

18

Réduction des risques en milieu pénitentiaire

La prison est un lieu à haut risque infectieux, concentrant une population précarisée, fréquemment concernée par l'usage de drogues, présentant des prévalences élevées pour le VIH, le VHC, le VHB ainsi que pour les troubles psychiatriques, et faisant des allers-retours fréquents avec le milieu libre (Mouquet, 2005 ; Sahajian et coll., 2006). Cette population constitue donc à juste titre un enjeu important de santé publique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), associée aux Nations Unies, a publié en 2007 une série de 5 documents essentiels de la série « *Evidence for Action Technical Papers* » faisant le point sur l'efficacité des mesures de lutte contre le VIH mais aussi contre les hépatites en prison. Quatre de ces documents font une analyse détaillée de l'efficacité de différentes mesures concernant le VIH en prison, associée à des recommandations basées sur une synthèse des données de la littérature internationale :

- programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et stratégies de décontamination (WHO, 2007a) ;
- prévention des contaminations sexuelles (WHO, 2007b) ;
- traitements de la dépendance aux drogues (WHO, 2007c) ;
- soins, traitements et stratégies de soutien vis-à-vis du VIH (WHO, 2007d).

Le cinquième document (« *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons* ») (WHO, 2007e), de synthèse et transversal, souligne et détaille l'évidence scientifique soutenant les précédents documents et fait la revue des données concernant la prévalence des infections virales en prison, les comportements à risque, les données d'incidence et l'ensemble des interventions concernant la prévention, le dépistage, l'information ou d'autres programmes.

Par ailleurs, dès 1993, dans le cadre de recommandations concernant la lutte contre le VIH/sida en prison, l'OMS posait comme cadre de référence aux interventions en prison le fait que « tous les détenus ont le droit de bénéficier de soins, et en particulier de mesures de prévention, équivalents à ceux en milieu libre, et ce sans discrimination. » (WHO, 1993).

Épidémiologie

Incarcération dans le parcours des usagers de drogues

L'incarcération est fréquente dans le parcours d'un usager de drogues. L'enquête Coquelicot indique, entre septembre et décembre 2004, que jusqu'à 61 % des usagers de drogues (ayant sniffé ou s'étant injecté au moins une fois dans leur vie) fréquentant l'ensemble des structures issues de la chaîne thérapeutique spécifique aux usagers de drogues (CSST/Csapa, Caarud, post-cures...) et les cabinets des médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés, ont été incarcérés au moins une fois (Jauffret-Roustide et coll., 2006). L'enquête Ena-Caarud 2008⁵⁶ (OFDT), réalisée auprès des « usagers » des Caarud, établit que près d'un usager sur cinq (17,4 %) dit avoir été incarcéré dans l'année. L'enquête Recap 2008⁵⁷ (OFDT), réalisée auprès des sujets fréquentant les CSST/Csapa, montre que 38 % des consommateurs d'héroïne, cocaïne et autres substances ont été incarcérés au moins une fois dans leur vie et près de 60 % d'entre eux, deux fois ou plus.

Prévalence des maladies infectieuses en milieu carcéral

Les données internationales et françaises montrent que la prévalence du sida et des hépatites virales est plus élevée en milieu carcéral qu'en milieu libre, quel que soit le pays étudié. En France, la prévalence de l'hépatite C parmi la population détenue est voisine de 7 %, celle de l'hépatite B de 3 %, et celle du VIH supérieure à 1 % (Remy, 2003 et 2004 ; Remy et coll., 2003, 2004, 2005, 2006a, b et c, 2007).

L'incidence de nouvelles contaminations en France n'est pas évaluée mais des données de la littérature internationale montrent que la prévalence et l'incidence dépendent du type de population étudiée (tous détenus, arrivants, détenus dépistés systématiquement ou non), du système pénitentiaire, de la prévalence en population générale et de la prévalence dans la population des usagers de drogues au sein de la population de détenus. Il est difficile par conséquent de définir une prévalence moyenne des hépatites B, C et de l'infection à VIH parmi les détenus. Les contaminations sont précoces dans l'histoire de l'usage de drogues mais augmentent avec la durée de l'usage. Les pratiques à risque existent en prison mais ne se limitent pas à l'injection avec du matériel non stérile : sniff, tatouages artisanaux, scarifications, relations sexuelles non protégées et/ou non consenties, partage de matériel de coiffure

56. TOUFIK A, CADET-TAÏROU A, JANSSEN E, GANDILHON M. Profils et pratiques des usagers de drogues ENa-Caarud, Enquête nationale « usagers » des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques, OFDT, 2008.

57. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2008.pdf>.

ou de rasage souillé. Le séjour en prison est une période à risque du fait du manque de disponibilité de matériel d'injection, de sniff et de tatouage, contrairement au milieu libre. Dans l'enquête de l'InVS (2005), l'incarcération constitue un facteur de risque à part entière : le risque relatif de VHC est multiplié par 10 et le risque relatif de VHB multiplié par 4. Les pratiques à risque ne cessent pas toujours avec la mise en place en milieu carcéral de traitements de substitution aux opiacés (TSO).

Usage de substances psychoactives, troubles psychiatriques et précarité

Données françaises

Les données concernant l'usage de substances psychoactives chez les détenus en France sont anciennes, les plus récentes datant de 2003 (Mouquet, 2005). Elles proviennent essentiellement d'une enquête effectuée pour la première fois en 1997 (Mouquet, 1999), et répétée en 2003, à la demande du ministère de la Santé et portant sur l'ensemble des détenus entrants sur une période de temps donnée. L'enquête de 1997 a été réalisée auprès de 135 établissements pénitentiaires, durant une période d'un mois au cours de laquelle les données portant sur 8 728 détenus entrants ont été recueillies. Sa reconduction en 2003 auprès de 134 établissements pénitentiaires, durant une période de temps variant selon la taille de l'établissement (de 2 semaines à 3 mois), a permis de recueillir les données sur 6 087 détenus entrants. Les principales données concernant l'usage de substances psychoactives sont présentées dans le tableau 18.I. Une synthèse a été réalisée sur les données disponibles en prison en France en 2008 (Michel et coll., 2008).

Ces données montrent lors de l'entrée en détention, comparativement à l'enquête effectuée en 1997, une baisse de l'usage d'opiacés, du poly-usage de drogues et de médicaments psychotropes (surtout benzodiazépines) et à un moindre degré de cocaïne. L'usage de la voie intraveineuse au cours des 12 derniers mois ou un passé d'injection sont également moins fréquents (2,6 % *versus* 6,2 % et 6,5 % *versus* 11,8 % respectivement). En revanche, la proportion de détenus substitués par TSO à l'entrée en détention augmente entre 1997 et 2003 (6,9 % et 7,5 % respectivement), bien que faiblement et surtout au profit de la méthadone (passage de 0,6 % à 1,5 % de la population de détenus entrants). Dans une enquête menée auprès de l'ensemble des détenus entrants (n=1 463) des prisons de Lyon en 2003, 11 % des détenus étaient sous traitement de substitution à leur entrée en détention, reflétant une probable plus forte proportion de sujets substitués ou relevant de traitements de substitution dans les établissements situés dans de grands centres urbains (Sahajian et coll., 2006). Lors d'une enquête effectuée par Fax auprès de l'ensemble des Ucsa (Unité de consultations et de soins ambulatoires) et

SMPR (Service médico-psychologique régional)⁵⁸, 9,52 % des détenus étaient substitués (71 % par buprénorphine haut dosage et 29 % par méthadone). Les données préliminaires de l'Inventaire portant sur les mesures de réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire du programme Pri²de⁵⁹, réalisé entre novembre 2009 et mai 2010 auprès de l'ensemble des établissements pénitentiaires français (116 établissements répondeurs sur 171, couvrant 77 % de la population pénale incarcérée), montrent que 8,64 % des détenus sont substitués dont 33 % par la méthadone et 66 % par la buprénorphine haut dosage (données en cours de publication).

Il n'existe pas en France de données récentes sur l'usage de drogues à l'intérieur des prisons. L'enquête Resscom (Bouhnik et coll., 1999), de nature qualitative, réalisée en 1998-1999 auprès de sortants de prison précarisés souligne la réalité de l'usage de substances psychoactives en prison, qu'il s'agisse de drogues illicites, moins fréquentes qu'au dehors, mais surtout de psychotropes et traitements de substitution détournés de leur usage. Le cannabis est considéré comme un « produit de confort », voire comme un médicament. Certains décrivent un usage quotidien d'héroïne par voie intraveineuse, un développement de l'inhalation de buprénorphine voire une initiation aux opiacés par la buprénorphine. Ce dernier élément est également évoqué dans le récent rapport Trend (OFDT, 2010). L'enquête Coquelicot (Jaufret-Roustide et coll., 2006) qui relève des pratiques d'injection chez 12 % des sujets interrogés ayant été incarcérés, traduit indirectement la réalité de ces consommations.

La surmortalité à la sortie de prison est en grande partie liée à l'usage de drogues (Prudhomme et coll., 2003). Pour la tranche d'âge 15-34 ans, le risque de décès par overdose était multiplié par plus de 120 par rapport à la population générale française ; le risque de décès, toutes causes confondues à l'exclusion des overdoses, était également significativement augmenté, multiplié par 3,4. Pour la tranche d'âge 35-54 ans, le risque de décès par overdose était multiplié par plus de 270 par rapport à la population générale française (mais l'intervalle de confiance était très large) ; le risque de décès, toutes causes confondues à l'exclusion des overdoses, était aussi significativement augmenté, identique à celui de la tranche d'âge précédente (Prudhomme et coll., 2003).

58. Enquête réalisée par F. Laval, dans le cadre d'un DU de Santé Publique Pénitentiaire en juin 2008, auprès de 168 établissements dont 117 répondeurs.

59. Programme de recherche et intervention pour la réduction du risque infectieux chez les détenus, soutenu et financé par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites, avec co-financement par Sidaction pour ce volet du programme.

