



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
39-43 QUAI ANDRE CITROËN
75902 PARIS CEDEX 15
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

NOTE VALANT AVIS

PREVENTION

FR

10/09/2009

NOTE VALANT AVIS SUR L'EXPERIMENTATION DES PROGRAMMES D'ECHANGE DE SERINGUES DANS LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

Le Code de la santé publique tel que modifié par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 consacre le principe de la réduction des risques (RDR) afin de « prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants ». Pour parvenir à cet objectif, plusieurs outils sont proposés aux usagers et usagères de drogues injectables (UDI) afin de leur offrir un accès au matériel stérile d'injection (tampons alcoolisés, flacons d'eau stériles, filtres stériles, cupules stériles, seringues) dans le cadre de programmes d'échange de seringues (PES), un accès aux traitements de substitution aux opiacés (buprénorphine haut dosage Subutex® depuis 1994 et/ou ensuite génériques Arrow® et Mylan®, méthadone) et un accompagnement (*counselling*, éducation par les pairs, *outreach*, soins de santé primaires).

Le dispositif de RDR devrait bénéficier à l'ensemble de la population, y compris aux personnes détenues. A cet égard, le projet de loi pénitentiaire adopté par le Sénat le 6 mars 2009 rappelle que « la qualité, la permanence et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dispensées à l'ensemble des personnes accueillies dans les établissements de santé publics ou privés (...) L'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires² ». De tels principes ont déjà été consacrés par le législateur lorsqu'il a prévu dans la loi n° 94-43 du 18 janvier de 1994 que le service public hospitalier assure les soins dispensés aux personnes détenues et concourt à la prévention et à l'éducation pour la santé. Les personnes détenues bénéficient d'un accès aux soins et à la prévention identique à celui qui est offert à la population générale. En dépit de cette réforme majeure qui soustrait à l'administration pénitentiaire l'organisation du système de santé, des disparités conséquentes existent toujours dans l'accès aux soins et à la prévention entre le milieu ouvert et le milieu carcéral.

En particulier, les établissements pénitentiaires français, qui accueillent de nombreux UDI et qui proposent, lors de l'exécution de la peine, un dispositif de RDR, soit un accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), soit des outils de prévention et de décontamination (eau de Javel) du matériel destiné à l'injection par voie intraveineuse, refusent l'accès à du matériel d'injection stérile dans le cadre de PES. De tels programmes, pourtant autorisés en milieu libre depuis 1989 et mis en place dans d'autres contextes nationaux, sont absents de tous les établissements pénitentiaires pour hommes et pour femmes. Des substances psychoactives injectables (psychotropes et psychostimulants) circulent pourtant au sein des lieux de détention. L'usage de ces produits, par voie intraveineuse, demeure une pratique dangereuse, notamment au regard du risque de transmission des maladies infectieuses au sein d'une population carcérale dont la prévalence VIH est deux à quatre fois supérieure à celle de la population générale et la prévalence VHC cinq à huit fois supérieure. Si l'usage personnel de la seringue semble plutôt acquis auprès des UDI, le partage du matériel d'injection annexe (coton, cuillère, eau) et la réutilisation d'une seringue personnelle constituent des pratiques à risques relativement courantes.

Aussi l'accès à du matériel stérile d'injection devrait être garanti aux UDI quelle que soit leur situation pénale. Les standards nationaux de la RDR définis par le décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 et notamment le chapitre III sur la distribution de matériel de prévention s'appliquent à l'ensemble de la population y compris à la population incarcérée. La loi condamne l'usage de produits stupéfiants en milieu libre³ et la réglementation interdit les produits stupéfiants au sein des établissements pénitentiaires⁴. En revanche, les textes n'interdisent pas la distribution de matériel de prévention et la réglementation garantit la mise en œuvre la plus complète de la RDR.

¹ Travail de proximité en direction de populations difficiles à atteindre par le biais de programmes traditionnels.

² Article 20 du projet de loi pénitentiaire adopté après déclaration d'urgence par le Sénat le 6 mars 2009.

³ Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970.

⁴ Article D249-1 du Code de procédure pénale.

Depuis plus de quinze ans, le Conseil national du sida appelle de ses vœux une réforme du dispositif de RDR au sein des établissements pénitentiaires⁵ et recommande l'instauration des PES au sein des lieux de détention⁶ au regard des expériences étrangères⁷. Le dispositif français de RDR mis en œuvre en milieu fermé demeure encore aujourd'hui largement insuffisant car il regroupe des outils jugés peu efficaces par les organisations internationales (l'usage de l'eau de Javel) ou mis en œuvre de façon disparate au sein des établissements (les TSO). De plus, les données épidémiologiques demeurent aujourd'hui datées et lacunaires. Enfin, l'expérimentation de l'un des dispositifs les plus satisfaisants (les PES) n'est pas envisagée par les pouvoirs publics en dépit des recommandations internationales et des évaluations positives des expériences étrangères. Contrairement aux idées reçues, toutes les études montrent que les PES ne concourent pas à l'augmentation de la consommation de drogues injectables ni à l'accroissement de l'insécurité au sein des lieux de détention. Ils préviennent avec efficacité la transmission des maladies infectieuses et encadrent la pratique de l'injection en contribuant à la diminution des surdoses et des abcès.

