



Évaluation des comportements à risque de transmission virale parmi les personnes détenues de la maison d'arrêt de Brest, en 2014

Pierre Le Grand

► **To cite this version:**

Pierre Le Grand. Évaluation des comportements à risque de transmission virale parmi les personnes détenues de la maison d'arrêt de Brest, en 2014. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. <dumas-01214768>

HAL Id: dumas-01214768

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01214768>

Submitted on 13 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

Année 2015 N°

THÈSE DE
DOCTORAT en MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

Par

Mr LE GRAND Pierre

Né le 04 octobre 1986, à LANNION

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 6 mai 2015

Titre de la thèse : « **Évaluation des comportements à risque de transmission virale
parmi les personnes détenues de la maison d'arrêt de Brest, en 2014** »

Président Monsieur le Professeur LEROYER Christophe (directeur de Thèse)

Membres du Jury Monsieur le Docteur DE SAINT MARTIN Luc

Madame le Docteur LE BERRE Rozenn

Monsieur le Professeur NOUSBAUM Jean-Baptiste

Monsieur le Docteur QUINTRIC Yann (co-directeur)

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous ceux qui m'ont soutenu pendant la rédaction de cette thèse et tous ceux qui ont contribué à sa réalisation.

Merci aux membres du jury d'avoir accepté de participer à cette thèse.

Trugarekaat a ran an holl re o deus skoazellet ac'hanon da skrivañ ma dezenn gant o sikour hag o alioù fur a-benn kas al labour betek penn.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	3
TABLE DES MATIÈRES.....	4
AUTORISATION D'IMPRIMER.....	7
RÉSUMÉ.....	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	12
1.Contexte Carcéral.....	12
1.1.Surpopulation.....	12
1.2.Conditions de détention pathogènes.....	13
2.Organisation des soins en détention.....	14
2.1.Création des UCSA en 1994.....	14
2.2.Organisation de l'Unité Sanitaire brestoise.....	14
3.Principales études.....	15
3.1.Enquête PREVACAR, 2010.....	15
3.2.Inventaire ANRS-PRI2DE, 2009.....	16
3.3.Enquêtes ANRS-COQUELICOT, 2004 et 2011.....	16
3.4.Autres études.....	16
4.Caractéristiques démographiques, sociales et médicales de la population incarcérée.....	17
4.1.Caractéristiques démographiques.....	17
4.2.Caractéristiques sociales.....	17
4.3.Caractéristiques médicales.....	17
5.Consommation de drogue.....	18
5.1.Données générales.....	18
5.2.Une population consommatrice.....	20
5.3.Consommation en détention.....	21
6.Risque de transmission virale.....	22
6.1.Mode de consommation de drogue.....	22
6.2.Autres comportements à risque.....	24
7.Prévalences des maladies infectieuses.....	24
7.1.En population générale.....	24

7.2.Prévalence en détention.....	26
7.3.Prévalence parmi les usagers de drogues.....	27
8.Prise en charge en détention.....	31
8.1.Prise en charge de l'addiction.....	31
8.2.Prise en charge des pathologies infectieuses.....	31
9.Réduction des risques.....	32
9.1.Philosophie de la Réduction des Risques (RDR).....	32
9.2.Répression.....	34
9.3.Éducation pour la santé.....	34
9.4.Dépistage.....	35
9.5.Vaccination contre l'hépatite B.....	38
9.6.Traitement post-exposition pour le VIH.....	39
9.7.Préservatifs.....	39
9.8.Eau de Javel.....	40
9.9.Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO).....	41
9.10.Programmes d'Échange de Seringues (PES).....	44
9.11.Autres moyens de RdR.....	46
10.Considérations juridiques et éthiques.....	46
11.Question posée.....	47
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	48
RÉSULTATS.....	50
1.Description de la population participante.....	50
2.Consommation de drogue.....	52
2.1.Produits consommés.....	52
2.2.Mode de consommation.....	55
3.Dépistage VIH et hépatites B et C.....	56
4.Avis concernant les kits d'injection et de sniff.....	57
5.Suivi et traitements.....	58
6.Connaissance et usage des moyens de RDR.....	59
7.Tatouage et piercing.....	62
8.Désinfection du matériel.....	63
9.Rapports sexuels et préservatifs.....	63
10.Vaccination contre l'hépatite B.....	64
DISCUSSION.....	65