Tableau 18.1 : Consommation de substances psychoactives et traitements de substitution chez les détenus entrants en prison (d'après Mouquet, 2005 ; Enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Drees)

	1997 (%)	2003 (%)
Proportion d'entrants déclarant fumer, habituellement, par jour		
De 1 à 5 cigarettes	6,4	7,4
De 6 à 20 cigarettes	53,4	55,4
Plus de 20 cigarettes	18,5	15,0
Non fumeur ou fumeur occasionnel ou ancien fumeur	21,7	22,2
Proportion d'entrants déclarant une consommation excessive d'alcool		
Au moins 5 verres par jour pour les hommes et 3 verres par jour pour les femmes ^a et/ou au moins 5 verres consécutifs au moins une fois par mois	33,3	30,9
Proportion d'entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'incarcération		
Total^{b,c} dont :		
Cannabis	25,6	29,8
Héroïne, morphine ou opium	14,4	6,5
Cocaïne ou crack	8,9	7,7
Médicaments utilisés de façon toxicomaniaque	9,1	5,4
Autres produits (LSD, ecstasy, colles, solvants...)	3,4	4,0
Polytoxicomanie ^d	14,6	10,5
Proportion d'entrants déclarant une utilisation de drogue illicite par voie intraveineuse		
Au moins 1 fois dans la vie	11,8	6,5
Au cours des 12 mois précédant l'incarcération	6,2	2,6
Proportion d'entrants déclarant un traitement de substitution en cours par :		
Méthadone	0,6	1,5
Subutex	6,3	6,0
Proportion d'entrants déclarant un traitement en cours par médicaments psychotropes		
Total^b dont :		
Neuroleptiques	3,5	4,5
Antidépresseurs	4,0	5,1
Anxiolytiques ou hypnotiques	15,2	12,0

^a 5 verres par jour quel que soit le sexe en 1997 ; ^b Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant pouvant consommer plusieurs produits ; ^c Utilisation d'au moins une substance ; ^d Utilisation d'au moins deux substances ; Champ : France entière

En France, il apparaît nécessaire qu'un travail épidémiologique soit conduit, associé à une approche qualitative, afin de préciser la fréquence de l'usage de drogues et du détournement de psychotropes ou TSO en prison et leurs modalités. Il est notamment nécessaire de réactualiser les données concernant les comportements qui pourraient être associés à un risque infectieux comme les pratiques d'injection ou le sniffing.

Sur le plan psychiatrique, dans une enquête transversale effectuée auprès de 800 détenus de sexe masculin dans 23 établissements, selon un plan d'échantillonnage prenant en compte le type et la taille des établissements avec sélection aléatoire des détenus, les prévalences des troubles psychiatriques étaient considérablement plus élevées qu'en population générale (Falissard et

coll., 2006). Reprenant les critères internationaux classiques du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition) (APA, 1994), les prévalences étaient de 6,2 % pour la schizophrénie, 24 % pour le diagnostic de trouble dépressif majeur, 17,7 % pour l'anxiété généralisée et 14,6 % pour la dépendance aux drogues. Parmi les patients rencontrés, 12,6 % étaient considérés comme extrêmement malades ou parmi les plus malades et 22 % ont été signalés aux équipes de soins (Falissard et coll., 2006).

La population incarcérée est par ailleurs marquée par une importante précarité : 17 % déclarent ne pas avoir un logement stable ou être sans domicile fixe en 2003, 13,6 % ne bénéficient d'aucune couverture sociale, 17,3 % bénéficient de la couverture maladie universelle et 0,8 % de l'aide médicale État (Mouquet, 2005). Dans l'enquête effectuée auprès des détenus entrants des prisons de Lyon au cours de l'année 2003 (n=1 463), 19 % étaient sans ressource et 26,5 % bénéficiaient de prestations sociales ou d'une aide de la famille, 18 % étaient soit sans domicile fixe, soit en foyer ou hébergés par des amis. Dans cette même enquête, 53 % avaient déjà été incarcérés et 66 % avaient des antécédents judiciaires.

Données internationales

Au plan international, Fazel et coll. (2006) ont publié une revue systématique des études publiées entre 1996 et 2004, sur l'estimation des prévalences de l'abus ou dépendance aux drogues et à l'alcool (critères DSM-III ou IV) chez les détenus. Ces études portaient sur les détenus à l'entrée en détention, ou étaient de nature transversale. Seules les études portant sur plus de 500 détenus étaient retenues. La revue systématique met en évidence l'importance des problèmes d'abus ou de dépendance chez les détenus entrants (tableau 18.II), avec une prédominance masculine pour les problèmes d'alcool (17,7 % à 30 % d'abus ou dépendance) chez les entrants et une prédominance féminine pour l'usage/dépendance aux drogues (30,3 % à 60,4 %). Dans son rapport annuel 2005, l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT) recense les données disponibles sur l'usage de drogues en prison : la fourchette de détenus indiquant un usage de drogues en prison varie entre 8 et 60 %, et 10 à 42 % déclarent en consommer régulièrement (OEDT, 2006). Chez les sujets consommant des drogues avant l'incarcération, cet usage se pérennise souvent en détention avec cependant des prévalences et des fréquences de consommation se réduisant au fil de la détention. Certains cessent l'usage de drogues en prison, d'autres l'initient, souvent comme un moyen de réduire les tensions et faire face à la promiscuité et la violence (Jurgens et coll., 2009).

Tableau 18.II : Comparaison de l'estimation des prévalences chez les détenus entrants ou lors d'études transversales (d'après Fazel et coll., 2006)

Genre du détenu	Abus de substance ou dépendance	Estimation des prévalences chez les détenus entrants (%)	Estimation des prévalences au cours d'études transversales (%)
Homme	Alcool	17,7-30,0	2,0-14,9
	Drogue	10,0-48,0	3,6-47,2
Femme	Alcool	10,0-23,9	2,5-6,9
	Drogue	30,3-60,4	3,7-44,1

Accès aux soins en prison

Dépistage des hépatites virales et du sida

Conformément aux indications du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues⁶⁰ (actualisation de 2005⁶¹) et à la loi de santé publique de 2004, le dépistage du sida et des hépatites virales en milieu carcéral en France est organisé, soit par les Ucsa directement, soit par l'intermédiaire des Cidag (Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit), qui eux-mêmes dépendent soit d'un dispositif État, soit du Conseil général. Selon les enquêtes de pratiques (Remy, 2007), deux tiers des Ucsa proposent systématiquement ce dépistage, soit à toutes les personnes entrantes, soit de façon plus ciblée en fonction de facteurs de risque. Dans l'Inventaire des mesures de réduction des risques du programme Pri²de, effectué entre novembre 2009 et mai 2010, 91,5 % des établissements pénitentiaires ayant répondu déclaraient systématiquement proposer le dépistage du VIH, VHC et VHB aux détenus entrants. Les établissements restant étaient des établissements pour peine, accueillant des détenus provenant de maison d'arrêt ou d'autres établissements (données en cours de publication).

En pratique, tous les détenus devraient être dépistés, quelles que soient les pratiques alléguées ; dans l'étude de Macalino et coll. (2005), 66 % des détenus testés séropositifs à l'hépatite C n'avaient pas d'antécédents d'injection au premier interrogatoire.

Les consultations de rendu de résultats sont à peu près systématiques en cas de dépistage positif, moins fréquemment en cas de résultat négatif. La proposition de vaccination antivirale B qui devrait être systématique après cette phase de dépistage se heurte à des problèmes de moyens humains ; pour un

60. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Ministère de la Justice - septembre 2004.

61. Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

établissement accueillant 700 détenus, il faut un demi-équivalent temps plein infirmier pour l'organisation et le suivi de ce dépistage et de la vaccination antivirale B. Les données françaises sur le dépistage et la vaccination antivirale B sont limitées et parcellaires, issues d'études locales et de communications en congrès. La transposition des expériences étrangères est difficile car il existe des différences importantes structurelles de prise en charge (accès aux TSO, organisation du soin en prison, système d'assurance et de droits sociaux) selon les pays. Du fait des difficultés liées au milieu carcéral, les données actuelles sont essentiellement déclaratives.

Accès aux traitements et prévention

Dispositifs de prévention et de soins en France

En France, depuis 1994, l'organisation des soins aux détenus est intégralement transférée du ministère de la Justice au service public hospitalier. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, réactualisé en 2005, en précise les modalités. Il stipule notamment, dans la partie consacrée aux « principes de la prise en charge sanitaire » que : « Le dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues a pour objectif de leur assurer une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population. ». La circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 « relative à la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine en milieu pénitentiaire » détermine encore actuellement le cadre de la prévention, du dépistage, de la prise en charge sanitaire, de la préparation à la sortie et de la formation des personnels. Les actions de prévention et de soins sont confiées aux Ucsa en coordination lorsqu'ils sont présents, avec les SMPR (au nombre de 26) et/ou les CSST/Csapa en milieu pénitentiaire (au nombre de 16). En dehors des actions d'éducation pour la santé et d'information, la circulaire prévoit la mise à disposition de préservatifs et lubrifiants, d'eau de Javel à 12° chlorométrique, d'une trousse « sortant », la préparation à la sortie ainsi que la continuité des soins, une possibilité d'accès à une prophylaxie post-exposition (PPE), un dépistage et une prise en charge du VIH, des soins à destination des usagers de drogues comprenant la reconduction des traitements de substitution et la possibilité d'initier la buprénorphine haut dosage ou la méthadone lorsqu'un intervenant d'un CSST/Csapa assure une consultation. Cette limitation a été levée en 2002 lorsque la possibilité de primo-prescrire la méthadone a été étendue à l'ensemble des praticiens des établissements publics de santé, et donc à l'ensemble des praticiens intervenant en prison.

La note interministérielle du 09 août 2001 portant sur la coordination des soins en addictologie en milieu pénitentiaire fournit un cadre de fonctionnement aux intervenants sanitaires et pénitentiaires. Elle suggère en particulier l'identification pour chaque établissement pénitentiaire d'un coordonnateur

chargé de faire le « lien » et d'assurer la cohérence du dispositif entre les différents intervenants pour l'ensemble des addictions.