A l'occasion du vote de la loi pénitentiaire, le Conseil souhaite que des PES soient mis en œuvre de façon progressive et dans les plus brefs délais, sans attendre la publication de l'enquête relative à la prévalence de l'infection par le VIH et le VHC chez les personnes détenues (PREVACAR). Les résultats de l'enquête ne seront pas connus avant 2011 et les données resteront partielles, l'enquête ne permettant pas d'appréhender la proportion des UDI en prison ni les cas avérés de transmission par l'échange de seringues. A cet égard, le Conseil est favorable au lancement d'une phase pilote de PES, préalable à leur généralisation.

Les impératifs légitimes de sécurité au sein des établissements pénitentiaires et la pénalisation de l'usage des stupéfiants ne doivent pas constituer des obstacles à l'expérimentation des outils les plus efficaces de la RDR. La peine d'emprisonnement demeure une peine de privation de liberté, non pas de privation de soins et de prévention. En milieu carcéral, la RDR doit être pleinement mise en œuvre conformément au Code de la santé publique. Aussi, dans les mois qui viennent, le Conseil envisage d'approfondir sa réflexion sur la RDR en direction des usagers de drogues injectables incarcérés.

UNE PREVALENCE INQUIETANTE ET INSUFFISAMMENT CONNUE DES PRATIQUES A RISQUE ET DES MALADIES INFECTIEUSES

En France, les données sur la prévalence des maladies infectieuses, sur l'incidence des pratiques à risque sur la sérologie au VIH et au VHC ou plus généralement sur l'usage de drogues ou le recours à l'injection dans les lieux de détention sont relativement peu nombreuses. Dans son chapitre sur l'épidémiologie de l'infection à VIH, le rapport du groupe d'expert VIH de 2008 note la quasi-absence de données fiables sur l'infection par le VIH et sa prise en charge dans les prisons⁸. Les données étrangères sont quant à elles alarmantes⁹.

Aujourd'hui, en France, le nombre d'UDI incarcérés n'est pas connu. Le recoupement de plusieurs séries statistiques et enquêtes offre néanmoins quelques indications. L'enquête RECAP, qui s'intéresse aux UD pris en charge par des professionnels¹⁰, comptabilise 33 552 patients dans son groupe « opiacés/cocaïne et autres substances », dont 39,4% ont déjà été incarcérés¹¹. L'enquête dite Coquelicot, réalisée en 2006 par l'ANRS¹² suit un échantillon de 1 462 UD dont 61% déclarent avoir connu un antécédent d'incarcération au cours de leur vie¹³. L'enquête déclarative de la

⁵ Conseil national du sida, *Avis et rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers carcéral*, 12 janvier 1993 http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/1993-01-12_avi_fr_politique_publicque.pdf

⁶ Conseil national du sida, *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif*, 21 juin 2001, p. 99 sq. http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2001-06-21_rap_fr_politique_publicque.pdf

⁷ Conseil national du sida, *Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine suivi de Recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention de l'infection à VIH*, 17 novembre 2005, p. 18 http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2005-11-17_rap_fr_prevention.pdf

⁸ Yeni P (dir.), *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, Paris, Flammarion, 2008, p. 4.

⁹ Jürgens R, « VIH/sida en prison : développements récents », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) :14-21 <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1181>

¹⁰ La prise en charge est effectuée dans le cadre des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

¹¹ Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP)*, OFDT, 2007, p. 13. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/recap2007.pdf>

¹² BEH n° 33, 5 septembre 2006 <http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/index.htm>

¹³ Les sujets inclus sont des UD volontaires ayant injecté et/ou sniffé « au moins une fois dans leur vie ». Cette enquête est multivilles et le recrutement des UD s'est effectué, entre septembre et décembre 2004, dans l'ensemble des services issus de la chaîne thérapeutique spécifique aux UD et dans des cabinets de médecins généralistes prescripteurs de TSO.

direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES) menée en 1997¹⁴ puis renouvelée en 2003¹⁵, montre que 6,5% des entrants en prison déclarent une utilisation de drogue injectable au moins une fois et 2,6% au cours des 12 mois précédant l'incarcération¹⁶.

