiques : outre les mesures d'hygiène, les personnels, ainsi que les personnes détenues, doivent avoir accès au traitement post-exposition en cas d'exposition à un risque de transmission.
- La prévention des risques de transmission par voie sexuelle par le biais de la mise à disposition de préservatifs avec lubrifiant.
- La prévention des risques de transmission par voie sanguine se fonde sur l'accès à des traitements de substitution dans le cadre d'une prise en charge globale des personnes détenues dépendantes, ainsi que sur la mise à disposition d'eau de Javel pour son intérêt en tant que produit de désinfection du matériel ayant été en contact avec du sang (matériel d'injection, tatouages et piercings).

II. Un bilan mitigé sur la mise en place des orientations relatives à la prévention des risques infectieux en milieu carcéral

II.1. Des actions d'éducation pour la santé en voie de développement

Les actions de sensibilisation sur les différents virus des personnes détenues s'appuient sur la journée mondiale de lutte contre le sida (le 1^{er} décembre de chaque année) et sur des actions d'éducation à la santé.

La population pénale a montré son intérêt à l'égard des manifestations engagées à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida. En outre, les actions d'éducation à la santé ont été l'occasion pour les services d'engager une démarche partenariale interne, mais également avec des partenaires extérieurs à l'établissement. Ces actions ont par ailleurs évolué pour être moins didactiques et plus en phase avec les besoins du public. Elles sont en voie de développement.

II.2. Des actions de formation des personnels pénitentiaires insuffisamment fréquentes et qui agissent partiellement sur les représentations

D'une façon générale, les personnels participent plus à des formations continues ayant trait à des thèmes globaux qu'à des formations ciblées sur les maladies transmissibles. Les personnels de surveillance sont ceux qui ont le moins recours aux formations ciblées, à la différence des personnels d'insertion et de probation. Le peu d'adhésion peut s'expliquer par un relâchement de l'intérêt pour le VIH, mais également par la difficulté à faire le lien entre leurs fonctions et le contenu de ces actions, ou par les problématiques auxquelles ces actions renvoient.

Ces formations ont permis d'acquérir des connaissances objectives sur les différents virus mais demeurent superficielles et d'un impact limité sur les représentations.

II.3. Des mesures de dépistage et de vaccination qui peuvent être renforcées

Dans l'ensemble, les personnes détenues, notamment les UDVI, ont fréquemment fait réaliser le dépistage d'un ou de plusieurs virus au cours de leur vie. Toutefois, les besoins en dépistage demeurent. Environ la moitié des personnes détenues n'a jamais eu de dépistage du VIH. Le dépistage du VHC est encore moins fréquent. Concernant le VHB, la plupart des personnes détenues n'a pas pratiqué la vaccination ou n'a pas reçu toutes les injections utiles. En

outre, certaines personnes dépistées déclarent n'avoir jamais pris connaissance des résultats.

Par le biais des tests salivaires, l'ORS PACA signale qu'une proportion de personnes séropositives, notamment pour le VHC, n'a pas connaissance ou a une connaissance erronée de sa sérologie et échappe ainsi à toute prise en charge.

Le moment de l'accueil, période où se fait la majorité des dépistages, ne semble pas être le moment propice à la diffusion d'information ou à une sensibilisation sur les différents virus, compte tenu de la fragilité psychologique dans laquelle se trouvent les arrivants.

S'agissant du VHB, il ressort de l'étude de l'ORS PACA, que les conseils médicaux incitant à la vaccination sont peu suivis d'effets.

II.4. Des traitements post-exposition pas toujours identifiés

Des procédures à destination des personnels ont été mises en place, mais semblent peu identifiées par les intéressés.

En ce qui concerne le dispositif de prise en charge des personnes détenues, le faible nombre de procédures mises en œuvre laisse supposer que les intéressés sont peu sensibilisés à ce dispositif ou bien appréhendent d'y avoir recours, eu égard au caractère répréhensible des actes qui peuvent être à l'origine de la prise de risque.

II.5. Le préservatif : un outil de réduction des risques dont la mise en œuvre souffre de lacunes

La majorité des établissements pénitentiaires met dans les unités médicales des préservatifs à la disposition des personnes détenues. Cependant, une proportion importante des personnes détenues ignore encore que ces préservatifs sont disponibles et en libre accès. En outre, les lieux d'accès à cet outil sont peu diversifiés et n'assurent pas toujours la discrétion nécessaire.

Les insuffisances rencontrées dans la mise en œuvre de cette mesure révèlent la difficulté qu'il y a à aborder, au sein de la détention, le thème de la sexualité, tant du côté des personnes détenues fragilisées dans leur identité virile, que du côté des surveillants qui sont pris entre le devoir de faire respecter le règlement et le besoin de laisser une marge d'intimité à la personne détenue.

Le dispositif peut être considéré par certains comme un "leurre", une "stratégie ambiguë permettant à l'administration de se donner bonne conscience face à un problème qui dérange" (D. Lhuillier).

II.6. Des outils de réduction des risques sanguins insuffisants

II.6.1. Un dispositif de prise en charge de la toxicomanie déficient

Les données font apparaître que les traitements de substitution sont peu mis en œuvre en milieu carcéral. Les études mettent en évidence que de nombreux traitements sont interrompus. La proportion de personnes détenues suivant un traitement est particulièrement faible au regard du nombre d'usagers d'opiacés incarcérés. Quand elle a lieu, la poursuite de ces traitements en détention se caractérise par des pratiques différentes selon les services médicaux. Ainsi, certains services acceptent la poursuite, à la condition que les personnes détenues disposent, au moment de leur incarcération, de leur ordonnance médicale. Des services remettent en question le protocole engagé en milieu libre ; d'autres privilégient un traitement au détriment de l'autre. Par ailleurs, les traitements sont peu initiés, indépendamment de la nature et de la région d'implantation de l'établissement pénitentiaire.

En fait, le sevrage semble être la principale réponse des services de santé en matière de prise en charge de la toxicomanie. Or, les méthodes de sevrage ne sont pas toujours adaptées aux produits qui circulent en milieu libre et à la consommation simultanée de plusieurs produits. Les traitements utilisés font l'objet de critiques de la part de certains détenus concernés pour les effets secondaires qu'ils occasionnent.

Cette situation contribue à susciter de la défiance de la part des usagers à l'égard du dispositif de prise en charge de la dépendance. Elle peut conduire certaines personnes détenues dépendantes à poursuivre leur consommation. L'ORS PACA fait ainsi un lien entre l'interruption des traitements de substitution et l'injection en détention.

II.6.2. L'eau de Javel principalement utilisée pour son aspect hygiénique

L'eau de Javel apparaît largement accessible dans les établissements pénitentiaires. L'aspect hygiénique de la mesure a été bien perçu, tant par les personnels que par les personnes détenues. Cependant, le produit semble encore insuffisamment utilisé à des fins de décontamination de matériel ayant été en contact avec du sang (matériel d'injection, rasoirs...). Le respect du protocole de décontamination apparaît également incertain.

LE DÉVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES ADAPTÉE AU MILIEU CARCÉRAL

Les différentes propositions sont exposées ci-après.

I. Les moyens de prévention en milieu carcéral

I.1. L'amélioration des mesures existantes

I.1.1. Inciter davantage aux dépistages des différents virus et à la vaccination contre le VHB

- Renouveler l'information et la proposition de dépistage des différents virus et de vaccination contre le VHB un mois après l'entrée en détention.
- Mettre en place une consultation de dépistage et de prévention annuelle pour chaque personne détenue.
- Examiner la mise en place d'une visite médicale de sortie pour les personnes dont la date de sortie est prévisible.
- Réactiver la campagne de vaccination contre l'hépatite B en milieu pénitentiaire.
- Mettre à disposition des services de santé des brochures et des affiches sur le VIH et les hépatites.
- Développer les actions d'information et d'éducation à la santé autour de la vaccination contre le VHB et sur l'infection au VHC.

I.1.2. Faciliter l'accès aux traitements prophylactiques en détention

- Informer les personnels pénitentiaires sur l'existence des traitements post-exposition et sur les délais à respecter.
- Sensibiliser le personnel pénitentiaire d'encadrement aux procédures à appliquer suite à une exposition au sang.
- Porter à la connaissance des personnes détenues l'existence des traitements post-exposition.

- Veiller à ce que la procédure applicable aux personnes détenues soit effectivement définie dans chaque établissement pénitentiaire.

I.1.3. Renforcer l'efficacité de la mise en œuvre de la mesure eau de Javel

- Sensibiliser les personnels et les personnes détenues sur l'efficacité de l'eau de Javel à 12° chlorométrique à des fins de décontamination du matériel ayant été en contact avec du sang.
- Sensibiliser les personnels sanitaires sur le protocole de décontamination, son importance et la nécessité de diffuser le protocole au sein du service médical.
- Diffuser plus largement le protocole d'utilisation de l'eau de Javel à des fins de décontamination dans les établissements pénitentiaires.
- Développer les actions d'éducation à la santé autour de l'eau de Javel.

I.1.4. Améliorer l'accessibilité au préservatif avec du lubrifiant

D'une façon générale, la mission considère que la remise systématique de préservatifs à l'entrée, pendant la détention ou à la sortie n'est pas à retenir. Pour élargir cet accès, il est proposé de :

- Mettre en place des distributeurs automatiques de préservatifs avec lubrifiant en divers lieux de la détention en diversifiant les produits délivrés par ces automates.
- Développer, en plus des automates, les lieux de libre accès aux préservatifs avec lubrifiant au-delà du seul service médical.
- Faire figurer les préservatifs avec lubrifiant parmi les produits cantinables.
- Mettre à disposition des femmes détenues les préservatifs féminins "Fémidon".
- Favoriser l'expression sur la question de la sexualité en détention tant pour les personnels que pour les personnes détenues.

- Clarifier la réglementation sur la question de la sexualité.
- Favoriser une réflexion sur les pratiques professionnelles des surveillants et sur les limites du "tout surveiller".
- Laisser aux établissements pénitentiaires le choix des modalités pour améliorer l'accessibilité au préservatif.

1.1.5. Développer les traitements de substitution

Les propositions visent à développer l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral, mais aussi à en assurer la réussite. Plusieurs pistes sont dégagées :

- Élargir l'autorisation de mise sur le marché de la méthadone afin de permettre aux médecins hospitaliers des établissements non dotés de SMPR de prescrire un traitement par méthadone.
- Développer les formations des équipes sanitaires sur les traitements de substitution (protocoles, dosages...) et leur intérêt pour les personnes détenues dépendantes.
- Impulser une réflexion régionale sur les modalités de mise en œuvre des traitements de substitution.
- Sensibiliser les personnels pénitentiaires, dans le cadre de la formation initiale et/ou de modules de sensibilisation sur sites, à l'intérêt des traitements de substitution dans le cadre des prises en charge des détenus toxicomanes.
- Incrire la prescription des traitements de substitution dans une prise en charge globale de la personne détenue.

1.1.6. Développer les actions d'éducation à la santé

- Répertorier et valoriser les expériences locales.
- Développer au niveau local les actions de sensibilisation aux différents virus, le dépistage, la vaccination hépatite B et le protocole d'utilisation de l'eau de Javel.
- Promouvoir, auprès des sites, une méthodologie pour développer et évaluer ces actions.

1.2. La question de l'accès au matériel stérile d'injection en détention

Trois pays européens (Suisse, Allemagne, Espagne) ont développé des programmes expérimentaux d'échange de seringues en milieu carcéral. Les

programmes les plus anciens ont été mis en place en Suisse en 1994. Par la suite, six autres expériences ont été lancées.

Ces expériences apparaissent plutôt positives. Les effets pervers qui pouvaient être craints (augmentation de la consommation de drogues, agression des personnels...) n'ont pas été vérifiés. Les objectifs de santé publique semblent au moins partiellement atteints : fréquentation des programmes, diminution du partage de seringues, amélioration de l'état de santé des participants.

Cependant, il faut souligner que ces expériences ont bénéficié d'un contexte favorable, tant au niveau national qu'au niveau de l'établissement pénitentiaire, et que la méthodologie employée par les évaluateurs ne permet pas d'apprécier, dans l'ensemble des établissements concernés, l'efficacité réelle et l'impact global de ces programmes. On ne connaît pas notamment le taux de fréquentation et l'assiduité à ces programmes ni l'impact réel sur les modes de consommation (absorption, inhalation ou injection). Des trafics de seringues dont on ignore l'ampleur sont signalés.

Dans le contexte français, la mise en œuvre d'une telle mesure en milieu pénitentiaire apparaît prématurée. Les autres mesures de prévention ne sont pas encore totalement acceptées et assimilées. Elles ne sont pas effectives dans tous les établissements pénitentiaires. À l'heure actuelle, cette mesure nouvelle ne serait pas plus acceptée par les personnes détenues que par les personnels. Cette faible acceptation serait incontestablement de nature à en limiter l'efficacité. Une mise en œuvre sans consolidation préalable de l'existant apparaît difficile et pas forcément souhaitable.

De plus, l'efficacité de la mesure apparaît incertaine, notamment au regard des risques de constitution de réseaux d'échange de seringues et de reprise de l'injection chez certaines personnes.

Enfin, au regard du cadre juridique actuel qui prohibe tout usage de drogues en milieu libre comme en milieu pénitentiaire, de l'objet même de la peine et des missions du personnel de surveillance, la pertinence de la mesure est discutée. Compte tenu de ces éléments et de l'existence d'une alternative fiable pour la décontamination des seringues (eau de Javel), la mission considère, à l'heure actuelle, que les expériences étrangères sont difficilement transposables en France et ne recommande pas l'introduction de la mesure. Elle n'exclut cependant pas que la question soit réexaminée à moyen terme.

II. Une stratégie de mise en œuvre

II.1. Afficher une volonté politique forte

II.1.1. Communiquer

L'appropriation des objectifs poursuivis par les professionnels de terrain nécessite une connaissance précise de la situation et des différents enjeux. À cet égard, le groupe de travail préconise, dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations, une large diffusion des résultats des différentes études réalisées et du présent rapport.

Au-delà de cette communication, il apparaît nécessaire que les paradoxes induits par une approche de prévention réaliste en milieu carcéral soient énoncés et les choix effectués relayés à l'échelon politique.

II.1.2. Suivre les évolutions et les tendances en détention

La forte prévalence du VHC chez les personnes incarcérées, la faible efficacité des mesures mises en place en détention et le relâchement des comportements de prévention, observé en population générale, impliquent une surveillance pérenne des évolutions sur les maladies infectieuses et les comportements à risques en détention. À cet égard, la mission propose de poursuivre les études sur le sujet.

II.2. Accompagner la mise en œuvre des mesures de prévention

La stratégie de mise en œuvre proposée repose sur une mobilisation et une implication des services déconcentrés aux différents échelons. Il est proposé d'organiser - tant à l'échelon des DDASS et des DRSP qu'à l'échelon local - des journées de sensibilisation des différents relais et d'accompagner la démarche par des actions de formation.

Au-delà, le groupe de travail estime qu'il est nécessaire d'impulser une dynamique locale dans chaque établissement pénitentiaire sur la base d'objectifs opérationnels clairement définis.

Compte tenu du bilan mitigé effectué sur la mise en place des orientations relatives à la prévention des risques infectieux en milieu carcéral, un effort

particulier apparaît nécessaire dans le domaine du suivi et de l'évaluation des mesures.

Enfin, afin de faciliter la mise en œuvre des mesures de réduction des risques et de surmonter les éventuelles difficultés, le groupe de travail propose de mettre en place sur quelques sites un référent en prévention des risques infectieux en milieu carcéral.

II.3. Inscrire la politique de réduction des risques dans une approche plus globale

Compte tenu de l'influence du contexte sur l'efficacité des politiques de prévention, il est apparu nécessaire au groupe de travail de souligner quelques évolutions nécessaires pour un meilleur développement de la politique de réduction des risques en détention.

La promiscuité, les conditions d'hygiène souvent insuffisantes et le climat de violence existant en milieu carcéral contribuent à dévaloriser l'image que les personnes incarcérées peuvent avoir d'elles-mêmes et à fragiliser les capacités des intéressés à protéger leur intégrité physique ou à prendre en charge leur santé. La mission estime qu'il apparaît déterminant pour la question de la réduction des risques que des progrès soient rapidement enregistrés en matière d'hygiène individuelle et collective, de restauration collective, d'encellulement individuel et d'équipement des cellules.

La mise en place, à titre expérimental, des unités de vie familiales apparaît également comme une évolution majeure. Elle permettra de restaurer les personnes incarcérées dans leur vie affective et, pour les hommes, dans leur identité virile - mais aussi d'aborder de façon radicalement différente - la question de la sexualité dans les établissements.

L'arrivée en détention constitue un moment de vulnérabilité particulier pour les personnes incarcérées. Plusieurs améliorations dans les conditions d'accueil et de prise en charge sur cette période apparaissent possibles.

Au-delà, il apparaît également indispensable d'améliorer les conditions de prise en charge des personnes toxicomanes à l'intérieur des établissements et de développer les possibilités offertes aux personnes détenues pour investir le temps de la détention.

RAPPORT

Historique

L'apparition du virus du sida en France a nécessité, de la part des pouvoirs publics, l'élaboration d'une stratégie de prévention, de dépistage et de prise en charge des publics les plus confrontés aux risques de transmission de ce virus : personnes ayant des relations homosexuelles et usagers de drogues par voie intraveineuse. Des actions de sensibilisation - notamment des actions de proximité avec les associations de lutte contre le sida - ont été menées en direction des premiers. Les seconds ont fait l'objet d'une attention toute particulière compte tenu de leur forte exposition découlant des pratiques de partage du matériel d'injection. Une politique sanitaire et sociale pragmatique de réduction des risques liés à la consommation de drogues par voie intraveineuse a été mise en place en leur direction. Amorcée en 1987 avec la libéralisation de la vente des seringues en pharmacie, elle a connu un essor particulier au milieu des années 90 avec le développement des traitements de substitution, des programmes d'échange de seringues et des lieux de contact avec les usagers. Elle a pour objet de prévenir les contaminations par le sida et les hépatites virales, à l'égard des usagers de drogues qui ne peuvent ou ne veulent arrêter leur consommation, (notamment par voie intraveineuse), mais également les problèmes et les complications découlant de l'usage et de la recherche de produits (abcès, overdoses, problèmes sociaux...).

En milieu pénitentiaire, des actions d'information, de prévention sur le VIH et de prise en charge des personnes atteintes par ce virus ont été développées à partir de 1985.

Une première note d'information sur les infections à virus LAV (lymphadénopathie virus) a été envoyée aux services le 5 septembre 1985. Elle était destinée à fournir une information objective sur ce virus et à aider à dédramatiser les situations provoquées par une mauvaise connaissance de cette maladie. Elle insistait sur la nécessité d'informer les personnels et les personnes détenues sur les modes de transmission du virus et sur les mesures d'hygiène à respecter.

À partir de 1988, l'enquête menée à un jour donné en milieu hospitalier sur l'infection par le VIH (virus de l'immuno-déficience humaine) a été réalisée en milieu pénitentiaire. Depuis cette date, elle permet de suivre les évolutions des cas d'infection au VIH, connus par les services médicaux au sein de la population pénale, et met en évidence une forte prévalence de ce virus en détention.

Courant 1989, une nouvelle note précisait les conditions de réalisation du dépistage à l'égard des personnes détenues, renforçait les actions de formation des personnels et prévoyait la distribution systématique aux sortants de prison de brochures d'information destinées à faire connaître l'usage du préservatif. Elle indiquait également que les préservatifs devaient être mis à disposition des personnes sortant de prison et disponibles auprès du service médical de l'établissement pour les détenus qui en faisaient la demande. Enfin, elle indiquait que des conventions devaient être signées entre les établissements pénitentiaires particulièrement confrontés à cette infection et les structures hospitalières spécialisées ou les centres d'information et de soins de l'immuno-déficience humaine (CISIH) en vue d'assurer des consultations et une prise en charge des personnes atteintes par l'infection.

À partir de 1993, des conventions ont été passées entre les établissements pénitentiaires et les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) afin d'offrir aux personnes détenues les mêmes conditions d'accès au dépistage du VIH qu'en milieu libre, de favoriser l'adoption de comportements de prévention individuels et de permettre aux personnes séropositives l'accès à une prise en charge précoce.

D'une manière générale, l'enjeu de santé publique présenté par le virus du sida a accéléré la prise de conscience des pouvoirs publics sur l'état de santé des personnes détenues. Il a contribué à la mise en place de la mission confiée au haut comité de la santé publique et à la mise en œuvre en janvier 1994 de la réforme de la santé en milieu pénitentiaire.

En vue d'une meilleure application de la loi du 18 janvier 1994, le garde des Sceaux et le secrétaire d'État à la santé ont confié, fin 1995 au professeur Gentilini, une mission d'étude sur la prise en charge du VIH et de la toxicomanie en milieu pénitentiaire. Le rapport remis¹ comprend de nombreuses recommandations sur le champ de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des différentes maladies infectieuses en détention. Certaines d'entre elles ont fait l'objet d'une mise en œuvre immédiate dans le cadre de la circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.

Parallèlement, le directeur de cabinet du garde des Sceaux demandait, début février 1996 à l'inspection générale des services judiciaires, de constituer un groupe de travail sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés et sur la lutte contre l'entrée de drogues en détention. Le rapport, déposé en juillet 1996², établit un constat préoccupant sur l'entrée et la circulation de produits illicites en détention, souligne le risque de contaminations intracarcérales et préconise le développement d'une politique volontariste sous le double angle de l'ordre public et de la santé publique.

Compte tenu des enjeux de santé publique et face aux revendications de certaines associations qui réclamaient l'application en détention de toutes les mesures de prévention existant à l'extérieur, notamment la mise en place de programmes d'échanges de seringues, le directeur général de la Santé et le directeur de l'administration pénitentiaire ont décidé, fin 1997, de mettre en place une mission conjointe santé-justice sur la réduction des risques de contamination par le VIH et les hépatites en milieu carcéral.

Objet et méthodologie du groupe de travail

L'objet de la mission était de faire un constat objectif sur l'exposition des personnes détenues aux risques de transmission du VIH et des hépatites virales par voie sanguine ou sexuelle (ampleur des comporte-

ments à risques, incidence des différents virus), d'apprécier l'effectivité et l'efficacité des moyens de prévention déjà mis en place et de proposer une stratégie de réduction des risques adaptée au contexte carcéral. Compte tenu de son objet et de l'approche qui était celle de la réduction des risques, la mission a limité ses travaux aux seules transmissions des infections VIH, VHB (virus de l'hépatite B) et VHC (virus de l'hépatite C) et n'a pas abordé la question de la prise en charge thérapeutique de ces infections en milieu carcéral.

Les travaux ont débuté fin 1997. Le groupe de travail a été composé de représentants des administrations centrales concernées (direction générale de la Santé-DGS, direction des hôpitaux-DH pour le ministère chargé de la Santé et direction de l'administration pénitentiaire-DAP pour le ministère de la Justice), d'un membre de l'Institut de veille sanitaire (InVs, ex-RNSP) ainsi que de professionnels de terrain (directeur d'établissement pénitentiaire, directeur de service pénitentiaire d'insertion et de probation, médecins exerçant au sein d'unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et médecin exerçant dans un établissement pénitentiaire à gestion mixte et coordonnateur d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes en milieu pénitentiaire). Il a été animé par le bureau des actions de proximité de la direction générale de la Santé et le bureau des politiques sociales et d'insertion de la direction de l'administration pénitentiaire.

Dans un premier temps, les données disponibles en France sur les différents virus, les comportements à risques, les cas de contaminations et la mise en œuvre des orientations de prévention en détention ont été recensées. Un état des lieux des situations internationales a également été réalisé³ (annexe 19). Les faibles données nationales disponibles ont amené les deux administrations concernées à commander deux nouvelles études. La première réalisée en 1998 par l'observatoire régional de la Santé Provence - Alpes - Côte d'Azur (ORS PACA)⁴ avait pour double objectif d'enquêter sur la prévalence des pratiques à risques en détention et d'analyser les contraintes et la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu

1. Professeur Gentilini, *Problèmes sanitaires dans les prisons, maladies infectieuses, toxicomanie - état d'avancement de la loi du 18 janvier 1994 - avant, pendant et après l'incarcération*. Flammarion, février 1998, Paris.

2. Inspection générale des services judiciaires, *Rapport à monsieur le garde des Sceaux : groupe de travail sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison et sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés*. 1996, rapport non publié.

3. J. Emmanuelli. *Usage de drogues, sexualité, transmission du VIH, VHB, VHC et réduction des risques en prison à travers le monde*. Réseau national de santé publique, septembre 1997.

4. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

carcéral. Le rapport final a été déposé fin 1998. La seconde a été confiée à l'organisme "recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires" (RESSCOM)⁵. Elle avait pour objet de mieux saisir la problématique de prise de risques, en matière d'injection et de sexualité, en explorant les conditions dans lesquelles ces usagers les comprennent, les gèrent et s'y confrontent à l'intérieur comme à l'extérieur du milieu carcéral. Le rapport a été rendu au mois de mai 1999.

Ces éléments ont été progressivement enrichis par différents travaux nationaux : enquête sur la santé des entrants en prison⁶, enquête sur les traitements de substitution en milieu carcéral⁷, étude menée auprès des usagers de drogue fréquentant les programmes d'échanges de seringues en France⁸. Ces différentes études sont exposées en annexe.

De nombreuses auditions d'organismes intervenant en milieu pénitentiaire et de chercheurs ont été menées.

Les membres du groupe de travail ont ensuite souhaité rencontrer et échanger, avec des personnels travaillant en détention, sur leur perception des problèmes de santé des personnes détenues, les

répercussions sur la détention, les comportements à risques et les mesures de prévention mises en place dans leurs sites respectifs. Une grille d'entretien a été élaborée. Six déplacements en sous-groupes ont été organisés dans des sites présentant des caractéristiques différentes. Des entretiens ont eu lieu séparément avec chaque catégorie professionnelle : personnels de surveillance, personnels d'insertion, personnels de direction et personnels sanitaires. Une synthèse de ces auditions a été effectuée et restituée aux sites concernés (annexe 18).

À l'appui de ces différents éléments, le groupe de travail a engagé une réflexion en vue de faire ses propositions. Quatre ateliers ont travaillé sur des thèmes distincts : conditions de vie en milieu carcéral et réduction des risques, réduction des risques de transmission par voie sexuelle, réduction des risques de transmission par voie sanguine et accompagnement de la politique de réduction des risques. Ils ont fait des propositions qui ont été discutées et validées en réunion plénière. La synthèse de ces ateliers fait l'objet des recommandations du présent rapport.

À l'issue de ces travaux, la rédaction du rapport a été engagée.

5. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

6. M.-C. Mouquet, M. Dumont, M.-C. Bonnevie. *La Santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risques*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et résultats. 1999.

7. I. Tortay, H. Morfini, C. Parpillon, F. Bourdillon. *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*. Mars 1998.

8. J. Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano. *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*. Institut de veille sanitaire, Institut national de la Santé et de la Recherche médicale. 1999.