Traitements et suivis des détenus en France

En France, le traitement et le suivi des détenus atteints par le VIH et les hépatites virales B ou C sont possibles avec une observance et des résultats virologiques identiques au milieu libre (Remy, 2003 et 2004 ; Remy et coll., 2003, 2004, 2005, 2006a, b et c). Cela nécessite une consultation d'hépatologie et/ou d'infectiologie sur site, réalisée en pratique dans le tiers des Ucsa (Remy, 2007). L'organisation des Ucsa est variable et dépend à la fois des moyens financiers et humains alloués mais aussi de l'engagement des spécialistes concernés, essentiellement issus du service public hospitalier. L'allocation de la prime multi-sites aux praticiens hospitaliers peut être un élément moteur. Le suivi post-carcéral et le relais avec les structures extérieures restent insuffisants et aléatoires, car ils sont liés à une coopération étroite entre les Ucsa (dépendant du ministère de la Santé) et les SPIP (Service pénitentiaire d'insertion et de probation ; dépendant du ministère de la Justice) ; entre ces deux structures, il ne peut y avoir de partage d'informations couvertes par le secret médical, alors que cela est possible avec les assistants sociaux hospitaliers. Des expériences locales de temps social alloué aux Ucsa (mais non prévu dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues) ont démontré une amélioration du service rendu aux personnes atteintes⁶².

En France, les traitements de substitution aux opiacés sont prescrits en détention depuis 1996 avec un élargissement de l'accès à la primo-prescription de méthadone depuis 2002 à tous les praticiens des établissements publics de santé intervenant notamment en prison. La progression de leur prescription s'est faite avec retard en prison par rapport au milieu libre. Des réticences médicales (que le monopole soignant en prison exacerbe), des réticences pénitentiaires, mais aussi le manque de formation des professionnels et d'effectifs peuvent l'expliquer (Michel et Maguet, 2003). Une enquête effectuée en 2003 pour le compte de la Commission nationale consultative des traitements de substitution a mis en évidence l'extrême hétérogénéité dans l'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu pénitentiaire et les nombreuses difficultés ressenties aussi bien par les détenus que par les personnels soignants ou pénitentiaires (Michel et Maguet, 2003). La proportion d'entrants et de détenus sous traitement de substitution s'accroît progressivement pour approcher 9 % des détenus actuellement (Michel et Maguet, 2005 ; Canarelli et Obradovic, 2008 ; Laval, 2008 ; Pri²de⁶³). Une enquête réalisée en 2006 par l'OFDT montrait que dans de

62. Communications orales, Congrès de l'APSEP (Association des professionnels de santé exerçant en prison), Bordeaux 2010.

63. Données 2009-2010, en cours de publication.

nombreux établissements pénitentiaires, il n'existait pas d'initiation de traitements par méthadone malgré l'élargissement de la primo-prescription à l'ensemble des praticiens des établissements publics de santé (Canarelli et Obradovic, 2008). Dans l'Inventaire des mesures de réduction des risques du programme Pri²de, 11 % des établissements ayant répondu au questionnaire (6 maisons d'arrêt et 6 prisons pour peine) déclarent ne jamais initier de traitement de substitution, 22 % ne jamais initier de méthadone et 23 % de buprénorphine haut dosage. Des pratiques courantes et croissantes de pilage de la buprénorphine haut dosage, voire de mise en solution, compromettent l'efficacité de ces thérapeutiques et traduisent la difficulté des équipes intervenant en détention à se situer entre soin et pression sécuritaire (Michel et Maguet, 2003 ; Laval, 2008 ; Pri²de⁸). Une homogénéisation des pratiques de soin, des actions de formation et des effectifs soignants suffisants est sans doute nécessaire pour que la situation puisse progresser. Par ailleurs, il n'existe pas d'étude d'impact des TSO en prison en France. Un détournement d'usage (sniff, trafic) de la buprénorphine est fréquemment signalé de même que l'installation de primo-dépendances opiacées par cette molécule (Michel et Maguet, 2003).

Données internationales

Au plan international et notamment européen, de très importantes disparités existent dans les dispositifs de prévention et de soins en prison d'un État à l'autre et même au sein d'un même État. En Allemagne ou en Suisse par exemple, les différents länders ou cantons peuvent avoir des politiques de soin ou de prévention différentes. Par ailleurs, dans de nombreux pays, les soins sont exclusivement du ressort de l'Administration pénitentiaire. La comparaison avec le dispositif français est donc difficile.

On observe une extrême diversité de dispositifs et de prises en charge par traitement de substitution en prison (Stöver et coll., 2004), traduisant les différences de politiques nationales et locales. L'OMS considère les TSO comme une mesure essentielle dans la lutte contre les risques infectieux en prison, en particulier lorsque d'autres mesures comme les programmes d'échange de seringues sont absents (WHO, 2007a). Différents rapports soulignent l'intérêt des TSO en prison au sein de l'ensemble des stratégies de prise en charge des usagers de drogues en milieu pénitentiaire (Stöver et coll., 2008).

L'OMS souligne également la nécessité de se préoccuper des risques associés à la consommation de stimulants (en plein développement en France), avec une croissance de la consommation de crack et du recours à la voie injectable (OFDT, 2010), et de mettre en place de nouvelles stratégies de prise en charge en prison à cet effet (WHO, 2007c). L'importance d'accompagner la préparation à la sortie et de développer des alternatives thérapeutiques, éducatives et de réinsertion à la sanction pénale lors d'infractions à la législation sur les stupéfiants est mise en exergue (WHO, 2007c).

Réduction des risques en prison

En raison des particularités de la population incarcérée, caractérisée par une surreprésentation d'usagers de drogues ou d'alcool, des prévalences élevées de troubles psychiatriques, une précarité sociale marquée, et du contexte même de l'incarcération (lutte contre le stress et l'isolement, rupture des liens, tension sécuritaire), la réduction des risques en prison constitue un enjeu majeur.

Pratiques des usagers en milieu carcéral

Les pratiques des usagers en milieu carcéral sont largement recensées dans la littérature internationale et sont d'autant plus importantes que la proportion d'usagers de drogues incarcérés est élevée et qu'aucune prise en charge ne leur est proposée (WHO, 2007e).

Pratiques d'injection et partage de matériel d'injection

Les pratiques d'injection et notamment d'initiation à l'injection ont été décrites dans tous les pays les ayant recherchées, mais à des taux variables, reflétant le profil des sujets incarcérés (tableau 18.III).

Tableau 18.III : Études ayant analysé le comportement d'injection de drogues en prison (d'après Jürgens et coll., 2009)

Référence	Pays	Population d'étude (N)	Injection en prison (%)	Partage de matériel (%)
Rutter et coll., 1995	Australie (New South Wales)	7 études	31-74 ^a	70-94 ^b
Gaughwin et coll., 1991	Australie (South Wales)	50	52 ^a	60 ^b
<i>Correctional Service Canada</i> , 1996	Canada	4 285	11	-
Ford et coll., 2000	Canada	350	18,3	-
DiCenso et coll., 2003	Canada	105 femmes	19	-
Martin et coll., 2005	Canada	102	21	86
Small et coll., 2005	Canada	> 1 200	27	80
Calzavara et coll., 2003	Canada	439 hommes 158 femmes	3,3	32
Dufour et coll., 1996	Canada	450	2,4	92
Edwards et coll., 1999	Angleterre	378	11,6	73
Rotily et coll., 2001	Europe ^c	871	13	-

Référence	Pays	Population d'étude (N)	Injection en prison (%)	Partage de matériel (%)
<i>European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2005</i>	Union européenne, Norvège	-	0,2-34	-
Malliori et coll., 1998	Grèce	544	24,1	92
Koulierakis et coll., 2000	Grèce	861	20,2	83
Allwright et coll., 2000	Irlande	1 178	-	70,5
<i>Rapid Situation Assessment, 2005^d</i>	Maurice	100 hommes, 50 femmes, 50 jeunes (25 hommes, 25 femmes)	10,8 % des adultes, 2,1 % des jeunes	-
Van Haastrecht et coll., 1998	Pays-Bas	497 usagers de drogues injecteurs	3	0
Frost et Tchertkov, 2002	Russie	1 044	10	66
Dolan et coll., 2004	Russie	277	13	-
Gore et coll., 1995	Écosse	-	15,9	-
Thaisri et coll., 2003	Thaïlande	689	25	77,8
Clarke et coll., 2001	États-Unis	281 hommes, 191 femmes	31	-

Sauf mention contraire, il s'agit du pourcentage de l'ensemble des sujets incarcérés réalisant des injections et parmi ces sujets du pourcentage ayant partagé le matériel d'injection. ^a Les données en provenance d'Australie réfèrent au pourcentage d'usagers de drogues par voie intraveineuse qui ont réalisé des injections. ^b Les données en provenance d'Australie réfèrent au pourcentage d'usagers de drogues par voie intraveineuse qui ont partagé du matériel. ^c Étude transversale en France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Écosse et Suisse. ^d Pourcentage d'usagers de drogues par voie intraveineuse ayant un passé d'incarcération et ayant utilisé des drogues illicites en prison ; presque la moitié ont fait une injection en prison.

Différentes études réalisées en Europe, bien que de méthodologies très différentes, montrent qu'entre 16 et 60 % des sujets s'injectant au dehors continuent à pratiquer l'injection en prison et qu'entre 7 et 24 % des détenus s'injectant ont commencé à s'injecter lors de leur séjour en prison (Stöver et coll., 2008). Les données disponibles montrent que la fréquence des pratiques d'injection et de partage du matériel d'injection varient considérablement d'un établissement à l'autre, qu'une grande partie de ceux pratiquant l'injection avant l'incarcération la cesse ou la réduit en prison mais la reprennent dès leur libération, que certains s'initient à l'injection en prison, et que ceux qui s'injectent en prison le font moins fréquemment qu'au dehors mais en partageant plus fréquemment leur matériel d'injection (WHO, 2007a). Il est cependant probable, malgré ces chiffres, qu'il existe une sous-déclaration des pratiques d'injection en détention car il s'agit de pratiques clandestines, stigmatisées et illégales (WHO, 2007a).

Dans ces enquêtes, le partage de matériel d'injection se situe le plus souvent entre 60 et 90 % bien qu'un grand nombre des enquêtes soit postérieur aux années 2000 et survienne dans des pays où il existe une prévention du VIH (WHO, 2007a). Le partage de matériel d'injection serait particulièrement élevé chez les femmes détenues (EMCDDA, 2002).

Des séroconversions pour le VIH et le VHC liées à des pratiques d'injection en prison ont été observées dans de nombreux pays et le partage du matériel d'injection non stérile constitue le principal facteur indépendamment associé à l'infection par le VIH (Jurgens et coll., 2009).

