

Septembre 2002

46<sup>ème</sup> RENCONTRE DU CRIPS

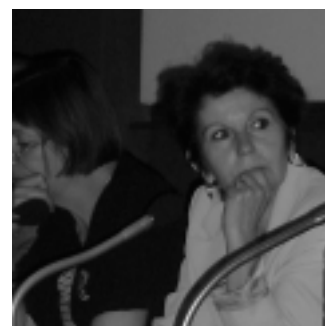
## 2002: Prévention du sida, des hépatites et des IST en prison: état des lieux et perspectives

**Animation: Danielle Messenger, France Inter**

Malgré le développement de la politique de réduction des risques dans les pays développés, une ombre demeure: la persistance de risques de transmission en prison où l'on enregistre pourtant une sur-représentation des usagers de drogues par voie intraveineuse qui cumulent des prévalences de VIH, VHC et VHB élevées et un turn-over important de courtes peines.

Un constat qui caractérise tout le problème du manque de moyens et d'autonomie du système de santé au sein de l'administration

pénitentiaire, mais aussi le retard de la France face à certains de ses voisins, en particulier l'Espagne, comme l'a montré la rencontre\* organisée en juin dernier par le CRIPS sur "la prévention du sida, des hépatites et des IST en prison: état des lieux et perspectives".



- [Le risque de transmission des infections en prison](#)
- [La situation en France](#)
- [Le pragmatisme espagnol](#)
- [Perspectives](#)
- [Interventions de la salle](#)

---

\* 27 juin 2002

Les rencontres du CRIPS sont organisées avec le soutien de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France

Septembre 2002

46<sup>ème</sup> RENCONTRE DU CRIPS

## 2002: Prévention du sida, des hépatites et des IST en prison: état des lieux et perspectives

### Le risque de transmission des infections en prison,

Présentée par le **Dr Julien Emmanuelli** de l'InVs (Institut national de veille sanitaire), la revue de la littérature internationale montre que la prévalence du VIH varie de 1 à 34% selon les études, celle du VHC de 4 à 60%, et celle du VHB de 4 à 75% (avec des chiffres essentiellement déclaratifs pour ce dernier).

En ce qui concerne l'incidence du VIH, seules 2 séroconversions ont été enregistrées entre 1985 et 1987 aux Etats-Unis, mais comme l'a souligné le médecin épidémiologiste, *"il est toujours difficile de démontrer que les contaminations ont eu lieu en prison et de suivre l'évolution du statut sérologique à l'intérieur des murs"*.



En fonction des enquêtes, 20 à 40% des détenus déclarent être ou avoir été usagers de drogues par voie intraveineuse, avec une sous-estimation probable des problèmes d'addiction. Ils accèdent généralement aux produits et au matériel d'injection lors de visites, par l'intermédiaire de personnels pénitentiaires, mais recourent également à toutes sortes de bricolages (stylo-seringue, etc.). Toujours selon ces différentes études, 10 à 40% d'entre eux poursuivent l'injection en prison, certains l'ayant pratiquée pour la première fois en détention qui devient donc lieu d'initiation, et 60 à 75% déclarent partager leur seringue.

En ce qui concerne les risques sexuels, 1 à 2% des détenus européens (73% à Rio Janeiro, selon Onusida en 1997) déclarent des relations sexuelles (homo ou hétérosexuelle) en prison. Et, compte tenu de l'existence de relations sous contrainte, il est, selon Julien Emmanuelli, *"très difficile de mettre en place une prévention efficace dans ce contexte, ne serait-ce qu'en ce qui concerne l'accès au préservatif qui, même lorsqu'il est systématiquement proposé, entraîne des risques de rejet, d'homophobie..."*

Quant au tatouage et au piercing, qui constituent d'importants facteurs de transmission du VHC et du VHB (par le partage de matériel), ils concerneraient environ 20% des détenus et de manière plus importante les usagers de drogues.

Différentes mesures pourraient pourtant permettre de prévenir ou de réduire ces risques de

transmission.

Avec, aux côtés du dépistage anonyme, de l'éducation, l'information ou de l'accès aux préservatifs, des actions plus spécifiques à l'intention des usagers de drogues comme la distribution d'eau de Javel qui, selon Julien Emmanuelli, représente *"l'option minimale de réduction des risques en prison"* ou les traitements de substitution *"qui constituent la meilleure action de prévention qui puisse s'imaginer en prison"*. Quant aux contrôles urinaires, ils constituent, selon lui, *"un dispositif très coûteux pour un bénéfice discutable"*.