PREMIÈRE PARTIE

LE CONSTAT SUR L'EXPOSITION DES PERSONNES DÉTENUES
AUX RISQUES DE TRANSMISSION DES MALADIES INFECTIEUSES
PAR VOIE SEXUELLE ET SANGUINE

I. Les données épidémiologiques et socio-sanitaires à prendre en considération

I.1. Les maladies infectieuses en détention

I.1.1. Les prisons sont des lieux à haute prévalence du VIH et des hépatites

L'Institut de veille sanitaire estime à environ 120 000 le nombre total de personnes vivant en France avec le VIH, et entre 500 000 et 600 000 le nombre de personnes infectées par le VHC. L'estimation de la prévalence du VHB en population générale est beaucoup moins aisée à établir dans la mesure où la plupart des données recueillies sont déclaratives et où les marqueurs de l'infection peuvent révéler des situations aussi différentes qu'une infection aiguë chronique ou actuelle, une hépatite guérie ou une vaccination. Une déclaration de séropositivité peut donc être interprétée de différentes façons. Il est hasardeux de tenter une estimation.

Les données nationales les plus récentes confirment que la prévalence des maladies transmissibles est plus élevée au sein de la population pénale qu'en population générale.

Pour le VIH, l'enquête réalisée, un jour donné tous les ans depuis 1988, fait apparaître une baisse significative du taux de détenus infectés par le VIH et connus des services médicaux (5,79 % en 1990, 1,56 % en 1998). Parmi les 866 détenus atteints par le VIH en juin 1998, 165 étaient au stade du sida, 183 présentaient une forme symptomatique de la maladie et 518 une forme asymptomatique de l'infection. Malgré cette diminution, la séroprévalence connue des services médicaux reste 3 à 4 fois supérieure à celle constatée dans la population générale équivalente, après ajustement sur la tranche d'âge et le sexe (annexe 1).

En ce qui concerne les hépatites, l'enquête sur l'état de santé des entrants⁹ indique des taux de séropositivité de 2,3 % pour le VHB et de 4,4 % pour le VHC. Ces chiffres doivent être considérés avec prudence.

En effet, concernant le VHB, il a déjà été indiqué que les données déclaratives étaient peu utilisables. Il est préférable de ne retenir cette donnée qu'à titre indicatif.

Pour le VHC, il faut tenir compte du fait que le dépistage est encore peu fréquent. Si, pratiquement un entrant sur deux déclare avoir fait un test de dépistage du sida avant l'incarcération, seulement un entrant sur cinq déclare avoir été dépisté pour le VHC. Cela est susceptible d'entraîner une sous-estimation non négligeable qui est probablement renforcée par le contexte d'incarcération.

Il est néanmoins possible de comparer ces données à celle du milieu libre. Après ajustement sur le sexe, la prévalence de ce virus apparaît 4 à 5 fois supérieure à celle du milieu libre (annexe 3).

Le rapport Gentilini¹⁰ avance, de son côté, des chiffres plus importants tirés d'une enquête effectuée en 1996 : 4 % pour le VIH et 8 % pour le VHC. Il précise que cette enquête n'a pas été réalisée auprès de tous les établissements et que le taux d'infection par le VHC apparaît sous-estimé.

Les femmes sont plus touchées que les hommes. Ainsi, les taux de séropositivité déclarée, sont pour les femmes de 3,1 %, 3,2 %, 6, % pour le VIH, VHB, VHC contre 1,6 %, 2,3 %, 4,3 % pour les hommes. Ces taux sont élevés et nettement supérieurs à ceux existant en milieu libre.

I.1.2. Les infections VIH, VHB et VHC touchent très fortement les usagers de drogues par voie intraveineuse

Au premier semestre 1998¹¹, les homosexuels/bisexuels et les usagers de drogues injectables représentaient respectivement 29 % et 21 % des cas de sida diagnostiqués en milieu libre au cours du premier semestre 1998. Sur les dernières années, l'analyse par groupe de transmission montre une diminution des nouveaux cas de sida au sein de ces deux groupes et une augmentation concomitante du nombre de personnes contaminées par voie hétérosexuelle. En détention, les usagers de drogues par voie intraveineuse constituent la sous-population majoritairement concernée par les maladies infectieuses.

9. M.-C. Mouquet, M. Dumont, M.-C. Bonnevie. *La Santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risques*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et résultats. 1999.

10. Professeur Gentilini, *Problèmes sanitaires dans les prisons, maladies infectieuses, toxicomanie - état d'avance-*

ment de la loi du 18 janvier 1994 - avant, pendant et après l'incarcération. Flammarion, février 1998, Paris.

11. Réseau national de Santé publique. *Surveillance du sida en France, situation au 30 juin 1998*. BEH, N° 37/1998, 15 septembre 1998.

Ainsi, il ressort de l'enquête sur la santé à l'entrée¹² que les UDVI (usagers de drogues par voie intraveineuse) ayant au moins un antécédent d'injection au cours de leur vie, déclarent des taux de séropositivité de 9,8 % pour le VIH, 11,1 % pour le VHB et de 31,4 % pour le VHC. Les tests salivaires réalisés par l'ORS PACA¹³ sur quatre établissements confirment cette prévalence et font apparaître des taux d'infection au VIH et au VHC plus importants : un détenu usager de drogues par voie intraveineuse sur huit est positif au test VIH et un peu plus d'un sur deux est positif au test VHC (échantillon n = 150 personnes). Si l'on compare ces chiffres avec les données recueillies lors d'enquêtes en milieu libre, on constate que la prévalence du VIH et du VHC chez les UDVI incarcérés n'est pas supérieure à celle relevée chez les UDVI interrogés en milieu libre. Elle semble même plutôt inférieure.

Ainsi, la prévalence du VIH déclaré est de 13,6 % chez les usagers de drogues intraveineux, résidant en CSST¹⁴ et de 63,1 % pour le VHC. L'enquête réalisée auprès des usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues¹⁵ mentionne des taux d'infection de 19,2 % pour le VIH et de 58,4 % pour le VHC. La comparaison de ces dernières données avec celles recueillies en milieu fermé, après ajustement sur le sexe et sur la tranche d'âge, confirment cette différence (annexe 3).

Il n'est toutefois pas possible de tirer de conclusions de l'écart constaté. En effet, les différences entre les données recueillies auprès des UDVI en milieu libre et auprès des UDVI incarcérés peuvent s'expliquer par une meilleure connaissance du statut sérologique en milieu libre, (on constate que les usagers interrogés en milieu libre ont plus fréquemment réalisé un dépistage que les entrants en prison), par un effet de sur-représentation des personnes conta-

minées, du fait des lieux de recueil des données en milieu libre (lieux d'aide et d'accueil d'usagers ayant une toxicomanie intraveineuse ancienne), ou par une sous-déclaration en milieu carcéral.

En revanche, il ressort clairement que les usagers de drogues par voie intraveineuse représentent la grande majorité des personnes infectées parmi les personnes incarcérées. Deux études réalisées au centre pénitentiaire des Baumettes font apparaître que les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse représentaient, en 1992¹⁶, 87 % des détenus infectés par le VIH et, en 1996¹⁷, 91 % des détenus infectés par le VHC. Les données de l'étude sur la santé à l'entrée en prison¹⁸ permettent d'établir que les usagers ayant au moins un antécédent par voie intraveineuse représentent 73 % des personnes infectées par le VIH, 57 % des personnes infectées par le VHB et 84 % des personnes infectées par le VHC (annexe 2).

Il faut prendre en considération le fait que les UDVI ont plus fréquemment réalisé un dépistage et sont probablement de ce fait sur-représentés parmi les personnes incarcérées déclarant une séropositivité. Ces résultats mettent néanmoins en évidence que la prévalence du VIH, VHB et VHC en milieu carcéral est à rapprocher de la forte présence d'usagers de drogues par voie intraveineuse et qu'il est particulièrement nécessaire de développer une politique de prévention en direction de ce groupe de détenus.

1.1.3. Les réalités locales sont extrêmement variées

Les établissements pénitentiaires sont inégalement concernés par ces trois maladies infectieuses. Comme en population générale, les régions les plus

12. M.-C. Mouquet, M. Dumont, M.-C. Bonnevie. *La Santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risques*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et résultats. 1999.

13. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

14. C. Six, F. Hammer, J.-B. Brunet. *Enquête semestrielle sur les infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement*. Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida. Rapport global de juillet 1993 à juin 1998.

15. J. Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano. *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*. Institut de veille sanitaire, Institut national de la Santé et de la Recherche médicale. 1999.

16. *"L'infection à VIH en milieu carcéral : épidémiologie, prévention, aspect éthique et juridique"* : premier séminaire du réseau européen sur la prévention de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu pénitentiaire. Communauté européenne - European Network for Aids prevention in prison - ORS PACA - Intervention de Michel Rotily, ORS PACA/INSERM unité 379 - Marseille. "La France".

17. C. Vernay-Vaisse, M. Rotily, A. Galinier-Pujol, S. Rousseau, M. Bourlière, Y. Obadia. *Épidémiologie des hépatites virales B et C : évaluation d'un programme de dépistage et de vaccination au centre pénitentiaire de Marseille*, revue épidémiologique de la Santé publique, 1997.

18. M.-C. Mouquet, M. Dumont, M.-C. Bonnevie. *La Santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risques*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et résultats. 1999.

touchées sont la région Île-de-France, la région Provence - Alpes - Côte d'Azur et les départements d'outre-mer. En 1998, les deux premières regroupaient à elles seules plus de 57 % des patients VIH connus par les services sanitaires des établissements pénitentiaires, alors que ces deux régions regroupent 31 % des personnes incarcérées¹⁹.

Cette dernière étude ne fait apparaître aucune différence significative selon la nature de l'établissement. La proportion de personnes atteintes par le VIH et connue des services médicaux est globalement comparable en maisons d'arrêt et en établissements pour peines. En revanche, les différentes études locales montrent une forte disparité des situations, les établissements les plus concernés étant les grandes maisons d'arrêt des régions urbaines.

1.2. Les caractéristiques sociosanitaires de la population pénale à l'entrée en détention

1.2.1. Une population qui cumule les facteurs de risques

Données sociosanitaires

Malgré un état de santé général jugé plutôt bon, (les médecins jugent les trois quarts des entrants en bon état général), les problèmes sociaux sont fréquents et les consommations à risques importantes chez les entrants en détention.

On relève notamment que parmi les entrants (n = 8728)²⁰ :

- 16,3 % déclarent ne pas avoir de domicile stable.
- 28,3 % déclarent ne pas être affiliés à un régime obligatoire de sécurité sociale.
- 41,7 % déclarent ne pas avoir eu de contact avec le système de soins dans les douze mois précédant l'incarcération.
- 8,8 % déclarent avoir été régulièrement suivis par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier psychiatrique au moins une fois par trimestre ou avoir été hospitalisés en psychiatrie dans les douze mois précédant l'incarcération. Près d'un entrant sur cinq déclare un traitement en cours par médicament psychotrope. Il s'agit, dans la plupart des cas, d'un traitement par anxiolytiques ou hypnotiques.

19. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Enquête à un jour donné sur les personnes atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), mars 1999.

L'importance des troubles de santé mentale au sein de la population incarcérée a été confirmée lors des déplacements effectués par la mission. Cette question préoccupe particulièrement les équipes. Parmi les problèmes de santé les plus cités, ceux liés à la précarité et au manque d'hygiène (problèmes de peau, problèmes dentaires...) ont été également fréquemment évoqués.

Sur les consommations de substances psychoactives :

- 32 % déclarent une utilisation prolongée et régulière de drogues au cours des douze mois précédant l'incarcération, la moitié étant des consommateurs d'opiacés.
- 6,2 % déclarent une utilisation de drogues par voie intraveineuse au cours des douze mois précédant l'incarcération. Près de deux fois plus d'entrants déclarent avoir pratiqué l'injection dans leur vie au moins une fois.
- 33,3 % déclarent une consommation excessive d'alcool.
- 13,5 % des arrivants cumulent alcool et drogues.

La situation des usagers de drogues à l'entrée en détention

Afin de mieux cerner l'attitude des usagers de drogues face à la prise de risques en détention, il est utile d'identifier ce que sont les consommations et les prises de risques à l'extérieur.

Les consommations déclarées par les personnes détenues avant l'incarcération - tant dans le cadre de l'étude sur la santé à l'entrée que dans le cadre de l'étude menée par l'ORS PACA - mettent en évidence la fréquence de la consommation de cannabis, l'importance des polyconsommations et la montée en puissance de la consommation de cocaïne, de crack et de médicaments.

Un éclairage est apporté par l'étude menée par RESSCOM. Les données qui suivent sont principalement inspirées de cette étude qui a été réalisée auprès d'un public limité (n=35) et spécifique (UDVI sortis de prison depuis moins d'un an). Elles sont donc utiles pour identifier les comportements des UDVI avant l'incarcération, mais ne doivent pas être généralisées à l'ensemble des usagers de drogues en milieu libre. Cette étude relève notamment l'accroissement des polyconsommations en lien avec la précarisation des conditions de vie et

20. M.-C. Mouquet, M. Dumont, M.-C. Bonnevie. *La Santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risques*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et résultats. 1999.

l'appauvrissement général du public rencontré sur l'ensemble des sites. Ainsi, la moindre disponibilité de l'héroïne, sa médiocre qualité et son coût élevé dans un contexte de diffusion de traitements de substitution, ont amené le développement d'autres consommations plus accessibles. Les médicaments constituent une base pour de nombreux consommateurs à laquelle viennent s'ajouter d'autres produits. La cocaïne, dont le prix tend à diminuer, connaît une extension importante. L'association cocaïne, Subutex® est fréquente, ce dernier étant utilisé pour atténuer les sensations liées à la descente de la cocaïne ou du crack et pour gérer les situations d'attente. De nouvelles pratiques apparaissent : "des jeunes usagers dépendants à ces produits médicamenteux et/ou de substitution qui n'ont pas ou peu connu les produits stupéfiants plus classiques tels que l'héroïne²¹."

Toujours selon la même recherche, les pratiques d'injection se sont développées en milieu libre. La baisse de qualité des produits a contribué à faire basculer certaines personnes qui sniffaient du côté des injecteurs. Désormais, la plupart des produits s'injectent : héroïne, cocaïne, Subutex®, benzodiazépines. L'importance de la gestuelle chez ces usagers est mise en exergue. L'aspect rituel de l'opération ainsi que l'anticipation du bien-être qui sera provoqué par l'injection font partie intégrante du plaisir ressenti.

Outre les risques de contaminations infectieuses engendrées par le recours accru à l'injection en milieu libre, les conséquences physiques de ces nouvelles consommations sur l'état de santé des intéressés sont soulignées : abcès graves, risques d'accidents en cas d'association à d'autres produits, états de manque sévères et durables, irascibilité, fatigue nerveuse, voire apparition ou renforcement de problèmes psychologiques ou psychiatriques.

Les contacts avec le secteur sanitaire ou spécialisé existent. Ainsi, 51 % des UDVI encore actifs à l'entrée en détention ont eu recours au dispositif spécialisé de prise en charge de la toxicomanie dans les douze mois précédant l'incarcération, 11 %

déclarent un traitement à la méthadone et 34 % un traitement au Subutex®²². Cependant, les interviews révèlent que les prises en charge sont souvent vécues comme inadaptées. Les raisons de l'autorisation de mise sur le marché du Subutex® ne sont pas toujours bien comprises. Les structures sont jugées difficilement accessibles, peu à l'écoute et stigmatisantes. Cette distance aux institutions est renforcée par les logiques de répression qui induisent méfiance, ruses et prises de risques supplémentaires chez les usagers. Les risques judiciaires font partie intégrante de leur quotidien. Le passage en prison n'est pas perçu comme un passage inéluctable, mais comme une étape probable de leur parcours²³.

Cette probabilité est bien réelle. Selon les données de l'ORS PACA, 77 % des UDVI interrogés en détention (n = 150) ont déjà été incarcérés, 28 % ont cinq incarcérations antérieures ou plus, 49 % d'entre eux ont passé plus de trois ans en prison depuis 1980. L'enquête sur les usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues révèle que 60 % des usagers interviewés ont au moins un antécédent d'incarcération²⁴.

1.2.2. Une population qui a imparfaitement intégré les risques sanitaires liés au VIH et aux hépatites virales et qui s'expose aux différents risques

La perception des différents risques

D'après les auditions menées par le groupe de travail auprès des personnels, les personnes incarcérées semblent avoir assimilé un certain nombre de connaissances concernant les modes de transmission des maladies infectieuses et les moyens de s'en préserver, notamment en ce qui concerne le VIH. Ces informations leur permettent d'afficher une certaine sérénité face à ces questions lors des entretiens collectifs. Cependant, les chercheurs qui ont mené des entretiens en face à face indiquent qu'au cours des entretiens individuels, cette assurance se fissure et dévoile la persistance d'incertitudes et

21. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

22. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

23. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

24. J. Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano. *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*. Institut de veille sanitaire, Institut national de la Santé et de la Recherche médicale. 1999.

d'anciennes croyances. Le risque est alors perçu comme une menace beaucoup plus diffuse qui est portée par l'autre et engendre des réactions de rejet²⁵. D'une façon générale, chez les femmes, les risques liés aux rapports homosexuels féminins sont méconnus.

Le risque relatif au développement du VHC est également mal connu et sous-estimé même si les actions d'information sur ce virus se développent. Un dépistage négatif au VIH est encore fréquemment interprété comme une séronégativité à tous les virus. Les modes de transmission du VHB et du VHC ne sont pas toujours bien connus des usagers. En outre, beaucoup d'UDVI entrant en détention ignorent leur sérologie à ces différents virus.

L'exposition aux différents risques

Les risques pris lors des comportements sexuels avant l'incarcération apparaissent importants²⁶ :

- 50 % des détenus interrogés déclarent un multipartenariat hétérosexuel avant l'incarcération.
- 2,5 % déclarent des pratiques homosexuelles.
- 7 % déclarent un partenaire usager de drogues dans les douze mois précédant l'incarcération.
- 6 % déclarent un partenaire séropositif.
- 6 % déclarent s'être prostitués.
- 15 % des hommes déclarent avoir eu des relations avec des prostitué(e)s.

Les femmes déclarent plus souvent un partenaire séropositif au VIH et plus souvent s'être livrées à la prostitution.

Seulement 27 % des détenus déclarent avoir utilisé un préservatif avec le dernier partenaire occasionnel avant l'incarcération.

En comparaison avec l'enquête sur les comportements sexuels des Français effectuée en 1993²⁷, les personnes détenues déclarent beaucoup plus souvent un multipartenariat hétérosexuel (50 % vs 10 % environ), plus fréquemment un

recours à la prostitution (17 % vs 3,3 %) et légèrement plus souvent des rapports homosexuels au cours de la même période (2,5 % vs moins de 1 %). En revanche, l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport occasionnel est davantage déclaré par les personnes détenues qu'en population générale (27 % vs 14,4 %). Selon l'ORS PACA, cette différence serait certainement atténuée avec des données plus récentes sur les comportements sexuels en population générale.

Chez les UDVI encore actifs au moment de l'incarcération, on remarque une prévalence élevée des pratiques sexuelles à risques. Le multipartenariat concerne 60 % d'entre eux, les pratiques homosexuelles 2 %, l'existence d'un partenaire UDVI dans les douze mois précédant l'incarcération 36 % et 26 % d'un partenaire séropositif au VIH. L'usage du préservatif lors du dernier rapport occasionnel est similaire à celui déclaré par l'ensemble des répondants²⁸. En ce qui concerne le risque de transmission par voie sanguine, un tiers des UDVI encore actifs déclarent avoir partagé leur matériel lors de leur dernière injection à l'extérieur. Il est difficile de comparer ce chiffre avec les données recueillies auprès des usagers de drogues non incarcérés, les questions posées n'étant pas identiques. Cette proportion semble toutefois encore importante.

Cette exposition aux risques est corroborée par les entretiens individuels menés par les chercheurs. Il en ressort le plus souvent qu'en dehors des quelques personnes qui ne prennent aucune précaution (par déni, défiance, inconscience ou ignorance) et des personnes qui ne sont pas en état de maîtriser les risques en raison de leur état de manque, la plupart des UDVI fonctionnent sur le mode de l'auto-évaluation des risques avec les aléas que cela entraîne. La majorité fait état de mesures de précautions prises lors de l'injection ou de relations sexuelles, mais connaît des difficultés pour maintenir une protection dans toutes les circonstances²⁹.

25. D. Lhuillier, A. Simonpietri, C. Veil. *VIH-sida et santé, représentations et pratiques des personnes incarcérées*. Université Paris VII. Juin 1999.

26. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

27. Citée dans ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité*

des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport final 1998.

28. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

29. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

II. Les comportements à risques et les risques de contamination en détention

II.1. Les modes de transmission des maladies infectieuses sont multiples³⁰

II.1.1. La poursuite des consommations à risques

En 1996, pour la première fois, le rapport du groupe de travail sur l'introduction de drogues en prison et sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés soulignait le caractère préoccupant de la circulation de substances illicites en détention³¹. Ce rapport, qui reprenait les données d'un premier questionnaire adressé en 1994 à tous les établissements pénitentiaires complété par des demandes de renseignements sur l'année 1995 et le début 1996³², mettait en évidence que les produits illicites étaient disponibles dans pratiquement tous les établissements pénitentiaires et que les pratiques d'injection constituaient une réalité.

L'ensemble des travaux menés par la mission confirme cette situation.

Les éléments qui suivent émanent principalement des deux études qui ont été commandées dans le cadre de cette mission. Elles ont été effectuées auprès d'échantillons restreints qui provenaient le plus souvent des grandes zones urbaines. Cela peut entraîner un biais dans la récolte de données. Toutefois, ces éléments ont été corroborés et apparaissent sérieux et crédibles. Il convient seulement de noter que les réalités locales sont diverses et que l'ampleur des phénomènes varie selon la nature et la situation géographique de l'établissement et de l'origine géographique de la population incarcérée. Les entretiens menés, à trois années d'intervalle, par RESSCOM auprès des usagers de drogues incarcérés³³ tendent à démontrer ces dernières années une amplification du trafic et des consommations de substances psychoactives intra-muros. La prison apparaît de moins en moins comme un lieu de décroche, même provisoire. Elle peut freiner le processus de dégradation générale qui touche

certain usagers mais ne permet pas dans l'ensemble de changer les modes de vie : "quelles que soient les trajectoires vécues, on a pu constater que la prison renforce, freine, accélère, ou entretient leur système de vie. Elle intervient dans des régulations/dérégulations, mais encore une fois elle ne modifie pas la donne fondamentale." Si certains parviennent à rompre avec leurs pratiques, c'est au prix d'un effort sans cesse renouvelé : "l'abstinence en détention, pour ceux qui y sont parvenus, relèverait davantage actuellement d'une logique personnelle (volonté de résistance, éloignement des logiques collectives, processus de décroche déjà amorcé dehors, manques d'opportunités...) que d'une possibilité travaillée avec l'institution."

Les produits

Bien que déclarés dans de moindres proportions pendant l'incarcération, tous les produits fumés, sniffés, injectés ou avalés avant la détention restent consommés pendant l'incarcération³⁴. Ces consommations intra-muros ne sont pas nouvelles et remonteraient, selon les usagers interviewés, au début des années 80. Mais les produits consommés ont évolué selon les époques : amphétamines, barbituriques, cannabis, héroïne, Rohypnol®, cocaïne et plus récemment Subutex®, Crack, Skénan®... On retrouve en détention les produits qui circulent dehors, avec les mêmes variations géographiques. D'une façon générale, on assiste à une consommation massive et indifférenciée de produits et médicaments avec une disparation de la frontière entre drogues illicites et médicaments psychoactifs. Le produit le plus cité est le cannabis. Que ce soit du point de vue des personnels ou intervenants auditionnés ou du point de vue des usagers, on assiste dans certains établissements à une véritable banalisation de ce produit qui fait l'objet chez certains d'une consommation quotidienne. Ce phénomène engendre, selon les établissements, des réponses différenciées qui vont de la tolérance (lorsqu'il n'existe pas de troubles associés) à une répression sévère. Au cours des déplacements, certains

30. Les modes et les risques de transmission des différents virus sont présentés dans le document de prévention des risques professionnels destiné aux personnels pénitentiaires (annexe 16).

31. IGSI, rapport à Monsieur le garde des Sceaux - *Groupe de travail sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison et sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés*. 1996.

32. L. Cirba, SCERI. *Rapport de l'administration pénitentiaire*, juin 1996.

33. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - poly-consommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

34. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

personnels ont exprimé des interrogations sur la conduite à tenir, compte tenu des effets apaisants de ce produit sur le climat en détention.

Après le cannabis, viennent le Temgesic®/Subutex®, l'alcool et la cocaïne.

Dans la continuité de ce qui se passe à l'extérieur, la prison connaît une augmentation importante des polyconsommations. Tous les médicaments prescrits ou non prescrits ont une forte valeur marchande à l'intérieur et font l'objet de trafics ou d'échanges. Si certains usagers sont engagés dans des protocoles, la plupart gèrent eux-mêmes leur consommation en associant les produits les plus disponibles. Les auteurs décrivent une "recherche d'intoxication constante"³⁵. Dans cette organisation, le Subutex® semble avoir une place privilégiée. Produit qui procure des sensations lorsqu'il est consommé par voie nasale, il est fortement recherché. Certaines personnes, qui n'avaient jamais consommé ce produit avant l'incarcération, le découvrent et en deviennent dépendantes. Ces consommations sont à l'origine de prises de risques importantes : consommations excessives, mélanges incontrôlés, incompatibilité avec certains traitements...

De nouvelles dépendances peuvent apparaître : "cette évolution est vécue comme dramatique par les détenus, moins à l'intérieur de la prison, que lors de la sortie où ils découvrent qu'ils sont devenus (s'ils ne l'étaient pas encore) complètement dépendants aux cachets. À ce moment là, ils sont seuls et vont descendre encore d'un cran dans la marginalisation pour aller directement à la sortie acheter leurs cachets au marché noir"³⁶.

L'héroïne est également présente mais semble être consommée de façon moins régulière. Si la moitié des personnes rencontrées par RESSCOM³⁷ ont consommé au moins une fois de l'héroïne en prison, les cas de personnes ayant consommé régulièrement ce produit sur une longue durée sont exceptionnels. Le crack dont l'approvisionnement est aléatoire apparaît assez peu consommé, à l'exception de quelques sites localisés.

Les modes d'approvisionnement sont multiples. Ils sont d'origine externe ou interne. Des trafics organisés existent. Certains détenus y jouent le rôle de

passer, d'autres assurent la circulation des produits en interne, les transactions ou le stockage en fonction des régimes de détention et des possibilités de circulation à l'intérieur des établissements. Des personnes plus isolées font également entrer des produits psychoactifs à des fins de subsistance. Les plus pauvres peuvent utiliser leurs prescriptions pour cantiner en échange.

Dans le cadre de ces trafics, les plus vulnérables - primaires, toxicomanes en état de manque, indigents... - peuvent être exploités, malmenés ou rackettés.

Certains usagers interviewés font part de complicités internes, notamment en ce qui concerne le trafic de cannabis et d'alcool. En tout état de cause, il semble que certains trafics fassent l'objet d'une tolérance de la part du personnel, dès lors qu'ils n'engendrent pas de violences ou ne sont pas trop visibles. Ces tolérances ou arrangements sont généralement la contrepartie d'une tranquillité assurée au sein de la détention.