Concernant les pratiques d'injection en France, les données les plus récentes sont celles de l'étude Coquelicot. Elles montrent que parmi les usagers de drogues incarcérés au moins une fois dans leur parcours, 12 % ont pratiqué l'injection en détention et 1 sur 3 a partagé son matériel d'injection (Jaufret-Roustide et coll., 2006). Dans l'enquête de Rotily effectuée dans 4 prisons françaises en 1997-1998, au cours de laquelle 1 212 détenus ont répondu à un auto-questionnaire anonyme, 48 % de ceux pratiquant l'injection à l'entrée en détention continuaient à s'injecter en détention, 21 % de ceux pratiquant l'injection partageaient leur matériel en détention et 7 % de ceux pratiquant l'injection disaient s'être initiés à l'injection en prison (Rotily, 2000). Enfin, les données non encore publiées du Programme Pri² de montrent que 32 % de l'ensemble des établissements ayant répondu à l'enquête (116 ont répondu, soit 68 % de l'ensemble des établissements français) déclarent avoir dispensé des soins aux détenus pour des abcès potentiellement liés à des pratiques d'injection (certains précisant l'antériorité à l'incarcération des abcès).

Rapports sexuels

La sexualité, également difficile à évaluer en prison, est néanmoins présente. Dans l'enquête européenne de Rotily et coll. (2001), entre 7 et 29 % des détenus déclaraient des rapports hétérosexuels avec pénétration en détention et moins de 2 % déclaraient des rapports homosexuels avec pénétration anale. Dans l'enquête de Rotily effectuée dans 4 prisons françaises en 1997-1998, au cours de laquelle 1 212 détenus ont répondu à un auto-questionnaire anonyme, 1 % des détenus déclaraient avoir eu des rapports homosexuels par voie anale, 8 % des rapports hétérosexuels, 1 % avoir accepté de l'argent pour des rapports sexuels en détention (Rotily, 2000). Parmi ceux ayant eu des rapports sexuels, seuls 20 % avaient eu recours à des préservatifs. Les détenus usagers de drogues par voie intraveineuse avaient plus de rapports hétérosexuels non protégés en détention que les usagers de drogues non injecteurs et ceux ne déclarant pas d'usage de drogues (15,3 % *versus* 11,6 % et 4,7 % respectivement) (Rotily et Delorme, 1999).

Une activité homosexuelle est fréquemment évoquée dans d'autres études (pour revue, WHO, 2007e). Les préservatifs étaient utilisés dans moins de 20 % des rapports sexuels. La distinction entre sexualité consentie et contrainte, voire le viol, est sans doute plus difficile à faire en prison qu'au

dehors, en raison des conditions de frustration, de dénuement et de contrainte existantes (WHO, 2007). Différentes études américaines ont mis en évidence la responsabilité des rapports homosexuels dans la contamination par le VIH en prison (WHO, 2007e).

Autres pratiques

Les pratiques de tatouage et de piercing sont plus fréquentes en prison qu'au dehors et concernent plus fréquemment des usagers de drogues (WHO, 2007e). Avoir été tatoué en prison représente un facteur de risque indépendant de séroconversion pour le VHC (Hellard et coll., 2004). Différentes études ont par ailleurs montré une association significative entre piercing et VHC (WHO, 2007e).

Dans l'enquête européenne de Rotily et coll. (2001), 43 % des détenus interrogés sur le site français avaient pratiqué le tatouage en prison. Dans l'enquête de Rotily (2000), 19 % des détenus déclaraient s'être tatoués durant une incarcération et 8,9 % au cours des trois premiers mois en prison. Ils étaient plus souvent usagers de drogues par voie intraveineuse (25 % *versus* 9 %), injecteurs actifs au cours de l'incarcération (6 % *versus* 1 %) et présentaient une prévalence du VHC plus élevée (12 % *versus* 5 %). Les usagers de drogues par voie intraveineuse étaient plus nombreux à avoir déclaré cette pratique du tatouage (39 % *versus* 18 % chez les non usagers de drogues par voie intraveineuse) (Rotily, 2000). Enfin, les données du programme Pri² de montrent que 68 % des établissements déclarent avoir prodigué des soins aux détenus pour des lésions cutanées en lien avec des pratiques de tatouage, piercing ou scarification.

Au plan international, il n'existe pas de données sur le sniff en prison, ni sur le partage de rasoirs, brosses à dents, tondeuses et sur les conséquences éventuelles de bagarres. De façon similaire, il n'existe pas de données françaises concernant le sniff en détention, bien qu'il s'agisse probablement du principal mode de mésusage de buprénorphine haut dosage par les détenus substitués.

Dispositifs de réduction des risques disponibles en prison

En dehors des TSO et des actions éducatives, les dispositifs de réduction des risques proprement dits recensés en prison en Europe sont principalement les dispositifs d'échange de seringues, l'eau de Javel et autres désinfectants et les préservatifs masculins avec lubrifiants. Dans certains pays ou établissements, il existe également une distribution de matériel renouvelable d'usage de drogues autre que les seringues (pailles, tampons alcoolisés, matériel à inhaler...), de matériel de piercing et tatouage stérile, de préservatifs féminins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de programme d'héroïne médicalisée en prison en Europe et les quelques « unités sans drogues » existantes n'ont pas fait l'objet d'études permettant de conclure sur leur capacité à réduire les risques infectieux (Stöver et coll., 2008).

On peut également mentionner la prophylaxie antirétrovirale post-exposition, qui après contact sanguin ou sexuel, permet de limiter le risque de contamination par le VIH. Les antirétroviraux (ARV) pour le VIH et les traitements de l'hépatite C, en réduisant le « réservoir viral », pourraient également être considérés comme participant à la réduction des risques infectieux, en particulier en prison où les prévalences de ces virus sont élevées.

Hormis les traitements de substitution, ce sont les programmes d'échange de seringues qui ont fait l'objet du plus grand nombre de publications et évaluations (WHO, 2007a et c). Ils sont considérés par l'OMS comme une mesure de première ligne en prison. En particulier, la mise à disposition des détenus d'eau de Javel ne remplace pas pour l'OMS la mise en place de programmes d'échange de seringues et ne doit être considérée que comme une mesure de seconde ligne (WHO, 2007a). Les autres mesures n'ont fait l'objet que de très rares études d'impact.

Traitements de substitution

Les traitements de substitution aux opiacés ont largement fait preuve de leur efficacité dans la prise en charge des usagers de drogues en réduisant significativement l'usage d'opiacés, les pratiques d'injection et le partage du matériel d'injection. Les traitements de substitution aux opiacés sont également associés à une réduction des pratiques sexuelles à risque (Gowing et coll., 2008).

Il existe peu d'études ayant systématiquement exploré l'efficacité des TSO sur les pratiques à risque vis-à-vis du VIH ou des hépatites en prison. Larney (2010) a recensé seulement 5 études dans une revue systématique des études contrôlées portant sur l'efficacité des TSO sur la réduction des comportements à risques vis-à-vis du VIH en milieu pénitentiaire. La synthèse des données de ces études permet de conclure que, comparativement aux groupes « contrôle » de détenus, ceux bénéficiant d'un traitement de substitution avaient un risque réduit de 55 à 75 % d'injecter des drogues et de 47 à 73 % de partager leur matériel d'injection. En revanche, aucune des études n'était en mesure de mettre en évidence une action sur l'incidence du VIH. Les posologies de TSO prescrites doivent cependant être suffisantes (> 60 mg/j de méthadone), s'accompagner d'une prise en charge globale et le maintien en traitement doit être suffisamment prolongé (> 6 mois) pour que le bénéfice soit significatif (Jurgens et coll., 2009). Lors d'un essai contrôlé portant sur l'évaluation à 4 ans des bénéfices de la prescription de méthadone *versus* liste d'attente en prison, Dolan et coll. (2005) ont pu mettre en évidence un effet significatif sur l'infection par le VHC. La rétention en traitement par méthadone était associée à une réduction de l'infection par le VHC alors que la brièveté des séquences de traitement méthadone (< 5 mois) était au contraire associée à un risque accru de séroconversion. La prescription de TSO en prison a par ailleurs été associée à une baisse de la mortalité, à une moindre récurrence et à moins de réincarcérations. La méthadone faciliterait également le maintien dans un circuit de soin après l'incarcération et réduirait les

troubles du comportement en détention (Jurgens et coll., 2009). L'OMS recommande donc que dans l'ensemble des États bénéficiant de traitements de substitution en milieu libre, ceux-ci soient également introduits en prison et rapidement diffusés à des posologies suffisantes et pour des périodes de temps suffisamment longues, notamment afin de permettre un maintien dans une filière de soins après l'incarcération (WHO, 2007c).

Programmes d'échange de seringues

Le premier dispositif d'échange de seringues en prison a été mis en place en Suisse en 1992 (tableau 18.IV). Depuis, l'extension progressive de leur implantation concerne une cinquantaine de prisons dans 12 pays d'Europe de l'Est ou de l'Ouest. Dans certains pays, seuls quelques établissements à forte concentration d'usagers de drogues sont concernés, dans d'autres, la diffusion est nationale (Espagne, Kirghizistan). Les dispositifs sont très variables d'un établissement à l'autre, concernant soit des distributeurs automatiques permettant une distribution anonymisée de seringues, soit une remise en main propre de seringues par des personnels soignants ou des intervenants extérieurs. En Allemagne, 6 sur 7 des programmes ouverts ont été fermés, malgré une évaluation positive, pour des raisons « politiques ». Il est à noter que les personnels pénitentiaires se sont élevés contre cette décision, défendant l'implantation de ces programmes. Des programmes pilotes sont en cours de mise en place, avec une initiation retardée, au Portugal et en Écosse. Un historique plus détaillé est présenté dans le document de synthèse de l'OMS (WHO, 2007e).