1.Limites de l'enquête.....	65
2.Caractéristiques de la population participante.....	66
2.1.Consommation de drogues.....	66
2.2.Prévalence maladies virales.....	70
3.Comportements à risque de transmission virale.....	70
3.1.Comportements à risque lors d'usage de drogue.....	70
3.2.Autres comportements à risque.....	73
4.Moyens de RDR.....	75
4.1.Répression.....	75
4.2.Education pour la santé.....	75
4.3.Dépistage.....	75
4.4.Vaccination contre l'hépatite B.....	76
4.5.TPE pour le VIH.....	76
4.6.Préservatifs.....	77
4.7.Eau de Javel.....	77
4.8.TSO.....	78
4.9.PES et kits sniff.....	79
4.10.Autres moyens de RDR.....	80
5.Organisation des soins.....	80
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	86
ANNEXES.....	90
1. Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête.....	90
2. Annexe 2 : Affiche.....	95
3. Annexe 3 : Tableaux.....	96

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par Monsieur le Professeur LEROYER Christophe

Titre de la thèse : **Évaluation des comportements à risque de transmission virale
parmi les personnes détenues de la maison d'arrêt de Brest, en 2014.**

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

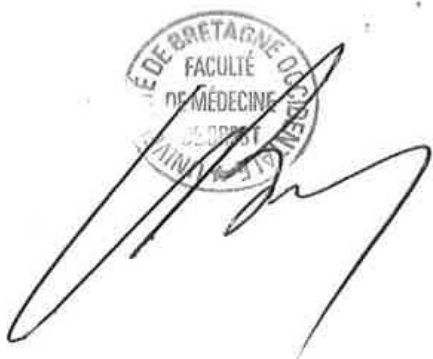
En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à

Monsieur LE GRAND Pierre.

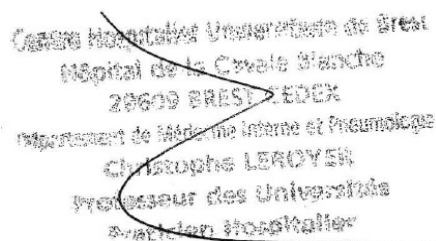
Fait à BREST, le 01-04-2015

Visa du Doyen de la faculté
A BREST, le 2 avril 2015
Le Doyen,
Professeur C. BERTHOU

Le Président du Jury de Thèse,
Professeur C. LEROYER



A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to C. Berthou, is written over a circular official stamp of the Faculty of Medicine and Health Sciences of the University of Brittany.



A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to C. Leroyer, is written over a rectangular official stamp. The stamp contains the following text: "Centre Hospitalier Universitaire de Brest", "Hôpital de la Croix Blanche", "29609 BREST CEDEX", "Département de Médecine Interne et Pneumologie", "Christophe LEROYER", "Professeur des Universités", and "Praticien Hospitalier".

RÉSUMÉ

NOM & PRENOM : LE GRAND Pierre

MOTS CLES : Réduction des risques, VIH/SIDA, Hépatites, Prison, Drogue, Tatouage.

Titre de la Thèse : Évaluation des comportements à risque de transmission virale parmi les personnes détenues de la maison d'arrêt de Brest, en 2014.

Résumé de Thèse :

Après avoir rappelé les problématiques liées à la transmission virale (VIH, hépatites B et C) et à la réduction des risques dans le contexte carcéral, l'auteur évalue la situation au sein de la maison d'arrêt de Brest.