Dans ce contexte, l'arrêt de toute consommation semble très difficile. Les produits sont disponibles et les sollicitations nombreuses. La personne entrant en état de manque est immédiatement repérée et initiée à ce monde souterrain si elle est incarcérée pour la première fois. Ce système est d'autant plus fort que l'institution ne propose pas d'alternative suffisamment solide (cf. deuxième partie). Le quotidien s'organise alors autour des activités clandestines.

Les modes de consommation

Les conditions d'incarcération amènent les usagers à développer des stratégies d'adaptation.

En ce qui concerne les produits consommés, les entretiens menés par RESSCOM³⁸ font apparaître un transfert de consommation des drogues illicites et rares vers les médicaments. De la même façon, les modes de prise s'adaptent à la rareté des seringues. Le mode d'administration le plus fréquent semble être la voie nasale. L'injection est décrite comme un mode d'administration assez marginal, surtout réservé à l'héroïne.

35. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

36. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

37. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

38. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

Toutefois, les données quantitatives font apparaître qu'elle est loin d'être négligeable. Il ressort ainsi de l'enquête réalisée par l'ORS PACA³⁹ que parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse encore actifs à l'entrée en détention (n=97), 44 % déclarent s'être déjà injecté de la drogue au cours d'un séjour en prison (43 personnes), 28 % se sont injecté un produit au cours des quatre dernières semaines d'incarcération (27 personnes) et 7 % ont commencé à s'injecter des produits en détention (7 personnes).

Ces pratiques sont confirmées par les résultats de l'étude réalisée auprès des usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues et les "boutiques"⁴⁰. Elles apparaissent toutefois moins fréquentes puisque 20 % des usagers ayant un antécédent d'incarcération déclarent s'être injecté un produit en détention.

Parmi les usagers rencontrés par RESSCOM, un peu plus du tiers indique avoir pratiqué l'injection au moins une fois en détention. Le produit injecté est généralement l'héroïne, parfois la cocaïne et plus exceptionnellement le Subutex® ou le Skénan®.

À partir des différentes données disponibles, il est possible de proposer une estimation du nombre de personnes qui s'exposent en s'injectant des produits en détention sur une année. Selon les différentes approches (annexe 8), on peut estimer ce nombre à environ mille personnes soit 2 % de la population pénale. Il s'agit de chiffres à prendre avec prudence mais qui permettent d'avoir une idée de l'ampleur du phénomène.

Compte tenu de la faible disponibilité du matériel, la fréquence des injections semble également diminuer. La proportion de gros injecteurs (plus de vingt injections dans les quatre semaines précédentes) passe de 43 % des UDVI actifs avant l'incarcération à 12 % en détention⁴¹.

Les pratiques d'injection semblent donc diminuer de façon significative notamment au profit des pratiques d'inhalation. Elles apparaissent néanmoins suffisamment importantes pour que dans le champ de la

prévention une réponse adaptée y soit apportée. En outre, le risque relatif à l'inhalation (risque de transmission du VHC) doit être pris en compte.

Les pratiques à risques

Les injections sont souvent réalisées au détriment des conditions élémentaires d'hygiène. Les seringues peuvent être subtilisées à l'infirmerie après usage ou même récupérées dans les poubelles. Du matériel est bricolé. Les procédés de dissimulation pour les faire entrer en détention sont apparemment nombreux.

Les pratiques de partage intra-muros ne sont pas rares. Elles semblent toutefois comparables aux pratiques déclarées avant l'incarcération par les entrants en détention : 10 % des UDVI soit 23 % de la population s'étant injecté un produit en détention déclare avoir partagé son matériel d'injection en détention au cours d'une vie (contre un tiers pour la dernière injection précédant l'incarcération).

Si l'on croise les différentes données disponibles, il est possible de proposer une estimation du nombre de personnes qui prennent effectivement des risques en partageant leur seringue. Selon les différentes approches, on peut estimer ce nombre entre deux cents et trois cents personnes par an (annexe 8).

Des échanges entre matériel d'injection et produits injectables peuvent exister. Cela induit une circulation large du matériel. Les usagers ne savent pas toujours d'où provient ce matériel ni dans quelles conditions il a été utilisé auparavant.

Lorsqu'elle n'est pas partagée, la seringue est généralement réutilisée, avec les risques d'infection ou d'abcès que cela comporte pour l'utilisateur. Elle peut être conservée plusieurs mois.

Bien que conscients des risques qu'ils prennent, les usagers indiquent qu'ils les perçoivent différemment en prison. Le risque est vécu comme une fatalité. La préoccupation essentielle est de s'injecter et d'échapper à la surveillance. Ils évoquent "un état d'apesanteur dans lequel les mettrait la prison"⁴².

39. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

40. J. Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano. *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*. Institut de veille sanitaire, Institut national de la Santé et de la Recherche médicale. 1999.

41. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

42. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

II.1.2. L'approche difficile des relations sexuelles en détention

Comparativement aux données recueillies sur la toxicomanie et aux risques associés, les informations sur les pratiques sexuelles en détention apparaissent assez pauvres. Tous les chercheurs, intervenants et personnels soulignent la difficulté qu'il y a à aborder la question de la sexualité en détention. Ces résistances même si elles sont moindres perdurent au-delà des murs d'enceinte chez les personnes libérées. Le rapport RESSCOM apporte un regard sur ce phénomène : "en prison, la loi du silence fait partie des normes établies à tous les niveaux ; toute entorse expose à des risques de représailles. Alors, on préfère la dissimulation plutôt que la perte des dernières ressources, des derniers recoins d'énergie. Il ne faut apparaître ni pour ce que l'on est ni pour ce que l'on aimerait être ; il faut se faire neutre, lisse. Toute aspérité expose à l'attention et peut déclencher les processus de harcèlement." Il convient d'en tenir compte afin de ne pas minimiser ce risque par rapport au risque de contamination par usage de drogues par voie intraveineuse.

L'étude réalisée par l'ORS PACA⁴³ apporte quelques données quantitatives : 8 % de l'échantillon total (1212) déclare des rapports hétérosexuels en détention et 1 % des rapports homosexuels. Dans 1 % des cas, ces rapports impliquent une relation d'argent. La proportion de personnes détenues exposées au risque sexuel est donc plus importante que la proportion de personnes détenues UDVI qui poursuit la pratique de l'injection intra-muros. On remarque que ces pratiques sexuelles intra-muros sont plus fréquentes chez les personnes ayant consommé des drogues par voie intraveineuse au cours de leur vie (18 %).

L'usage du préservatif est rare : 20 % des personnes ayant une relation sexuelle en détention ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport occasionnel (27 % avant l'incarcération). Il n'existe pas, en détention, de différences significatives entre les UDVI et les non UDVI.

En dépit d'un risque de sous-déclaration important, les pratiques sexuelles, qu'elles soient contraintes, consenties, ou prétendument consenties apparaissent nombreuses et particulièrement exposées.

La frontière entre relations consenties et contraintes n'est pas toujours aisée à cerner pour le personnel, de nombreuses relations étant négociées. Lorsqu'elles semblent consenties et sont discrètes, elles peuvent être tolérées. Elles sont cependant beaucoup mieux acceptées chez les femmes, tant du côté des personnes détenues que du personnel. En ce qui concerne les violences sexuelles, elles sont rarement dénoncées par les détenus du fait de la crainte des représailles. Les personnels sanitaires déclarent qu'eux-mêmes reçoivent peu de témoignages.

Les victimes sont les personnes en situation de vulnérabilité : les primaires, les personnes sans "protecteurs", les personnes "mises à l'amende" parce qu'elles ne se sont pas comportées comme il fallait, celles qui ont laissé paraître des particularités, les "pointeurs". "La violence sexuelle peut être autant un rapport social de domination qu'une punition⁴⁴."

II.1.3. L'existence d'autres facteurs de risques

Les risques de contamination par le sang englobent également le tatouage et le piercing.

Cette dernière pratique semble peu répandue en prison. Cela peut s'expliquer par le fait que les bijoux ne sont pas autorisés.

En ce qui concerne le tatouage, les personnels entendus dans le cadre des déplacements estiment qu'il est en régression. Il a été indiqué que la tendance serait davantage à les faire ôter. Les études révèlent néanmoins que cette pratique persiste mais avec des variations selon les régions géographiques.

Sur l'ensemble des détenus, 19 % ont déclaré à l'ORS PACA⁴⁵ s'être tatoués en détention. La majorité sont des hommes (94 %) relativement jeunes (68 % ont en effet moins de trente ans). 64 % ont déjà connu l'incarcération. Par ailleurs, ils étaient plus souvent UDVI (25 % vs 9 % $p < 10$) et plus souvent UDVI actifs dans les quatre semaines avant l'incarcération (18 % vs 6 %). Ces derniers cumulent donc les facteurs de risques (usage de drogues, relations sexuelles non protégées, tatouages).

43. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

44. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

45. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

Les tatouages se font avec du matériel provenant de différents objets. D'après le témoignage d'un ancien détenu : "Ils (les détenus) font avec des machines, c'est un petit moteur de Walkman, des aiguilles attachées dessus, ou avec une seule c'est pareil (...)."

Les mesures d'hygiène évoquées par les personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête de RESSCOM⁴⁶ sont succinctes puisqu'elles consistent avant tout à brûler l'aiguille au briquet et quelque fois à changer l'aiguille.

Le partage de matériel (rasoirs, brosses à dents) est également un mode de transmission possible des infections, notamment du VHC, virus pour lequel on ignore encore dans 20 à 30 % des cas le mode de transmission.

Peu d'informations ont été recueillies sur les pratiques en matière de partage d'ustensiles de la vie quotidienne en détention. Elles semblent plus importantes en maison d'arrêt où la promiscuité est plus importante et les situations d'indigence nombreuses et moins bien repérées. En ce qui concerne le partage de rasoirs, le risque apparaît réel, compte tenu du développement de la mode des "crânes rasés".

En ce qui concerne les risques de transmission des maladies infectieuses par le biais de gestes professionnels, une attention a été portée, lors des déplacements, aux conditions d'exercice des soins dentaires. Le dentiste n'étant pas toujours présent, il n'a pas été possible de recueillir des informations complètes sur les procédures de décontamination, de désinfection et de stérilisation du matériel dentaire. La mission n'a donc pas pu identifier avec certitude si l'ensemble des mesures concernant les règles d'hygiène étaient appliquées.

II.2. Les risques de contaminations en détention

II.2.1. Les contaminations en détention sont probables

À ce jour, aucune étude ne fait état de cas documentés de contamination intra-muros. Les personnels rencontrés n'ont, quant à eux, pas eu connaissance de cas de contamination en détention, à l'exception d'un groupe de personnels soignants qui évoque un cas. La majorité des intervenants ou associations auditionnés pensent qu'elles sont probables voire certaines.

46. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

Au regard des données récoltées, tous les membres de la mission estiment que la prévalence des maladies infectieuses, l'existence des comportements à risques et les prises de risques effectives suffisent à démontrer que les risques de transmission des maladies infectieuses sont réels en détention et les cas de contamination probables.

II.2.2. L'influence du contexte carcéral sur les risques de contamination est difficile à évaluer

La question de savoir si la détention renforce les risques de contamination est délicate.

Certains éléments plaident en faveur d'une diminution des prises de risques par injection pendant l'incarcération. Ainsi, selon l'enquête réalisée par l'ORS PACA⁴⁷, 56 % des usagers de drogues par voie intraveineuse abandonnent cette pratique pendant l'incarcération. D'après l'enquête réalisée auprès des usagers des programmes d'échange de seringues, il sont 80 % à n'avoir jamais pratiqué l'injection en détention. La rareté des produits et du matériel semble également diminuer la fréquence des injections. Le partage de seringues n'apparaît pas plus fréquent en détention qu'à l'extérieur (donnée à confirmer compte tenu de la faiblesse de l'échantillon concerné par l'étude réalisée par l'ORS PACA). Il semble donc que les prises de risques par voie d'injection soient moins nombreuses et moins fréquentes en détention.

Il ne faut toutefois pas écarter les risques de transmission par d'autres voies (notamment voie nasale pour le VHC).

De plus, les UDVI qui s'injectent en détention sont à plus hauts risques. L'exploitation des données de l'étude réalisée auprès des usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues permet d'établir que ces injecteurs sont plus âgés, sont de plus gros injecteurs, ont commencé plus tôt à consommer des drogues dures (héroïne, cocaïne, crack) et à s'injecter des produits et sont significativement plus infectés par le VIH, le VHB et le VHC que les UDVI qui n'ont pas été incarcérés (annexe 9).

En outre, la clandestinité des pratiques favorise sans doute l'exposition aux risques. Le rapport RESSCOM apporte une analyse sur l'impact du contexte sur l'attitude des usagers face à la prise de risques. Il souligne que la violence du système poursuit le

47. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

processus de dégradation déjà engagé chez les usagers précarisés et fragilise les réflexes de protection : "l'impossibilité de parler, l'accumulation des non-dits, des vexations, l'absence de temps de récupération (qui suppose une zone intime minimum préservée), la perte d'énergie pour faire face aux rapports de force sont à la base de crises. Il n'y a plus d'autres recours que celui des consommations... Cet affaiblissement a plusieurs conséquences directes : il expose d'une manière accentuée aux prises de risques effectuées pour consommer des produits psycho-actifs (surconsommations, recherche des modes d'administration produisant le plus d'effet), ou bien il expose à des crises profondes pouvant conduire à des tentatives de suicide ou des équivalents...⁴⁸".

Enfin, si peu de données existent sur l'incidence de la phase d'incarcération sur les pratiques à risques à la sortie, l'incarcération est cependant susceptible de favoriser chez certains, après la libération, l'acquisition ou l'intensification de pratiques à risques.

Une étude menée en 1992 par l'ORS PACA⁴⁹ à Marseille démontrait que la prévalence de l'infection à VIH chez les détenus ayant déjà été incarcérés était six fois supérieure à celle des détenus incarcérés pour la première fois, alors qu'aucune différence significative de comportements toxicomaniaques entre les deux échantillons n'était révélée. Cette prévalence des maladies transmissibles chez les usagers de drogues par voie intraveineuse ayant

un antécédent d'incarcération est confirmée par l'étude réalisée auprès des usagers fréquentant les programmes d'échanges de seringues et les "boutiques⁵⁰". Celle-ci pousse plus loin l'analyse et met en évidence que les usagers de drogues par voie intraveineuse ayant pratiqué l'injection en détention, sont significativement plus infectés par le VIH, le VHB et le VHC que les usagers de drogues par voie intraveineuse n'ayant pas pratiqué l'injection au cours de leur incarcération.

L'ORS PACA posait deux hypothèses pour expliquer cette prévalence au sein de la population qui avait déjà été incarcérée : l'existence de contaminations intra-muros ou des profils à plus hauts risques chez les personnes ayant déjà été incarcérées.

À ces deux hypothèses, il peut s'en ajouter une troisième : la fragilisation des réflexes de protection par la période de détention. Toutes ces hypothèses sont vraisemblables et se cumulent probablement.

En l'état des données, il est seulement possible de dire que l'incarcération et les pratiques d'injection intra-muros sont des marqueurs de risques importants.

En tout état de cause, la mission estime que la préoccupation n'est pas tant de savoir si l'incarcération renforce ou diminue les probabilités de contaminations par rapport à l'extérieur que de développer une politique de prévention efficace dans ce milieu.

48. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

49. *L'Infection à VIH en milieu carcéral : épidémiologie, prévention, aspect éthique et juridique* : Premier séminaire du réseau européen sur la prévention de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu pénitentiaire. Communauté européenne - European Network for aids prevention in prison -

ORS PACA - Intervention de Michel Rotily, ORS PACA/INSERM unité 379 - Marseille. "La France".

50. J. Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano. *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*. Institut de veille sanitaire, Institut national de la Santé et de la Recherche médicale. 1999.

DEUXIÈME PARTIE

LES MESURES DE PRÉVENTION VIRALE
MISES EN ŒUVRE EN MILIEU CARCÉRAL

Une stratégie de prévention des risques infectieux dans le domaine du VIH a été développée dès 1985. Elle a bénéficié par la suite des progrès intervenus dans le domaine de la recherche épidémiologique et dans celui de la prévention. Les circulaires du 3 novembre 1987, du 17 mai 1989 et du 5 décembre 1996⁵¹ ont complété le dispositif de lutte contre le VIH en milieu pénitentiaire.

Ce milieu a également intégré la prévention du VHB en s'appuyant sur le protocole de juillet 1997⁵². Celui-ci donne des recommandations en matière de dépistage des personnes détenues. Il demande qu'une information individuelle sur le VHB soit donnée aux détenus au cours de l'examen médical systématique d'entrée, ou bien lors d'un entretien spécifique de prévention des maladies transmissibles. Eu égard à la prévalence élevée de ce virus au sein de la population pénale, il demande que des prélèvements sérologiques soient effectués préalablement à la vaccination. En effet, la réalisation de ces tests permet d'identifier les personnes ne nécessitant pas de vaccination puisqu'ayant déjà eu une hépatite B. Elle permet également de repérer les personnes porteuses d'une infection récente ou chronique pour laquelle des examens complémentaires sont nécessaires dans le cadre de la prise en charge habituelle des soins. Ces prélèvements, comme la vaccination elle-même, doivent recevoir le consentement du détenu.

En ce qui concerne le VHC, l'attention des équipes médicales a été attirée sur les risques de contamination par ce virus par la circulaire DGS/DH du 21 mai 1999. Compte tenu de la présence importante d'usagers de drogues parmi la population carcérale, il leur est rappelé que la prévention et la réduction des risques liés à ce virus doivent être "impérativement pris en compte par des conseils individuels, des actions d'éducation pour la santé et par la mise à dispositions d'outils adéquats".

La stratégie de prévention des risques viraux repose sur :

- la sensibilisation des personnels pénitentiaires et sanitaires ainsi que des personnes détenues sur les risques viraux,

- le dépistage des virus,
- la mise en place d'outils de prévention.

Cette partie se propose d'apprécier la mise en œuvre des orientations retenues en matière de prévention, à l'appui des études menées dans le cadre de la mission, ainsi que des données recueillies au cours des nombreux entretiens menés. Ainsi, après une description de ces mesures, le présent rapport s'efforce de répondre aux questions suivantes :

- ces mesures sont-elles connues tant des personnels que des personnes détenues ?
- sont-elles mises en place et dans quelles conditions ?
- permettent-elles d'atteindre les objectifs qui leur sont fixés ?

Répondre à l'ensemble de ces questions s'avère indispensable pour faire un bilan de la mise en œuvre des mesures de prévention en milieu carcéral.

I. Les orientations relatives à la prévention des risques infectieux en milieu carcéral

I.1. Les actions de sensibilisation sur les risques infectieux

La nécessité de sensibiliser les personnels travaillant en milieu pénitentiaire ainsi que les personnes détenues sur les risques infectieux a été soulignée dès la circulaire du 7 septembre 1985. La mise à disposition d'informations objectives sur les virus, leur mode de transmission, les pratiques à risques doit aider les personnes qui y ont accès à s'approprier des gestes de prévention. Elle doit contribuer à la dédramatisation des peurs qui entourent ces virus, en particulier le VIH. Cette orientation est toujours d'actualité. Elle concerne également les hépatites virales.

51. La circulaire du 5 décembre 1996 a été prise à la suite de la réorganisation des soins en milieu pénitentiaire, intervenue par la loi du 18 janvier 1994. Elle a été l'occasion de réaffirmer l'objectif de prévention de l'infection à VIH tant à l'égard des personnels de l'administration pénitentiaire qu'à l'égard des personnes détenues. Elle est le premier texte présentant de manière globale l'ensemble du dispositif de prévention et de prise en charge du risque infectieux par le VIH applicable au milieu carcéral (elle décrit les dispositions

relatives à la prévention primaire, à la prise en charge thérapeutique, à la prophylaxie post-exposition). Elle figure en annexe 11.

52. Protocole élaboré par la DGS pour le programme 1997 de prévention de l'hépatite B en milieu pénitentiaire. Ce protocole se démarque de ce qui est fait pour la population générale qui bénéficie de vaccinations sans prescription de tests sérologiques.

I.1.1. Sensibiliser les détenus

Mise à disposition de documents d'information

Cette information passe par la mise à disposition de documents d'informations sur le VIH, le VHC et le VHB. Ces documents doivent notamment leur être systématiquement remis à l'entrée en détention. En outre, les personnes en permission de sortir ou libérées doivent se voir remettre une information particulière sur le VIH, notamment par la remise systématique d'un préservatif comme outil de sensibilisation sur les risques de relations sexuelles non protégées⁵³.

Mise en place d'actions d'éducation pour la santé

La sensibilisation des personnes détenues se fait également à travers les actions de prévention. Certaines de ces actions se déroulent dans le cadre d'un programme d'éducation pour la santé en vertu de l'article R.711-14 du Code de la santé publique et peuvent être réalisées par les détenus eux-mêmes afin qu'ils soient impliqués dans la prévention. Comme le rappelle la circulaire santé-justice du 8 décembre 1994, il s'agit de "mettre en place un projet global associant les personnes détenues, les professionnels sanitaires et sociaux et les personnels pénitentiaires afin que chacun se sente concerné et s'implique dans le cadre d'une véritable promotion de la santé en milieu pénitentiaire".

Les actions d'éducation pour la santé sont coordonnées par l'établissement public de santé ou par le service médical du programme 13 000. À ce titre, l'UCSA ou le service médical des établissements à gestion déléguée, élabore un programme annuel ou pluri-annuel, en accord avec l'établissement pénitentiaire, la direction régionale des services pénitentiaires et les partenaires locaux, qu'il s'agisse des préfetures (DRASS et DDASS), du conseil général, des organismes d'assurance maladie, ou d'autres collectivités et associations concernées par ce programme.

Bon nombre d'actions d'éducation pour la santé menées en milieu carcéral ont pour objet la prévention des maladies infectieuses et portent sur un ou plusieurs modes de transmission. Certaines de ces actions sont ponctuelles et se déroulent sur un thème précis (le VIH/sida, l'hépatite B, l'hépatite C, l'hygiène, les conduites addictives, la toxico-

manie...), selon des modalités variant de la séance d'information au groupe de parole, souvent accompagnées de brochures d'information.

Ces actions peuvent également faire l'objet d'un travail de plus longue haleine, impliquant les personnes incarcérées volontaires dans une démarche de réflexion et d'appropriation des outils d'information et de prévention. Ainsi, la rédaction de brochures, l'élaboration d'une affiche, le montage d'une exposition d'information, d'un documentaire à diffusion interne, ou d'une pièce de théâtre, par les détenus eux-mêmes, constituent parfois le support d'actions d'éducation pour la santé portant sur du long terme et permettant l'intégration et la transmission de messages de prévention de réduction des risques.

Afin de créer une véritable dynamique dans le domaine de l'éducation pour la santé, un guide méthodologique à destination des établissements a été conçu en 1998 sous l'égide des ministères de la Santé et de la Justice. Suite à un appel à candidature DAP/DGS, dix sites pilotes volontaires ont été retenus pour réaliser, en s'appuyant sur ce guide méthodologique, des programmes d'éducation pour la santé, par le biais de formations actions. Cette initiative a rencontré un vif succès puisque près de soixante projets ont été déposés lors de l'appel à candidature.

I.1.2. Former les personnels

Des actions de formation participent à la sensibilisation des personnels. Elle doivent contribuer à l'évolution des perceptions et des comportements des personnels, permettre aux personnels de santé, socio-éducatifs, de surveillance et de direction, de pouvoir faire face à des situations auxquelles ils ne sont toujours pas préparés.

Ainsi, comme le précise la circulaire du 5 décembre 1996, ces formations doivent permettre aux personnels :

- d'accroître leur rôle dans la prévention auprès des détenus et dans le soutien auprès des personnes atteintes,
- d'améliorer le soutien, la tolérance et la solidarité envers les personnes atteintes par le VIH,
- de favoriser la prise en charge globale de ces personnes et de promouvoir les politiques d'information, de prévention, de conseil personnalisé et de dépistage volontaire du VIH,
- de préparer à la sortie, dans une optique de continuité des soins et de réinsertion sociale.

53. 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.

Elles doivent permettre aux personnels sanitaires d'accroître leur rôle dans la prévention auprès des personnes détenues et dans le soutien auprès des personnes atteintes. Trois types de formation leur sont proposées :

- formation à l'organisation des actions de prévention visant 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,
- formation au conseil personnalisé de prévention afin d'encourager 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 de garantir une cohérence entre les messages d'informations et de prévention délivrés par les différents personnels médicaux,
- formation en matière de prise en charge médicale, psychologique et sociale. Il s'agit d'améliorer le suivi médical et psychologique des personnes atteintes. Son but est d'aider les personnels sanitaires 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.

Les établissements pénitentiaires peuvent s'appuyer sur des outils méthodologiques établis par les administrations centrales concernées. Ainsi, un outil pédagogique dans le domaine de la formation des personnels pénitentiaires a été élaboré sous forme de classeur et diffusé en 1997 auprès des responsables de formation. Il précise les orientations, les conditions de mise en œuvre, les méthodes pédagogiques et d'évaluation des actions de formation sur le thème des maladies transmissibles.

1.2. Les mesures de dépistage des virus en détention

Le dépistage des virus fait partie intégrante du dispositif de prévention mis en œuvre en milieu carcéral. Comme à l'extérieur, son objectif est d'informer les personnes sur les virus et leurs modes de transmission et de les responsabiliser en leur lais-

sant la décision de recourir ou non au dépistage afin de favoriser l'adoption de comportements de prévention individuels pour réduire les risques de contamination. Il doit également permettre aux personnes séropositives l'accès à une prise en charge précoce, tant psychosociale que médicale.

Le dépistage du virus du sida a été mis en place en milieu pénitentiaire depuis 1985. L'intervention d'équipes de consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) a été prévue par la circulaire de la DGS du 29 janvier 1993⁵⁴. Ce texte précise que les dépistages doivent résulter d'une démarche volontaire de la personne. Tant la proposition du test que la remise de ses résultats, qu'ils soient positifs ou négatifs, se font dans le cadre d'une consultation d'information-conseil personnalisée. Ces principes sont repris par la circulaire du 5 décembre 1996 qui souligne qu'un dépistage est systématiquement proposé aux personnes détenues à l'entrée en détention dans le cadre "d'un conseil personnalisé de prévention de l'infection par le VIH".

Ce dispositif a permis également le dépistage du VHC au moment de l'émergence du virus. Néanmoins, le nombre de personnes contaminées dans la population générale (évalué à 600 000 personnes) ainsi que les progrès obtenus dans le domaine de la prise en charge thérapeutique de ce virus ont justifié l'élaboration d'orientations spécifiques en matière de dépistage et de prise en charge de ce virus. La circulaire DGS/DH du 21 mai 1999⁵⁵ appelle l'attention des services de santé et recommande que le dépistage soit proposé à toute personne présentant des facteurs de risques. En milieu pénitentiaire, elle prévoit que ce dépistage doit être proposé lors de la consultation médicale d'entrée.