Tableau 18.IV : Pays bénéficiant de programmes d'échange de seringues en prison (d'après WHO, 2007e)

Pays	Début du programme	Nombre de prisons avec des programmes d'échange de seringues (PES) (depuis 2006)
Suisse	1992	7
Allemagne	1996	1 (6 PES ont été fermés suite à des décisions politiques)
Espagne	1997	38
République de Moldavie	1999	7
République du Kirghizistan	2002	11
Biélorussie	2003	1 (depuis 2004)
Arménie	2004	3
Luxembourg	2005	1
République islamique d'Iran	2005	1 à 6 (5 PES devant ouvrir en 2006)
Ukraine	2007	2 projets pilote devant débiter en 2007
Écosse	2007	Étude pilote menée sur 2 ans approuvée pour un démarrage début 2007
Portugal	2007-2008	Mise en place de PES en 2008

L'évaluation de ces programmes (tableau 18.V), mais aussi globalement de l'ensemble des interventions en prison, se heurte à des limites méthodologiques liées au contexte même de la prison. Il est extrêmement difficile de réaliser un essai contrôlé pour des raisons évidentes et il en existe très peu portant sur l'efficacité des mesures de réduction des risques. Dolan et coll. ont publié en 2003 une revue des données disponibles (publications, communications, rapports d'experts, données non publiées, interviews d'experts...) sur les programmes d'échange de seringues existant en prison. Sur les 19 programmes recensés en décembre 2000 (Suisse, Espagne, Allemagne), seuls 6 avaient fait l'objet d'évaluations qui démontraient la faisabilité et l'efficacité de tels programmes en prison. Aucune nouvelle contamination pour le VIH, le VHB et le VHC n'était notée dans les établissements concernés. Le partage de matériel d'injection était réduit, l'usage de drogues le plus souvent diminué ou inchangé, le recours aux soins augmenté et les overdoses réduites. Les auteurs soulignaient l'intérêt de ces programmes dans des établissements à forte proportion d'injecteurs de drogues, l'importance de les intégrer dans un ensemble de mesures visant la réduction des risques et de les expérimenter dans des établissements de plus grande taille (les programmes existant l'étant surtout dans de petits établissements, la plupart comportant moins de 300 détenus). Plusieurs revues rejoignent ces conclusions (Lines et coll., 2006 ; Wodak et Cooney, 2006 ; Betteridge, 2007 ; Jurgens et coll., 2009) ainsi que le Conseil National du Sida (CNS, 2009). Dans une revue portant sur l'efficacité des programmes d'échange de seringues, Jones et coll. (2008) concluaient que seulement deux études (Nelles et coll., 1997 ; Stark et coll., 2006), non contrôlées, étaient exploitables en milieu pénitentiaire et que celles-ci mettaient en évidence une bonne faisabilité, l'absence d'effet secondaire, une réduction de l'échange de seringues et d'autres comportements à risque vis-à-vis du VIH. Dans une revue portant sur l'évaluation de l'efficacité des mesures de réduction des risques vis-à-vis du VHC, Wright et Tomkins (2006) soulignaient l'absence d'essais d'interventions en prison sur ce thème et donc la difficulté à conclure. Par ailleurs, dans une « revue des revues » sur l'évidence scientifique concernant l'efficacité des mesures de réduction des risques dans la prévention de la transmission du VHC chez les usagers de drogues, les auteurs (*Prevention Working Groups of the Advisory Council on the Misuse of Drugs and the Hepatitis C Action Plan for Scotland*) estimaient que les études recensées en prison, exclusivement observationnelles, ne permettaient pas de conclure (Palmateer et coll., 2008).

Tableau 18.V : Évaluation des programmes d'échanges d'aiguilles et de seringues dans les prisons (d'après WHO, 2007e)

Prison, Pays Référence	Incidence VIH/VHC	Partage de matériel d'injection	Usage de drogue	Injection
Am Hasenberge, Allemagne Stöver et Nelles, 2003	Pas de données	Fortement réduit	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation
Basauri, Espagne Menoyo et coll., 2000	Pas de séroconver- sion	Fortement réduit	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation
Hannöversand, Allemagne Stöver et Nelles, 2003	Pas de données	Fortement réduit	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation
Hindelbank, Suisse Nelles et coll., 1997	Pas de séroconver- sion	Fortement réduit	Diminution	Pas d'augmentation
Berlin (Lehrter Strasse et Lichtenberg) Stark et coll., 2006	4 séroconversions (1 infection certaine- ment acquise en prison)	Fortement réduit	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation ^a
Lingen 1, Allemagne Stöver, 2000 ; Jacob et Stöver, 2000	Pas de séroconver- sion	Fortement réduit	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation
Realta, Suisse Nelles et coll., 1999	Pas de séroconver- sion	Études de cas	Diminution	Pas d'augmentation
Vechta, Allemagne Stöver, 2000 ; Jacob et Stöver, 2000	Pas de séroconver- sion	Fortement réduit	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation
Vierlande, Allemagne Heinemann et Gross, 2001	Pas de séroconver- sion	Peu de changement ou réduction	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation

^a Deux personnes qui avaient précédemment seulement inhalé de l'héroïne ont rapporté une injection de drogue à une seule occasion.

Il existe donc beaucoup de revues de la littérature pour peu d'études originales et encore moins d'études contrôlées, ceci d'autant que le champ d'évaluation se restreint à la transmission du VHC. Les revues incluant les études observationnelles portant sur l'efficacité des programmes d'échange de seringues sont nettement en faveur de la mise en place de ces programmes en prison alors que celles ne considérant comme seul standard acceptable que les essais contrôlés ne permettent pas de trancher en l'absence d'évidence scientifique suffisante. L'OMS, considérant que « la difficulté à réaliser de telles études (contrôlées) pour évaluer les programmes de santé publique ne devrait pas être sous-estimée » (WHO, 2007e), s'est référée à d'autres critères pour évaluer si les interventions vis-à-vis du VIH et/ou VHC en prison peuvent être considérées comme scientifiquement efficaces sur la diffusion virale parmi les

détenus ou en mesure d'apporter d'autres bénéfices positifs sur le plan sanitaire. L'OMS a ajouté des arguments supplémentaires aux critères de Bradford Hill (Bradford Hill, 1965), qui permettent d'inférer un lien de causalité à des associations observées :

- absence de conséquences négatives des interventions ;
- faisabilité de la mise en place et du développement de ces programmes (dans différents environnements pénitentiaires et dans diverses conditions de sécurité) ;
- acceptabilité pour les populations cibles (détenus, soignants) ;
- constat de bénéfices supplémentaires inattendus.

Les rapports d'évaluation des programmes d'échange de seringues recensés par l'OMS (WHO, 2007e) permettent de conclure que :

- dans la grande majorité des établissements pénitentiaires, le partage de matériel a cessé ou a été largement réduit ;
- aucun nouveau cas de VIH n'a été recensé ;
- aucune séroconversion n'a été enregistrée pour le VIH et le VHB et 4 ont été enregistrées pour le VHC dont une contractée avec certitude en détention ;
- d'autres bénéfices ont été recensés : une réduction des overdoses et de la mortalité ; un accroissement du recours au dispositif de soins ; une réduction des abcès ; une amélioration des échanges entre détenus et personnels ainsi qu'une meilleure connaissance de la transmission infectieuse et des comportements à risque ; une plus grande sécurité pour les personnels avec moins d'incidents lors des fouilles impliquant des seringues dissimulées.

Par ailleurs, dans aucun de ces établissements n'a été observé un incident au cours duquel une seringue aurait été utilisée comme arme. La mise à disposition de seringues n'a pas entraîné un accroissement du nombre de détenus pratiquant l'injection, un accroissement de l'usage de drogues ou de sa disponibilité en prison. Une fois installés, ces dispositifs étaient parfaitement acceptés par les détenus et les personnels.

L'OMS a en conclusion formulé un certain nombre de recommandations (WHO, 2007e) :

- les autorités pénitentiaires des États expérimentant ou menacés par une diffusion épidémique du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse tels que ceux de l'Europe de l'Est devraient introduire et étendre au plus vite des programmes d'échange de seringues en prison, et ce, d'autant plus que la proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse incarcérés est élevée ;
- les détenus devraient bénéficier d'un accès facilité et confidentiel aux seringues et être associés à la mise en place des programmes d'échange de seringues ;
- la mise en place de programmes pilotes évalués avec attention peut faciliter la mise en place de programmes d'échange de seringues mais ne doit pas bloquer leur diffusion ;

- de nouvelles recherches concernant les programmes d'échange de seringues en prison devraient être initiées, mais ne se contentant pas de répliquer des expérimentations déjà effectuées.

En France, les programmes d'échange de seringues ne sont pas disponibles en milieu pénitentiaire, situant le pays en deçà des recommandations de l'OMS qui préconise une équivalence en prison du dispositif de prévention.

Eau de Javel

L'introduction de l'eau de Javel comme outil de décontamination dans la lutte contre le VIH chez les usagers de drogues remonte à 1986 aux États-Unis. Elle a été particulièrement développée dans des contextes où la mise en place de programmes d'échange de seringues faisait l'objet d'une forte opposition. En 1997 en Europe, l'eau de Javel était dispensée dans 50 % des systèmes pénitentiaires. Depuis, la diffusion de l'eau de Javel ou d'autres désinfectants s'est étendue aux systèmes pénitentiaires de nombreux pays (WHO, 2007a).

Si l'efficacité de l'eau de Javel pour décontaminer le matériel d'injection vis-à-vis du VIH a été expérimentalement démontrée (pour revue, WHO, 2005), des doutes ont été émis sur cette efficacité en situation réelle (durée de contact avec l'eau de Javel, présence de résidus organiques ou obstruction de la seringue...) (Gleghorn et coll., 1994 ; Titus et coll., 1994), conduisant l'OMS à conclure en 2005 que « l'évidence concernant l'efficacité de l'eau de Javel pour la décontamination du matériel d'injection est faible » (WHO, 2005).

Pour le VHC, l'eau de Javel apparaît encore moins efficace. Plusieurs études ont montré une absence d'effet significatif sur la séroconversion pour ce virus chez des usagers de drogues (Hagan et coll., 2001 ; Kapadia et coll., 2002 ; Hagan et Thiede, 2003), ou tout au plus une légère réduction du VHC liée aux conditions dans lesquelles la décontamination est effectuée (moindre efficacité quand les sujets ont des pratiques d'injection dans un environnement public) (Kapadia et coll., 2002).

Les évaluations portant sur la mise à disposition d'eau de Javel en prison montrent que lorsqu'elle est suffisamment accessible, celle-ci est utilisée par les détenus pour décontaminer le matériel d'injection. Cependant, le bénéfice attendu en termes de réduction des risques infectieux est compromis par les conditions de furtivité et de clandestinité dans lesquelles s'effectue son usage (WHO, 2005).