Ou encore l'accès aux seringues, déjà proposé lors d'expériences pilotes menées en Allemagne, en Suisse et en Espagne, *"mais il reste très difficile d'évaluer leur impact sur les séroconversions et ils entraînent souvent des problèmes d'acceptabilité de la part du personnel pénitentiaire"*.

Ainsi, alors que les incarcérations pourraient constituer l'occasion d'informer, d'éduquer et de traiter les usagers, la faisabilité des actions de réduction des risques (RdR) présuppose l'information, la consultation et l'adhésion des personnels et de l'administration pénitentiaire, *"ce qui n'est pas simple"*.

[Suite...](#)

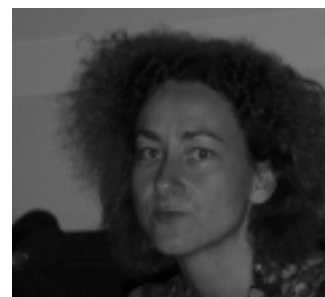
Septembre 2002

46<sup>ème</sup> RENCONTRE DU CRIPS

## 2002: Prévention du sida, des hépatites et des IST en prison: état des lieux et perspectives

### La situation en France

Ayant participé à la mission Santé/Justice sur les risques de transmission virale en milieu carcéral, **Sylvie Stankoff**, chargée de mission à la Mildt, a, pour sa part, présenté les principales conclusions de ce groupe de travail mis en place en 1997 afin de répertorier et d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place et de proposer une stratégie de RdR adaptée.



Dans son rapport remis fin 2000, la mission constate ainsi une forte prévalence des infections virales (3 à 4 fois supérieure à celle de la population générale pour le VIH et 4 à 5 fois plus pour le VHC) qui concernent principalement les usagers de drogues par voie intraveineuse.

La pratique d'injection varie, selon les études, de 20 à 43% des détenus qui déclarent y avoir eu recours au moins une fois en détention. 57 à 80% affirment avoir cessé cette pratique, et si les autres déclarent avoir diminué le nombre d'injections, les risques de contamination restent forts. 7 détenus sur 97 ont, par ailleurs, affirmé avoir été initié à l'injection en détention.

Compte tenu de la réticence à en parler, même une fois dehors, la transmission sexuelle pâtit certainement d'une sous-déclaration beaucoup plus importante. 9% des personnes interrogées déclarent cependant des rapports sexuels, dont 1% homosexuels, les autres ayant probablement lieu en parloir.

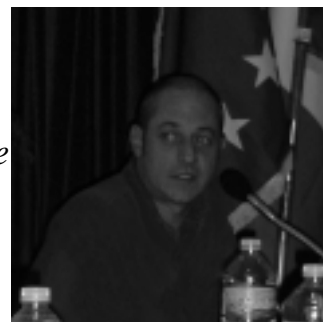
Différents risques de transmission virale auxquels il faut ajouter le partage de rasoirs, de brosses à dents...

Parmi les mesures préconisées, la mission Santé/Justice insiste en premier lieu sur le dépistage du VIH et des hépatites *"basé sur le volontariat et l'anonymat"*. Car si la détention représente, selon Sylvie Stankoff, *"un lieu de dépistage important"* pour le premier, il n'en est pas de même pour les hépatites *"qui souffrent également d'un problème de connaissance réelle du statut. A l'inverse du VIH, on constate, en effet, souvent une discordance entre le déclaratif et le biologique"*. Ce dépistage étant actuellement proposé lors de la visite médicale d'entrée -un moment où la personne n'est pas forcément très réceptive-, la mission propose en outre de pouvoir le reproposez ultérieurement et lors de

la visite médicale de sortie.

Selon Sylvie Stankoff, il faudrait d'autre part relancer la campagne de vaccination anti-VHB *"car très peu de prisonniers sont, à l'heure actuelle, vaccinés"* et les traitements post-exposition *"qui sont très peu utilisés car mal connus, comme d'ailleurs leur procédure de mise en place"*.