Les données fournies par les ministères de l'Intérieur et de la Justice témoignent de l'augmentation notable des interpellations, des condamnations et des recours à l'emprisonnement pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). Les interpellations pour ILS sont en augmentation constante depuis 2002-2003 et atteignent un nouveau record de 176 000 interpellations en 2008 soit une hausse de 31% par rapport à l'année précédente¹⁷. S'agissant spécifiquement de l'interpellation des usagers d'héroïne, leur nombre est en augmentation de 140% entre 2003 et 2008. Les chiffres extraits des statistiques de l'administration de la Justice confirment par ailleurs une augmentation depuis 2002 du nombre de condamnations pour ILS (+ 62% entre 2002 et 2006) et du recours à l'emprisonnement (+ 53% au cours de la même période). Par ailleurs, le nombre de condamnation pour ILS en récidive légale augmente massivement (+273% entre 2002 et 2006¹⁸) et les aménagements de peine diminuent à l'instar des placements à l'extérieur pour les personnes incarcérées pour ILS (- 74% entre 2003 et 2005).

Les données disponibles indiquent ainsi une augmentation possible du nombre d'UD dans les établissements pénitentiaires. En revanche, elles restent muettes sur l'usage de drogues en prison. L'enquête Coquelicot note toutefois que 12% des sujets ayant eu un antécédent carcéral déclarent avoir poursuivi une pratique d'injection en prison et 30% un partage de seringues¹⁹. Les pratiques à risque liées à la pratique de l'injection sont donc loin d'être marginales chez les UDI. Les produits les plus fréquemment injectés sont les sulfates de morphine (64 %), la cocaïne (37 %) et l'héroïne (29 %)²⁰. Les conditions particulières dans lesquelles l'injection se réalise²¹ (pratique d'injection de groupe, lieux insalubres, partage du matériel d'injection annexe) et l'éventuelle altération de la conscience des UDI au moment de l'injection laissent penser que le strict respect des règles d'hygiène impératives, y compris au sein des établissements pénitentiaires, ne doit pas être rempli. La moindre observation de ces règles est d'autant plus préoccupante que la prévalence des maladies infectieuses demeure très forte chez les UDI.

L'enquête de la DREES, qui renseigne la prévalence des maladies infectieuses des entrants en prison, s'appuie uniquement sur des données déclaratives qui peuvent être jugées moyennement fiables étant donné la situation particulière dans laquelle se trouve le panel au moment de l'entretien. Selon la DREES, la prévalence du VIH est de 1,1 %, celle du VHB de 0,8% et celle du VHC de 3,1%. La part des nouveaux détenus déclarant une sérologie positive au VIH, au VHB et/ou au VHC, s'élève à 4,2 % en 2003 contre 6,5 % en 1997. L'enquête Coquelicot qui s'appuie sur des données biologiques présente des résultats différents. Sur l'échantillon d'UD, dont 61% déclarent avoir été incarcérés, la séroprévalence globale du VIH est de 10,8 %, la séroprévalence du VHC est de 59,8 % et la co-infection VIH/VHC est de 10,2 %. La quasi-totalité des UD séropositifs pour le VIH ont été également contaminés par le VHC.

UN ACCES AUX DISPOSITIFS DE REDUCTION DES RISQUES PARTIEL, DISPARATE, PEU EFFICACE ET PEU EVALUE

La loi du 18 janvier 1994 sur la santé publique et la protection sociale intègre les personnes détenues au sein du régime de droit commun de la sécurité sociale et leur garantit une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. La France se conforme notamment au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDÉSC) qui reconnaît que le droit à la norme de santé la plus élevée

¹⁴ *Etudes et résultats*, « La santé des entrants en prison en 1997 », n°4 mai 1999.

¹⁵ *Etudes et résultats*, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », n° 386, mars 2005, p. 3 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

¹⁶ L'enquête recueillie, à l'occasion de la visite médicale d'entrée, des informations sur les facteurs de risque pour la santé de la population des entrants. Cette opération a permis de collecter 6 087 fiches représentatives selon la DREES de l'ensemble des entrants en maison d'arrêt en 2003, soit un taux de sondage global d'un entrant sur treize.

¹⁷ Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants, *Les grandes tendances de l'usage et du trafic illicite de produits stupéfiants en France*, Nanterre, OCRTIS, 2009, 23 p.

¹⁸ Il faut noter une augmentation de 110% de l'ensemble des condamnations mentionnant la récidive légale pour la même période.

¹⁹ BEH n° 33, *op. cit.*, p. 246.