En France, l'eau de Javel est délivrée tous les 15 jours gratuitement à chaque détenu par l'Administration pénitentiaire et devrait être « cantinable »⁶⁴ dans tous les établissements à un prix accessible. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, édité par le

64. C'est-à-dire achetée sur un catalogue de fournitures de base en détention accessible à tout détenu.

ministère de la Santé et celui de la Justice (septembre 2004) prévoit que sa « distribution doit être accompagnée d'une information plus complète, de la part de l'équipe sanitaire, notamment sur le mode d'emploi permettant de réduire les risques de transmission d'infections virales par voie sanguine ». Différents rapports du Plan général d'inspection des établissements pénitentiaires ainsi que les données préliminaires de l'inventaire des mesures de réduction des risques en prison du programme Pri² de signalent une absence de distribution de l'eau de Javel par l'Administration pénitentiaire dans 8,5 % des établissements et un non respect de la distribution tous les 15 jours dans au moins 25 % des établissements. Par ailleurs, dans l'enquête Pri², les personnels sanitaires apparaissent peu impliqués dans l'aide à l'utilisation de l'eau de Javel en détention comme outil de réduction des risques malgré les recommandations du guide méthodologique, et dans 61 % des cas, l'information transmise dans cet objectif est absente ou considérée comme inintelligible pour les détenus. Dans l'enquête effectuée par l'Observatoire régional de la santé Paca en 1997, 59 % des détenus déclarant une pratique d'injection en prison l'utilisaient pour stériliser leur matériel d'injection (Rotily, 1998). Enfin, les conditions de surpopulation carcérale rendent difficile une stérilisation du matériel d'injection dans de bonnes conditions. Par ailleurs, il n'existe pas d'étude d'impact en France.

Dans leur rapport conjoint portant sur les programmes d'échange de seringues et les stratégies de décontamination en prison (WHO, 2007a), l'OMS/UNAIDS/UNODC font les recommandations suivantes :

- l'efficacité des procédés de désinfection et décontamination par l'eau de Javel hors de la prison n'est pas démontrée scientifiquement. En prison, cette efficacité a de fortes chances d'être encore réduite (type de seringue, accès à l'eau de Javel, conditions de désinfection...);
- la distribution d'eau de Javel ou autres désinfectants est réalisable en prison sans compromettre la sécurité;
- en raison de son efficacité limitée, l'eau de Javel ne peut être considérée que comme une mesure de seconde ligne, après les programmes d'échange de seringues. Elle ne peut pas les remplacer. Dans les prisons où elle est accessible, l'accès doit être facile et discret, réparti en différents points de l'établissement. Une information portant sur la manière de désinfecter les seringues et sur les limites de l'efficacité de l'eau de Javel vis-à-vis du VIH et surtout du VHC, doit être dispensée. Dans les établissements dans lesquels l'eau de Javel est disponible mais pas les programmes d'échange de seringues, les praticiens de santé publique doivent continuer à plaider en faveur de leur introduction.

Autres dispositifs de réduction des risques

Concernant la vaccination contre l'hépatite B, différentes études internationales ont déjà souligné l'importance de saisir l'opportunité de l'incarcération pour proposer systématiquement de vacciner une population qui est à haut risque infectieux, au dehors aussi bien qu'en détention (Hope et coll., 2007 ; Sutton et coll., 2008 ; Farrell et coll., 2010).

Le coût d'une telle politique, la brièveté des incarcérations mais aussi les hésitations dans les politiques vaccinales peuvent encore constituer un obstacle (Carrieri et coll., 2010 ; Farrell et coll., 2010). Un calendrier vaccinal accéléré (injections à J0, J7-10 et J21), apportant une couverture comparable, a été proposé dans ce contexte (Marchou et coll., 1995 ; Gilbert et coll., 2004) et son efficacité a été démontrée. En France, conformément au guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus, les Ucsa ont obligation de proposer et d'organiser la vaccination antivirale des personnes détenues.

En France, il n'existe pas de données sur les stratégies vaccinales pour le VHB. La seule donnée disponible est l'augmentation de la couverture vaccinale chez les détenus entrants qui passe de 14 % en 1997 à 31 % en 2003 (Mouquet, 2005). Les données préliminaires du programme Pri² de montrent cependant que 80 % des établissements déclarent proposer une vaccination aux détenus lorsque la sérologie est négative.

L'accès aux antirétroviraux dans les prisons françaises est décrit comme satisfaisant par le rapport conjoint d'évaluation de l'organisation des soins aux détenus des ministères de la Santé et de la Justice (2001) de même que les traitements post-exposition bien que peu de données existent sur le recours effectif à ces derniers. Divers témoignages font état de délivrance de pailles pour le sniff ou ponctuellement de remise par des soignants de matériel d'injection mais aucune donnée précise n'existe.

L'activité sexuelle en prison, qu'elle soit homo- ou hétérosexuelle (de parloirs, permissions), délibérée ou subie (viols, prostitution) est une réalité. L'existence de contaminations par le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles a déjà été étayée dans différentes études en prison (WHO, 2007b). La mise à disposition de préservatifs pour les détenus est considérée comme bien acceptée, sans conséquence négative et permettant la réduction des comportements à risques (WHO, 2007b).

En France, l'accès aux préservatifs est à peu près généralisé à toutes les prisons mais les conditions d'accès restent incertaines. Dans l'enquête de l'ORS Paca (Rotily, 1998) réalisée dans 25 établissements pénitentiaires, 23 déclaraient en délivrer. Un tiers des détenus déclarait ne pas être informé d'un accès possible aux préservatifs et 29 % déclaraient que cet accès ne pouvait se faire que par formulation de la demande auprès d'un soignant. Les données récentes du programme Pri² de montrent qu'en 2010, quasiment tous les établissements mettent à disposition des détenus des préservatifs, localisés essentiellement à l'Ucsa, mais que dans seulement un établissement sur deux le lubrifiant est associé. En revanche, la mise à disposition de préservatifs féminins n'est retrouvée que dans 20 % des établissements accueillant des femmes. Il n'existe à notre connaissance pas de donnée plus détaillée et récente et aucune étude d'impact. Ceci est à mettre en écho avec la difficulté à évoquer la question de la sexualité en prison, aussi bien de la part des détenus que des soignants et des personnels pénitentiaires.

L'OMS (WHO, 2007b) recommande que :

- dans les prisons ne le proposant pas, la mise à disposition de préservatifs soit rapidement mise en place et rapidement étendue ;
- les préservatifs soient facilement et discrètement accessibles dans différents endroits de la prison, sans qu'il soit nécessaire de les demander ou de les prendre sous le regard d'autrui ;
- des lubrifiants soient également mis à la disposition des détenus ;
- les femmes détenues doivent avoir accès aux préservatifs et carrés de latex.

Qu'il s'agisse de matériel de tatouage, de petit matériel d'injection (filtres, tampons...) ou de matériel pour le sniff ou l'inhalation, des expériences sporadiques sont rapportées mais aucune évaluation n'est disponible. Une distribution de matériel de tatouage stérile existe dans plusieurs pays européens mais a priori sans dispositif d'accompagnement ou d'évaluation (Stöver et coll., 2008). En France, pour le matériel de coiffure et, conformément au guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, les Ucsa doivent valider une procédure spécifique de décontamination des instruments utilisés.

Développement des outils, dispositifs et programmes dans le milieu carcéral, et obstacles à la mise en place des programmes

La question de l'usage de drogues durant l'incarcération est un sujet politiquement sensible puisque touchant aux fondements même de la Loi de 1970 pénalisant l'usage. Tout aménagement des stratégies de réduction des risques mobilise donc des enjeux dépassant largement le seul plan sanitaire ou organisationnel alors que comme nous l'avons vu, les enjeux de santé publique sont importants. L'OMS, dans sa « Déclaration sur la santé en prison et la santé publique » de Moscou du 24 octobre 2003, stipule que : « ... il est recommandé aux responsables des systèmes de santé publique et pénitentiaire de collaborer afin que la réduction des dommages devienne le principe qui préside à la politique de prévention de l'infection à VIH et du sida et de la transmission de l'hépatite en prison. ».

Bien que différents outils de réduction des risques existent, encadrés par la circulaire DGS/DH/DP du 5 décembre 1996, les données actuellement disponibles permettent de conclure qu'il n'y a pas aujourd'hui de politique réelle de réduction des risques en prison en France (Michel et coll., 2008). Cette question a déjà largement été abordée dans le rapport très détaillé de décembre 2000 de la mission santé-justice sur « la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral » (Stankoff et Dhérot, 2000). Dans sa conclusion générale, ce rapport indique (p. 69) : « 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 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. ».

Il apparaît que le défaut d'adhésion en prison à la politique de réduction des risques n'est pas le seul fait des différentes catégories d'acteurs. Il manque une volonté « politique » permettant la mise en place des mesures que l'« *Evidence Based Science* » analyse comme nécessaires.

Les expériences internationales insistent sur la nécessité de développer en prison une politique globale, associant simultanément l'ensemble des mesures de réduction des risques et de soins déjà évaluées et considérées comme efficaces dans le contexte pénitentiaire : information et éducation en particulier par les pairs, mise à disposition de préservatifs, traitement de la dépendance aux drogues en particulier par TSO pour les dépendances aux opiacés, dépistage et information sur le VIH, soins et soutien pour les sujets séropositifs pour le VIH, mise en place de programmes d'échange de seringues (Stankoff et Dhérot, 2000 ; WHO, 2007a et e).

Les carences constatées découlent des problèmes suivants : distribution d'eau de Javel malgré son inefficacité relative et le plus souvent sans guide d'utilisation ni condition de détention permettant une utilisation optimale, insuffisance d'accès aux préservatifs, non prise en compte des autres risques infectieux (sniff, tatouage...), politique vaccinale pour l'hépatite B non affirmée, hétérogénéité dans l'accès aux TSO malgré un développement progressif ces dernières années et absence de certains dispositifs existant pourtant au dehors (programmes d'échange de seringues, kits d'inhalation ou de sniff...). L'OMS soulignait dès 1993 l'importance de garantir pour chaque détenu le droit à un accès aux soins, mesures de prévention comprises, identique à celui en milieu libre. Sur le plan des mesures de réduction des risques infectieux, la France est nettement en deçà de ces recommandations.