Mais comme l'a fait remarquer **François Bès**, de l'Observatoire international des prisons (OIP), encore faudrait-il pouvoir voir un médecin en urgence... *"Il n'y a aucune prévention possible en ce qui concerne la sexualité au parloir ou les rapports forcés. L'accès au traitement post-exposition est quasi-impossible"* a-t-il notamment indiqué.



La mission propose également de développer l'accès aux préservatifs notamment via les automates de produits d'hygiène et de le mettre en cantine pour banaliser cet outil de prévention (gratuit lorsqu'il est distribué par les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), ou encore de multiplier les actions d'éducation et de formation. Disponible depuis 1996, l'eau de Javel, bénéficie, quant à elle, d'une distribution gratuite et systématique à toute la population pénale, mais, selon Sylvie Stankoff, *"le protocole de décontamination du matériel d'injection est encore mal connu"*. Une analyse que ne partage pas François Bès: *"Comme il n'y a pas de lieux privés, il est impossible de respecter les procédures de décontamination des seringues. Il faut faire vite. Sur les pratiques d'injection, nous sommes souvent contactés par des médecins qui nous disent "vu ce que je vois, je devrais pouvoir donner des seringues" mais qui sont dans l'impossibilité de le faire"*.

Et les choses ne semblent pas près d'évoluer puisque malgré les expériences menées depuis plusieurs années chez certains de nos voisins, les experts de la mission Santé/Justice ont qualifié les programmes d'échange de seringues de mesure *"prématurée"* qui *"ne fait pas consensus à l'heure actuelle"*.

Enfin, dans le domaine des traitements de substitution, le rapport constate une *"très grande disparité des pratiques avec des réticences des médecins à les initier et des ruptures de traitement"*.

Selon Hélène Morfini, de la Direction générale de la santé (DGS), certains médecins décident, en effet, *"délibérément de ne pas donner de traitement de substitution. Ce n'est pas un problème pénitentiaire. Il faut balayer devant sa porte et faire avec"*.

Une tendance confirmée par un médecin inspecteur des Hauts-de-Seine: *"En l'absence de distribution de Stéribox<sup>®</sup>, il faut pouvoir développer les traitements de substitution mais l'accès à la méthadone est extrêmement limité, en raison des réticences des pharmacies, des médecins qui ne sont pas formés, et des budgets. Le problème, c'est de démarrer le traitement en détention. Il n'y a qu'un seul détenu sous méthadone à la maison d'arrêt de Nanterre"*.

Pourtant, comme l'a également rappelé Hélène Morfini, *"on constate quand même une petite évolution"* car si les établissements réticents à la prescription de traitement de substitution le restent, *"dans ceux qui en prescrivent, on assiste à une augmentation des prescriptions"*.

Résultat: de 2% (sur 52000) en mars 1998, le pourcentage de détenus bénéficiant d'un traitement de substitution en prison atteint glorieusement aujourd'hui 5,3% (sur 47000

personnes incarcérées).

Un triste bilan qu'a vainement tenté de tempérer Nicole Labrosse-Solier, adjointe à la division de la lutte contre le VIH/sida et les IST à la Direction générale de la santé, en soulignant que *"depuis janvier 2002, la prescription de méthadone peut être initialisée par les médecins hospitaliers et pénitentiaires. J'espère que cela fera évoluer les pratiques. Les choses changent dans les textes, mais pas forcément dans les faits au jour le jour"*.

*"La prison ne sera jamais un lieu de soin"* estime, de son côté, François Bès.

*"Prescriptions médicales pour les douches, avoir de l'eau minérale, une ampoule pour pouvoir lire : les services médicaux pallient toutes sortes de manques tandis que les incarcérations par vagues entraînent une baisse du temps consacré à chaque détenu lors de la visite médicale d'entrée. Le risque de contamination par le sniff n'est pas non plus abordé et l'accès à l'information se limite aux petits films diffusés le 1er décembre, pour la journée mondiale de lutte contre le sida. Comment faire passer le message dans un monde qui refuse la réalité?"* Et le responsable de l'OIP de lâcher, fataliste: *"Les choses ne risquent pas d'évoluer si le système carcéral ne change pas"*.