²⁰ A noter que l'usage de buprénorphine haut dosage (BHD) dans une perspective non substitutive concerne des populations incarcérées au sein des établissements pénitentiaires : Escots S, Fahet G, *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage, Investigation menée en France en 2002-2003*, OFDT-Trend, 2004 <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxsek6.pdf>

²¹ Bonnet N et al., *L'injection à moindre risque*, Paris, édition CILDT / Apothicom, 2008 ; OFDT / ORS, *Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues à Paris : état des lieux en 2008*, juin 2009.

qui puisse être atteinte est expressément maintenu pour les personnes en détention²². Une telle garantie s'accompagne d'une rénovation du système de santé au sein des établissements pénitentiaires. L'organisation des soins est unifiée et des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) sont généralisées dans tous les établissements pénitentiaires afin d'assurer la prévention et l'organisation des soins somatiques et psychiatriques ainsi que l'organisation des soins en milieu hospitalier²³. Certains établissements sont par ailleurs dotés de services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

Les établissements de santé sont notamment chargés de veiller au respect des règles d'hygiène, de mener des actions de prévention, d'éducation à la santé et de prophylaxie et de veiller à ce que des outils de prévention et de RDR soient mis à la disposition des personnes incarcérées. Une note interministérielle Santé/Justice du 9 août 2001 rappelle les règles relatives à la RDR en milieu carcéral : suivi de la personne pendant le cursus carcéral, proposition d'une prise en charge adaptée, renforcement de la prévention des risques, préparation à la sortie et proposition d'aménagements de peine²⁴. La note est reprise dans plusieurs textes administratifs plus récents^{25,26}. Objectif prioritaire des pouvoirs publics depuis 1994²⁷, la RDR est prescrite par voie de circulaire en 1995 pour le milieu libre²⁸ et en 1996 pour le milieu carcéral²⁹. Elle donne lieu à la loi du 9 août 2004.

Deux principaux outils de RDR sont mis en œuvre au sein des établissements pénitentiaires. La circulaire du 5 décembre 1996³⁰ prévoit tout d'abord l'initialisation de TSO dans le cadre de la lutte contre l'infection par le VIH et plus particulièrement la buprénorphine haut dosage (BHD) qui, en France, est le principal traitement prescrit³¹. Les données internationales disponibles, qui portent davantage sur la méthadone³², montrent plusieurs bénéfices des TSO initiés ou poursuivis au sein des lieux de détention : les TSO contribuent à différer une injection d'héroïne, un partage de seringue et une prise de risque de transmission du VIH³³, ils diminuent les risques de séroconversion au VHC, les risques de réincarcération et les risques de mortalité qui deviennent nuls³⁴, ils facilitent le suivi médical des patients³⁵ et le dépistage des maladies infectieuses, les détenus sous TSO connaissant plus fréquemment leur statut VHC et VIH³⁶, ils permettent de réduire le risque d'overdose et ils détournent de la recherche de drogues³⁷. En

²² Voir l'article 2(2) du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, UN Doc. A/6316 (1966).

²³ Décret n°94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire ; Circulaire n°45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à l'organisation des soins somatiques et psychiatriques en milieu pénitentiaire et son guide méthodologique.

²⁴ Note interministérielle du 9 août 2001, *Orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ayant une consommation abusive*.

²⁵ Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, septembre 2004, p. 36 http://www.sante-prison.com/les_docs/000116.pdf

²⁶ Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP no 2005-27 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 <http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020046.htm>

²⁷ Sur l'histoire de la politique de RDR voir Coppel A, *Peut-on civiliser les drogues? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte, 2002 ; Bergeron H, *L'Etat et la toxicomanie, Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999.

²⁸ Circulaire n° 37 du 12 avril 1995 relative à la prévention des risques infectieux chez les usagers de drogue par voie intraveineuse et à l'accessibilité au matériel d'injection stérile.

²⁹ Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996 ; Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.

³⁰ Circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre le VIH en milieu pénitentiaire.

³¹ Canarelli T, Coquellin A, « Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés », *Tendances*, n° 65, mai 2009, p. 4. D'autres TSO sont possibles et incluent la levométhadone, la dilydrocodéine et la codéine <http://www.cfdt.fr/BDD/publications/docs/efxtcp5.pdf>

³² Stallwitz A, Stöver H, « The impact of substitution treatment in prisons—A literature review », *International Journal of Drug Policy*, 18, 2007, 464-474, p. 465.

³³ Dolan K, Wodak A, Hall W, « Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in NSW prisons », *Drug & Alcohol Review*, 17, 1998, 153-158; Dolan K, Hall W, Wodak A, « Methadone maintenance reduces injecting in prison », *British Medical Journal*, 312 (7039), 1996, 1162

³⁴ Dolan K, Shearer J, White B, Zhou J, Kaldor J, Wodak A, « Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: Mortality, re-incarceration and hepatitis C infection », *Addiction*, 100 (6), 2005, 820-828.

³⁵ Levasseur L, Marzo J-N, Ross N, Blatier C, Lowenstein W, « Fréquence des réincarcérations dans une même maison d'arrêt : rôle des traitements de substitution », *Annales de Médecine Interne*, 2002, 153(3), 14-19.