En mars 2014, une étude quantitative a été réalisée auprès d'un échantillon randomisé. Un questionnaire abordant les conduites à risque de transmission virale et les mesures de réduction de ces risques était complété lors d'un entretien en face-à-face.

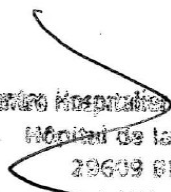
Parmi les 62 participants, 41,9% consommaient au moins une drogue en détention. Sept personnes avaient recours au sniff, une seule à la voie intraveineuse. Le tatouage en détention concernait 21% des participants, les rapports sexuels 16,1%. Les données recueillies montrent des pratiques à risques (partage de matériel, etc.) et des moyens de réduction des risques insuffisants (absence d'accès à du matériel stérile, accès à l'eau de javel et aux préservatifs insuffisants,...).

L'auteur conclut en discutant les différentes mesures pouvant être mises en oeuvre ou améliorées.

Nom et signature du DIRECTEUR de THESE

Professeur C. LEROYER

Visa de la Bibliothèque universitaire


Centre Hospitalier Universitaire de Brest
Hôpital de la Cavale Blanche
29609 BREST CEDEX
Département de Médecine Interne et Pneumologie
Christophe LEROYER
Professeur des Universités
Médecin Hospitalier

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AME : Aide Médicale d' État

AMI : Actes Médico-Infirmiers

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARN : Acide RiboNucléique

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques auprès des Usagers de Drogues

CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDDIST : Centre d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes

DGS : Direction Générale de la Santé

DREES : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques

ETP : Équivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IDE : Infirmier-ère Diplômé-e d'État

ILS : Infraction à la Législation sur les Stupéfiants

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PES : Programme d'Échange de Seringues

RDR : Réduction Des Risques

RS : Rapports Sexuels

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

TPE : Traitement Post-Exposition

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (ancien terme remplacé par Unité Sanitaire)

UD : Usagers de Drogues

UDI : Usagers de Drogues par voie Intraveineuse (ou Usagers de Drogues Injecteurs)

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Inter-régionale

US : Unité Sanitaire (ex-UCSA)

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

INTRODUCTION

1. *Contexte Carcéral*

1.1. **Surpopulation**

Les établissements pénitentiaires sont classés en trois grandes catégories : les maisons d'arrêt, les établissements pour peine et les établissements habilités à l'accueil des personnes mineures.

Les maisons d'arrêt sont, en principe, un lieu de détention provisoire. Cependant, les personnes condamnées à l'emprisonnement d'une durée inférieure ou égale à deux ans, celles dont le reliquat de peine est inférieur à un an, ainsi que celles en attente d'affectation dans un établissement pour peine, peuvent, à titre exceptionnel, y être maintenues.

Les maisons centrales, les centres de détention, les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées reçoivent les personnes condamnées définitives à une peine privative de liberté. (1)

La France compte 190 établissements pénitentiaires : 98 maisons d'arrêt, 85 établissements pour peine, 6 établissements pénitentiaires pour mineurs, 1 établissement public de santé national à Fresnes. (2) En 2012, 90 982 personnes ont été placées sous écrou tandis que 87 958 personnes sont sorties de prison. La durée moyenne de détention était de 9,9 mois. (3)

Au mois de mars 2014 (date de l'enquête), on compte 79 521 personnes sous écrou dont 68 420 personnes détenues. Les personnes écrouées non détenues (11 101 personnes) sont pour la plupart sous surveillance électronique.

Parmi les personnes détenues, 71% (48 489 personnes) sont sous condamnation non aménagée, 26% (17 589 personnes) sont des prévenus. Les condamnations en semi-liberté représentent 1920 personnes.

Toutes ces personnes détenues sont réparties entre les 57 552 « places opérationnelles » soit une densité moyenne de 118,9%. Sur 247 établissements ou quartiers, 119 (soit moins de la moitié) ont une densité inférieure à 100%. Huit établissements ou quartiers dépassent une densité de 200%.