Dans un souci de protection du détenu et de confidentialité des informations individuelles relatives aux résultats du dépistage le concernant, il est rappelé, au même titre qu'en milieu libre, que le dépistage ne peut être effectué à titre obligatoire. Les résultats du test de dépistage doivent être communiqués oralement au détenu.

Le médecin de l'UCSA renouvelle, si besoin est, les conseils de dépistage lors des autres consultations. Il prescrit un test de dépistage, soit à la demande de l'intéressé lui-même, soit avec l'accord de l'intéressé en raison de critères médicaux tels que symptômes, facteurs de risques...

54. Circulaire DGS n°9 du 29 janvier 1993 relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuite ou de dépistage gratuit du virus de l'immuno-déficience humaine.

55. Circulaire DGS/DH n°99/299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C.

1.3. Les mesures prophylactiques

La prévention des virus suppose le respect des règles d'hygiène générales et particulières dans l'accomplissement d'actes professionnels et l'accès à une prise en charge thérapeutique quand il y a eu une exposition à un risque de transmission.

1.3.1. Les mesures d'hygiène

Deux documents sur la prévention des risques professionnels ont été élaborés à l'intention des personnels pénitentiaires à l'initiative de la direction de l'administration pénitentiaire. Prenant la forme de fiches thématiques intégrées dans un classeur, le premier est destiné spécifiquement aux responsables des services pour les sensibiliser sur les risques. Le second document, sous forme de livret, est quant à lui destiné à l'ensemble des agents de l'administration pénitentiaire. Ils constituent des sources d'information sur les virus, les risques de transmission liés au contexte carcéral et font des recommandations sur les gestes d'hygiène à respecter, les mesures de prévention et les conduites à tenir en cas d'exposition.

Les mesures d'hygiène générales consistent à se laver les mains et à manipuler avec soin les objets tranchants. Elles consistent également, pour les personnels, à appliquer des mesures préventives quand leur intervention est susceptible de les exposer à un contact au sang. La circulaire du 5 décembre 1996 porte ainsi l'attention des personnels pénitentiaires sur la nécessité de "disposer de gants à usage unique pour les interventions sur des accidents avec exposition au sang". L'administration pénitentiaire met ainsi à la disposition des personnels des gants de différents types qu'ils doivent utiliser en fonction des situations professionnelles rencontrées (fouille à corps, fouille de cellule, intervention auprès d'une personne qui saigne...)

1.3.2. L'accès aux traitements post-exposition

Les personnels ainsi que les personnes détenues ayant été exposés à un risque de transmission du VIH, par voie sanguine ou sexuelle, doivent pouvoir accéder à un traitement antirétroviral. Le dispositif mis en place pour l'accueil et la prise en charge des personnes en relevant doit pouvoir répondre à des situations d'urgence. Il doit permettre une interven-

tion dans les heures qui suivent l'exposition, une évaluation par un médecin référent du risque de contamination et, si le risque est documenté, l'accès aux traitements antirétroviraux. Le dispositif doit enfin permettre le suivi des personnes pour évaluer leur observance au traitement.

Pour les personnels

La procédure applicable aux personnels pénitentiaires est fixée par la circulaire du ministère de la Justice du 15 juillet 1997. Elle fait intervenir le service des urgences de l'hôpital le plus proche pour l'évaluation du risque, dans les plus brefs délais après l'exposition. L'établissement hospitalier est également compétent pour la prescription d'une thérapie dans les quatre heures qui suivent l'exposition si le risque est documenté, ainsi que pour la pratique d'examens sérologiques visant à rechercher des anticorps sept jours après l'exposition, puis trois à six mois après.

Pour les personnes détenues

L'organisation du dispositif pour les personnes détenues est laissé à l'initiative locale. La circulaire DGS/DH/DRT n° 98 - 228 du 9 avril 1998 prévoit que l'identification des procédures applicables fait l'objet d'une concertation locale faisant intervenir les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales, les CISIH ainsi que les médecins intervenant en milieu pénitentiaire.

1.4. La mise en place d'outils de prévention des risques sexuels

La mise à disposition de préservatifs a été mise en œuvre en détention depuis 1989. La circulaire du 5 décembre 1996 est venue renforcer ce dispositif en élargissant les lieux de mise à disposition et en privilégiant le libre accès des détenus au préservatif. Ces préservatifs doivent répondre aux normes réglementaires et être accompagnés de lubrifiant et d'un mode d'emploi. Leur mise à disposition se fait également au moment de la sortie de détention pour les permissionnaires et les libérés. Il est par ailleurs précisé que les détenus peuvent les conserver sur eux ou dans la cellule. L'administration pénitentiaire supporte le coût de ce dispositif.

La mise à disposition de préservatifs en prison a fait l'objet dans le cadre du réseau européen, en 1995, d'une étude de G. Schaller. Il en ressort que sur les trente-deux prisons européennes visitées, vingt-quatre avaient mis en place ce dispositif, mais selon des modalités de mise à disposition différentes : en détention pour vingt-deux d'entre elles, en semi-liberté pour seize d'entre elles, pendant les visites conjugales pour quatorze et à la libération pour dix-sept⁵⁶.

1.5. Les outils de réduction des risques liés au sang

1.5.1. Le sevrage et les traitements de substitution

La volonté de développer une politique de prise en charge des usagers de drogues incarcérés s'est manifestée dès 1986 avec la création des premières antennes toxicomanie rattachées aux services médico-psychologiques régionaux. La circulaire du 3 novembre 1987 précise les modalités de fonctionnement de ces antennes. Il existe aujourd'hui seize centres spécialisés de soins aux toxicomanes implantés en milieu pénitentiaire (ex-antennes toxicomanies), répartis sur le territoire national. Le dispositif a ainsi pour objectif d'apporter une réponse globale aux problèmes psychologiques, médicaux et sociaux rencontrés par les usagers de drogues. Il doit faire le lien avec le milieu libre en vue de la préparation à la sortie. Des modules de préparation à la sortie spécifiques (unités pour sortants) existent également dans sept établissements pénitentiaires.

Le sevrage et/ou l'accès aux traitements de substitution à la méthadone et au Subutex®, dans le cadre d'un accompagnement sanitaire et social, participe à l'amélioration de la situation somatique et psychologique des personnes incarcérées dépendantes. En favorisant la gestion par le détenu de sa dépendance, ce dispositif conduit en principe à la réduction, voire à la suppression de toute pratique à risques liée à la consommation de drogues en prison.

Ainsi, la circulaire du 5 décembre 1996 recommande que la personne toxicomane ayant initié en milieu libre un traitement de substitution puisse

continuer à en bénéficier en détention au titre de la continuité des soins. Elle précise également "qu'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". Cette primo-prescription doit toutefois émaner d'un médecin travaillant dans une "antenne" ou d'un centre extérieur habilité à intervenir en milieu carcéral.

1.5.2. L'eau de Javel comme outil de réduction des risques infectieux

Afin de prendre en compte, en milieu libre, les pratiques de partage et de réutilisation du matériel d'injection qui concernent encore un nombre appréciable d'usagers de drogues (13 % des usagers ont partagé leur seringue au cours de leur dernière injection), la direction générale de la santé recommande, sur la base des recherches menées par l'INSERM⁵⁷, l'utilisation de l'eau de Javel en tant qu'outil de réduction des risques.

En effet, quand elle est utilisée dans des conditions précises, l'eau de Javel permet de réduire efficacement les risques de contamination virale. Mais ce produit ne les éliminant pas entièrement, la DGS souligne qu'il doit être utilisé en dernier recours et en l'absence de tout accès à du matériel d'injection stérile.

En milieu carcéral, la direction générale de la santé et la direction de l'administration pénitentiaire ont privilégié, en l'absence d'accès à du matériel stérile d'injection, une grande accessibilité à l'eau de Javel qui peut en cas de besoin être utilisée à des fins de décontamination des seringues, mais également du matériel de tatouage et de piercing. La circulaire santé-justice du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre le VIH en milieu pénitentiaire prévoit que ce produit doit être distribué gratuitement et systématiquement aux personnes détenues et doit être inscrit parmi les produits cantinables. Cependant, le rôle de l'eau de Javel comme outil de réduction des risques liés à la pratique d'injection n'est pas spécifié dans ce texte, mais dans une note de la DGS aux directeurs départementaux des affaires

56. J. Emmanuelli. *Usage des drogues, sexualité, transmission des virus VIH, hépatites B et C et réduction des risques en prison à travers le monde*. Revue de littérature. InVs. Septembre 1997.

57. Conclusions de septembre 1997 des experts appelés à se prononcer sur les résultats de l'évaluation réalisée par l'INSERM U 271 en mars 1997, sur l'efficacité de l'eau de Javel comme produit de décontamination des seringues utilisées par les usagers de drogues par voie intraveineuse.

sanitaires et sociales⁵⁸ (annexe 13). Ce courrier leur demande de sensibiliser les responsables des services médicaux des établissements pénitentiaires sur la faculté d'utiliser ce produit comme outil de réduction des risques liés à l'injection ainsi qu'au tatouage et au piercing.

Après avoir rappelé que la consommation de drogues était probable même si elle ne pouvait être objectivement quantifiée, cette note précise que ce produit peut être utilisé comme outil de prévention efficace dans le cas d'une réutilisation ou d'un partage de matériel d'injection par les personnes détenues poursuivant un usage de drogues par voie intraveineuse. Les modalités d'utilisation de ce produit pour la désinfection de seringues usagées sont précisées en annexe de ce courrier (annexe 14). La direction de l'administration pénitentiaire a également transmis ce courrier pour information aux directions régionales des services pénitentiaires, au moment de la mise en œuvre de la mesure, en précisant qu'il s'agit d'une mesure d'hygiène générale qui vise en particulier la prévention des maladies transmissibles telles que le VIH et les hépatites virales. Elle a attiré l'attention de ses services sur la nécessité d'accompagner la mise en œuvre de cette mesure par des actions de formation des personnels (en lien avec les services de santé compétents, médecins de prévention notamment) et par des actions d'information des personnes détenues (en sollicitant le concours des services médicaux intervenant en milieu pénitentiaire et en recourant à divers supports, plaquettes d'information, canal vidéo interne, actions d'éducation pour la santé...). La France a ainsi opté pour un programme peu répandu au sein des autres pays. En effet, sur les trente-deux pays recensés au sein de la revue de littérature de l'InVS dans le cadre de la mission, seulement neuf ont mis en œuvre une telle action. Les motifs invoqués pour expliquer le manque d'attrait de cette mesure par les pays qui ne l'ont pas retenue sont le risque que l'eau de Javel soit employée comme "arme" par les détenus à l'encontre des surveillants, contre autrui ou contre le détenu lui-même. Il est à noter qu'aucune publication ne mentionne d'incidents de ce type⁵⁹.

58. Note 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.

59. *VIH / sida en 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, septembre 1996.

La circulaire du 5 décembre 1996 prévoit la distribution à titre gratuit aux détenus de flacons d'eau de Javel de 120 ml à 12° chlorométrique. À ce niveau de concentration, le produit n'est pas toxique, même en cas de projection sur la peau ou dans les yeux, et ne présente pas de différence significative d'efficacité avec de l'eau de Javel à 24°. Cette mise à disposition d'un flacon se fait par l'administration pénitentiaire sous forme d'une distribution systématique à l'entrée, gratuite et renouvelée tous les quinze jours. Ce produit figure également sur la liste des produits cantinables.

II. Un bilan mitigé sur la mise en place des orientations relatives à la prévention des risques infectieux en milieu carcéral

Le bilan sur la mise en place des orientations relatives à la prévention des risques infectieux a été réalisé à partir de diverses études et du suivi des actions réalisées au niveau national. Si certaines données sont locales, la mission s'est néanmoins efforcée de croiser les données disponibles et a pu cerner les points forts ainsi que les limites de la plupart de ces actions.

II.1. Des actions d'éducation pour la santé en voie de développement

Depuis de nombreuses années, les établissements pénitentiaires se sont appuyés sur la journée mondiale de lutte contre le sida du 1^{er} décembre, ainsi que sur les actions d'éducation pour la santé pour mobiliser les personnes détenues sur les risques infectieux.

Ainsi, les bilans réalisés sur la journée mondiale de lutte contre le sida montrent que les initiatives engagées suscitent de la part de la population pénale un intérêt qui se manifeste par sa participation à l'élaboration de pièces de théâtre, d'œuvres artistiques ou au travers de forums et de débats...⁶⁰

Le suivi des actions d'éducation pour la santé tend à établir que, depuis 1997, elles ont évolué dans une

60. En 1997, le thème retenu par l'ONU/sida était "l'enfant dans un monde marqué par le sida". Malgré ce thème délicat à traiter en milieu pénitentiaire, la plupart des établissements pénitentiaires et de nombreux comités de probation et d'assistance aux libérés ont mis en place une action spécifique à l'occasion de cette journée. Beaucoup d'établissements ont notamment associé les enfants et les familles en attente de parler : panneaux d'affichage, mise à disposition de documentation en plusieurs langues, distribution de rubans rouges, de ballons pour les enfants.

optique de plus grande efficacité. Elles intègrent mieux la démarche partenariale, mobilisent de plus en plus de services sanitaires et pénitentiaires en lien avec des relais extérieurs tels que les DDASS, les CRES et les CODESS. Un nombre croissant d'établissements pénitentiaires ont ainsi enclenché la démarche, les services pénitentiaires d'insertion et de probation investissant progressivement cette mission. Les formations-actions ont permis aux personnels pénitentiaires et sanitaires d'acquérir une méthodologie d'aide à l'élaboration de projets. Cela a créé des occasions de travailler en partenariat entre les deux institutions et a favorisé l'émergence d'un intérêt commun autour de la promotion de la santé.

En 1998, le bilan fait apparaître que la journée du 1^{er} décembre garde un caractère symbolique, mais que la sensibilisation à la lutte contre le sida tend à s'intégrer au fonctionnement quotidien des établissements pénitentiaires et à s'inscrire davantage dans la durée avec le développement de véritables actions de formation et d'éducation à la santé. Sur certains sites ont été mis en place des comités de pilotage locaux auxquels participent personnels sanitaires et pénitentiaires, mais également intervenants extérieurs, ce qui est significatif d'un véritable souci d'articulation et de coordination entre les différents professionnels.

En outre, les contenus des actions ont évolué pour mieux tenir compte des besoins et du contexte local. Alors que les programmes étaient souvent conçus "en termes de techniques didactiques, prescriptifs, sans références scientifiques, ou bien en termes généraux, réflexifs, sans références à des réalisations⁶¹", ils sont désormais élaborés à partir de l'expression des besoins des publics.

II.2. Des actions de formation des personnels pénitentiaires insuffisamment fréquentes et qui agissent partiellement sur les représentations

II.2.1. La fréquence

La participation aux actions de formation varie en fonction de la nature de ces dernières ainsi que de la catégorie professionnelle des personnels.

L'évaluation réalisée par le CODESS de Rennes⁶² sur les besoins en formation des personnels péniten-

tiaires de la région Grand-Ouest révèle que les personnels ont participé, de 1993 à 1997, en premier lieu aux formations continues ayant trait à des thèmes globaux plutôt qu'à des formations ciblées sur les maladies transmissibles. Le personnel d'insertion et de probation ainsi que le personnel enseignant sont ceux qui participent le plus à ces formations (respectivement 76 % et 80 %). *A contrario*, les personnels fréquentant le moins ces actions sont les surveillants (43 %), le personnel administratif (53 %) et le personnel technique (54 %).

Il existe également une variation en fonction du type d'établissements. Les centres de détention et les centres pénitentiaires sont ceux qui ont le plus de participants. On constate une moindre participation des personnels des maisons d'arrêt. Cela peut s'expliquer par la charge professionnelle à laquelle ils sont confrontés et par le turnover important au sein des maisons d'arrêt qui ne leur permet pas de trouver des moments de disponibilité dans l'emploi du temps qui leur est aménagé. Cela a été corroboré lors des déplacements de la mission. Les personnels interrogés considéraient que les formations sont insuffisantes en nombre et, pour certains d'entre eux, difficiles à suivre.

L'étude du CODESS de Rennes signale également que les personnels participent beaucoup moins aux formations ciblées exclusivement sur les maladies transmissibles. Ils sont en effet seulement 9 % à en avoir suivi une, avec ici aussi une représentation plus importante des personnels d'insertion et de probation.

Ce manque d'attrait peut s'expliquer par le moindre intérêt manifesté par la population générale à l'égard du virus du sida depuis notamment l'apparition des multithérapies ou par un manque d'actions de formation programmées en direction des personnels pénitentiaires. A. Chantraine et A.-M. Palicot expliquent également le manque d'intérêt des surveillants à l'égard de ces formations par le fait qu'elles ont trait à l'aide et à la prévention, c'est-à-dire à des missions pour lesquelles les surveillants considèrent ne pas devoir intervenir directement. En ce qui concerne la formation sida, celle-ci peut être pensée comme stigmatisante par ces personnels et renvoyer à des problématiques qu'ils peuvent considérer comme contradictoires avec leur mission, car ayant trait à la toxicomanie ou à l'homosexualité.

61. D. Lhuillier. *VIH-sida et santé. Représentations et pratiques des personnes incarcérées*. Université Paris VII. 1999.

62. Amélie Chantraine et Anne-Marie Palicot. *Les Besoins en formation sur le sida du personnel pénitentiaire*. CODESS de Rennes. 1996-1997.

En ce qui concerne tout particulièrement les formations portant sur les maladies transmissibles, les personnels de surveillance d'un établissement, rencontrés par la mission, ont déclaré qu'aucune n'avait été faite depuis plusieurs années. La moitié des directeurs interrogés par l'ORS PACA (14/23) les estiment également insuffisantes alors que l'autre moitié les considèrent comme suffisantes⁶³.

II.2.2. L'impact

L'enquête de D. Lhuillier nous permet de constater que les formations sur le VIH ont contribué à l'enrichissement des connaissances des personnels et à l'évolution de leurs comportements. Ces formations, qui "ont duré deux à trois jours" sur les thèmes relatifs à "la source de contamination, l'évolution de la maladie, la signification du taux T4, les maladies opportunistes⁶⁴", ont permis aux surveillants d'avoir des connaissances sur le VIH. Elles ont permis de parler du sida avec des collègues et d'exprimer les craintes jusqu'alors non formulées.

Elles ont eu un impact sur les peurs à l'égard des modes de transmission et ont contribué à améliorer les relations de certains surveillants avec les détenus en discutant par exemple avec eux du sida. Elles permettent ainsi de rassurer les personnes sur les risques de transmission. Ainsi, pour D. Lhuillier : "Les surveillants ont tous acquis des connaissances objectives sur les modes de contamination et sur les techniques de prévention, connaissances dont ils sont assez généralement capables de restituer l'essentiel. Presque sans exception, ils restreignent leur perception du risque aux situations de contact direct avec le sang d'un porteur du virus du sida⁶⁵". Toutefois, le travail positif opéré par ces formations demeure superficiel dans la mesure où les peurs, même si elles sont tuées ou minimisées au départ, ressortent au fil des entretiens des personnels avec les chercheurs. En fait, les actions de formation ne peuvent occulter les représentations que les personnels ont du détenu et peuvent ainsi voir leur efficacité réduite. Pour les personnels de surveillance, le détenu est considéré comme le principal vecteur de

maladie. L'exercice de la profession constitue un risque de contamination de maladies graves pour 91 % des surveillants et 83 % des surveillantes⁶⁶. L'idée, selon laquelle les détenus sont les principaux agents de contamination, soit pour les détenus soit pour les surveillant(e)s, est forte.

Ces peurs portent également sur les risques de transmission qui peuvent être exagérés voire infondés. À titre d'exemple, 49 % des personnels rencontrés par A. Chantraine et A.-M. Palicot⁶⁷ ont estimé que le bouche-à-bouche en réanimation représentait un facteur de risques. L'ensemble du dispositif risque alors d'être considéré comme incomplet.

II.3. Des mesures de dépistage et de vaccination qui peuvent être renforcées

La population détenue s'est fréquemment fait dépister pour un ou plusieurs virus. En effet, selon l'enquête santé-entrants de 1997, les entrants sont environ 50 % à déclarer avoir effectué l'un des tests de dépistage (VIH, VHC ou VHB). Les usagers de drogues par voie intraveineuse se caractérisent par un taux de dépistage particulièrement élevé. Ils sont seulement 17 % à n'avoir fait l'objet d'aucun test de dépistage avant l'entrée en prison.

Ces données ne doivent pas masquer les besoins de cette population dans ce domaine.

La comparaison des données recueillies en milieu libre et en détention démontre que les UDVI incarcérés ont moins fréquemment réalisé un dépistage que les UDVI interrogés en milieu libre.

Il reste une moitié des entrants (49,6 %) qui déclarent n'avoir jamais fait de test de leur vie et près de la moitié des entrants déclarent ne pas avoir effectué de test de dépistage du virus du sida. L'ORS PACA évalue à 63 % le nombre de détenus n'ayant pas eu de test de dépistage du virus de l'hépatite C à un moment de leur vie⁶⁸. En outre, 53 % des détenus interrogés ont déclaré ne pas avoir été vaccinés contre le VHB et, parmi les 41 % des détenus qui affirment avoir été vaccinés avant l'incarcération, 13 % n'ont pas reçu toutes les injections nécessaires à l'efficacité de la vaccination.

63. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

64. D. Lhuillier. *VIH et sida, santé et soins en milieu carcéral*. ANRS. Mai 1998.

65. D. Lhuillier. *VIH et sida, santé et soins en milieu carcéral*. ANRS. Mai 1998.

66. D. Lhuillier. *VIH et sida, santé et soins en milieu carcéral*. ANRS. Mai 1998.

67. Amélie Chantraine et Anne-Marie Palicot. *Les Besoins en formation sur le sida du personnel pénitentiaire*. CODESS de Rennes. 1996-1997.

68. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final.

Certains détenus ayant effectué un test n'ont jamais pris connaissance de ses résultats. En effet, 11 % des détenus interrogés par l'ORS PACA (majoritairement non-usagers de drogues) déclarent ne pas avoir pris connaissance du résultat du dernier test. Les détenus usagers de drogues se démarquent là aussi de ce résultat, car ils sont seulement 3 % à être dans cette situation.

Par ailleurs, les tests salivaires effectués dans le cadre de l'enquête de l'ORS PACA démontrent qu'un nombre important des personnes identifiées par les tests comme séropositives ignoraient leur statut. Sur les vingt-trois personnes séropositives au VIH d'après le test, six (26 %) d'entre elles ne connaissaient pas leur sérologie. Sur les soixante dix-neuf personnes séropositives au VHC d'après le test, trente et une personnes (39 %) ne connaissaient pas leur sérologie. En outre, un certain nombre ont une connaissance erronée de leur statut sérologique. Pour le VIH, huit détenus sur vingt-huit se déclarant séropositifs sont en réalité séronégatifs, soit 29 % des cas. Une personne (4 %) se croyant séronégative est en réalité contaminée. Pour le VHC, 18 % des personnes se croyant séropositives sont séronégatives et dix personnes (4 %) se croyant séronégatives sont en fait infectées.

Cette méconnaissance peut être dommageable en termes de prise en charge sanitaire et de comportements individuels, la certitude d'être séronégatif pouvant entraîner un relâchement des gestes de prévention vis-à-vis des autres. La personne se croyant à tort séropositive peut, quant à elle, être psychologiquement déstabilisée.

La prison constitue néanmoins un lieu important pour l'accès aux dépistages du VIH et du VHC. Pour ce dernier, l'enquête de l'ORS PACA indique que 69 % des tests au VHC ont eu lieu en détention⁶⁹.

La réalisation des tests en prison se fait majoritairement dans le cadre de l'entrée en détention. Ainsi, 68 % des médecins (17/25) déclarent qu'ils sont réalisés dans la première semaine de détention. Le reste du temps, ils interviennent dans les quatre premières semaines de détention⁷⁰.

Toutefois, le moment de l'incarcération ne paraît pas toujours propice pour la délivrance des informations sur le dépistage à des détenus psychologiquement fragilisés par l'épreuve de l'interpellation et/ou de la mise sous écrou et, par voie de conséquence, peu réceptifs. Il ressort des témoignages de personnes détenues qu'elles ont pu ne pas saisir la différence entre les divers dépistages proposés par les personnels soignants. De ce fait, elles n'intègrent pas forcément les résultats de ces dépistages. De plus, il semble exister une confusion dans l'esprit de certains sur le dépistage des maladies vénériennes et le dépistage du VIH et des hépatites.

En ce qui concerne la vaccination du VHB, les conseils médicaux donnés aux personnes détenues ne semblent pas toujours porter leurs fruits. En effet, 69 % des détenus rencontrés par l'ORS PACA accepteraient de bénéficier d'une vaccination si on le leur proposait, alors que les médecins ont indiqué qu'elle leur était proposée mais qu'ils ne l'acceptaient pas. Ce résultat peut mettre en lumière les limites des conseils médicaux dès l'entrée en détention en matière de prévention de ce virus.

Très peu de renseignements sur les modalités de mise en œuvre sont parvenus à la mission. Un témoignage recueilli dans le cadre d'une étude fait toutefois état d'un dépistage à l'insu d'un détenu usager de drogues. Celui-ci déclare en effet avoir pris connaissance de sa séropositivité à l'hépatite C par l'assistante sociale du SMPR⁷¹.

Les détenus rencontrés par l'équipe de RESSCOM regrettent la faiblesse des actions d'accompagnement au moment de la découverte d'une séropositivité, cette carence amplifiant alors la gravité de ce moment. Ils ont "l'impression de ne pas pouvoir s'exprimer ou même communiquer autour de ces examens. La faiblesse des informations et du soutien quand il y a 'révélation' d'une sérologie positive renforce la dimension de l'épreuve"⁷².

En conclusion, même si les orientations en matière de dépistage semblent appliquées, ces différents éléments tendent à démontrer que des progrès peuvent encore être réalisés sur ce point.

69. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

70. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des*

programmes de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport final 1998.

71. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

72. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

II.4. Des traitements post-exposition pas toujours identifiés

Les informations récoltées par la mission sur le dispositif post-exposition appliqué aux personnels ne sont pas suffisantes pour dresser un bilan exhaustif sur l'effectivité et l'efficacité de cette mesure. Ce dispositif est néanmoins pris en compte dans l'organisation sanitaire des établissements pénitentiaires. Les quelques services sanitaires confrontés à un risque post-exposition encouru par un membre du personnel ont pu l'appliquer. Les personnels sanitaires, rencontrés par les membres de la mission, ont également affirmé qu'ils étaient prêts à répondre en cas de besoin.

En fait, les rencontres sur sites avec le personnel ont mis en évidence que l'efficacité de cette procédure était altérée par la faible connaissance que les personnels en avaient. Ainsi, les personnels de surveillance, principalement concernés par les risques d'exposition, ont connaissance de l'existence d'une telle procédure mais en méconnaissent ses modalités. Aussi, le risque qu'ils n'aient pas intégré la notion d'urgence d'une telle mesure, en particulier pour l'application des premiers gestes de prévention, ne doit pas être écarté.