³⁶ Obradovic I, Marzo J-N, Rotily M, Meroueh F, Robert P-Y, Vanrenterghem B, Seltz F, Vogt P, groupe RECAMS, « Substitution et réincarcération. Eléments d'analyse d'une relation complexe », *Tendances*, n°57, décembre 2009.

³⁷ Pour une documentation sur les bénéfices des TSO voir Heimer R, Zambrano J, Brunet A, Marti Ortiz A, Catiana H, Newman R, « Methadone Maintenance in a Men's Prison in Puerto Rico: A Pilot Program », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 11, n° 3, 295-305 (2005).

dehors de la substitution, les pouvoirs publics préconisent, en suivant les conclusions du rapport Gentilini³⁸, la généralisation de la distribution périodique d'eau de Javel, en quantité et en concentration déterminées, afin de nettoyer le matériel d'injection des UD. L'administration procède à la distribution d'eau de Javel titré à 12° chlorométrique et recommande depuis 2001 une large diffusion par les personnels sanitaires des modalités d'utilisation de l'eau de Javel comme produit de désinfection des matériels d'injection.

Ce dispositif de RDR, qui n'a jamais été remis en cause, présente néanmoins de nombreuses difficultés. Il pâtit tout d'abord des insuffisances de coordination au sein du système de soins. Les différentes évaluations menées dans les lieux de détention depuis 2001 pointent des lacunes dans la prise en charge des usagers de drogues : la réalité de la toxicomanie est mal perçue par l'administration, la coordination des intervenants est limitée et le partage des rôles entre les UCSA et les SMPR demeure flou^{39,40}. Conséquence en partie de l'inégale prise en charge, le traitement de la dépendance reste très disparate⁴¹ et continue de se heurter à l'opposition de certains acteurs, notamment dans les établissements où aucun centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST) n'intervient⁴². L'encouragement du recours à la méthadone par les pouvoirs publics depuis 2002⁴³ facilite pourtant la primo-prescription au sein du milieu carcéral français mais n'élimine pas les refus de prescription qui ont été constatés en 2006 dans plusieurs établissements⁴⁴. Le Comité consultatif national d'éthique a souligné combien la disparité des offres de substitution peut se révéler extrêmement dommageable pour les détenus⁴⁵. Par ailleurs, il faut rappeler que les TSO, s'ils doivent être systématiquement proposés, ne présentent pas de garanties suffisantes au regard de la RDR. Aussi, plusieurs évaluations de programmes de RDR prônent une combinaison de mesures de réduction des risques, des TSO aux PES⁴⁶.

L'usage de l'eau de Javel présente également des difficultés. Les évaluations témoignent d'une distribution relativement satisfaisante de l'eau de Javel et d'une diffusion large des informations sur les motifs de RDR⁴⁷. En revanche, les informations relatives à la RDR ne semblent pas toujours correctement intégrées par les personnes détenues ni par le personnel pénitentiaire. De plus, de l'eau de Javel domestique titrée à 9° peut être distribuée en lieu et place de la Javel à 12°. En outre, la probabilité d'une désinfection efficace n'est pas garantie. La consommation de drogue étant interdite, l'injection et donc la désinfection du matériel est réalisée rapidement alors que le temps consacré doit être conséquent. Enfin, même correctement utilisée, l'eau de Javel ne permet pas d'éliminer avec certitude le VHC. Les organisations internationales recommandent pour les établissements pénitentiaires la distribution de matériel d'injection à usage unique, les programmes de distribution d'eau de Javel ne pouvant être considérés que comme une stratégie de second plan⁴⁸.

Les pouvoirs publics n'envisagent pourtant pas d'alternative à la distribution de Javel. Le dernier plan national de lutte contre les hépatites 2009-2012⁴⁹ définit un cadre d'intervention pour le milieu carcéral qui se limite au renfort

³⁸ Gentilini M, *Infection à VIH, hépatites, toxicomanies dans les établissements pénitentiaires et état d'avancement de l'application de la loi du 18 janvier 1994, Rapport au Garde des Sceaux et au Secrétaire d'Etat à la Santé*, Tome 1, p. 79, 1996
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/974008900/0000.pdf>

³⁹ Inspection générale des services judiciaires, Inspection générale des affaires sociales, *L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation*, juin 2001, p. 5. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000176/0000.pdf>

⁴⁰ Voir également l'enquête menée sur 157 sites, Obradovic I, *Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive*, OFDT, 2004, p. 45
<http://www.psy-desir.com/leg/IMG/pdf/drogue-prison.pdf>

⁴¹ *La France face à ses prisons*. Rapport fait au nom de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises, *op. cit.* ; Pradier P, *La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000. Evaluation et perspectives*, 1999.