L'inter-région de Rennes compte 6 176 personnes détenues, pour une capacité

opérationnelle de 5 325 places, soit une densité de 116% en moyenne. Cette densité varie selon le type d'établissement, de 82,3% pour les établissements pour peine à 141,9% pour les maisons d'arrêt et établissements pour mineurs.

A Brest, la capacité opérationnelle de la maison d'arrêt est de 254 places pour 367 personnes détenues (densité 144,5%). (4)

1.2. Conditions de détention pathogènes

À ce contexte de surpopulation chronique s'ajoutent différents facteurs potentiellement pathogènes : confinement, manque d'hygiène, sédentarité. (5)

« Pour ne donner qu'un exemple, enfermer en maison d'arrêt trois ou quatre personnes dans une cellule de 9m², avec une cuvette de WC non isolée constitue non seulement une atteinte à l'hygiène, mais aussi une agression psychologique majeure, et une atteinte à la dignité humaine des détenus qui sont contraints d'assurer leurs besoins élémentaires sans la moindre intimité. » (6)

Les activités occupationnelles et le travail sont d'accès complexe et limité, réduisant l'accès à des stratégies de diminution du stress. Au cours de l'année 2012, 106 suicides (soit un taux de suicide de 16/10 000⁽¹⁾) et 1 671 tentatives de suicide ont été constatées en détention. On recense 874 mouvements collectifs⁽²⁾, 4 403 agressions contre le personnel, 8 861 agressions entre personnes détenues et 2 homicides. (3) L'usage de drogues et de psychotropes anxiolytiques est un moyen de réduire les tensions et de faire face à la promiscuité et la violence. (7)

La dépendance physique à un produit n'est donc pas le seul motif de poursuite de consommation en milieu carcéral. D'ailleurs, on observe des consommations qui débutent pendant la période de détention. (8)

⁽¹⁾ 10 093 suicides en France en 2012 soit un taux de suicide de 15,8/100 000 avec un taux de 24,2/100 000 pour la population masculine. (9)

⁽²⁾ mutineries

2. Organisation des soins en détention

2.1. Création des UCSA en 1994

« La santé des personnes détenues représente un enjeu de santé publique important. La forte prévalence des conduites addictives, des maladies mentales et des facteurs de risque de maladies transmissibles (hépatites, VIH, tuberculose), métaboliques (obésité, diabète...) ou cancéreuses liées au tabagisme et à l'alcool se conjuguent à des facteurs de vulnérabilité sociale et économique rendant plus complexe l'accès à la prévention et aux soins. » (10)

A la suite de la publication d'un rapport de 1993 du Haut comité de la santé publique, une réforme du système de soins en prison a été entreprise. Depuis la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, « le service public hospitalier assure [...] les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ».

Jusque là, les soins étaient dispensés dans des infirmeries par du personnel soignant dépendant du Ministère de la Justice. Ces services ont été remplacés par des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) dépendantes du Ministère de la Santé, rebaptisées depuis en Unités Sanitaires (US). L'organisation sanitaire est donc indépendante de l'administration pénitentiaire.

Les US ont pour mission d'offrir un accès aux soins et à la prévention dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population (article 46 de la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009, dite loi pénitentiaire). Elles assurent la visite médicale d'entrée, le suivi médical de ces personnes, la mise en oeuvre d'actions de prévention et d'éducation pour la santé, la visite médicale de sortie. Cependant, l'accès à la prévention et à des soins de qualité est limité par le contexte de détention (surpopulation carcérale, etc). (11)

Au 1er janvier 2013, on compte 179 US en milieu pénitentiaire, 8 Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI), un établissement public de santé national à Fresnes et 4 Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). Les UHSI (181 lits au total) sont implantées dans les CHU pour les hospitalisations programmées de plus de 48 heures. La dernière UHSI mise en service est celle de Rennes (novembre 2012). Les UHSA sont implantées en milieu hospitalier et accueillent les hospitalisations psychiatriques. (3)

2.2. Organisation de l'Unité Sanitaire brestoise

A la maison d'arrêt de Brest, l'Unité Sanitaire, coordonnée par Dr E. GRAVRAND, est rattachée au Département de Médecine Interne et Pneumologie du CHRU de Brest-Carhaix.