En ce qui concerne les personnes détenues, les procédures sont identifiées pour chaque établissement par le responsable médical en collaboration avec la DDASS et le CISIH géographiquement compétents. Le groupe de travail n'a pu expertiser les dispositifs retenus par l'ensemble des établissements. Toutefois, les responsables médicaux auditionnés par la mission ont témoigné de leur capacité à appliquer la procédure en cas de besoin. Quoi qu'il en soit, il apparaît que les traitements post-exposition sont très peu mis en œuvre à l'égard des personnes détenues. Les quelques cas que peuvent rencontrer les services sanitaires de la prison impliquent des détenus à la suite de bagarres identifiées par les surveillants. Ce constat peut également résulter de la faible sensibilisation des détenus sur ce dispositif. À cet égard, il convient de signaler que l'information des détenus sur ce dispositif ne suffit pas forcément à les inciter à y recourir. En effet, les risques en question étant liés à des actes répréhensibles par l'administration pénitentiaire (telle l'injection de drogues), ou bien pouvant les exposer à des représailles de la part des autres détenus (relations

sexuelles avec violence), ou les stigmatiser auprès du personnel médical, les détenus exposés à un risque peuvent être amenés à ne pas vouloir accéder au dispositif post-exposition.

II.5. Le préservatif : un outil de réduction des risques dont la mise en œuvre souffre de lacunes

II.5.1. Une mise en œuvre insuffisante de cet outil

La mesure consistant à mettre des préservatifs à disposition des détenus, durant la détention et dans le cadre de leur sortie en tant que permissionnaires ou libérés, est mise en œuvre dans la grande majorité des établissements. Sur les vingt-cinq établissements interrogés par l'ORS PACA⁷³, vingt-trois déclarent l'avoir implantée. En outre, les personnels rencontrés dans le cadre de la mission ont déclaré que cette mesure était effective dans leur établissement. Cependant, cette mesure n'est pas toujours perçue comme pertinente dans certaines prisons pour femmes.

Les unités médicales restent les lieux où les préservatifs sont très majoritairement accessibles : 92 % des établissements contactés par l'ORS PACA ont déclaré que cette mesure était en place au niveau de ces services.

La possibilité offerte par la circulaire du 5 décembre 1996 de permettre d'autres lieux d'accès a été peu suivie d'effet. En effet, selon l'ORS PACA seulement 16 % des établissements proposent d'autres modalités de mise à disposition (via les associations, par cantine...)

Les détenus ont insuffisamment connaissance de ce dispositif. D'après l'étude menée par l'ORS PACA, 34 % des détenus croient qu'il n'y a pas de préservatifs en prison.

En outre, alors que la circulaire du 5 décembre 1996 prévoit un libre accès au préservatif, donc sans avoir à le demander⁷⁴, 29 % des détenus déclarent que son obtention se fait à la demande auprès des médecins ou de l'infirmier. En fait, à peine 27 % des détenus savent qu'ils sont disponibles à l'infirmier sans avoir à le demander. Il est difficile d'analyser cette donnée en l'absence de toute autre information. Soit elle reflète l'expérience vécue en prison

73. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

74. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

par certains détenus interrogés, soit elle souligne le caractère lacunaire des informations dont ils disposent à l'égard de sa mise à disposition.

Les modalités de mise à disposition retenues par les services peuvent avoir pour effet d'en réduire leur portée. La crainte d'être vu au sein d'un service peut inciter le détenu à ne pas y recourir, comme l'ont confirmé certains personnels rencontrés. En outre, les membres de la mission ont pu constater, au cours de la visite d'un service médical, que très peu de préservatifs avaient été mis à disposition, ce qui pouvait dissuader les détenus d'en prendre.

II.5.2. Une insuffisance qui met en exergue la question de la sexualité en prison

Le bilan réalisé révèle la difficulté à aborder, au sein de la détention, le thème de la sexualité.

Une question difficile à vivre pour les détenus

Le contexte carcéral fragilise l'identité virile des détenus. "Si posséder un femme renforce l'altérité désirée en éloignant le spectre de l'identité (avoir une femme pour ne pas être une femme), l'absence de femmes comme la situation de dominé peuvent entretenir la peur de ne plus être un homme. Si être un homme signifie ne pas être docile, dépendant, soumis, ne pas avoir de relations trop intimes avec des hommes, ne pas être impuissant avec les femmes... comment être assuré d'être un homme en prison⁷⁵ ?"

Ce risque de ne plus savoir ou de ne plus pouvoir va engendrer chez les personnes détenues des pratiques en vue de se réassurer dans leur identité : masturbation, mais également relations furtives, voire violences sexuelles.

Il engendre également des réactions d'homophobie. Celle-ci manifeste, selon D. Lhuillier, la crainte de l'homme viril de voir s'exprimer des pulsions jusque-là refoulées : "L'homophobie, traduite par la peur du contact homosexuel et par la stigmatisation de ceux qui sont reconnus comme homosexuels, peut être interprétée comme la manifestation d'une peur secrète de ses propres désirs que la promiscuité et l'absence d'intimité en prison peuvent

réveiller. Elle apparaît alors comme la formation réactionnelle à l'attirance sexuelle pour un autre homme. Elle a partie liée aussi avec la nécessité d'entretenir 'le masque de la virilité' dans un contexte où ce qui supporte le sentiment d'identité masculine fait défaut⁷⁶."

À cette crainte, s'ajoute la peur du regard des autres. D'après un témoignage recueilli par RESSCOM : "Je n'aurais pas osé en prendre (préservatif à l'infirmerie), ça c'est sûr... Encore un mec, s'il est seul en cellule, peut-être, on sait que c'est pas pour faire avec un autre, ceux qui prennent, c'est pour autre chose, mais quand tu es à deux, non, moi j'ai honte par rapport à ce qu'on pense, si quelqu'un me voit, ce qu'on va dire, les surveillants ou les autres qui vont rigoler⁷⁷..." Entre nécessité de réaffirmer sa virilité et crainte de voir resurgir des pulsions refoulées, les détenus sont confrontés à une situation très déstabilisante. Le silence et les non-dits qui entourent ces pratiques, en particulier les viols, peuvent alors s'expliquer par le besoin d'enfouir les expériences particulièrement traumatisantes afin de protéger l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.

Les relations sexuelles entre femmes, qu'elles soient consenties ou contraintes, se posent dans des termes différents des relations entre hommes. Les relations consenties sont mieux admises que pour les hommes, car elles sont perçues comme une recherche d'affection et de sentiment. Elles n'en demeurent pas moins problématiques pour les risques de contamination qu'elles représentent. Ces derniers, bien moins importants que les relations avec pénétration vaginale ou anale, demeurent en effet présents.

Une question difficilement vécue par les surveillants

La question de la sexualité en détention est également difficilement vécue par les personnels de surveillance qui peuvent être témoins de ces relations.

Les valeurs dont ils sont dépositaires et qui s'expriment de manière antagonistes ici, alimentent leur malaise. Pris entre le devoir de faire respecter les règlements en matière de relations sexuelles et le besoin de respecter la plus stricte intimité que représente la sexualité des personnes détenues, même si

75. D. Lhuillier, L. Ridet, A. Simonpietri, C. Veil. *Identité professionnelle, identité de sexe et sida : le cas des surveillants de prison*. Université Paris VII, mars 1998.

76. D. Lhuillier, L. Ridet, A. Simonpietri, C. Veil. *Identité professionnelle, identité de sexe et sida : le cas des surveillants de prison*. Université Paris VII, mars 1998.

77. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

celle-ci se traduit par des relations homosexuelles qu'ils peuvent réprouver, ils estiment alors faire le "sale boulot", accomplir des tâches "contre nature". Cette contradiction contribue à la dévalorisation de leur propre image (ils sont "les matons/mateurs", ceux qui violent l'intimité de la personne). Elle fragilise momentanément leurs repères vis-à-vis du détenu. Ce sentiment est particulièrement violent au moment des parloirs, le surveillant étant en effet "confronté à ce qu'il perçoit être des exigences contradictoires : reconnaître l'exigence de l'application du règlement (...) et rester silencieux sur l'homosexualité, reconnaître le droit à l'intimité de la personne incarcérée dans ces moments privilégiés"⁷⁸. Ce sentiment est également manifeste lors des fouilles après les parloirs : "C'est à l'occasion de ces tâches (parloirs) que le malaise du surveillant est à son comble, dans des situations où le statut du détenu s'estompe, où sa commune humanité ne peut plus être (ou plus difficilement) déniée. Face à un corps dénudé au moment des opérations de fouilles systématiques à l'issue des temps de visite au parloir, face à un homme qui rencontre sa compagne, ses enfants... la relation de viol contenue dans l'omniprésence du regard, de la surveillance est une violence faite à la personne incarcérée"⁷⁹. La mise à disposition de préservatifs en détention soulève l'ensemble de cette problématique difficile à gérer tant pour les détenus que par les surveillants. Celle-ci peut expliquer les résultats obtenus sur l'efficacité de cette mesure. Ainsi, les protestations qui ont pu être formulées de la part des détenus devant les projets de distribution de préservatifs, témoignent d'une résistance à reconnaître les pratiques sexuelles des personnes incarcérées et la place de la sexualité en prison. D. Lhuillier avance comme explication : "L'hypothèse d'une communauté de dénégations unissant détenus et surveillants, les uns comme les autres, pour des raisons différentes, entretenant le silence sur la sexualité carcérale : la misère sexuelle imposée, l'expérience ou le spectacle d'un manque douloureux générant honte et culpabilité"⁸⁰ (...)"

78. D. Lhuillier, L. Ridet, A. Simonpietri, C. Veil. *Identité professionnelle, identité de sexe et sida : le cas des surveillants de prison*. Université Paris VII, mars 1998.

79. D. Lhuillier, L. Ridet, A. Simonpietri, C. Veil. *Identité professionnelle, identité de sexe et sida : le cas des surveillants de prison*. Université Paris VII, mars 1998.

80. D. Lhuillier, L. Ridet, A. Simonpietri, C. Veil. *Identité professionnelle, identité de sexe et sida : le cas des surveillants de prison*. Université Paris VII, mars 1998.

81. D. Lhuillier, L. Ridet, A. Simonpietri, C. Veil. *Identité professionnelle, identité de sexe et sida : le cas des surveillants de prison*. Université Paris VII, mars 1998.

Cette mesure, qui a des répercussions sur l'image même du détenu et sur le rapport qu'il entretient avec les autres détenus, met également en exergue ce qui peut être considéré par les détenus comme l'ambiguïté de la position tenue par les surveillants et, d'une façon générale, par l'administration pénitentiaire, à l'égard de la sexualité en prison. À ce titre, le préservatif est considéré par des anciens détenus rencontrés par RESSCOM comme "un leurre", une "stratégie ambiguë permettant à l'administration de se donner 'bonne conscience' face à un problème qui dérange"⁸¹. Ce sentiment est d'autant plus mal ressenti lorsqu'il s'agit de relations sexuelles avec violence. L'absence de protection de la part de l'institution discrédite le rôle des surveillants. Lorsqu'un personnel est impliqué dans une affaire par complicité passive ou active, l'institution perd alors toute crédibilité.

Si cette mesure est largement présente dans les établissements pénitentiaires, les insuffisances en terme d'information sur sa mise à disposition ainsi que les modalités de mise à disposition en limitent sa portée. La question de la sexualité en prison, que cet outil soulève, peut en outre conduire à son rejet par les détenus. Or, les risques encourus en détention militent pour l'amélioration de l'accès au préservatif, ce qui suppose que la question de la sexualité en prison soit prise en compte.

II.6. Des outils de réduction des risques sanguins insuffisants

II.6.1. Un dispositif de prise en charge de la toxicomanie déficient

Des traitements de substitution peu mis en œuvre

Les données de l'enquête santé-entrants de 1997⁸² font apparaître que 7 % des entrants déclarent être sous traitements de substitution (0,6 % par la méthadone et 6,3 % par le Subutex^{®83}). En ce qui concerne les usagers de drogues actifs au moment de l'incar-

82. M.-C. Mouquet, M. Dumont, M.-C. Bonnevie. *La Santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risques*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et résultats. 1999.

83. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

cération, il ressort de l'étude menée par l'ORS PACA qu'ils sont 11 % à déclarer un traitement à la méthadone et 34 % un traitement par Subutex®. Ces études ne distinguent pas les usagers substitués au Subutex® dans le cadre d'un protocole de ceux substitués hors protocole.

La circulaire du 5 décembre 1996 demande aux responsables sanitaires de donner la possibilité aux détenus usagers de drogues, soit de continuer leur traitement de substitution quand il a été initié en milieu libre, soit d'en initier un en détention.

Cette directive est peu suivie. L'enquête DGS-DH de mars 1998 constate que de nombreuses interruptions de traitement interviennent dans les huit premières semaines de l'incarcération (22 % pour le Subutex® et 13 % pour la méthadone).

L'étude menée par l'ORS PACA confirme ces interruptions. Les chiffres sont néanmoins nettement plus élevés : 73 % des détenus sous méthadone et 60 % des détenus sous Subutex® déclarent que leur traitement a été interrompu⁸⁴.

En fait, seulement 2 % de détenus suivent un traitement de substitution en milieu carcéral (0,3% sous méthadone et 1,7 % sous Subutex®⁸⁵). Cette proportion est particulièrement faible si l'on se réfère au nombre d'usagers d'opiacés incarcérés, évalués à 15 % de la population pénale. Plusieurs pistes sont avancées dans l'étude de 1998 pour expliquer cette situation : dispensation quotidienne de traitements lourde pour les équipes soignantes et le personnel pénitentiaire, mais également pour les personnes détenues ; risques de trafics "redoutés par l'administration pénitentiaire" (les risques de trafics mais également de violences entre détenus autour de ces traitements notamment) ; "relations difficiles avec les autres détenus qui n'ont pas accès à cette substitution" ; enfin, décision de certaines personnes toxicomanes de se sevrer en détention⁸⁶.

L'accès à ces traitements se caractérise par des disparités régionales. La proportion de personnes détenues sous traitement de substitution varie entre 0 % et 14 % en fonction des établissements

et de 0 % à 3,5 % selon les régions⁸⁷. "La poursuite, plus encore l'initiation de traitements de substitution connaît une grande disparité, en France à l'heure actuelle, d'un établissement à un autre. Il semble que les services de santé prennent chacun des positions indépendamment de ce qui se pratique ailleurs, et définissent leurs propres règles par rapport aux droits des usagers⁸⁸." Il se caractérise également par des disparités selon la nature des établissements. La population carcérale sous substitution est de 2,2 % à 2,3 % pour les maisons d'arrêt selon qu'elles disposent ou non d'un CSST ; elle est de 1,1 % pour les établissements en gestion déléguée alors que le taux d'entrants sous substitution est identique à celui des maisons d'arrêt. Les détenus incarcérés dans les établissements pour peine sont 0,5 % à bénéficier d'un traitement⁸⁹.

La dispensation de traitements de substitution en détention se fait généralement au titre de la poursuite des traitements et rarement au titre d'une initiation quand bien même la circulaire de 1996 rappelle cette possibilité. Ainsi, l'initiation à la méthadone ne concerne que 19 % des traitements en prison. Elle représente 17 % des traitements en ce qui concerne le Subutex®⁹⁰.

D'après RESSCOM, certains services médicaux poursuivent les traitements uniquement pour ceux qui disposent de leur ordonnance au moment de leur incarcération. Les services médicaux, qui acceptent la poursuite des traitements de substitution, peuvent également remettre en question les protocoles fixés en milieu libre.

Ainsi, RESSCOM relève que même lorsque le service médical de l'établissement a pour politique la poursuite des traitements initiés au dehors, les doses ne sont pas systématiquement reconduites et des divergences existent dans les positions des prescripteurs⁹¹.

Il est également signalé que certains de ces services ont pour politique de privilégier de façon exclusive un traitement et non les deux à la fois. À cet égard,

84. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

85. Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire, (mars 1998). DGS-DH.

86. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

87. Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire (mars 1998). DGS-DH.

88. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

89. Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire (mars 1998). DGS-DH.

90. Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire (mars 1998). DGS-DH.

91. Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire (mars 1998). DGS-DH.

certaines médecins justifient leur refus de délivrer des traitements au Subutex® du fait de l'éventuel trafic occasionné.

Il convient de signaler toutefois que, quand elle a lieu, la prescription d'un traitement fait l'objet de la recherche presque systématique d'un contact avec le médecin référent au début de l'incarcération. Les relais à la sortie sont également prévus⁹².

Le sevrage n'a pas toujours les conséquences escomptées

Le sevrage est la réponse dominante apportée par les services de santé en matière de prise en charge de la toxicomanie. Or, les méthodes de sevrage ne sont pas toujours adaptées aux produits qui circulent en milieu libre et à la consommation simultanée de plusieurs produits. Par ailleurs, les traitements utilisés dans le cadre du sevrage font l'objet de critiques de la part des usagers rencontrés par RESSCOM pour les effets secondaires, physiques et psychologiques, que peuvent provoquer ces traitements. RESSCOM fait état de témoignages de détenus ayant accepté au départ un protocole de sevrage et l'ayant ensuite abandonné compte tenu des effets qu'il induisait⁹³.

Si ces lacunes ne sont pas spécifiques au milieu carcéral, elles sont néanmoins plus difficiles à gérer qu'en milieu libre, eu égard à l'absence d'alternative.

Des insuffisances qui contribuent à l'amplification des risques

La situation décrite précédemment témoigne de l'inadéquation de certaines réponses apportées par les services médicaux en matière de prise en charge de la dépendance. Bien qu'elle soit la conséquence de l'évolution des pratiques de consommation en milieu libre, cette situation est mise sur le compte, par les détenus concernés, de l'incompréhension des institutions à l'égard de leurs difficultés et contribue à susciter de leur part de la défiance à l'égard du dispositif de prise en charge de la dépendance.

Associée à l'incapacité de certains détenus usagers de drogues à gérer leur dépendance au sein de la détention, cette situation peut favoriser la poursuite de consommation de drogues en prison. Ils peuvent

alors être amenés à s'ancrer dans un mode de vie et une consommation précaires déjà connus en milieu libre, amplifiant ainsi la prise de risque, notamment l'injection, au détriment des gestes de prévention.

L'ORS PACA fait un lien entre l'interruption des traitements de substitution et l'injection en détention. Il ressort de son étude que 30 % des usagers qui avaient des pratiques d'injection durant les quatre semaines précédant l'incarcération et dont le traitement de méthadone a été interrompu au moment de l'incarcération se sont injectés en prison. Ce lien concerne également les traitements au Subutex®. En effet, 52 % des usagers qui pratiquaient l'injection durant les quatre semaines précédant l'incarcération et qui ont eu leur traitement au Subutex® interrompu au moment de leur incarcération se sont injectés en prison.

L'ORS PACA observe que les personnes détenues UDI 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 UDI qui n'étaient pas sous méthadone avant l'incarcération. "Les personnes détenues 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 UDI."

L'ORS PACA conclut en ces termes : "Il semble donc que la population d'UDI actifs bénéficiant d'un traitement de substitution avant l'incarcération soit particulièrement à risque de s'injecter des drogues durant l'incarcération. L'interruption des traitements de substitution semble donc être préjudiciable pour ces détenus⁹⁴."

La fragilité psychologique dans laquelle ils peuvent se retrouver peut les conduire à une hiérarchisation des priorités qui se fait au détriment des gestes de prévention. RESSCOM conclut ainsi : "La très grande précarité des conditions de vie modifie, déplace le rapport aux risques, et le sens même de cette préoccupation pour les usagers. Il nous paraît en résulter une évolution majeure dans le sens d'une amplification des risques de contamination (VIH, VHC) et des consommations dangereuses." Et poursuit : "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 tenir les conditions d'une bonne protection⁹⁵."

92. Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire (mars 1998). DGS-DH.

93. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

94. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à*

risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport final 1998.

95. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

II.6.2. L'eau de Javel principalement utilisée pour son aspect hygiénique

Un suivi de la mise en œuvre de cette mesure a été réalisé, sur une période de six mois, par les directions régionales des services pénitentiaires. Il ressort de ce suivi que l'aspect hygiénique de la mesure a été bien perçu par les personnels et les personnes détenues et bien intégré dans la vie quotidienne. Peu de difficultés et peu d'accidents ont été soulevés. En outre, l'accessibilité de ce produit parmi les produits cantinables est favorisée par les prix modérés fixés par la plupart des établissements : 80 % des établissements enquêtés par la direction de l'Administration pénitentiaire ont fixé un prix inférieur ou égal à celui prévu dans la circulaire DAP du 5 novembre 1997 (1,75 franc). Toutefois, 11 % des établissements ont retenu un prix supérieur à celui de la circulaire au risque de limiter l'accès des détenus à l'eau de Javel cantinée. En plus de son volet hygiénique, ce produit est utilisé par certains détenus pour désinfecter leur matériel d'injection. D'après l'ORS PACA, sur les 97 personnes qui ont été UDI actifs quatre semaines avant l'incarcération, (28 %) déclarent s'être injecté en prison les quatre dernières semaines de l'incarcération. Parmi les personnes concernées, 59 % (16/27) ont indiqué qu'elles avaient utilisé de l'eau de Javel pour nettoyer leur matériel. La fréquence d'utilisation de ce produit varie en fonction du nombre d'injections faites. Ainsi, 75 % (6/8) l'utilisent quand ils ont fait 1 à 5 injections. Ils sont en revanche moins nombreux à l'utiliser quand ils ont pratiqué de six à 50 injections (2/8 soit 25 %). Cette donnée s'inverse quand le nombre d'injections est supérieur à 50 ; les détenus injecteurs sont alors 67 % (6/9) à utiliser l'eau de Javel pour nettoyer le matériel⁹⁶.

Il est difficile d'apporter des éléments d'explication à ces variations. Ainsi, les personnes déclarant avoir désinfecté leur matériel avec ce produit peuvent avoir appliqué un geste de prévention acquis en milieu libre, notamment par le biais des actions de réduction des risques. L'étude ayant été menée à un moment où la mesure se mettait en place, ces données méritent d'être complétées par des études ultérieures sur ce sujet.

Pour que l'eau de Javel soit efficace pour la désinfection du matériel d'injection, elle doit être utilisée dans des conditions strictes et selon un protocole précis. Aucune information sur la connaissance de ce protocole par les personnes détenues s'injectant en prison et sur la diffusion de ce protocole par les services médicaux n'a été recueillie par la mission. La connaissance de ce protocole est indispensable pour son efficacité en terme de réduction des risques infectieux dans un contexte marqué par l'absence d'autres alternatives en matière de réduction des risques liés au partage du matériel.

Elle revêt également toute sa pertinence au regard du risque que représente aujourd'hui la contamination des personnes, en particulier des usagers de drogues, par le VHC, par ailleurs moins sensibilisés à ce virus et à ses conséquences pathologiques qu'au virus du sida.

L'utilisation de ce produit concerne également le tatouage et le piercing. Or, les mesures d'hygiène évoquées par les personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête de RESSCOM sont succinctes puisqu'elles consistent avant tout à brûler l'aiguille au briquet et quelques fois à changer l'aiguille⁹⁷.

Il est indispensable de répondre aux défaillances qui caractérisent actuellement les mesures de prévention des risques de transmission par voie sanguine, en particulier ceux liés aux injections de drogues. L'intérêt de l'eau de Javel comme désinfectant a été souligné précédemment. Ce produit est efficace, rappelons-le, pour réduire les risques de transmission virale, à la condition que le protocole d'utilisation établi à cet effet soit bien suivi. D'où l'importance de la diffusion du protocole. En outre, les traitements de substitution doivent mieux être pris en charge en détention. Outre le fait qu'ils peuvent aider les usagers de drogues à sortir de leur dépendance, ils sont un moyen de rentrer en contact en détention, même avec des personnes qui ont été exclues en milieu libre de tout dispositif sanitaire et social. En contribuant à l'équilibre des personnes détenues usagers de drogues, ils peuvent également les aider à éviter les pratiques à risques qu'induisent leurs consommations.

96. ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.

97. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

TROISIÈME PARTIE

LE DÉVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE DE RÉDUCTION
DES RISQUES ADAPTÉE AU MILIEU CARCÉRAL

La France a mis en place de nombreuses mesures de prévention en milieu carcéral. Toutes ces mesures restent aujourd'hui pertinentes mais ne sont pas toutes effectives et efficaces. En outre, une mesure existant en milieu libre n'a pas été mise en œuvre dans les établissements pénitentiaires. Il s'agit du libre accès au matériel stérile d'injection. L'introduction de cette mesure dans les établissements pénitentiaires a été longuement discutée dans le cadre de la mission. La première partie exposera dans un premier temps les propositions faites par le groupe de travail pour améliorer l'efficacité des outils mis en place et, dans un second temps, l'analyse faite par le groupe de travail sur la question du matériel stérile d'injection et sur la mise en place de programmes d'échange de seringues. Au-delà des outils à mettre en place, la réflexion du groupe de travail a porté sur la stratégie à développer pour qu'il y ait une appropriation par tous des objectifs de prévention poursuivis. La deuxième partie développe un certain nombre de préconisations pour élaborer et mettre en œuvre cette stratégie.

I. Les moyens de prévention en milieu carcéral

I.1. L'amélioration des mesures existantes

I.1.1. Inciter davantage aux dépistages des différents virus⁹⁸ et à la vaccination contre le VHB

Analyse

Au cours des travaux, il a pu être constaté que la prison jouait un rôle important dans l'accès au dépistage. Il apparaît toutefois que :

- au moment de l'entrée en détention, la personne incarcérée n'est pas toujours réceptive au message qui lui est délivré, compte tenu en particulier de son état de vulnérabilité psychologique au décours de l'épreuve de l'interpellation et de l'incarcération ;
- les risques de transmission du VHB et du VHC sont sous-évalués par les personnes détenues ;
- le dépistage des différentes hépatites est insuffisamment réalisé ;
- la vaccination contre le VHB est encore insuffisamment effectuée et n'est pas toujours complète (trois injections).

98. Conformément aux recommandations européennes, il est rappelé que "le dépistage obligatoire des personnes détenues est proscrit car il serait inefficace et discriminatoire et, par

Propositions

- Renouveler l'information et la proposition d'un dépistage du VIH auprès des personnes détenues n'ayant pas effectué de dépistage, un mois après leur entrée en détention. Pour cela, le groupe de travail propose de prévoir une visite médicale systématique un mois après l'entrée en détention pour toutes les personnes détenues qui n'ont pas réalisé de dépistage du VIH et ne sont pas suivies de façon régulière par le service de santé de l'établissement. Cette deuxième rencontre doit également être l'occasion de proposer une vaccination contre le VHB et un dépistage du VHC pour les personnes présentant des facteurs de risques à ce virus.
- Mettre en place une consultation de dépistage et de prévention annuelle pour chaque personne détenue. Cette consultation sera l'occasion de donner des conseils de prévention, de sensibiliser les personnes détenues sur une démarche d'éducation à la santé et de renouveler les propositions de dépistage.
- Examiner la mise en place d'une visite médicale de sortie pour les personnes dont la date de sortie est prévisible.

La mise en œuvre de ces trois propositions nécessitera l'examen du renforcement des moyens en personnels dans les services médicaux.