⁴² Obradovic I, *Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, op.cit.*

⁴³ Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002.

⁴⁴ Onze établissements évalués ne délivrent pas de TSO. Obradovic I, Canarelli T, *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 primo-prescription de méthadone par les médecins exerçant en établissements de santé*, OFDT, février 2008.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxio04.pdf>

⁴⁵ Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *La santé et la médecine en prison*, Avis n° 94, novembre 2006, p. 32 <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis094.pdf>

⁴⁶ Darke S, Kaye S, Finlay-Jones R, « Drug use and injection risktaking among prison methadone maintenance patients », *Addiction*, 93 (8), 1998, 1169 - 1175.

⁴⁷ Voir par exemple DRASS Ile-de-France, *VIH/IST/hépatites en milieu carcéral en Ile-de-France. Etat des lieux et propositions*, septembre 2007
http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/Etat_des_lieux_carceral_definitifseptembre2007_-_Version_compressée.pdf

⁴⁸ OMS, ONUDC et ONUSIDA, *Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies*, 2007
http://www.who.int/hiv/idu/oms_%20ea_nsp_df.pdf

⁴⁹ Comité stratégique du plan national hépatites virales, Plan national de lutte contre les hépatites B et C, 2009-2012, janvier 2009, p. 17.
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_hepatites_2009_2012.pdf

de l'incitation au dépistage des hépatites des entrants et à l'évaluation de la note Santé/Justice de 2001. Le Plan de prise en charge et prévention des addictions 2007-2011⁵⁰ n'a pas prévu d'action spécifique en direction du milieu carcéral. Le refus de l'installation de PES dans les centres de détention est constant depuis 1997. En 2000 les pouvoirs publics, qui souhaitent attendre que les mesures de RDR existantes soient pleinement acceptées, invoquent le cadre juridique qui prohibe l'usage de produits stupéfiants et les risques de constitution de réseaux d'échange de seringues et de reprise de l'injection⁵¹. La position française, qui depuis n'a pas été significativement réexaminée⁵², ne s'appuie sur aucune des données internationales disponibles qui contredisent ses fondements.

LES BENEFICES DES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES LARGEMENT RECONNUS

A l'étranger, les expériences sont menées au sein des lieux de détention dans une douzaine de pays d'Europe et d'Asie centrale dont la Suisse, l'Espagne et l'Allemagne⁵³. Ainsi en 2006, on compte une cinquantaine d'établissements pénitentiaires dotés de programmes suivant des modalités très diverses mais avec un objectif partagé de réduction des risques de transmission des maladies infectieuses. Comme en milieu libre, la délivrance de seringues stériles est garantie contre le retour d'une seringue usagée. Mais, officiellement, l'usage et le trafic de drogues classées sur la liste des produits stupéfiants restent interdits. Le personnel pénitentiaire a donc pour mandat de confisquer l'ensemble des produits prohibés ainsi que le matériel d'injection, sauf si celui-ci a été délivré dans le cadre du programme. Les PES ne visent donc pas à encourager l'usage de drogues au sein des centres de détention mais à protéger la santé des personnes incarcérées qui sont placées sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire. La mise en œuvre des PES résulte du constat de la circulation de drogue dans les établissements pénitentiaires malgré la pénalisation de son trafic et dans certains cas de son usage.

Les PES sont mis en place dans des pays pourvus de systèmes carcéraux variés tel qu'en Suisse, en Allemagne, en Espagne, en Moldavie, au Kirghizstan, en Biélorussie, en Arménie, au Luxembourg ou en Iran. Les premiers programmes débutent en 1992 et en 1994 dans deux établissements pénitentiaires suisses à l'initiative du corps médical et en concertation étroite avec les autorités des cantons⁵⁴. Après la Suisse, les PES se développeront en Allemagne (1996) et en Espagne (1997). La distribution des seringues se fait soit par le biais de distributeurs automatiques, soit par le personnel soignant épaulé par une ONG. Au vu de son succès, l'expérience a été étendue à de nouvelles prisons dans chaque pays, surtout en Espagne où les PES ont été généralisés à l'ensemble du territoire en 2001⁵⁵. Le partage du matériel d'injection est traditionnellement très élevé en Espagne⁵⁶ et la mise en œuvre ancienne de la RDR, notamment par l'introduction en 1992 dans les prisons d'un programme d'entretien à la méthadone⁵⁷ peut expliquer en grande partie la généralisation des PES dans les établissements pénitentiaires.