Ce qu'a d'ailleurs reconnu Sylvie Stankoff en soulignant que ces *"mesures à elles seules ne garantissent pas l'efficacité. Il faut que les personnes et le personnel pénitentiaire se les approprient dans un réel objectif de réduction des risques. Il y a, de même, des efforts à faire en termes d'accompagnement des détenus et des personnels pénitentiaires confrontés à un certain nombre de paradoxes, à commencer par l'interdiction de consommer en détention et la nécessité de réduire les risques de transmission..."*

[Suite...](#)

Septembre 2002

46ème RENCONTRE DU CRIPS

## 2002: Prévention du sida, des hépatites et des IST en prison: état des lieux et perspectives

### Le pragmatisme espagnol

Un paradoxe largement dépassé par nos voisins espagnols qui ont introduit la distribution d'eau de Javel et de préservatifs en prison dès 1988, celle de méthadone en 1993 et où les premiers programmes d'échange de seringues (PES) en milieu carcéral, qui datent de 1997, ont été étendus cette année à l'ensemble du pays.

Ainsi, comme l'a indiqué lors de la rencontre **Miguel Garcia Villanueva**, responsable du service médical du centre pénitentiaire de Pamplune, *"notre système pénitentiaire et notre approche sont radicalement différents"*.

En Espagne, chaque prison dispose d'un service de soins primaires avec médecins généralistes (dépendants du ministère de l'Intérieur) ayant suivi une formation en psychiatrie, toxicomanie et VIH, équipe infirmières et aides-soignants. Si nécessaire, le détenu peut également être orienté vers un hôpital de référence.

Dans ce pays, où près de 65% des cas de transmission du VIH sont liés à l'usage de drogue par voie intraveineuse, plus de la moitié (60%) des entrants en prison déclarent un passé d'usager de drogues et 46,5% des prisonniers séropositifs pour le VIH sont usagers de drogues, comme 89% des séropositifs pour le VHC et 80% de ceux pour le VHB.

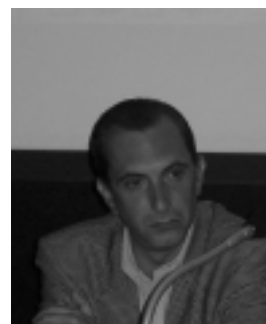
Depuis 1994, la proportion d'usagers à l'entrée en prison décroît cependant régulièrement (de 24,4% en 1994 à 13,2% en 1998), notamment grâce à la réforme du code pénal intervenue en 1996 pour favoriser d'autres alternatives à l'incarcération.

En 2001, plus de 8000 prisonniers, soit environ 20% des détenus espagnols, bénéficiaient, par ailleurs, d'un traitement à la méthadone.

Comme l'a précisé Miguel Garcia Villanueva, l'objectif des PES est à la fois de diminuer l'incidence des maladies infectieuses et de prévenir les autres infections, mais aussi d'identifier les usagers et de les orienter vers d'autres services de santé.

*"Il a donc fallu faire accepter la possession de seringues mais les détenus s'engagent à les garder dans leur kit, à les donner au surveillant lors des fouilles et à ne pas les sortir du centre de détention"*.

Ce qui a nécessité l'information préalable des surveillants et des prisonniers.



Avant leur introduction, le personnel pénitentiaire craignait, en effet, une augmentation de la consommation par voie intraveineuse, des risques de piqûres accidentelles et des conflits ou que les seringues soient utilisées comme des armes tandis que les craintes des prisonniers résidaient notamment dans l'accroissement des contrôles du personnel de surveillance.

Des craintes balayées par différentes évaluations qui ont montré une diminution du partage, de l'incidence et de la prévalence des infections, une plus grande facilité d'orientation vers d'autres services, et pas d'augmentation de l'usage. Il n'y a pas eu non plus d'augmentation du nombre de conflits, d'augmentation ou de diminution de la consommation intraveineuse, aucun accident, et les seringues n'ont pas été utilisées comme des armes.

*"Les opinions du personnel comme des prisonniers ont donc changé favorablement"* a commenté Miguel Garcia Villanueva.

Selon les données recueillies dans 8 prisons espagnoles, la majorité des détenus utilisent, en moyenne 1 à 5 seringues par mois et par usager et, avec plus de 80%, le taux de retour est très supérieur à la moyenne enregistrée à l'extérieur des murs.