- Réactiver la campagne de vaccination contre l'hépatite B en milieu pénitentiaire. Pour ce faire, les personnels devront à nouveau être informés des subventions versées aux DRASS pour ce programme et sensibilisés sur la nécessité d'assurer les relais à l'extérieur en cas de vaccination contre le VHB (cf. : convention passée avec la Croix-Rouge française le 29 mai 1997 qui permet dans les vingt-trois départements concernés, la poursuite à titre gratuit d'une vaccination inachevée en prison, dans les unités de la CRF et des CSST.) Un conseil systématique et personnalisé sur la vaccination dans le cadre d'un conseil individuel doit être mis en place.
- Mettre à disposition des services de santé des brochures et des affiches sur le VIH et les hépatites.
- Développer les actions d'information et d'éducation à la santé autour de la vaccination contre le VHB et sur l'infection au VHC (exposition, prévention, dépistage, prise en charge).

conséquent, non conforme à l'éthique". (recommandations n^{os} R (87) 25 et R (93) 6 du Conseil des ministres du Conseil de l'Europe aux États membres.)

I.1.2. Faciliter l'accès aux traitements prophylactiques en détention

Analyse

L'accès aux traitements prophylactiques post-exposition constitue un élément important dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques à l'égard des personnes qui ont été exposées à un risque. Les traitements anti-rétroviraux permettent de réduire de façon significative les risques. Néanmoins, pour être efficaces, ils doivent être mis en œuvre dans des délais extrêmement courts. Or, la procédure prévue pour la mise en œuvre de ces traitements à l'égard des personnels semble peu connue de ces derniers. En outre, ces traitements semblent très peu mis en œuvre à l'égard des personnes détenues.

Propositions

À l'égard des personnels

- Informer les personnels pénitentiaires sur l'existence des traitements post-exposition et sur les délais à respecter.
- Sensibiliser le personnel pénitentiaire d'encadrement sur les procédures à appliquer suite à une exposition au sang.

À l'égard des personnes détenues

- Porter à la connaissance des personnes détenues l'existence des traitements post-exposition. Cette information doit être véhiculée dès l'entrée en détention et renouvelée au sein du service médical ainsi que dans le cadre d'actions d'éducation à la santé.
- Veiller à ce que la procédure applicable aux personnes détenues soit effectivement définie dans chaque établissement pénitentiaire.

I.1.3. Renforcer l'efficacité de la mise en œuvre de la mesure eau de Javel

Analyse

- La mise à disposition de flacons d'eau de Javel est une mesure effective en milieu carcéral. Les modalités de distribution, prévues dans la circulaire du 5 décembre 1996, sont satisfaisantes. Les quantités distribuées gratuitement apparaissent suffisantes pour assurer un usage à des fins de réduction des risques. Le cas échéant, l'accès en cantine permet un approvisionnement complémentaire. La mesure, telle qu'elle a été mise en

œuvre, apparaît donc satisfaisante. Elle a d'ailleurs été bien accueillie dans les établissements pénitentiaires.

- En revanche, l'emploi de ce produit se fait dans un cadre purement hygiénique. Une étude réalisée par une équipe de l'INSERM en 1997 a démontré l'efficacité de l'eau de Javel à 12° chlorométrique sur les différents virus et l'absence de différences significatives entre une concentration à 12° et à 24°. Cependant, cette efficacité dépend du respect d'un protocole par l'utilisateur. Ce protocole est rappelé en annexe 14. Or, les conditions d'utilisation de l'eau de Javel à des fins de décontamination de matériel d'injection, de tatouage ou de piercing, sont insuffisamment intégrées, à la fois par le personnel et par les personnes détenues. La connaissance et la maîtrise par les personnes détenues du protocole de décontamination par l'eau de Javel est essentielle dans un contexte caractérisé par l'absence d'accès à du matériel stérile.

Propositions

- Sensibiliser les personnels et les personnes détenues sur l'efficacité de l'eau de Javel à 12° chlorométrique à des fins de décontamination.
- Sensibiliser les personnels sanitaires sur le protocole de décontamination, son importance pour les personnes détenues ayant ou susceptibles d'avoir des pratiques à risques. Valoriser leur rôle de conseil auprès des personnes détenues ; les sensibiliser sur la nécessité de diffuser le protocole au sein du service médical, notamment par le biais de support écrit ou vidéo.
- Diffuser plus largement le protocole d'utilisation de l'eau de Javel à des fins de décontamination dans les établissements pénitentiaires.

Pour ce faire :

- indiquer sur les flacons un usage possible à des fins de décontamination, la nécessité de respecter un protocole et le fait que celui-ci est diffusé par le service médical ;
 - mettre à disposition des services médicaux des brochures et affiches ;
 - intégrer un message spécifique dans des supports de prévention plus larges, diffusés à l'ensemble de la population pénale afin notamment de toucher les personnes détenues sollicitant rarement ou jamais le service médical.
- Développer les actions d'éducation à la santé autour de l'eau de Javel, notamment avec des associations de réduction des risques et des acteurs de prévention extérieurs.

1.1.4. Améliorer l'accessibilité au préservatif avec du lubrifiant

Analyse

La mise à disposition de préservatifs dans les établissements pénitentiaires est une mesure prévue depuis longtemps par les textes. Dans la plupart des établissements, voire tous, un accès aux préservatifs est possible dans les unités médicales.

Cependant, cette mesure n'est pas efficace dans la mesure où :

- l'information des personnes détenues sur la possibilité et les modalités d'accès aux préservatifs est insuffisante,
- les lieux où ce produit est accessible sont insuffisants,
- l'accès est souvent stigmatisant,
- les comportements de prévention n'ont pas été intégrés par toutes les personnes détenues,
- il existe un important non-dit sur la question de la sexualité en détention.

Propositions

L'accès au préservatif

D'une façon générale, la mission considère que la remise systématique de préservatifs à l'entrée, pendant la détention ou à la sortie n'est pas à retenir. Outre une dévalorisation de l'outil, la remise systématique de préservatifs par l'administration pénitentiaire ou les services médicaux risque de renvoyer un message ambigu et d'être interprétée comme une incitation à avoir des relations sexuelles dans des circonstances qui n'y sont pas favorables. Elle évacue également toute notion de responsabilisation du détenant, indispensable dans une démarche de prévention des risques par voie sexuelle. En outre, les différentes études montrant que les comportements de prévention ne sont pas assimilés par une grande partie de la population pénale, la remise systématique ne garantirait en rien l'efficacité de la mesure. Elle pourrait même être contreproductive en entraînant des réactions de rejet de la part de la population pénale.

En revanche, la mission estime qu'il est de la responsabilité des administrations d'offrir un accès réel à ce moyen de prévention. Pour élargir cet accès, il est proposé de :

- Mettre en place des distributeurs automatiques de préservatifs avec lubrifiant en divers lieux de la détention. Afin de banaliser le préservatif et de rendre plus discret son accès, la mission propose de diversifier les produits délivrés par ces auto-

mates et d'y introduire des produits de première nécessité (savon, papier hygiénique, lessive, rasoirs, serviettes périodiques dans les établissements pour femmes). Le groupe de travail considère que ces produits doivent être gratuits. Ils correspondent à des normes minimales d'hygiène qui doivent être garanties par l'administration. La gratuité permet en outre d'éviter d'éventuels trafics qui pourraient exister autour de jetons. Si des détériorations sont envisageables au moment de la mise en place de la mesure, il est probable qu'à moyen terme, la mesure soit intégrée dans la vie de la détention, dans la mesure où elle permet de répondre à un réel besoin.

- Développer en plus des automates les lieux de libre accès aux préservatifs avec lubrifiant au-delà du seul service médical. Divers lieux où il est possible de placer une corbeille avec des préservatifs en accès direct sont envisageables : locaux du service d'insertion et de probation, bibliothèques, vestiaires. La circulaire du 5 décembre 1996 ouvrait la possibilité de mettre des préservatifs à disposition dans des lieux non médicalisés. Cette possibilité a été très peu utilisée. Il est nécessaire de relancer une réflexion au niveau local sur l'identification des lieux où il est possible de mettre des préservatifs en libre accès.
- Faire figurer les préservatifs avec lubrifiant parmi les produits cantinables. Il est certain que ce mode d'approvisionnement ne permet pas de garantir la discrétion nécessaire et sera vraisemblablement suivi de peu d'effet par les personnes détenues. Cependant, en mêlant des préservatifs à des produits d'usage courant, cette mesure contribuerait à banaliser leur présence au sein des établissements pénitentiaires et à réduire la charge symbolique négative qu'ils revêtent aujourd'hui. De plus, en rapprochant l'accès à celui existant en milieu libre, il contribuerait à clarifier la réglementation sur la question de la sexualité en détention.
- Mettre en place un outil adapté pour les femmes détenues. Les préservatifs féminins "Fémidon" doivent être mis à disposition des femmes détenues dans les mêmes conditions que le préservatif masculin.

La mise en œuvre

La sexualité est au cœur de bien des problématiques pour les personnes détenues : frustration, culpabilité, domination, mode d'organisation sociale. Du côté des personnels qui doivent gérer les contradictions existantes entre la compassion qu'ils peuvent éprouver, le respect de l'intimité des personnes

détenues, l'obligation de surveiller, de prévenir les incidents et d'appliquer le règlement, cette question provoque des situations d'injonction paradoxale. L'amélioration de la prévention des risques sexuels en détention résultera indéniablement de la diminution de la charge symbolique négative que la question de la sexualité revêt actuellement, tant auprès des personnels qu'auprès des détenus. Le développement des unités de vie familiales est susceptible à terme de modifier l'approche de la question de la sexualité en détention et de favoriser une expression beaucoup plus libre à ce sujet. Au-delà, plusieurs pistes ont pu être dégagées sur ces questions particulièrement difficiles :

• ***Favoriser l'expression sur la question de la sexualité en détention***

- Développer des lieux d'écoute et d'expression pour les personnels. Le monde de la détention est un milieu professionnel particulièrement difficile où le personnel peut être psychologiquement fragilisé quand il est confronté à des situations renvoyant à l'homosexualité ou susceptible de leur renvoyer une image négative d'eux-mêmes (position de "voyeur" au moment des parloirs ou de complicité par omission en cas de relations non consenties). Cette violence sous toutes ces formes provoque de la souffrance au quotidien. Il est nécessaire que celle-ci puisse s'exprimer et qu'un soutien soit apporté, tant sur le plan technique que psychologique au personnel travaillant en milieu pénitentiaire.
- Développer des lieux d'expression pour les personnes détenues. Aujourd'hui, les possibilités d'expression des personnes détenues sont encore limitées. Il apparaît nécessaire de développer tous types de projets susceptibles de favoriser une expression individuelle ou collective et permettre, au-delà, un travail sur la question de la sexualité en détention. Les supports les plus diversifiés doivent être mis en place : groupes de parole, jeux de rôle, ateliers d'écriture... Compte tenu de la complexité des situations et des problématiques, il est souhaitable qu'une réflexion sur les objectifs poursuivis, les méthodes d'intervention et les principes déontologiques soit menée par les deux ministères concernés.

• ***Diminuer les paradoxes entre les missions de sécurité dévolues aux personnels et la nécessité de préserver une sphère d'intimité à la personne détenue***

- Clarifier la réglementation sur la question de la sexualité. Il est fortement ancré dans les esprits

que les relations sexuelles sont interdites en détention. Or, le seul texte existant sur cette question est l'article D 249-2 du CPP qui mentionne que "constitue une faute disciplinaire du deuxième degré le fait, pour un détenu..." "d'imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur". Ce texte ne prohibe pas les relations sexuelles mais seulement, tout comme à l'extérieur, les outrages ou les offenses à la pudeur. Il ne doit pas être interprété de façon extensive. La position de l'administration pénitentiaire doit être une position de neutralité dès lors que les relations ne sont pas en contradiction avec les textes légaux ou réglementaires qui sanctionnent les relations contraintes et/ou de nature à offenser la pudeur. Cette position de neutralité doit être clairement identifiée dans les pratiques professionnelles, notamment dans le cadre des formations des surveillants.

- Favoriser une réflexion sur les pratiques professionnelles des surveillants et sur les limites du "tout surveiller". Au cours des débats, il est apparu à plusieurs reprises, à quel point, les obligations fixées au surveillant étaient incompatibles avec l'idée-même de préserver une sphère d'intimité à la personne incarcérée. Cette tendance au tout contrôler est renforcée à l'heure actuelle par la multiplication des actions en recherche de responsabilité contre l'État. Cette nécessité de tout voir pour tout contrôler n'apparaît plus adaptée aujourd'hui. Avec la mise en place des unités de vie familiales, il existera pour la première fois en détention des lieux qui échapperont au regard des surveillants. Il apparaît nécessaire de s'interroger sur l'efficacité réelle des contrôles à l'œil et sur les moyens de passer à un contrôle plus qualitatif. Sur cette question, il semble au groupe de travail que certains équipements de cellule (mise en place d'un système d'alerte ou d'appel des surveillants par voie lumineuse ou par système d'interphone) sont susceptibles à terme de modifier en profondeur les relations entre personnes détenues et surveillants et de donner un rôle actif au détenu dans sa relation de surveillance.

• ***Laisser aux établissements pénitentiaires le choix des modalités pour améliorer l'accessibilité au préservatif. Des progrès ne pourront être réalisés sur le champ de la prévention des risques de contamination par voie sexuelle que s'il y a une réelle appropriation des enjeux et des objectifs poursuivis tant par les personnels que par les personnes détenues.***

1.1.5. Développer les traitements de substitution

Analyse

Depuis plusieurs années, les traitements de substitution constituent un outil important dans le cadre de la prise en charge des dépendances aux opiacés. S'il existe un certain nombre de "mésusages", les différentes études réalisées démontrent qu'ils permettent un accès vers les structures médicales ou médico-sociales, qu'ils contribuent à améliorer l'état de santé des usagers et participent à la réduction des risques infectieux. Ils constituent un élément important dans le cadre d'une stratégie d'amélioration de la prise en charge des dépendances et de réduction des risques infectieux en détention.

À l'heure actuelle, la situation n'est pas satisfaisante dans la mesure où :

- En dépit des orientations données, l'accès à ces traitements n'est pas garanti, que ce soit au titre de la poursuite ou de l'initiation d'un traitement.
- Il existe une grande disparité des pratiques de prise en charge entre établissements et régions.
- L'accompagnement psychosocial des personnes dépendantes fait souvent défaut.
- Les protocoles ne sont pas toujours respectés par les usagers, de leur fait exclusif et/ou du manque de disponibilité des personnels soignants pour veiller à une bonne observance.

Le sevrage semble encore être la réponse dominante dans la prise en charge des personnes toxico-manes, bien que les protocoles utilisés paraissent inadaptés aux nouveaux produits consommés. De ce fait, la diversité de l'offre de soins en direction des personnes dépendantes n'est pas assurée dans tous les établissements.

Propositions

Les propositions visent à développer l'accès au traitements de substitution en milieu carcéral mais aussi à en assurer la réussite. Plusieurs pistes sont dégagées :

- Élargir l'autorisation de mise sur marché de la méthadone aux hospitaliers afin de permettre aux médecins hospitaliers des établissements non dotés de SMPR de prescrire un traitement par méthadone.
- Développer les formations des équipes sanitaires sur les traitements de substitution (protocoles, dosages...) et leur intérêt pour les personnes détenues dépendantes.
- Impulser une réflexion sur les modalités de mise en œuvre des traitements de substitution les mieux adaptées aux besoins des usagers. Afin de

favoriser cette réflexion, la mission propose d'organiser - dans le cadre des journées régionales envisagées pour la mise en œuvre des présentes recommandations - des rencontres régionales sur la substitution en milieu carcéral. Ces rencontres qui regrouperaient les personnels médicaux et spécialisés intervenant en milieu pénitentiaire, des praticiens extérieurs et des personnels pénitentiaires (surveillants et travailleurs sociaux) formés sur la question des dépendances, auraient pour objectifs de faire émerger un consensus sur les modalités de mise en œuvre de la substitution en milieu carcéral. Ces rencontres, seraient l'occasion d'aborder les points suivants :

- Les bénéfices attendus de la prescription d'un traitement de substitution en milieu carcéral. À cet égard, il apparaît nécessaire de rappeler que la substitution permet de stabiliser l'état de la personne et de favoriser une prise en charge. L'objectif n'est pas nécessairement un sevrage à court ou moyen terme, mais l'offre d'une aide à la personne dans la gestion de sa dépendance.
- Les méfaits induits par l'arrêt, à l'entrée de la détention, d'un traitement instauré en milieu libre. L'étude menée par l'ORS PACA établit que les personnes sous substitution à l'entrée en détention sont plus à risque de s'injecter en détention et que l'arrêt de ces traitements augmente les probabilités de s'injecter en détention et donc les risques infectieux chez les personnes dont le traitement a été arrêté. L'accent doit être mis sur cette question.
- Les avantages et les limites du Subutex® et de la méthadone.
- Les dosages adaptés aux besoins de la personne.
- La nécessité de s'inscrire dans une perspective de continuité des soins : prise en compte des prises en charge antérieures, nécessité d'assurer les relais en cas de transfert ou de sortie.
- Les modalités de délivrance de ces traitements. La circulaire de 1996 prévoit une remise quotidienne de ces traitements, y compris le week-end. Cette disposition a été adoptée dans le souci d'établir un contact régulier avec l'équipe médicale et de limiter les risques d'intoxication et de trafics. Elle est de moins en moins respectée du fait de la charge de travail et des contraintes organisationnelles que cela crée pour les services. La mission estime que cette disposition reste pertinente et qu'il convient de privilégier une délivrance quotidienne dans la mesure où :
 - le suivi régulier de la personne permet d'appréhender sa réaction au protocole et de cerner ses besoins sanitaires,

- elle permet d'établir une relation de confiance avec l'équipe sanitaire,
 - elle permet de prévenir les détournements éventuels,
 - elle favorise une prise en compte globale de ses besoins.
- Sensibiliser les personnels pénitentiaires à l'intérêt des traitements de substitution dans le cadre des prises en charge des détenus toxicomanes. À cet effet, la substitution et ses effets thérapeutiques doivent être abordés dans le cadre de la formation initiale et/ou de modules de sensibilisation sur sites d'une demi ou d'une journée. Elle doit les informer sur l'intérêt de la substitution en tant qu'outil de réduction des risques infectieux. Les débats actuels autour de cette politique doivent pouvoir être exposés de manière objective, afin de mettre en évidence les positions des professionnels de santé, qu'elles soient réservées ou favorables à l'égard de la substitution.
 - Inscrire la prescription des traitements de substitution dans une prise en charge globale de la personne détenue. La substitution ne peut se limiter à la délivrance du seul traitement. Elle doit reposer sur un projet englobant les aspects médicaux et psychosociaux afin d'aider la personne à s'engager sur la voie de la réinsertion. La formation des personnels sanitaires, ainsi que des personnels d'insertion doit englober l'approche psychosociale des personnes détenues, et particulièrement de ceux bénéficiant d'un traitement de substitution. Des modules relatifs à la prise en charge globale de la personne doivent également être organisés pour le personnel d'insertion. Ils pourront porter notamment sur la mise en place d'un réseau avec l'extérieur pour la réinsertion du détenu (associations - CPAM - organismes de formation...).

I.1.6. Développer les actions d'éducation à la santé

Analyse

Une mesure de prévention n'est efficace que si le sujet se l'approprié. S'il est de la responsabilité de l'administration de mettre à disposition des personnes détenues un certain nombre de moyens de prévention, il est tout aussi important de les sensibiliser à l'intérêt de ces mesures et à la néces-

sité de les mettre en œuvre. Or, il ressort du bilan effectué que si la dynamique a commencé à se mettre en œuvre, elle est encore bien insuffisante.

Propositions

- Répertoire et valoriser les expériences locales.
- Développer au niveau local les actions de sensibilisation sur les différents virus, le dépistage, la vaccination hépatite B et le protocole d'utilisation de l'eau de Javel. Afin de mobiliser les acteurs, la mission propose de mettre en place un concours d'actions annuel ou biennal sur ces différents thèmes.
- Promouvoir auprès des sites une méthodologie pour développer et évaluer ces actions. À cet égard, il est important d'identifier préalablement les besoins au niveau local, de favoriser l'implication des personnes détenues dans l'élaboration et la réalisation des actions, de construire un projet en commun entre les services et d'associer les partenaires extérieurs dans la mise en œuvre de ces actions : CODESS et associations de réduction des risques.

I.2. La question de l'accès au matériel stérile d'injection en détention

À l'heure actuelle, trois pays européens (Suisse, Allemagne, Espagne) ont développé des programmes expérimentaux d'échange de seringues en milieu carcéral. Les programmes les plus anciens sont les programmes suisses. Ils ont été mis en place dans les prisons d'Hindelbank (canton de Berne) et d'Oberschöngrün (canton de Soleure) en 1994. Deux autres programmes ont été développés en 1996 et 1997 dans les prisons de Realta (Grisons) et de Champ-Dollon (canton de Genève).

Trois expériences ont été lancées en 1996 en Allemagne dans les prisons de Vechta, Lingen (Basse-Saxe) et dans la prison de Vierlande (État d'Hambourg). Un dernier programme a commencé à fonctionner en 1997 en Espagne (prison de Basauri). Trois programmes ont fait l'objet d'une évaluation. Les résultats de ces évaluations sont exposés en annexe (annexe 20). Ils ont permis au groupe de travail d'identifier un certain nombre de points communs sur les conditions d'implantation, de fonctionnement et les résultats de ces programmes. Ces points communs seront exposés avant d'aborder la question de l'introduction de cette mesure en France.

1.2.1. Les expériences étrangères

L'implantation

- L'usage de produits stupéfiants reste interdit dans tous les établissements.
- La proportion d'usagers de drogues dures ou d'UDVI dans les établissements concernés est importante (30 % des entrants en Suisse, environ 50 % en Basse-Saxe...).
- Les expériences pilotes ont été implantées dans les établissements où l'offre de soins est ancienne et diversifiée (programme de méthadone dans tous les établissements, psychothérapie individuelle ou familiale, désintoxication aux antagonistes en Espagne...).
- Dans tous les cas, des mesures d'accompagnement ont été prévues (actions de formation des personnels, séances d'information, manifestations de groupe, consultations animées par des intervenants externes et proposition de psychothérapie à l'égard des détenus).
- L'implantation a généralement nécessité entre un et deux ans.
- Les établissements sont de petite ou moyenne taille.
- Partout, il existait une assez forte réticence a priori des personnels - notamment des personnels pénitentiaires - à l'implantation d'un tel programme.

Le fonctionnement

- Les programmes sont fréquentés : le nombre de seringues distribuées est important.
- Le taux de fréquentation est plus important en cas de mise en place d'automates.
- Le protocole fixé est dans l'ensemble bien respecté. On constate un bon taux de retour des seringues. Quelques seringues sont manquantes mais il s'agit d'une très faible proportion par rapport au nombre de seringues distribuées. En revanche, les seringues ne sont pas toujours déposées dans le lieu prévu à cet effet en cellule.
- La seringue n'est pas utilisée comme arme. Les craintes à cet égard s'atténuent progressivement.
- Les personnels de surveillance ressentent une très forte contradiction entre le contrôle de l'introduction de drogues en détention et l'accès au matériel stérile d'injection.
- Ces programmes permettent de parler plus librement des problèmes de drogues en détention. Ils sont parfois interprétés comme une première étape vers la légalisation des drogues.
- Les détenus non usagers sont plutôt hostiles au développement de tels programmes (hostilité à l'égard des toxicomanes, programme qui ne leur est pas destiné).

- Les détenus usagers craignent que la fréquentation du programme n'entraîne à leur égard un renforcement des mesures de surveillance et une perte de chance d'obtenir un aménagement de peine. Cet effet n'a pas été vérifié dans le cadre des évaluations.

Les résultats

- Les programmes entraînent une baisse du partage de seringues pour les personnes qui y participent.
- Les programmes ont une incidence plutôt positive sur l'état de santé des détenus qui y participent.
- Lorsque cela a été évalué, il ne semble pas y avoir d'augmentation de la quantité et de la fréquence de la consommation de drogues dans les établissements, du fait de la mise en place d'un programme d'échange de seringues. L'évaluation d'Hindelbank indique que, seules les femmes qui consommaient avant d'entrer en prison, ont continué à en prendre en prison. La part de détenues consommant de l'héroïne et de la cocaïne en prison n'a pas changé après l'installation des automates à seringues et les séances de prévention. La fréquence et les modes de consommations non plus. En revanche, les consommations intramuros chez les usagers de drogues se poursuivent dans une forte proportion dans cet établissement.
- Des réseaux d'échanges secondaires peuvent se constituer. Ainsi, dans l'évaluation de Lingen, il est signalé qu'une seringue retirée au programme peut être un objet de trafic à l'égard des usagers qui ne fréquentent pas le programme. Une seringue retirée peut donc être utilisée plusieurs fois par des personnes différentes.
- Ces programmes semblent sans incidence sur les taux de fréquentation des programmes d'abstinence ou de substitution. Ils semblent même avoir une influence positive à cet égard.

1.2.2. L'analyse du groupe de travail sur l'implantation de cette mesure en France

Des expériences étrangères plutôt positives

Les premières expériences mises en place montrent un bon fonctionnement et une bonne intégration dans la vie de l'établissement des programmes implantés. Les effets pervers qui pouvaient être craints (augmentation de la consommation de drogues, agression des personnels...) n'ont pas été vérifiés. Cela démontre la faisabilité de telles expériences lorsque le contexte y est favorable.

Les objectifs de santé publique semblent au moins partiellement atteints : fréquentation des programmes, diminution du partage de seringues chez les participants, amélioration de l'état de santé des participants.

Cependant, la méthodologie employée par les évaluateurs ne permet pas d'apprécier dans l'ensemble des établissements concernés l'efficacité réelle et l'impact global de ces programmes. On ne connaît pas le taux de fréquentation de ces programmes (% d'UDVI fréquentant le programme par rapport au nombre d'UDVI s'injectant en détention), l'assiduité à ce programme ainsi que l'impact réel sur les modes de consommation (absorption, inhalation ou injection). Des trafics de seringues dont on ignore l'ampleur, sont signalés. Ces trafics, s'ils s'avéraient importants, seraient incontestablement de nature à limiter l'impact de la mesure en termes de réduction des risques. De plus, d'après les renseignements recueillis, un programme expérimental (Vierlande) ne semble pas avoir aussi bien fonctionné que ceux qui ont été étudiés dans le cadre de la mission.

Enfin, il subsiste une forte contradiction entre la mise en place de cette mesure, les missions de surveillance du personnel et le sens de la peine. L'effet de ces contradictions est extrêmement difficile à évaluer.

Des expériences qui bénéficient d'un contexte local favorable

Les pays qui ont pris l'initiative de mettre en place des programmes pilotes d'échange de seringues en détention sont nettement plus avancés que la France dans la politique développée à l'égard des usagers de drogues. Les législations ou pratiques judiciaires sont plus souples. Hormis l'Espagne, les mesures de réduction des risques sont plus anciennes. Cette politique est bien assumée sur le plan politique et acceptée par l'opinion publique.