Les études confirment que les programmes menés en milieu carcéral contribuent à la réduction des risques. En effet, il est observé en premier lieu que les PES participent à limiter le partage de seringues⁵⁸ et à contenir la transmission du VIH et du VHC. Un examen des résultats d'évaluation des PES réalisé dans onze établissements pénitentiaires de la Suisse, de l'Espagne et de l'Allemagne montre que les programmes menés en parallèle avec les autres dispositifs de RDR (TSO, *counselling*)⁵⁹ ont réduit fortement le partage de seringues dans sept établissements

⁵⁰ Commission addiction, *Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011*, novembre 2006. http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf

⁵¹ Mission Santé-Justice, *op.cit.*

⁵² Réponse du Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative publiée dans le JO Sénat du 28/08/2008, p. 1738.

⁵³ OMS, ONUDC et ONUSIDA, *Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies*, *op.cit.*, p. 12.

⁵⁴ Harding N, « Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism », *Lancet*, 1995, 346:1507; Nelles J, Dobler-Mikola K, Kaufmann B, « Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün », in Nelles J, Fuhrer A (eds), *Harm Reduction in Prison*, Berne, Peter Lang, 1997, p. 239-262.

⁵⁵ 38 établissements pénitentiaires sur les 69 que compte le pays ont initié des PES en 2006, OMS, ONUDC et ONUSIDA, *Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies*, *op.cit.*, p. 25.

⁵⁶ Sur l'expérience espagnole Ramirez-Jonville A, « La politique de Réduction des risques en France et en Espagne », *Le Courrier des addictions* (7), n° 2, avril-juin 2005.

⁵⁷ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio Del Interior, Plan Nacional Sobre Drogas: Memoria 2000, Madrid, Ministerio Del Interior, 2001, p.58.

⁵⁸ A Hindelbank en Suisse, l'évaluation a permis de constater que le partage de seringues avait disparu depuis l'amorce du projet. Au début, 8 des 19 femmes qui s'injectaient des drogues ont déclaré avoir partagé des seringues en prison au cours du mois précédent le programme. A la fin de la phase pilote de 12 mois, une seule détenue (incarcérée juste avant l'entrevue) a déclaré avoir partagé une seringue. Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP, Harding TW, « Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? », *British Medical Journal*, 1998.

⁵⁹ Stöver H, « Evaluations positives de projets pilotes d'échange de seringues en prison », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000 5(2/3) p.68 <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=826>

sur onze⁶⁰ et ont contribué à la baisse de la prévalence du VIH et du VHC dans deux établissements sur les cinq ayant procédé à des tests sanguins⁶¹. Dans les trois autres établissements au sein desquels la prévalence a pu être établie, le taux d'infection est resté stable. Par exemple en Allemagne où le nombre de détenus déclarant partager des seringues est passé de 54 avant le programme à 4 durant les quatre premiers mois du programme⁶², il n'y a pas eu de nouveaux cas d'infection au VIH et seuls quatre nouveaux cas d'infection au VHC ont été relevés. En l'espèce, une des séroconversions est due avec certitude au partage de matériels d'injection annexes⁶³ qui reste un problème constant et sur lequel les PES n'ont pas d'effet réducteur comme signalé en Espagne⁶⁴. En outre, les PES ne contribuent pas à l'augmentation de l'usage de drogues et de substances psychoactives injectables. L'étude précitée montre que la disponibilité de seringues stériles n'accroît pas l'injection parmi les détenus⁶⁵. Bien plus, les PES facilitent l'initialisation de TSO comme cela a été constaté en Espagne. En dehors de la réduction de la transmission du VIH, les bénéfices sur la santé des personnes incarcérées sont également avérés. L'instauration des PES entraîne la disparition du nombre d'abcès et le déclin des surdoses d'héroïne comme cela a été constaté dans les deux prisons pilotes Suisses⁶⁶. En outre, les PES bénéficient également à la collectivité en raison de leur coût qui, étendu à l'ensemble des UDI à l'échelle d'un Etat, demeure largement inférieur au coût estimé des soins dispensés aux personnes séropositives au VIH contaminées à la suite d'un partage du matériel d'injection⁶⁷.

En second lieu, les PES peuvent garantir un surcroît de sécurité dans les établissements pénitentiaires, y compris pour le personnel pénitentiaire. Dans le cadre de l'ensemble des programmes initiés au sein de la cinquantaine de prisons, aucun cas d'usage de seringue comme arme par destination n'a été rapporté. En outre, le risque de blessure lié aux seringues présentes dans les centres de détention apparaît très faible⁶⁸. Les seringues sont, soit retournées dans le cadre des programmes⁶⁹, soit conservées dans un endroit précis, le plus souvent dans une trousse délivrée par le PES, évitant ainsi des piqûres accidentelles parfois subies par le personnel surveillant lors des fouilles de cellules⁷⁰. Ces derniers peuvent contrôler la délivrance, le stockage et l'échange des seringues. Ils en connaissent le nombre en circulation et les détenus qui y ont accès. Les PES font donc l'objet d'une forte acceptation non seulement de la part des détenus qui manifestent un taux de respect des règlements très important, notamment en Allemagne⁷¹, mais également du personnel pénitentiaire. En dépit d'une défiance lors de l'initialisation de l'expérience, ceux-ci ont pleinement adhéré au projet les années suivantes⁷² allant même jusqu'à militer pour son retour quand celui-ci fut supprimé⁷³.