Outre l'échange, le programme qui doit être accessible, confidentiel et se dérouler lors de larges plages horaires, permet de donner des conseils individuels sur l'injection et d'autres thèmes.

Le kit comprend 1 ou 2 seringues, de l'eau stérile, un tampon désinfectant, un Stéricup<sup>®</sup>, des préservatifs, du matériel d'information et du papier d'aluminium (pour chasser le dragon<sup>\*\*</sup>).

Il est proposé à tout entrant et les seringues sont ensuite échangées 1 contre 1 à la demande. Certains établissements font également signer aux détenus un consentement éclairé comportant une information sur les risques de consommation et l'acceptation des règles du programme.

A la prison de Pamplune où plus de 50% des entrants sont usagers de drogues et où 40% des détenus ont des problèmes de dépendance à l'héroïne dont 95% par voie intraveineuse, le programme mis en place depuis 4 ans a bénéficié d'un décret du Tribunal de Navarre estimant que les prisonniers avaient droit aux mêmes mesures de prévention que le reste de la population pour ordonner la mise en œuvre d'un PES dans l'établissement.

Tout entrant se voit ainsi proposer un kit avec non seulement rappel des normes du programme mais aussi que *"l'usage de drogue est interdit en prison"*!

Au bout d'un an, 27% des prisonniers utilisaient le programme, dont 60% des séropositifs pour le VIH et 65% des personnes sous méthadone. Comme dans le reste du pays, il n'y a pas eu d'augmentation de la consommation, ni du nombre d'incidents, mais une augmentation du recours à la cocaïne et une diminution de l'héroïne injectée (à mettre en parallèle avec le nombre de prisonniers sous méthadone). Selon Miguel Garcia Villanueva, *"on constate également une diminution des pratiques à risques de partage et de réutilisation des seringues, mais pas des risques annexes comme le partage des cotons ou des cuillers"*.

Ainsi, même si l'efficacité réelle d'un PES reste, comme il l'a souligné, *"difficile à évaluer"*, *"ce genre de programme est donc tout à fait viable en prison"*.



D'autant qu'avec un prix total de 18000 euros par an, ce type de programme devient rentable même en évitant une seule contamination puisqu'en Espagne, le coût d'un traitement VIH est actuellement de 6700 euros par patient et par an.

---

\*\* Technique consistant à inhaler les vapeurs d'héroïne chauffée au-dessus d'une flamme, le plus souvent sur du papier d'aluminium.

[Suite...](#)

Septembre 2002

46ème RENCONTRE DU CRIPS

## 2002: Prévention du sida, des hépatites et des IST en prison: état des lieux et perspectives

### Perspectives

Un exemple qui peut laisser rêveur face au peu d'espoir laissé par les représentantes de l'administration française quant aux éventuelles perspectives d'évolution dans l'Hexagone.

*"Un des principaux obstacles est le manque d'adhésion du personnel pénitentiaire, médical et parfois même des prisonniers eux-mêmes",* a ainsi expliqué **Dominique de Galard**, médecin inspecteur général de santé publique à la direction de l'administration pénitentiaire.

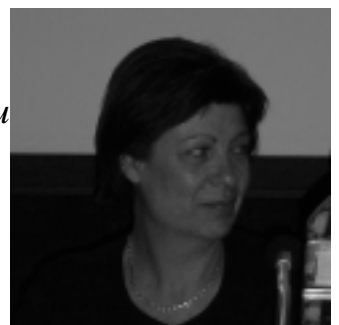
*"La mise en œuvre de mesures de prévention doit encore progresser",* a-t-elle également estimé, en précisant que *"nous avons commencé à organiser des réunions conjointes avec le ministère de la Santé sur les mesures proposées par le groupe de travail Santé/Justice et sur les mesures de base à mettre en place"*.

Autrement dit, un groupe de travail sur les mesures préconisées par un groupe de travail qui donnera lui-même vraisemblablement lieu à l'organisation d'un groupe de travail...

Même son de cloches du côté de la direction générale de la Santé pour laquelle **Nicole Labrosse-Solier** s'est contentée de souligner:

*"On voit que les infections sont encore un problème majeur en milieu carcéral. Il faut continuer à documenter ce problème, à améliorer la prévention du VIH, le dépistage du VHC, l'accès aux soins et aux traitements de substitution. C'est un sujet délicat aux multiples contraintes"*.