Par ailleurs, les besoins sanitaires en consultations spécialisées (infectiologie, hépatologie, psychiatrie, addictologie...) sont importants et non satisfaits. Les équipes sont souvent en effectifs insuffisants avec des disparités importantes d'un établissement à l'autre. Des moyens supplémentaires dédiés sont nécessaires pour pouvoir avancer.

La circulaire DGS/DH/DP du 5 décembre 1996, si elle a permis de poser les bases efficaces d'un dispositif nécessaire avec l'avènement des TSO et les

progrès de la lutte contre le sida, constitue sans doute actuellement un facteur limitant. Elle ne prévoit pas une équivalence d'accès aux outils de réduction des risques avec le milieu libre (contrairement aux recommandations de l'OMS) et préconise entre autre une délivrance supervisée quotidienne de buprénorphine haut dosage au détriment d'une individualisation des soins pour les usagers de drogues (entre 8 et 10 % des détenus sont sous traitement de substitution dans de nombreuses maisons d'arrêt de grande taille). Sa révision permettrait certainement d'ouvrir un nouveau débat sur la réduction des risques en prison.

Dans de nombreux pays, l'expérience en matière de réduction des risques infectieux en prison est plus ancienne et/ou plus avancée que celle de la France, et une littérature abondante démontre l'intérêt de certaines mesures. L'OMS a par ailleurs publié de nombreuses recommandations sur cette thématique depuis 2007. Il paraît donc pertinent de mettre en place actuellement, soit directement de nouvelles mesures, soit des dispositifs de type essai d'intervention ou projet pilote reposant sur l'expérience internationale et pouvant aboutir dans la continuité à l'adoption de nouvelles mesures. Les établissements à cibler sont ceux présentant la plus forte proportion d'usagers de drogues, notamment si une dynamique préexiste. Un état des lieux préalable identifiant et explorant la réalité des comportements à risque en détention dans le contexte actuel de l'usage de drogue (réduction des pratiques d'injection, importance de la consommation de stimulant, mésusage des TSO) afin de préciser les mesures de réduction des risques adaptées, paraît nécessaire.

L'étude Prevacar qui doit démarrer en 2010 (DGS/InVS), la réédition de l'enquête Coquelicot comprenant un volet pénitentiaire qui doit également démarrer fin 2010, le programme de recherche Pri² de l'ANRS, soutenu par Sidaction et débuté en 2009 (dont les résultats préliminaires sont présentés ici), devraient permettre d'actualiser, dans des conditions méthodologiques satisfaisantes, les données portant sur les prévalences des affections virales, de l'usage de drogue et des pratiques à risque ainsi que l'état du dispositif de prévention et de soins dans les prisons françaises.

En conclusion, malgré les données internationales et des données françaises partielles en faisant état, les pratiques d'injection en milieu carcéral continuent à faire l'objet d'une minimisation reflétant une réalité : ce sont des pratiques dissimulées, non tolérées, moins fréquentes qu'au dehors mais effectuées avec des prises de risque considérables, et surtout confrontant le système répressif de l'usage de drogues à ses limites. Si la proportion d'usagers déclarant une dépendance à l'héroïne ou des pratiques d'injection à l'entrée en détention s'est réduite entre 1997 et 2003, aucune donnée actualisée n'existe et les proportions de détenus substitués par méthadone ou buprénorphine s'accroissent, atteignant le seuil des 10 %. Une partie des sujets substitués maintient des pratiques d'injection qu'il leur est difficile de déclarer simultanément à l'entrée en prison, une autre partie prend des risques vis-à-vis du

VHC via les pratiques de sniffing notamment de buprénorphine haut dosage, et enfin, la consommation de stimulants par voie injectable est en plein développement en France avec une ré-ascension actuelle de l'héroïne (OFDT, 2010). Le dispositif actuel de réduction des risques en prison en France apparaît comme insuffisant et en deçà des standards recommandés sur le plan international notamment par l'OMS. Un ajustement est nécessaire.

La méconnaissance habituelle par les personnels intervenant en prison et les détenus dans leur globalité des enjeux sanitaires associés à l'usage de drogues conduisent à suggérer que toute action nouvelle à destination des usagers, constamment « sensibles », doit être précédée d'un travail de préparation et d'explication destiné à repérer les représentations et les modifier, et permettre l'adhésion des différentes catégories d'intervenants. Enfin, en raison de l'importance pour la communauté de la question de la santé des détenus et de la fréquence des comorbidités dans ce milieu (troubles psychiatriques, précarité sociale, conduites addictives, morbidités infectieuses...), une vaste réflexion sur la « santé en prison », le statut du détenu face au système de soin et les évolutions sociologiques conduisant à une telle concentration morbide au sein de la prison mérite d'être ouverte.

BIBLIOGRAPHIE

ALLWRIGHT S, BRADLEY F, LONG J, BARRY J, THORNTON L, PARRY JV. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *British Medical Journal* 2000, **321** : 78-82

APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th edition. Washington DC, 1994

BETTERIDGE G. Public health agency says prison needle exchanges reduce risk, do not threaten safety or security. *Hiv Aids Policy Law Rev* 2007, **12** : 20-22

BOUHNIC AD, JACOB E, MAILLARD I, TOUZE S. L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison-polyconsommations-substitution : les « années cachets ». Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral-Annexes. Paris, 1999, 53-64

BRADFORD HILL A. The environment and disease: association or causation. *Procedures of the Royal Society of Medicine* 1965, **58** : 295-300

CALZAVARA LM, BURCHELL AN, SCHLOSSBERG J, MYERS T, ESCOBAR M, et coll. Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction* 2003, **98** : 1257-1265

CORRECTIONAL SERVICE CANADA. 1995 National Inmate Survey: Final Report. Ottawa: CSC (Correctional Research and Development), 1996, No SR-02

CANARELLI T, OBRADOVIC I. Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. Analyse des pratiques médicales depuis la mise

en place de la circulaire du 30 janvier 2002 relative à la primoprescription de méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé. OFDT, Paris, 2008

CARRIERI MP, REY D, MICHEL L. Universal HBV vaccination in French prisons: breaking down the last barriers. *Addiction* 2010, **105** : 1311-1312

CLARKE JG, STEIN MD, HANNA L, SOBOTA M, RICH JD. Active and former injection drug users report of HIV risk behaviors during periods of incarceration. *Subst Abuse* 2001, **22** : 209-216

CNS (CONSEIL NATIONAL DU SIDA). Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires. Note Valant Avis. Paris. Conseil National du SIDA, 2009

DICENSO A, DIAS G, GAHAGAN J. Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisons, HIV, and Hepatitis C, Toronto: Papanicolaou, 2003

DOLAN K, RUTTER S, AD WODAK. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003, **98** : 153-158

DOLAN K, KITE B, BLACK E, LOWE J, AGALLOTIS M, et coll. Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries. UN Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDUs in Developing and Transitional Countries, 2004

DOLAN KA, SHEARER J, WHITE B, ZHOU J, KALDOR J, WODAK AD. Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction* 2005, **100** : 820-828

DUFOUR A, ALARY M, POULIN C, ALLARD F, NOËL L, et coll. Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City. *AIDS* 1996, **10** : 1009-1015

EDWARDS A, CURTIS S, SHERRARD J. Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison. *Int J STD AIDS* 1999, **10** : 464-466

EMCDDA (EUROPEAN MONITORING CENTRE ON DRUGS AND DRUG ADDICTION). Annual Report on the State of the Drugs Problems in the European Union and Norway. Office for official Publications of the European Community, Luxembourg, 2002

EMCDDA (EUROPEAN MONITORING CENTRE ON DRUGS AND DRUG ADDICTION). The State of the Drugs Problem in Europe. Annual Report 2005. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Community, 2005

FALISSARD B, LOZE JY, GASQUET I, DUBURC A, DE BEAUREPAIRE C, et coll. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006, **6** : 33

FARRELL M, STRANG J, STÖVER H. Hepatitis B vaccination in prisons: a much-needed targeted universal intervention. *Addiction* 2010, **105** : 189-190

FAZEL S, BAINS P, DOLL H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 2006, **101** : 181-191

FORD PM, PEARSON M, SANKAR-MISTRY P, STEVENSON T, BELL D, AUSTIN J. HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. *Quarterly Journal of Medicine* 2000, **93** : 113-119

FROST L, TCHERTKOV V. Prisoner risk taking in the Russian Federation. *AIDS Education and Prevention* 2002, **14** (Suppl B) : 7-23

GAUGHWIN MD, DOUGLAS RM, WODAK AD. Behind bars – risk behaviours for HIV transmission in prisons, a review. In : HIV/AIDS and Prisons (conference proceedings). NORBERRY J, GERULL SA, GAUGHWIN MD (eds). Australian Institute of Criminology, Canberra, 1991

GILBERT RL, COSTELLA A, PIPER M, GILL ON. Increasing hepatitis B vaccine coverage in prisons in England and Wales. *Commun Dis Public Health* 2004, **7** : 306-311

GLEGHORN AA, DOHERTY MC, VLAHOV D, CELENTANO DD, JONES TS. Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994, **7** : 767-772

GORE SM, BIRD AG, BURNS SM, GOLDBERG DJ, ROSS AJ, MACGREGOR J. Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil Prison. *British Medical Journal* 1995, **310** : 293-296

GOWING L, FARRELL M, BORNEMANN R, SULLIVAN LE, ALI R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, **3** : 85p

HAGAN H, THIEDE H, WEISS NS, HOPKINS SG, DUCHIN JS, ALEXANDER ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health* 2001, **91** : 42-46

HAGAN H, THIEDE H. Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission? *Epidemiology* 2003, **14** : 628-629, author reply 629

HEINEMANN A, GROSS U. Prevention of blood-borne virus infections among drug users in an open prison by vending machines. *Sucht* 2001, **47** : 57-65

HELLARD ME, HOCKING JS, CROFTS N. The prevalence and the risk behaviours associated with the transmission of hepatitis C virus in Australian correctional facilities. *Epidemiol Infect* 2004, **132** : 409-415