⁶⁰ Stöver H, Nelles J, « Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons », *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14(5/6), p. 442.

⁶¹ Lines R, Jürgens 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, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006, p.54.
<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1171>

⁶² Dolan K, Rutter S, Wodak AD. Prison-based syringe exchange programmes: A review of international research and development. *Addiction*. 2003, p. 27. [http://ndarc.med.unsw.edu.au/NDARCWeb.nsf/resources/TR_19/\\$file/TR.112.PDF](http://ndarc.med.unsw.edu.au/NDARCWeb.nsf/resources/TR_19/$file/TR.112.PDF)

⁶³ Stark K et al. (2005). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiol Infect*, Dec 22; 1-6.

⁶⁴ Miguel Garcia Villanueva, responsable du service médical du centre pénitentiaire de Pamplune, Prévention du sida, des hépatites et des IST en prison: état des lieux et perspectives, 46e rencontre du CRIPS, septembre 2002. Sur les instructions du Gouvernement espagnol visant à encourager l'absence de partage de matériel annexe, Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, Needle Exchange in Prison Framework Program, Madrid, Ministerio Del Interior/Ministerio De Sanidad y Consumo, 2002, p.10.
http://www.ahrn.net/library_upload/uploadfile/file3315.pdf

⁶⁵ *Id.*

⁶⁶ Les raisons de la diminution des surdoses sont doubles. D'une part les usagers de drogues s'injectent une plus petite quantité de drogue alors qu'en l'absence de PES, en raison de l'accès limité aux seringues, la dose injectée est plus forte. D'autre part l'instauration des PES change la nature du *counselling* et facilite l'échange entre le personnel soignant et les UDI. Les messages de prévention sur les pratiques à risque et les surdoses sont ainsi mieux reçus. Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'échange de seringues en prison : leçon d'un examen complet des données et expériences internationales*, *op. cit.*, p. 55.

⁶⁷ Holtgrave D, Pinkerton S, Jones T, Lurie P, Vlahov D, « Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 1998, 18(Suppl 1) : S133-138.

⁶⁸ *Ibidem*, p. 50.

⁶⁹ Dans les deux prisons pilotes suisses, le taux de retour approche 99% : Stöver H, Nelles J, « Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons », *op. cit.*

⁷⁰ Entretien personnel avec P. Fäh, directeur de la prison d'Oberschöngrün, le 1er mars 1996, cité dans R. Jürgens, « Échange de seringues en prison : un survol », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(4) : 1, 38-40.

⁷¹ Stöver H, « Evaluations positives de projets pilotes d'échange de seringues en prison », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000 5(2/3) :65-69.

⁷² Nelles J, Fuhrer A, Vincenz I, Prevention of drug use and infectious diseases in the Realta Cantonal Men's Prison: Summary of the evaluation, Berne, University Psychiatric Services, 1999.

⁷³ L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales, cf. *supra* p.33.

Les organisations internationales dans leur ensemble recommandent expressément que des « aiguilles et seringues stériles et du matériel de tatouage stérile » soient accessibles aux détenus « de manière confidentielle et non discriminatoire »^{74,75}, et indiquent que « la provision de seringues et d'aiguilles stériles » fait partie de la gamme des services nécessaires aux personnes en prison et dans des milieux semblables⁷⁶. Ces recommandations n'ont été que très partiellement suivies, malgré la satisfaction donnée par les premiers programmes pilotes de PES en milieu carcéral. Au niveau européen, dès 1993, le comité des ministres, dans sa recommandation N° R (93) 6, a encouragé les Etats à « mettre en place et à développer des programmes d'éducation pour la santé afin de minimiser les risques et notamment d'y inclure des informations sur la nécessité de désinfecter le matériel d'injection ou d'avoir recours à du matériel à l'usage unique⁷⁷ ».

Considérant l'ensemble de ces éléments, le Conseil national du sida recommande la mise en œuvre de PES en milieu carcéral.

⁷⁴ Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et ONUSIDA, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales, version consolidée*, UN Doc. HR/PUB/06/9, 2006, Directive 4, par. 21(e).

⁷⁵ ONUDC, OMS et ONUSIDA, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*, 2006, p. 10.

⁷⁶ OMS, *Priority Interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector*, août 2008, p. 25. www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web.pdf.

⁷⁷ Comité des ministres aux états membres, Recommandation N° R (93) 6 relative aux aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA, et les problèmes connexes de santé en prison (adopté le 18 octobre 1993) I-B (18).