Et l'adjointe à la division de la lutte contre le VIH/sida et les IST d'indiquer, optimiste : *"La division sida a consacré un chapitre spécifique aux prisons dans la dernière édition du rapport Delfraissy prônant notamment les mêmes recommandations de soins dedans que dehors. Il faut également compter avec la circulaire du 30 janvier dernier sur la prescription de méthadone dans les établissements pénitentiaires. Enfin, sur la nécessité de travailler conjointement, je voudrais préciser que la DGS a lancé un travail commun dans 9 régions pénitentiaires avec des intervenants pénitentiaires, sanitaires, les Drass, etc., pour mettre en commun les cultures sanitaires et pénitentiaires et les faire évoluer, créer une vraie dynamique et travailler sur les freins"*.



Travail qui devrait, là encore, *"déboucher sur un cahier des charges pour la mise en place de mesures spécifiques"*...

*"Et les politiques ? Quand vont-ils nous donner les moyens et les directives pour mettre ces mesures en place ?"* a alors demandé Antonio Ugidos, le directeur adjoint du Crips Ile-de-France. *"Depuis la première rencontre organisée par le Crips sur les prisons, en 1991, rien - ou presque- n'a bougé et onze ans plus tard, on entend toujours, il va falloir se documenter, évaluer, organiser des groupes de travail, etc. Tout ceci a pourtant déjà été évalué, on a des expériences et on voit très clairement que cela peut fonctionner"*.

Ainsi, comme l'a souligné pour conclure Nicole Labrosse-Solier, si *"la réduction des risques est un concept qui a vraiment fait ses preuves (...), elle doit encore faire ses preuves à l'intérieur du milieu carcéral"*.

[Suite...](#)

Septembre 2002

46ème RENCONTRE DU CRIPS

## **2002: Prévention du sida, des hépatites et des IST en prison: état des lieux et perspectives**

### **Interventions de la salle**

- L'information des détenus

Danièle Messenger :

De qui dépend l'information des prisonniers ?

Nicole Labrosse-Solier :

C'est le fruit d'un travail conjoint avec la direction de l'administration pénitentiaire (DAP). Il existe quelques outils spécifiques, mais il faut les diffuser. La division sida ne finance pratiquement plus aucun projet sida en prison depuis plusieurs années.

Dominique de Galard :

Un grand nombre d'actions d'éducation à la santé sont ciblées sur des sujets plus larges comme les risques en général, la santé ...

- La confidentialité

Milko Paris (Ban Public) :

En prison, il n'y a aucune confidentialité: quand un médecin ou une infirmière donne un médicament, il y a systématiquement un surveillant à leurs côtés.

- les initiatives ponctuelles

Colette Laugier (Crips Aquitaine) :

Le Craes mène depuis 1994 une action à la prison de Bordeaux permettant, grâce à des réunions organisées tous les 15 jours, de parler sexualité via des groupes de parole. Nous avons également réussi à avoir l'accord du directeur pour une information sur le VHC.

Isabelle Gauthier (Service pénitentiaire d'insertion et de probation des Hauts-de-Seine) :

Nous organisons depuis 2 ans à la maison d'arrêt de Nanterre des groupes sur la prévention des risques ouverts à tous les arrivants. Mais nous avons de gros problèmes de moyens notamment au niveau des personnels des UCSA : même si parfois les moyens financiers existent, nous n'arrivons pas à recruter. Il est également difficile de parler

sexualité et cette intervention est parfois vécue comme une agression.

- Les hépatites

Un médecin alcoologue à la maison d'arrêt de Nanterre :

Personnellement, je n'arrive pas à avoir de vrai bilan VHC. C'est la croix et la bannière.

Très peu de prisonniers ont accès au traitement VHC alors que l'on pourrait profiter de cette période d'abstinence. Le VIH n'est qu'un aspect visible du problème, il y a aussi tout le reste.

Michel Bonjour (SOS Hépatites) :

Si on intéressait un peu plus les hépatologues et les gastro-entérologues aux toxicomanes, on n'en serait pas là. L'an dernier, sur 8 000 personnes mises sous traitement VHC, seules 500 étaient toxicomanes. Il faut s'occuper d'eux qui constituent le plus gros "réservoir" du VHC.

[Retour au sommaire](#)