À cet égard, alors que la politique de réduction des risques demeure encore fragile en France, la Suisse a pu mener en 1999 un référendum sur la poursuite de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues par voie intraveineuse. Cette consultation populaire a confirmé la nécessité de poursuivre cette politique. Les évaluateurs allemands signalent que les mesures comme les programmes d'échange de seringues, les actions de prévention et d'information, l'accès au matériel de santé, les salles d'injections et la méthadone à bas seuil ont été développés depuis longtemps. Ces mesures sont répandues et facilement accessibles dans la plupart des régions. Il faut signaler un

niveau d'acceptation important de la politique de réduction des risques dans ces pays. La législation espagnole est plus souple. Après une dépénalisation de l'usage de drogues dans les années 80, elle a rétabli une incrimination, mais uniquement pour l'usage public. Les sanctions prévues sont de simples sanctions administratives.

Les sites pilotes pénitentiaires bénéficient d'un contexte local favorable. Les réponses en termes de prise en charge sont anciennes et diversifiées. La prise de conscience sur les comportements à risque est ancienne. La question a été abordée pour la première fois en 1987 à Hindelbank. Il y a eu une prise de conscience concernant les risques sanitaires liés à l'usage de drogue en prison en 1994 en Allemagne. L'importance des UDVI incarcérés et la très forte proportion de pratiques d'injection intramuros - à Lingen et Vechta environ 20 à 30 % de la population pénale aurait déjà eu des pratiques d'injection en détention - ont très certainement contribué à lever les réticences et à faire apparaître la question de la réduction des risques en détention comme un objectif important de santé publique.

Des expériences difficilement transposables en France à l'heure actuelle. Une mise en œuvre prématurée

La réussite des mesures de réduction des risques dépend étroitement du niveau de compréhension et d'adhésion, tant de la part de l'opinion publique que des professionnels et des intéressés. Le développement de cette politique en milieu libre nécessite au préalable un travail d'explication et de concertation entre les différents services de l'État, les collectivités territoriales et, par la suite, un travail pédagogique en direction des habitants des quartiers.

D'une manière générale, la France a réagi avec lenteur à la propagation du VIH et des hépatites. Elle n'a développé que récemment une véritable politique de substitution. Aujourd'hui, la politique de réduction des risques est encore fragile et pas toujours bien acceptée. L'apparition des traitements antirétroviraux et leurs effets positifs sur l'entrée dans la maladie ont modifié la perception de la population générale et des personnes exposées à l'égard du virus du sida. La menace que celui-ci représentait au tout début de l'épidémie a perdu de sa force.

En milieu carcéral, le concept a fait récemment son apparition. La prise de conscience sur les pratiques à risques en détention est récente. Les premières études documentées ont été réalisées dans le cadre de cette mission. Les mesures de prévention déjà

mises en place (substitution, eau de Javel, préservatifs) souffrent d'imperfections importantes. Elles ne sont pas encore totalement acceptées et assimilées, tant par les personnels que par les personnes détenues. Les comportements de prévention ne sont pas encore intégrés. Les équipes restent encore très attachées à un principe d'abstinence.

Le contexte français n'apparaît donc pas propice à la mise en place d'une nouvelle mesure qui, par ailleurs, est discutée. En l'état des choses, cette mesure ne serait pas davantage acceptée par les personnes détenues que par les personnels. Le rapport de l'ORS PACA souligne que la plupart des professionnels rencontrés estiment que l'introduction de la mesure aurait plus d'inconvénients que d'avantages. Les directeurs d'établissement pénitentiaire y sont défavorables dans 97 % des cas. Dans la plupart des cas, cette pratique ne semble pas compatible, pour les médecins interrogés par l'ORS PACA, avec une politique de lutte contre la toxicomanie et rencontre ses limites dans le cadre législatif pénitentiaire qui proscrie tout usage de drogues. Le rapport RESSCOM relève - suite aux interviews d'anciens détenus - qu'à l'heure actuelle la mesure ferait l'objet d'une incompréhension totale de la part des usagers.

Cette faible acceptation de la mesure serait incontestablement de nature à en limiter l'efficacité. L'introduction d'une telle mesure nécessiterait une appropriation et une motivation particulière des acteurs locaux. À cet égard, l'expérimentation d'une telle mesure sur un site particulièrement préparé à cet effet a été discutée au sein du groupe de travail. Outre le fait que ce site actuellement n'est pas identifié, l'absence de perspectives de généralisation à l'heure actuelle, pose à terme une difficulté pour assurer une égalité de traitement dans l'ensemble des établissements pénitentiaires.

Ces données font apparaître que la France n'est pas dans le même contexte politique, institutionnel et d'évolution des mentalités que les pays qui ont mis en place des programmes pilotes.

Compte tenu de ces éléments, le groupe de travail estime qu'il apparaît difficile et pas forcément souhaitable aujourd'hui de mettre en place cette nouvelle mesure sans avoir consolidé préalablement l'existant.

Une efficacité incertaine

Les expériences étrangères établissent une diminution des pratiques de partage chez les participants au programme. Pour ces personnes la mesure atteint donc bien son objectif. Néanmoins, certaines limites sont à prendre en considération.

La récente étude bibliographique consacrée à l'efficacité des programmes d'échange de seringues dans le monde tend à établir que cette solution est efficace, dès lors qu'elle s'inscrit dans un contexte de diversité de l'offre de seringues (automates, programmes d'échange de seringues, pharmacies). Cette diversité ne serait pas assurée en détention⁹⁹. Par ailleurs, des travaux menés à l'étranger en milieu libre ont fait également apparaître que des réseaux secondaires d'échange de seringues pouvaient se mettre en place, les seringues provenant des programmes circulant auprès de plusieurs personnes. Or, dans un contexte de prohibition où les pratiques sont clandestines, et où les usagers négligent souvent les risques sanitaires au regard des risques pénaux ou disciplinaires, la constitution de réseaux d'échange de seringues apparaît probable.

De plus, selon les études, entre 60 et 80 % des UDVI cessent l'injection en détention. Les évaluations des expériences étrangères n'examinent pas l'impact de la mesure sur les modes d'administration des produits. Un risque de reprise de l'injection chez certaines personnes est à prendre en considération. Enfin, l'une des préoccupations actuelles des pouvoirs publics est le risque de transmission du VHC, lié au partage du produit et du reste du matériel. Dans un contexte de rareté des produits qui favorise le partage de seringues pleines ou la mise en commun des produits, l'accès au matériel d'injection ne permet pas d'agir efficacement sur ces risques. En détention, cette mesure serait probablement d'un effet limité sur ces risques.

Compte tenu de la rareté des produits qui circulent, de la prévalence des maladies infectieuses et des comportements des détenus face à la prise de risques en détention, il n'est pas certain que, dans le contexte de l'incarcération, la mesure ait des effets positifs en terme de santé publique.

99. J. Emmanuelli. *Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective*. Institut de veille sanitaire. Revue de littérature. Octobre 1999.

Une pertinence discutée

Une difficulté majeure subsiste en raison du sens que revêt cette mesure dans un contexte d'interdiction et dans un lieu d'exécution d'une peine. Les contradictions qui existent entre libre accès au matériel d'injection et prohibition de tout usage de drogues apparaissent beaucoup plus difficiles à gérer en milieu pénitentiaire qu'en milieu libre.

Dans un système juridique qui pénalise l'usage de drogues, cette mesure entre en conflit avec l'objectif même de la peine qui est de rappeler l'existence de la règle, de sanctionner son non-respect et de prévenir le renouvellement de sa violation. Cette contradiction serait d'autant plus forte que la condamnation serait en lien avec des faits d'usage de drogues illicites. Elle est de nature à fragiliser les repères structurants que la sanction doit apporter à une personne qui, à un moment, s'est située dans la violation de la loi. Cela apparaît d'autant plus problématique que les personnes toxicomanes sont souvent dans le passage à l'acte et ont besoin de repères clairs et solides.

Les évaluations signalent également toute la contradiction forte existant entre les missions du personnel de surveillance qui sont d'observer, surveiller et de faire sanctionner les pratiques d'usage et de trafic de drogues et la libéralisation de l'accès au matériel d'injection en détention.

Les membres de la mission estiment que ces paradoxes sont susceptibles d'engendrer une perte des repères et des valeurs professionnelles chez les surveillants. Cela serait préjudiciable pour l'institution, les personnels qui y travaillent et les personnes détenues. Les surveillants sont en contact quotidien avec les personnes détenues. Leur positionnement est crucial dans la relation que la personne détenue peut entretenir, non seulement avec l'institution pénitentiaire, mais également avec toute forme d'organisation sociale. Ils sont les garants d'un bon rapport à l'autorité et, pour cela, doivent avoir un positionnement clair. Toute ambiguïté est susceptible de porter atteinte à leur légitimité et à la légitimité de la sanction.

Enfin, une telle mesure pose un problème de cohérence avec le reste de la réglementation qui prohibe en prison la consommation de toutes les substances psychoactives, y compris licites (alcool).

En l'état actuel des textes, l'implantation de programmes d'échanges de seringues en détention serait de nature à affecter la cohérence des politiques et à fragiliser l'institution pénitentiaire. L'introduction de la mesure impliquerait de ne pas sanctionner et de tolérer l'usage de drogues, au moins chez les usagers fréquentant le programme.

Les membres de la mission estiment qu'un tel choix ne relève pas de l'institution pénitentiaire, mais d'un véritable choix politique qui doit être cohérent, débattu et assumé devant l'opinion publique.

Pour ces diverses raisons, cette mesure pose, à l'heure actuelle, un gros problème d'acceptabilité, tant à l'égard des personnels que des personnes détenues et de l'opinion publique.

Au regard de l'ensemble de ces éléments et de l'existence d'une alternative fiable pour décontaminer le matériel d'injection (eau de Javel), la mission estime que la mise en œuvre de cette mesure n'est pas souhaitable pour le moment. Sans exclure que la question soit ré-examinée à moyen terme, elle ne recommande donc pas l'introduction de cette mesure.

II. Une stratégie de mise en œuvre

La première partie des propositions détaille les mesures de prévention à développer en milieu pénitentiaire. Mais, au-delà des mesures, il est apparu nécessaire de s'interroger sur la stratégie de mise en œuvre de ces mesures. En effet, le bilan effectué par la mission sur la mise en place des orientations relatives à la prévention des risques infectieux en milieu carcéral, a fait apparaître que les mesures préconisées n'étaient pas toujours effectives dans les établissements pénitentiaires. À cet égard, il a pu ressortir au cours des échanges, lors des auditions et des déplacements, qu'il existait un problème de compréhension, voire d'adhésion aux mesures, tant du côté des personnels que des personnes détenues. Pour parvenir à une meilleure efficacité de la politique développée, le groupe de travail préconise d'afficher une volonté politique forte sur la question de la réduction des risques en milieu carcéral, d'accompagner cette politique auprès des équipes de terrain et d'inscrire cette politique dans une approche plus globale.

II.1. Afficher une volonté politique forte

II.1.1. Communiquer

Informer

Au cours des entretiens avec les personnels, il est apparu que, dans un contexte de diminution des contaminations et d'apparition des nouveaux traitements, la question de la lutte contre le VIH était perçue à l'heure actuelle comme moins prioritaire qu'au cours des années 90. Les troubles psychia-

triques, la précarité sociale et sanitaire, les conditions d'hygiène en détention, la promiscuité carcérale sont davantage au cœur des préoccupations des équipes. D'une façon générale, la question de la prévention apparaît comme secondaire, par rapport à la problématique de l'accès aux soins et de l'hygiène en détention.

Or, les chiffres et le travail réalisé dans le cadre de cette mission attestent que la question de la lutte contre le VIH et les hépatites doit rester une priorité en milieu carcéral.

L'appropriation, par les professionnels de terrain, des objectifs poursuivis nécessite une connaissance précise de la situation et des différents enjeux.

À cet égard, le groupe de travail préconise, dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations, une large diffusion des résultats des différentes études réalisées et du présent rapport afin de délivrer une information objective aux services déconcentrés et aux équipes sur :

- La situation épidémiologique des prisons vis-à-vis du VIH et des hépatites.
- Les comportements à risques en détention vis-à-vis de ces virus.
- Les risques de contamination en détention concernant le VIH et les hépatites.

Une information des organisations professionnelles sur le rapport rendu par la mission et la stratégie adoptée suite à ce rapport apparaît également utile.

Énoncer les paradoxes et expliciter les choix effectués

D'une façon générale, la politique de réduction des risques, développée en France en direction des usagers de drogues par voie intraveineuse, met en évidence la contradiction entre les politiques publiques qui visent, à la fois à faciliter l'accès au matériel d'injection en application de principes de santé publique, et à prohiber l'accès aux produits illicites. Dans le contexte carcéral, ces paradoxes sont accentués par l'importance qu'y prend la dimension symbolique de la loi.

Pour la réduction des risques de transmission des maladies infectieuses par voie sexuelle, la politique de prévention, qui trouve sa cohérence en milieu libre, devient source de paradoxes en milieu pénitentiaire, du fait de la non-mixité des quartiers de

détention et de l'impossibilité d'avoir des relations sexuelles dans des conditions préservant l'intimité et la dignité des personnes.

Ces paradoxes dépassent largement l'institution pénitentiaire. Ils sont issus des choix politiques opérés en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, des représentations actuelles sur la prison qui considèrent l'absence de relations sexuelles comme inhérente à la peine privative de liberté et des valeurs morales collectives relatives à l'homosexualité.

À cet égard, le groupe de travail estime indispensable que les paradoxes soient énoncés et les choix effectués explicités et relayés à l'échelon politique. Un engagement fort et conjoint des deux ministères est nécessaire pour donner des points de repère clairs aux services et aux équipes chargées de mettre en œuvre les mesures préconisées. À défaut, la sortie du rapport risquerait d'avoir un effet démobilisateur sur l'ensemble des personnels, du fait du risque de contamination mis en évidence, et des interrogations qu'il pourrait susciter sur le sens de la peine et les missions des personnels. Cela pourrait également renforcer dans certains sites le clivage existant parfois entre approche sanitaire et approche pénitentiaire.

II.1.2. Suivre les évolutions et les tendances en détention

Depuis 1988, l'enquête effectuée un jour donné recense les cas connus par les services médicaux de personnes atteintes par le virus du VIH. Cette étude, même si elle ne permet pas de connaître avec exactitude la prévalence du VIH chez les personnes incarcérées, permet de surveiller depuis cette date les évolutions de l'épidémie. Elle établit notamment que - tout comme en milieu libre - les cas connus d'infection ont fortement diminué depuis 1990 et se stabilisent à l'heure actuelle. Elle a été étendue aux cas connus de personnes atteintes par le VHC en 1998.

Dans les années 90, les premières études sur les facteurs de risques associés à cette prévalence ont été menées. Ainsi, l'étude menée en 1992 au centre pénitentiaire des Baumettes¹⁰⁰ a mis en évidence que l'infection VIH concernait principalement les UDVI, que cette population avait des comporte-

100. *L'infection à VIH en milieu carcéral : épidémiologie, prévention, aspect éthique et juridique* : premier séminaire du réseau européen sur la prévention de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu pénitentiaire. Communauté euro-

péenne - European Network for aids prevention in prison - ORS PACA - Intervention de Michel Rotily, ORS PACA/INSERM unité 379 - Marseille. "La France".

ments à risques élevés avant l'incarcération et que les personnes qui avaient un antécédent d'incarcération étaient plus infectées.

Les études sur les comportements à risques en détention sont plus récentes. Une première étude a été menée en 1996¹⁰¹ sur le site de la maison d'arrêt des Baumettes sur les pratiques à risques avant et pendant l'incarcération. Mais, la décision de mener des investigations approfondies sur ce sujet, est concomitante à la mise en place de la présente mission. Si l'adoption de la plupart des mesures de prévention est antérieure à cette décision, pour la première fois, les administrations essaient de cerner au plus près les risques de contamination en détention, s'interrogent sur l'efficacité des mesures mises en place et sur la stratégie à développer. L'étape est importante. Un premier état des lieux sur la situation dans les prisons françaises a été réalisé et la stratégie de prévention développée a été réexaminée dans sa globalité.

La mission estime néanmoins qu'il est nécessaire de poursuivre les travaux sur ces questions. La forte prévalence du VHC chez les personnes incarcérées, la faible efficacité des mesures mises en place en détention et le relâchement des comportements de prévention observé en population générale impliquent une surveillance pérenne des évolutions des maladies infectieuses et des comportements à risques en détention. Cela permettra d'ajuster au plus tôt, en cas de nécessité, les réponses des pouvoirs publics.

À cet égard, la mission propose :

- De poursuivre l'enquête "un jour donné" des cas connus par les services médicaux de personnes atteintes par le VIH et le VHC.
- De compléter, sur quelques sites particulièrement concernés, ces enquêtes par des études périodiques de prévalence sur la base de tests salivaires, afin d'apprécier les décalages éventuels entre déclarations et cas réels d'infection aux deux virus.
- De renouveler périodiquement les études sur les comportements à risques en détention tant sur le plan quantitatif que sur les attitudes face à l'exposition aux différents risques.

Une mesure prête davantage à discussion : les études visant à surveiller les cas de contamination réelle en détention. Une étude de cette nature a été

réalisée à la maison d'arrêt de la Santé en 1999 (étude non encore publiée). Une cohorte d'environ 600 détenus volontaires séronégatifs au VHC à l'entrée en détention a été constituée. Un test a été réalisé pour chaque détenu à trois mois, six mois et neuf mois. Aucune séroconversion n'a eu lieu pendant la période d'observation. Il faut néanmoins signaler que le fait d'intégrer des non-UDIV contribue à sous-estimer l'incidence des contaminations, notamment quand il s'agit d'apprécier cette incidence chez les UDVI principalement concernés par ce virus.

D'autres études pourraient être menées. Le groupe de travail estime néanmoins qu'une telle mesure nécessite de s'interroger préalablement sur la pertinence, la faisabilité et le coût de telles études.

Pertinence

Il est établi désormais que les contaminations en détention sont probables. Cette probabilité rend nécessaire la mise en place d'une véritable stratégie de réduction des risques en milieu carcéral. Le groupe de travail estime qu'il ne serait pas acceptable d'attendre la preuve de quelques cas avérés de contamination pour agir. Dans cette perspective, des études avec suivi de cohortes seraient utiles, non pas pour établir des cas de contamination, mais pour cerner avec fiabilité les probabilités réelles de contamination aux différents virus en détention.

Faisabilité

La méthode la plus fiable serait, bien sûr, de pouvoir mettre en place un suivi de cohorte visant à quantifier précisément l'incidence des infections en détention. Dans la réalité, rien n'est plus difficile, à la fois pour des raisons de faisabilité méthodologique et d'éthique. Pour commencer, il faudrait inclure un nombre relativement important de sujets. À titre d'exemple, dans les prisons écossaises où la proportion d'UDIV incarcérés et la fréquence des comportements à risques sont plus élevées qu'en France, un récent article de S. Gore et A.-G. Bird¹⁰² estime, sur la base d'une modélisation combinant des paramètres comme la prévalence du VHC, la fréquence hebdomadaire d'injection et la probabilité d'infection par injection en détention, qu'il faudrait suivre

101. C. Vernay-Vaisse, A. Rotily M, Galinier-Pujol, S. Rousseau, M. Bourlière, Y. Obadia. *Epidémiologie des hépatites virales B et C : évaluation d'un programme de dépistage et de vaccination au centre pénitentiaire de Marseille*. Revue épidémiologique Santé publique, 1997.

102. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

trois mille détenus pendant une durée de dix semaines pour pouvoir détecter six séroconversions au VHC. Outre que cette cohorte théorique serait donc encore plus importante en France, il faut également considérer le fait que les sujets ne doivent pas être inclus dès leur entrée, dans la mesure où ils sont susceptibles de se situer dans la fenêtre de séroconversion pour le VHC. Or, la majorité des UDIV détenus purgeant de courtes peines, cela diminue le nombre possible de personnes éligibles. De surcroît, la prévalence du VHC chez les UDIV étant beaucoup plus élevée en France qu'au Royaume-Uni, le nombre des UDIV détenus, séro-négatifs au VHC est d'autant moins important, ce qui réduit encore le nombre possible de personnes éligibles pour un tel suivi dans les prisons françaises. Si l'on considère enfin que pour être incluses, les personnes éligibles doivent être volontaires, il reste en définitive peu de sujets pouvant faire l'objet d'un suivi épidémiologique en détention.

Indépendamment des questions d'effectifs, les problèmes éthiques soulevés par une enquête d'incidence du VHC (ou du VIH) en prison sont loin d'être négligeables. Le suivi implique des prélèvements biologiques répétés dont au moins un sanguin. Invité à statuer sur un tel projet d'enquête, un comité consultatif local pour la protection des personnes dans le cadre de la recherche biologique a estimé que cela relevait du domaine des essais cliniques. Arguant du fait que l'intérêt direct pour la prison et les détenus n'était pas évident, ce CCPPRB a finalement rendu un avis général négatif. Concernant la question spécifique de l'anonymat, ce CCPPRB considérait qu'une telle procédure était incompatible avec le suivi médical des séroconversions détectées, et que, dans l'éventualité d'une autorisation pour mener un suivi longitudinal en prison, il faudrait mettre en place un dispositif de restitution médicalisée des résultats. Ce qui, en plus de la lourdeur logistique, pose la question de la confidentialité. Pour le détenu, qui peut craindre de l'institution qu'elle apprenne sa consommation en prison et de ses codétenus qu'ils sachent qu'il est séropositif au VHC, il n'est en effet pas indifférent de savoir qui rendrait les résultats (médecin de la prison, médecin venant de l'extérieur). En fait, l'on peut supposer qu'une étude non anonyme dissuaderait sans doute une part des sujets éligibles d'y participer, réduisant encore les chances de constituer une cohorte ayant la puissance statistique nécessaire.

Coût

À ces questions de pertinence, de méthodes et à ces questions éthiques s'ajoutent de très lourdes

contraintes budgétaires : les échantillons devant être recrutés le plus largement possible pour avoir des résultats exploitables.

Au regard de ces éléments, il apparaît au groupe de travail que la priorité est plutôt de consolider et d'aller plus loin dans les études à caractère transversal, en répétant périodiquement sur plusieurs sites des enquêtes sur la prévalence des infections et les comportements à risques en détention.

II.2. Accompagner la mise en œuvre des mesures de prévention

II.2.1. Sensibiliser les relais existants

La réussite de la politique de prévention des risques infectieux en milieu carcéral suppose que chaque niveau d'intervention s'approprie les objectifs et contribue à la mise en œuvre des mesures. Cela implique une sensibilisation des relais existants.

À cet égard, la mission recommande - préalablement à la mise en œuvre des propositions - d'informer, de sensibiliser et de mobiliser les MISP des DDASS et les correspondants régionaux des DRSP dans le cadre d'une ou plusieurs journée(s) nationale(s) organisée(s) conjointement par le ministère de la Santé et le ministère de la Justice. Elle propose également d'organiser - en s'appuyant sur ces correspondants - des journées au niveau déconcentré avec les correspondants locaux (médecin-chef d'UCSA et de SMPR, DSPIP et chefs d'établissements).

Dans le cadre de l'organisation de ces journées, l'appui de l'InVs et des ORS pourrait être sollicité.

II.2.2. Mettre en place les formations nécessaires en direction des personnels travaillant en milieu pénitentiaire

Les personnels pénitentiaires

Les personnels pénitentiaires sont en contact régulier avec les personnes détenues. Ils sont, dès lors, confrontés ou susceptibles d'être confrontés à des situations à risques mettant en jeu la santé des détenus et leur propre santé. Aussi, doivent-ils s'approprier les objectifs de prévention sanitaire et les réponses existant en milieu carcéral.

Des programmes sur le VIH et les hépatites, sous l'angle de la réduction des risques infectieux en particulier, doivent être mis en place dans le cadre de la formation initiale.

Au-delà, des programmes de formation adaptés au contexte carcéral et à leurs attentes professionnelles doivent être développés. Cette responsabilité

incombe aux directions régionales des services pénitentiaires chargées de mettre en place les actions de formation continue.

Ces actions doivent décliner l'état actuel des connaissances en matière de virus du sida et des hépatites, les risques encourus, tant par le personnel que par les détenus, les moyens de s'en protéger et l'importance de l'hygiène et de la prévention en milieu carcéral.

Les personnels sanitaires

Il paraît également nécessaire de mieux informer les personnels sanitaires sur la prévention des risques VIH et hépatites en milieu pénitentiaire (prévention en direction des personnes détenues, mais également des personnels pénitentiaires). Pour cela, le groupe de travail propose d'inscrire dans le plan national de formation annuel le thème de la prévention du VIH et des hépatites en milieu carcéral, même si ce sujet a été abordé et intégré par les établissements hospitaliers depuis plusieurs années dans leur politique locale de formation. Cette action devra, en particulier, mettre l'accent sur la réduction des risques infectieux, à la lumière notamment des conclusions du groupe de travail.

II.2.3. Impulser une dynamique locale

Il a déjà été indiqué les paradoxes induits par la politique de réduction des risques. Ces paradoxes peuvent être surmontés. Cela nécessite un certain cheminement individuel et collectif. Cette maturation s'est opérée au sein du groupe de travail qui est parvenu à s'entendre sur les propositions qui lui paraissaient pertinentes à l'heure actuelle. Elle a pris du temps. Il a été nécessaire - tant du côté pénitentiaire que sanitaire - de s'interroger sur les enjeux en présence, de les reconnaître comme légitimes et d'apprécier pour chaque mesure son acceptabilité, sa faisabilité et son efficacité au regard du contexte actuel (contexte carcéral, politique, mais aussi état des représentations et des opinions).

Au moment de la mise en œuvre des mesures, il est nécessaire que tous les services intervenant en détention puissent échanger sur la situation de l'établissement en termes de maladies infectieuses, de comportements à risques et sur les mesures à mettre en œuvre dans les différents domaines. Ce temps de mise à plat, d'échanges et de réflexion entre les services apparaît indispensable pour parvenir à une approche commune entre les différents agents. Il doit favoriser une approche globale de la question et être l'occasion de mener une réflexion de fond sur la façon d'appréhender la question de la sexua-

lité dans les établissements pénitentiaires, afin de lever progressivement les tabous.

Le groupe de travail estime qu'il est nécessaire d'impulser cette dynamique locale dans chaque établissement pénitentiaire sur la base d'objectifs opérationnels clairement définis. À cet égard, il est proposé qu'un cahier des charges ou des orientations soit rédigé au niveau national et que, sur cette base, les services soient invités à mettre en œuvre - sous la responsabilité des autorités de tutelle - les mesures selon les modalités locales les plus adaptées.

Dans le cadre de cette réflexion locale, il apparaît tout à fait souhaitable que les personnes détenues soient informées de la réflexion engagée et dans la mesure du possible consultées sur les modalités de mise en œuvre.

II.2.4. Suivre la mise en œuvre des recommandations et évaluer l'efficacité des mesures

Compte tenu du bilan mitigé effectué sur la mise en place des orientations relatives à la prévention des risques infectieux en milieu carcéral, un effort particulier doit être réalisé dans le domaine du suivi et de l'évaluation des mesures.

Le suivi de la mise en œuvre des recommandations

Les ministères doivent mettre en place les outils permettant de suivre la mobilisation des services et la mise en œuvre des mesures.

Compte tenu des objectifs de santé publique poursuivis dans le cadre de la politique de réduction des risques, la mission estime qu'un rôle particulier doit être joué par les DDASS dans ce domaine. Il est proposé qu'un bilan annuel sur la mise en œuvre du programme de lutte contre les maladies infectieuses en détention leur soit envoyé par les médecins-chefs d'UCSA ou les responsables de services médicaux. Une exploitation de ces bilans devra être mise en place au niveau national.