HOPE VD, NCUBE F, HICKMAN M, JUDD A, PARRY JV. Hepatitis B vaccine uptake among injecting drug users in England 1998 to 2004: is the prison vaccination programme driving recent improvements? *J Viral Hepat* 2007, **14** : 653-660

IGSJ, IGAS. L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation. Rapport conjoint de l'Inspection Générale des Services Judiciaires et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Ministère de la Justice, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001

INVS, CPAM, CETAF. Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004. InVs, 2005 (http://www.invs.sante.fr/publications/2005/analyse_descriptive_140205/rapport_analyse_descriptive.pdf)

JACOB J, STÖVER H. The transfer of harm-reduction strategies into prisons: needle exchange programmes in two German prisons. *International Journal of Drug Policy* 2000, **11** : 325-335

JAUFFRET-ROUSTIDE M, COUTURIER E, BARIN F, EMMANUELLI J, SEMAILLE C, et coll. 336 Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues

en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2006, **33** : 244-247

JONES L, PICKERING L, SUMNALL H, MCVEIGH J, BELLIS MA. A review of the effectiveness and cost-effectiveness of needle and syringe programmes for injecting drug users. LJMUCentre for Public Health, UK, 2008, 1-203

JURGENS R, BALL A, VERSTER A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis* 2009, **9** : 57-66

KAPADIA F, VLAHOV D, DES JARLAIS DC, STRATHDEE SA, OUELLET L, et coll. Does bleach disinfection of syringes protect against hepatitis C infection among young adult injection drug users? *Epidemiology* 2002, **13** : 738-741

KOULIERAKIS G, GNARDELLIS C, AGRAFIOTIS D, POWER KG. HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons. *Addiction* 2000, **95** : 1207-1216

LARNEY S. Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review. *Addiction* 2010, **105** : 216-223

LAVAL F. Traitements de substitution en détention. Mémoire de DU de Santé Publique Pénitentiaire, 2008

LINES R, JURGENS R, BETTERIDGE G, STÖVER H, LATICEVSCHI D, NELLES J. L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales. Canada, Réseau juridique canadien VIH/Sida, 2006

MACALINO GE, DHAWAN D, RICH JD. A missed opportunity: hepatitis C screening prisoners. *Am J Public Health* 2005, **95** : 1739-1740

MALLIORI M, SYPSA V, PSICHOGIOU M, TOULOUMI G, SKOUTELIS A. A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction* 1998, **93** : 243-251

MARCHOU B, EXCLER JL, BOURDERIOU C, SALAUN J, PICOT N, et coll. A 3-week hepatitis B vaccination schedule provides rapid and persistent protective immunity: a multicenter, randomized trial comparing accelerated and classic vaccination schedules. *J Infect Dis* 1995, **172** : 258-260

MARTIN RE, GOLD F, MURPHY W, REMPLE V, BERKOWITZ J, MONEY D. Drug use and risk of bloodborne infections: A survey of female prisoners in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health* 2005, **96** : 97-101

MENOYO C, ZULAICA D, PARRAS F. Needle exchange in prisons in Spain. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review* 2000, **5** : 20-21

MICHEL L, MAGUET O. L'organisation des soins en matière de traitements de substitutions en milieu carcéral. Rapport pour la Commission Nationale Consultative des Traitements de Substitution, 2003

MICHEL L, MAGUET O. Guidelines for substitution treatments in prison populations. *Encephale* 2005, **31** : 92-97

MICHEL L, CARRIERI MP, WODAK A. Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review. *Harm Reduct* 2008, **5** : 17

MOUQUET MC. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. *Etudes et Résultats* 1999, Drees, 4

MOUQUET MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Etudes et Résultats* 2005, Drees, 386

NELLES J, BERNASCONI S, DOBLER A. Provision of syringes and prescription of heroin in prison: the Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschongrun. *International Journal of Drug Policy* 1997, 8 : 40-52

NELLES J, FUHRER A, VINCENZ I. Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta. Schlussbericht. Berne. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, 1999

OEDT (OBSERVATOIRE EUROPEEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES). Rapport annuel 2005. OFDT, Bruxelles, 2006

OFDT (OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES). Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND, OFDT, 2010

PALMATEER N, KIMBER J, HICKMAN M, HUTCHINSON S, RHODES T, GOLDBERG D. Evidence for the effectiveness of harm reduction interventions in preventing hepatitis C transmission among injecting drug users: a review of reviews. Report for the Prevention Working Groups of the Advisory Council on the Misuse of Drugs and the Hepatitis C Action Plan for Scotland. Executive summary, 2008

PRUDHOMME J, VERGER P, ROTILY M. Étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes, second volet de l'évaluation des unités pour sortants. OFDT, Paris, 2003, 58p

RAPID SITUATION ASSESSMENT MAURITIUS. Unpublished paper on file with author, 2005

REMY AJ. Prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral : les pratiques évoluent-elles ? *Le Courrier des Addictions* 2003, 5 : 10-11

REMY AJ. Point de vue : être un hépatologue de bas seuil ou le bilan de 5 années d'activité d'une consultation d'hépatologie à la prison de Perpignan. *THS La Revue des Addictions* 2004, VI : 1153-1155

REMY AJ. Pourquoi soigner l'hépatite C en prison ? *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 2007, 31 : 566-568

REMY AJ, BENHAIM S, KHEMISSA F. Prise en charge de l'hépatite C en prison. *Revue du Praticien* 2003, 17 : 1325-1327

REMY AJ, INVESTIGATORS. Treatment for hepatitis C in jailhouses is doable and successful: definitive data of first national french study. *Hepatology* 2004, 40 : 346A

REMY AJ, UCSA DE FRANCE. Enquête nationale de pratiques sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hépatite chronique virale B en milieu carcéral en France. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 2005, 29 : 911

REMY AJ, ALLEMAND JP, MICHEL L, VASQUEZ JL. Prise en charge et accompagnement du patient atteint d'hépatite C en prison et à la sortie. *THS La revue* 2006a, VIII : 1399-1404

REMY AJ, UCSA DE FRANCE. Amélioration du dépistage et du traitement de l'hépatite C en prison : Enquête comparative 2000-2003. *Presse Médicale* 2006b, **35** : 1249-1254

REMY AJ, SERRAF L, GALINIER A, HEDOUIN V, GOSSET D, et coll. Treatment for hepatitis C in jailhouses is possible and successful: data of first national french study (POPHEC). *Hepatology Reviews* 2006c, **2** : 30-32

ROTILY M. Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalences des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. ORS PACA, 1998

ROTILY M. Stratégies de réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : synthèse. In : Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. STANKOFF S, DHEROT J (eds). Direction de l'Administration Pénitentiaire, Direction Générale de la Santé, 2000

ROTILY M, DELORME C. L'usage de drogues en milieu carcéral. Drogues et Toxicomanies : indicateurs et tendances. OFDT, 1999

ROTILY M, WEILANDT C, BIRD SM, KALL K, VAN HAASTRECHT HJA, et coll. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multi-centre pilot study. *Eur J Public Health* 2001, **11** : 243-250

RUTTER S, DOLAN K, WODAK A, HEILPERN H. Is Syringe Exchange Feasible in a Prison Setting? An Exploration of the Issues. Technical Report No 25. Sydney : National Drug and Alcohol Research Centre, 1995

SAHAJIAN F, LAMOTHE P, FABRY J. Psychoactive substance use among newly incarcerated prison inmates. *Santé Publique* 2006, **18** : 223-234

SMALL W, KAIN S, LALIBERTE N, SCHECHTER MT, O'SHAUGHNESSY MV, SPITAL PM. Incarceration, addiction and harm reduction: inmates experience injecting drugs in prison. *Substance Use & Misuse* 2005, **40** : 831-843

STANKOFF S, DHEROT J. Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. Direction de l'Administration Pénitentiaire, Direction Générale de la Santé, 2000

STARK K, HERRMANN U, EHRHARDT S, BIENZLE U. A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiol Infect* 2006, **134** : 814-819

STÖVER H. Evaluation of needle exchange pilot project shows positive results. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 2000, **5** : 60-64

STÖVER H, NELLES J. 10 years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons: A review of different evaluation studies. *International Journal of Drug Policy* 2003, **14** : 437-444

STÖVER H, HENNEBEL L, CASSELMAN J. Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries. London. Cranstoun Drug Services, 2004

- STÖVER H, WEILANDT C, ZURHOLD H, HARTWI C, THANE K. Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/Analyse drug use among prisoner, European Community, 2008
- SUTTON AJ, GAY NJ, EDMUNDS WJ, GILL ON. Modelling alternative strategies for delivering hepatitis B vaccine in prisons: the impact on the vaccination coverage of the injecting drug user population. *Epidemiol Infect* 2008, **136** : 1644-1649
- THAISRI H, LERWITWORAPONG J, VONGSHEREE S, SAWANPANYALERT P, CHADBANCHACHAI C, et coll. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infectious Diseases* 2003, **3** : 25
- TITUS S, MARMOR M, DES JARLAIS D, KIM M, WOLFE HBS. Bleach use and HIV seroconversion among New York City injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994, **7** : 700-704
- TOUFIK A, CADET-TAÏROU A, JANSSEN E, GANDILHON M. Profils, pratiques des usagers de drogues, Ena-CAARUD. *Trend. OFDT*, 2008, 47p
- VAN HAASTRECHT H, ANNEKE JS, VAN DEN HOEK AR. High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons. *Addiction* 1998, **93** : 1417-1425
- WHO. WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneve, 1993
- WHO. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Evidence for Action Technical Papers. World Health Organization, Geneva, 2005
- WHO. Needle and syringe programmes and decontaminations strategies. Evidence for Action Technical Papers. WHO-UNAIDS-UNODC, 2007a
- WHO. Prevention of sexual transmission. Evidence for action technical papers. WHO-UNODC-UNAIDS, Geneva, 2007b
- WHO. Drug dependence treatments. Evidence for action technical papers. WHO-UNODC-UNAIDS, Geneva, 2007c
- WHO. HIV care, treatment and support. Evidence for action technical papers. WHO-UNODC-UNAIDS, Geneva, 2007d
- WHO. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Evidence for action technical papers. WHO-UNODC-UNAIDS, Geneva, 2007e
- WODAK A, COONEY A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse* 2006, **41** : 777-813
- WRIGHT NM, TOMPKINS CN. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduct J* 2006, **3** : 27