Certaines mesures incombent plus particulièrement à l'administration pénitentiaire (actions de formation à l'égard des personnels pénitentiaires, accès aux traitements post-exposition pour les personnels pénitentiaires, distribution d'eau de Javel...). Ces mesures devront être suivies par les DRSP et au niveau national.

La proposition relative à l'extension des lieux de mise à disposition des préservatifs devra, quant à elle, faire l'objet d'un suivi particulier.

Ces éléments devront être communiqués pour information entre les responsables de services sanitaires

et les responsables de services pénitentiaires, tant à l'échelon de l'établissement pénitentiaire, qu'à celui des autorités de tutelle.

L'évaluation de la politique de réduction des risques en milieu pénitentiaire

La mission propose que cette évaluation porte sur trois points :

- cohérence des orientations au regard des objectifs poursuivis,
- effectivité des mesures,
- efficacité des mesures.

Compte tenu du contexte spécifique du milieu pénitentiaire, ce dernier point doit particulièrement être travaillé. Il ressort en effet que la seule accessibilité aux mesures de prévention en milieu carcéral ne garantit pas une diminution réelle des risques de contamination, les outils n'étant pas toujours utilisés par les personnes qui sont les plus vulnérables aux différents virus. D'où l'importance de toute l'approche d'éducation sanitaire et d'accompagnement des personnes. Il apparaît donc nécessaire à la fois d'apprécier dans le cadre d'études transversales répétées l'accessibilité aux différentes mesures, mais également l'évolution des perceptions et des pratiques notamment à l'aide d'enquêtes d'opinion.

II.2.5. Mettre en place des compétences d'appui sur les sites les plus concernés : les référents en prévention des risques infectieux

Les déplacements effectués dans le cadre de la mission ont mis en évidence que la réduction des risques en prison pouvait se heurter aux difficultés :

- d'adhésion aux mesures,
- de mobilisation des services sur la mise en place des mesures,
- d'articulation entre les services sanitaires et les services pénitentiaires.

Pour surmonter ces difficultés, le groupe de travail estime que l'intervention d'un tiers, doté d'une compétence particulière en matière sanitaire et d'une autorité suffisante, est nécessaire. Ce tiers aurait pour mission de fédérer les énergies autour de la réduction des risques en milieu carcéral, d'apporter un appui technique aux équipes, d'apaiser les difficultés en cas de conflit et de vérifier l'effectivité de la mise en œuvre des mesures de prévention dans les sites. En cas de dysfonctionnement dans le domaine de la prévention des risques, il aurait mission d'en référer aux autorités compétentes.

L'animation départementale de la lutte contre le VIH et les hépatites incombe à la DDASS. Un médecin inspecteur de santé publique est généralement chargé de son pilotage technique. Compte tenu de la disponibilité nécessaire pour s'assurer de la mise en œuvre des mesures de prévention en milieu carcéral, le groupe de travail propose de mettre en place un référent en prévention des risques infectieux en milieu carcéral. Cette mesure est proposée à titre expérimental sur quelques sites. Elle pourrait être étendue après évaluation. La question du rattachement administratif de ce référent a été largement débattue dans le cadre du groupe de travail. Le rattachement auprès du MISP de la DDASS chargé du dossier est apparu préférable à un rattachement au service médical intervenant dans l'établissement pénitentiaire, dans la mesure où il renforce la légitimité en cas de difficulté sur le site et facilitera la mise en œuvre de la transversalité entre les services locaux.

Le référent en prévention des risques infectieux travaillerait en lien avec les responsables chargés de la mise en œuvre des mesures. Ses missions plus précises seraient les suivantes :

- apporter un soutien logistique à l'élaboration et à la mise en œuvre des mesures et actions de prévention,
- s'assurer en lien avec le responsable du service médical que les personnes détenues aient l'information adéquate et l'accès effectif aux mesures prophylactiques, notamment aux mesures prophylactiques post-exposition, en cas d'exposition aux risques infectieux,
- participer à la sensibilisation des personnels pénitentiaires aux modes de transmission des différents virus et aux moyens de s'en prémunir,
- contribuer à la sensibilisation des personnels pénitentiaires à l'intérêt des traitements de substitution et à l'importance de l'accompagnement des personnes toxicomanes,
- proposer un appui technique aux directions régionales des services pénitentiaires et aux chargés de formation locaux pour la mise en place d'actions de formations,
- s'assurer, auprès du chef d'établissement et du médecin de prévention, que les personnels pénitentiaires aient connaissance des procédures concernant les conduites à tenir en cas d'exposition au sang et aient accès aux traitements antirétroviraux,
- s'assurer, en lien avec les autorités compétentes, que les mesures de réduction des risques et les traitements de substitution soient effectivement mis en place.

II.3. Inscrire la politique de réduction des risques dans une approche plus globale

Toute approche de prévention s'inscrit dans un contexte culturel, social, économique, philosophique et politique. Celui-ci influence fortement les représentations et les comportements. Il a une incidence directe sur l'efficacité des politiques de prévention développées. Il est donc apparu nécessaire au groupe de travail de resituer la politique de réduction des risques dans une approche plus globale et de souligner quelques évolutions nécessaires pour un meilleur développement des mesures de prévention en détention.

II.3.1. Améliorer les conditions de détention

Il a déjà été indiqué que le contexte carcéral induisait d'emblée une double limite qui tenait, d'une part, à l'acceptation des mesures par les personnels et par les personnes détenues et d'autre part, à la hiérarchisation des risques par les personnes détenues au regard des risques judiciaires et disciplinaires encourus en cas d'injection ou de relations sexuelles.

Mais, au-delà de ces limites, les conditions de détention actuelles rendent également particulièrement difficile toute approche de prévention. La promiscuité, les conditions d'hygiène souvent insuffisantes et le climat de violence existant en milieu carcéral contribuent à dévaloriser l'image que les personnes incarcérées peuvent avoir d'elles-mêmes et à fragiliser les capacités des intéressés à protéger leur intégrité physique ou à prendre en charge leur santé. Au cours des travaux, les équipes ont fait part de leurs interrogations, quant au caractère prioritaire de la mission, eu égard aux problématiques actuelles des prisons. À cet égard, le groupe de travail estime que la situation épidémiologique des prisons nécessite une réponse immédiate sans attendre une évolution du contexte. Cependant, il faut souligner que, plus la norme sera élevée en matière d'hygiène et de conditions de vie, et plus le message de prévention apparaîtra pertinent et adapté.

La mission souligne donc qu'il apparaît déterminant pour la question de la réduction des risques que des progrès soient rapidement enregistrés en matière d'hygiène et de restauration collective, ainsi qu'en matière d'hygiène individuelle (douches, produits d'hygiène et d'entretien, linge, draps, mesures en faveur des personnes indigentes...).

La question du respect de l'intimité des personnes détenues fait également partie des enjeux fondamentaux en matière de prévention. Il a été souligné

à plusieurs reprises à quel point la détention rétrécissait la sphère d'intimité au point de faire apparaître le sentiment de ne plus s'appartenir soi-même. Cette "sur-exposition des corps" engendre "silence et dissimulation".

Or, la prévention repose sur des principes d'autonomie et de responsabilisation de la personne. Elle implique de prendre en considération la parole, l'identité et l'intimité des personnes concernées.

À cet égard, l'encellulement individuel apparaît comme une absolue nécessité. L'opération de cloisonnement des W.-C. qui est engagée mais ne concerne pas encore tous les établissements pénitentiaires doit être terminée. L'équipement des cellules par un système d'appel lumineux ou d'interphone, qui permet de rendre la demande d'aide plus discrète doit être développé.

La mise en place à titre expérimental des unités de vie familiales apparaît également comme une évolution majeure. Ce projet favorisera, pour les personnes incarcérées, une réappropriation de leur identité, mais permettra aussi d'aborder de façon radicalement différente la question de la sexualité dans les établissements où elles se mettent en place. Compte tenu des enjeux en termes de prévention des risques de transmission des maladies infectieuses par voie sexuelle, il apparaît au groupe de travail que cette expérience doit rapidement être mise en place et évaluée, dans une perspective d'extension, voire de généralisation.

II.3.2. Améliorer l'accueil à l'entrée en détention

L'arrivée en détention est un moment de vulnérabilité particulier pour les personnes incarcérées. Pour les personnes toxicomanes, cette vulnérabilité est généralement accrue par les souffrances liées à l'état de manque. Les capacités de résistance aux différentes sollicitations de la détention sont amoindries. Or, ces sollicitations se manifestent extrêmement rapidement et fortement.

L'accueil en détention apparaît donc comme un moment fondamental dans le parcours des personnes incarcérées. Il doit permettre aux personnes arrivant de l'état de liberté de faire une pause avant d'être confrontées au reste de la détention, d'amorcer une prise en charge, notamment sur le plan sanitaire, et de régler leurs difficultés sociales, familiales et financières liées à l'incarcération. C'est l'occasion pour les services de se positionner comme des interlocuteurs fiables par rapport à la collectivité des personnes détenues.

Plusieurs améliorations apparaissent possibles lors de cette période d'accueil :

- La mise en place effective dans chaque établissement pénitentiaire d'un quartier "arrivants" avec des conditions de vie satisfaisantes (douche quotidienne, remise de produits d'hygiène de qualité, matériel de correspondance...)
- La délivrance par l'administration d'une information sur les procédures à suivre et les voies de recours possibles pour les personnes incarcérées en cas de non-respect de leur intégrité physique et de leurs droits.
- La mise en place d'une écoute professionnelle pour les personnes détenues qui souhaitent bénéficier d'un soutien : lignes d'appels téléphoniques en partenariat avec des écoutants professionnels, intervention de psychologues, surveillants à postes fixes assurant une présence effective auprès des personnes arrivant, permanences associatives...
- La mise en place d'activités pendant cette période d'accueil afin de limiter les effets anxiogènes de l'enfermement en cellule.

En matière sanitaire, les pistes d'améliorations reposent sur :

- un meilleur diagnostic des situations de dépendances et des troubles psychiatriques à l'entrée,
- un accès plus large aux traitements de substitution pour les personnes dépendantes aux opiacés,
- un meilleur dosage des prescriptions.

II.3.3. Favoriser l'investissement du temps de détention

L'incarcération est un moment particulier dans la vie d'un individu. La condamnation et la mise à l'écart provisoire de la société doivent favoriser chez les personnes détenues une réflexion sur elles-mêmes et sur leurs parcours individuels. Cela est loin d'être une réalité aujourd'hui. Le rapport RESSCOM¹⁰³, souligne que, pour nombre d'usagers de drogues incarcérés, la prison "fait partie intégrante des modes de vie et/ou rompt les ancrages et amplifie

la dégradation". Les personnes pour lesquelles la prison permet une pause ou un arrêt dans le processus de dégradation semblent de plus en plus rares. S'il faut prendre en considération le biais induit par le mode de récolte des données (lieux d'accueil de personnes toxicomanes, structures d'hébergement excluant de fait les personnes bien insérées), force est de constater l'échec de la prison sur le plan de l'insertion ou de la réinsertion pour une grande partie des usagers de drogues par voie intraveineuse rencontrés. Cela interroge bien évidemment sur la politique pénale à l'égard des usagers de drogues et met en évidence la nécessité de développer les mesures alternatives et les mesures d'aménagement de peine en faveur de ce public.

Mais, au-delà, il apparaît également indispensable d'améliorer les conditions de prise en charge des personnes toxicomanes à l'intérieur des établissements. Les anciens détenus interrogés soulignent le rôle des substances psychoactives dans le comblement "du vide carcéral" et pour résister dans les moments de grande vulnérabilité.

Un travail entre les différents services de l'établissement et les partenaires extérieurs est à développer. L'intervention des centres de soins spécialisés doit être renforcée. Afin d'éviter à la personne de se retrouver dans une position de grande vulnérabilité au moment de la sortie, il est également essentiel qu'un travail de préparation à la sortie puisse être mené en termes de redynamisation, d'hébergement, de prestations sociales et de suivi sociosanitaire.

D'une façon générale, les possibilités offertes aux personnes détenues pour investir le temps de détention apparaissent très largement insuffisantes. Des activités diversifiées sont à mettre en place. Les supports permettant de faire émerger une parole et de favoriser une réflexion sur soi et sur son rapport à autrui doivent être privilégiés. Parallèlement, l'accompagnement dans l'élaboration et la réalisation d'un projet est à renforcer.

103. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.

CONCLUSION

Dans le cadre de la mission qui lui était confiée, le groupe de travail s'est efforcé d'adopter une attitude aussi objective que possible. Il a recueilli le maximum de données et a croisé les informations sur les comportements à risques en détention. Les cas de contamination étant apparus probables, la démarche a alors été pragmatique. La réflexion a davantage porté sur la diminution des risques de transmission des maladies infectieuses lors des comportements à risques que sur la diminution de ces comportements à risques, notamment la consommation de drogues en détention. D'autres réflexions pourront être menées à ce sujet. Compte tenu de la mission qui lui était confiée, le groupe de travail a estimé qu'il fallait cerner les questions et répondre avant tout dans le domaine des mesures sanitaires. Il s'est interrogé sur l'effectivité, l'accessibilité, l'efficacité et l'acceptabilité de chaque mesure de prévention nouvelle ou déjà prévue par les textes. L'introduction de la nouvelle mesure consistant à assurer l'accès à du matériel stérile d'injection a fait l'objet d'une réflexion spécifique qui a abouti à ne pas recommander pour l'instant l'introduction de cette mesure. Des insuffisances réelles sont apparues dans la mise en œuvre des mesures déjà existantes. Un défaut de mobilisation voire d'adhésion à la politique de réduction des risques a été mis en évidence. Il peut s'expliquer pour partie par le relâchement général de l'intérêt pour le VIH depuis l'apparition des multithérapies. Mais, d'une façon générale, les éléments de contexte semblent déterminants dans cette faible implication des acteurs. Il apparaît que les conditions de détention rendent plus difficile toute approche de prévention en détention et que l'objet même de la prison et le sens de la peine diminuent fortement l'acceptabilité des mesures de réduction des risques, dès lors qu'elles entrent en contradiction avec les textes ou, d'une façon générale, les normes de référence. Le groupe de travail a estimé nécessaire de tenir compte de ces éléments dans son analyse et dans ses propositions. Dans cette perspective, il a été amené à proposer un certain nombre d'améliorations mais également une démarche de fond destinée à faire évoluer les représentations et les mentalités. Il a également souligné la nécessité de poursuivre la recherche de données dans le domaine. Les propositions faites se situent dans la continuité des orientations déjà prises. Elles ne semblent pas poser de problème de faisabilité particulier. Il apparaît désormais nécessaire de les mettre en œuvre dans le cadre d'une stratégie de mobilisation des différents acteurs.

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.
- Annexe 2* Synthèse de l'enquête santé-entrants. DRESS, 1999.
- Annexe 3* Prévalences comparées du VIH et du VHC. J. Emmanuelli, InVs, 1999.
- Annexe 4* Synthèse de l'étude menée par l'ORS PACA/M. Rotily - Stratégies de réduction des risques en milieu carcéral, octobre 2000.
- 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.
- Annexe 6* Étude réalisée auprès des usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues - J. Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano (InVs, INSERM), 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.
- Annexe 8* Estimation du nombre de personnes exposées par voie intraveineuse en détention. S. Stankoff, DAP, J. Emmanuelli, InVs, 1999.
- Annexe 9* Profil des UDVI en détention établi à partir des questionnaires administrés auprès d'UDVI fréquentant les programmes d'échange de seringue. J. Emmanuelli, InVs, 1999.

ORIENTATIONS ET BILANS

- Annexe 10* Politique de réduction des risques : objectifs et mise en œuvre, juin 1998 - J.-F. Rioufol, DGS.
- 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.
- Annexe 12* Circulaire AP du 5 novembre 1997 relative à la distribution d'eau de Javel aux personnes détenues.
- 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.
- 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.
- 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.
- Annexe 16* Extraits du document "santé et risques professionnels - la prévention" élaboré dans le cadre d'un groupe de travail AP en janvier 1998.

CONTRIBUTIONS

- Annexe 17* État des connaissances : synthèse des contributions des “institutionnels”, des experts et des associations auditionnés par la mission.
- Annexe 18* Synthèse des entretiens menés par la mission auprès des personnels sanitaires et pénitentiaires de six établissements pénitentiaires.
- 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.
- 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.

LISTE DES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Circulaire santé-justice du 5 septembre 1985 relative à l'infection par le virus LAV, comprenant une fiche technique (abrogée par la circulaire santé-justice du 5 décembre 1996).
- Circulaire santé-justice du 17 mai 1989 relative aux mesures de prévention préconisées dans l'institution pénitentiaire dans le cadre du plan national de lutte contre le sida (abrogée par la circulaire santé-justice du 8 décembre 1994).
- Circulaire DAP/DGS du 8 juin 1993 relative au dépistage volontaire de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire (abrogée par la circulaire santé-justice du 5 décembre 1996).
- Circulaire DH/DGS/DSS/DAP n° 45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et comportant un guide méthodologique.
- Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 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 DAP - JUSE9740086C 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 de membres bénévoles, victimes d'un accident de service avec exposition au sang et mesures consécutives à mettre en œuvre.
- Note DAP n° 2020 du 5 novembre 1997 relative à la distribution systématique d'eau de Javel aux personnes détenues.
- Note DGS n° 1502 du 21 novembre 1997 relative aux modalités d'utilisation de l'eau de Javel comme outil de réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue par voie intraveineuse.
- 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/DSS n° 98/423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.
- Circulaire DGS/DH n° 99/299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C.

BIBLIOGRAPHIE

- P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. *L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution*. RESSCOM. 1999.
- A. Chantraine, A.-M. Palicot. *Les Besoins en formation sur le sida du personnel pénitentiaire*. 1996-1997. CODESS de Rennes.
- L. Cirba, *Étude sur l'entrée de la drogue en détention*. 1995 (non publiée).
- J. Emmanuelli. *Usage de drogues, sexualité, transmission du VIH, VHB, VHC et réduction des risques en prison à travers le monde*. Réseau national de santé publique. Septembre 1997.
- J. Emmanuelli, F. Lert, M. Valenciano. *Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*. Institut de veille sanitaire, Institut national de la Santé et de la Recherche médicale. 1999.
- Professeur Gentilini, *Problèmes sanitaires dans les prisons, maladies infectieuses, toxicomanie - état d'avancement de la loi du 18 janvier 1994 - avant, pendant et après l'incarcération*. Flammarion, février 1998, Paris.
- Inspection générale des services judiciaires. *Rapport à monsieur le garde des Sceaux : groupe de travail sur la lutte contre l'introduction de drogues en prison et sur l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés*. 1996. (non diffusé).
- R. Jurgens. *VIH/sida en prison*. 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, septembre 1996.
- D. Lhuillier, L. Ridet, A. Simonpietri, C. Veil, *Identité professionnelle, identité de sexe et sida : le cas des surveillants de prison*, université Paris VII, mars 1998.
- D. Lhuillier, A. Simonpietri. *VIH et sida, santé et soins en milieu carcéral*. ANRS, mai 1998.
- D. Lhuillier, A. Simonpietri, C. Veil. *VIH-sida et santé, représentations et pratiques des personnes incarcérées*, université Paris VII, juin 1999.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Enquête à un jour donné sur les personnes atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), mars 1999.
- M.-C. Mouquet, M. Dumont, M.-C. Bonnevie. *La Santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risques*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et résultats. 1999.
- ORS PACA. *Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral*. Rapport final 1998.
- Réseau national de santé publique. *Surveillance du sida en France, situation au 30 juin 1998*. BEH, n° 37/1998, 15 septembre 1998.
- I. Tortay, H. Morfini, C. Parpillon, F. Bourdillon. *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, mars 1998.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

- *CDAG* Consultation de dépistage anonyme et gratuit
- *CISIH* Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine
- *CODESS* Comité départemental d'éducation sanitaire et sociale
- *CRES* Comité régional d'éducation pour la santé
- *CSST* Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
- *DAP* Direction de l'administration pénitentiaire
- *DDASS* Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- *DGS* Direction générale de la santé
- *DH* Direction des hôpitaux (remplacée en juillet 2000 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS))
- *DRASS* Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- *InVs* Institut de veille sanitaire
- *MISP* Médecin inspecteur de santé publique
- *ORS PACA* Observatoire régional de la santé de Provence - Alpes - Côte d'Azur
- *RESSCOM* Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires
- *PES* Programme d'échange de seringues
- *UCSA* Unité de consultations et de soins ambulatoires
- *UDVI* Usager de drogue par voie intraveineuse
- *UPS* Unité pour sortants
- *VHB* Virus de l'hépatite B
- *VHC* Virus de l'hépatite C
- *VIH* Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

NOTE DE SYNTHÈSE	p. 7
INTRODUCTION AU RAPPORT	p. 19
<i>Historique</i>	p. 19
<i>Objet et méthodologie du groupe de travail</i>	p. 20

PREMIÈRE PARTIE

LE CONSTAT SUR L'EXPOSITION DES PERSONNES DÉTENUES AUX RISQUES DE TRANSMISSION DES MALADIES INFECTIEUSES PAR VOIE SEXUELLE ET SANGUINE

I. Les données épidémiologiques et sociosanitaires à prendre en considération	p. 24
<i>I.1. Les maladies infectieuses en détention</i>	p. 24
I.1.1. Les prisons sont des lieux à haute prévalence du VIH et des hépatites ..p.	24
I.1.2. Les infections VIH, VHB et VHC touchent très fortement les usagers de drogues par voie intraveineuse	p. 24
I.1.3. Les réalités locales sont extrêmement variées	p. 25
<i>I.2. Les caractéristiques sociosanitaires de la population pénale à l'entrée en détention</i>	p. 26
I.2.1. Une population qui cumule les facteurs de risques	p. 26
I.2.2. Une population qui a imparfaitement intégré les risques sanitaires liés au VIH et aux hépatites virales et qui s'expose aux différents risques	p. 27
II. Les comportements à risques et les risques de contamination en détention	p. 29
<i>II.1. Les modes de transmission des maladies infectieuses sont multiples</i>	p. 29
II.1.1. La poursuite des consommations à risques	p. 29
II.1.2. L'approche difficile des relations sexuelles en détention.....	p. 32
II.1.3. L'existence d'autres facteurs de risques	p. 32
<i>II.2. Les risques de contamination en détention</i>	p. 33
II.2.1. Les contaminations en détention sont probables	p. 33
II.2.2. L'influence du contexte carcéral sur les risques de contamination est difficile à évaluer	p. 33

LES MESURES DE PRÉVENTION VIRALE
MISES EN ŒUVRE EN MILIEU CARCÉRAL

I. Les orientations relatives à la prévention des risques infectieux en milieu carcéral	p. 36
<i>I.1. Les actions de sensibilisation sur les risques infectieux</i>	p. 36
I.1.1. Sensibiliser les détenus	p. 37
I.1.2. Former les personnels	p. 37
<i>I.2. Les mesures de dépistage des virus en détention</i>	p. 38
<i>I.3. Les mesures prophylactiques</i>	p. 39
I.3.1. Les mesures d'hygiène	p. 39
I.3.2. L'accès aux traitements post-exposition	p. 39
<i>I.4. La mise en place d'outils de prévention des risques sexuels</i>	p. 39
<i>I.5. Les outils de réduction des risques liés au sang</i>	p. 40
I.5.1. Le sevrage et les traitements de substitution	p. 40
I.5.2. L'eau de Javel comme outil de réduction des risques infectieux	p. 40
II. Un bilan mitigé sur la mise en place des orientations relatives à la prévention des risques infectieux en milieu carcéral	p. 41
<i>II.1. Des actions d'éducation pour la santé en voie de développement</i>	p. 41
<i>II.2. Des actions de formation des personnels pénitentiaires insuffisamment fréquentes et qui agissent partiellement sur les représentations</i>	p. 42
II.2.1. La fréquence	p. 42
II.2.2. L'impact	p. 43
<i>II.3. Des mesures de dépistage et de vaccination qui peuvent être renforcées</i>	p. 43
<i>II.4. Des traitements post-exposition pas toujours identifiés</i>	p. 45
<i>II.5. Le préservatif : un outil de réduction des risques dont la mise en œuvre souffre de lacunes</i>	p. 45
II.5.1. Une mise en œuvre insuffisante de cet outil	p. 45
II.5.2. Une insuffisance qui met en exergue la question de la sexualité en prison	p. 46
<i>II.6. Des outils de réduction des risques sanguins insuffisants</i>	p. 47
II.6.1. Un dispositif de prise en charge de la toxicomanie déficient	p. 47
II.6.2. L'eau de Javel principalement utilisée pour son aspect hygiénique	p. 50

TROISIÈME PARTIE

LE DÉVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES ADAPTÉE AU MILIEU CARCÉRAL

I. Les moyens de prévention en milieu carcéral	p. 52
I.1. L'amélioration des mesures existantes	p. 52
I.1.1. Inciter davantage aux dépistages des différents virus et à la vaccination contre le VHB	p. 52
I.1.2. Faciliter l'accès aux traitements prophylactiques en détention	p. 53
I.1.3. Renforcer l'efficacité de la mise en œuvre de la mesure eau de Javel....	p. 53
I.1.4. Améliorer l'accessibilité au préservatif avec du lubrifiant	p. 54
I.1.5. Développer les traitements de substitution	p. 56
I.1.6. Développer les actions d'éducation à la santé	p. 57
I.2. La question de l'accès au matériel stérile d'injection en détention	p. 57
I.2.1. Les expériences étrangères	p. 58
I.2.2. L'analyse du groupe de travail sur l'implantation de cette mesure en France	p. 58
II. Une stratégie de mise en œuvre	p. 61
II.1. Afficher une volonté politique forte	p. 61
II.1.1. Communiquer	p. 61
II.1.2. Suivre les évolutions et les tendances en détention	p. 62
II.2. Accompagner la mise en œuvre des mesures de prévention	p. 64
II.2.1. Sensibiliser les relais existants	p. 64
II.2.2. Mettre en place les formations nécessaires en direction des personnelstravaillant en milieu pénitentiaire	p. 64
II.2.3. Impulser une dynamique locale	p. 65
II.2.4. Suivre la mise en œuvre des recommandations et évaluer l'efficacité des mesures	p. 65
II.2.5. Mettre en place des compétences d'appui sur les sites les plus concernés : les référents en prévention des risques infectieux ..	p. 66
II.3. Inscrire la politique de réduction des risques dans une approche plus globale	p. 67
II.3.1. Améliorer les conditions de détention	p. 67
II.3.2. Améliorer l'accueil à l'entrée en détention	p. 67
II.3.3. Favoriser l'investissement du temps de détention	p. 68
CONCLUSION	p. 69
LISTE DES ANNEXES	p. 71
LISTE DES TEXTES DE RÉFÉRENCE	p. 75
BIBLIOGRAPHIE	p. 77
SIGLES UTILISÉS	p. 79

Conception graphique et réalisation : Planète Graphique Studio
Secrétariat de rédaction : Françoise Letort
Coordination : Pierre Testault / SCERI
Flashage et impression : Documentation française
ISBN : 2-11-092940-5
Dépôt légal : Juillet 2001