Les données chiffrées qui suivent sont issues du rapport d'activité concernant l'année 2013.

Les médecins généralistes ont assuré 3149 consultations, les psychiatres 1195 consultations et les psychologues 1325 consultations. En addictologie, les médecins ont réalisé 671 consultations (concernant 145 personnes), les psychologues 287 consultations (55 personnes). Certains spécialistes assurent des vacations à la maison d'arrêt (37 consultations de pneumologie, 82 de dermatologie). Le service dispose d'une demi-journée par semaine de vacation en radiologie. Des soins dentaires et de kinésithérapie étaient également proposés.

Les demandes de consultation se font par écrit puis sont triées par les IDE selon l'urgence, le motif et souvent, après évaluation lors de consultations infirmières. L'équipe IDE a réalisé 2 581 actes AMI et 14 370 actes hors AMI.

En 2013, 549 extractions pour consultation ont été réalisées (pour 946 demandes de consultations spécialisées) et 108 ont été effectuées vers les urgences. Lors de l'extraction pour transfert aux urgences des détenus, la consultation spécialisée prévue pour un autre détenu au même moment est automatiquement annulée du fait d'un manque d'escorte. En effet, seulement 4 extractions par jour sont réalisables. Ce facteur limitant explique en partie le délai moyen d'attente de 82 jours entre la demande de consultation et le rendez-vous.

3. Principales études

Les données sur la santé ou les comportements à risque en milieu pénitentiaire sont peu nombreuses, anciennes ou à portée locale. Quelques études seulement présentent un intérêt majeur et sont considérées comme références sur le sujet. Nous vous présentons ci-dessous ces études sur lesquelles nous nous appuyons par la suite.

3.1. Enquête PREVACAR, 2010

Cette enquête, mise en œuvre par la DGS et l'InVS, constitue la première enquête de prévalence et d'offre de soins sur l'infection à VIH et les hépatites, réalisée en milieu carcéral en France. Ses objectifs principaux étaient d'estimer la prévalence de l'infection par le VIH, de l'hépatite C et du Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) et de recueillir des données relatives à l'offre de soins dans ces trois champs. (10)

L'enquête a été constituée en 2 volets. Le volet « prévalence » (VIH, VHC, TSO) est une étude transversale « un jour donné » basée sur une stratégie d'échantillonnage avec analyse des dossiers médicaux. (12) (13) Le volet « offre de soins » s'appuie sur un questionnaire adressé au responsable de toutes les UCSA en juin 2010. Quatre-vingt-six pour cent des établissements ont

participé à l'enquête, couvrant 92% de la population incarcérée. (11)

3.2. Inventaire ANRS-PRI2DE, 2009

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'observance, dans les prisons françaises, des mesures de prévention des risques infectieux recommandées et, ainsi, d'estimer indirectement l'importance du risque infectieux dans ces établissements. (14)

Un auto-questionnaire a été adressé à tous les responsables d'unités médicales des prisons françaises en novembre 2009. Ce questionnaire portait sur la disponibilité et l'accessibilité des différentes mesures de réduction des risques infectieux préconisées, ainsi que leur connaissance présumée par les détenus mais aussi par les équipes de soins. Soixante-six pour cent des établissements ont répondu au questionnaire, couvrant 74% de la population incarcérée au moment de l'enquête.

3.3. Enquêtes ANRS-COQUELICOT, 2004 et 2011

Cette enquête, réalisée une première fois en 2004 et renouvelée en 2011, se déroule en milieu ouvert et a été mise en place par l'InVS. Les objectifs étaient de décrire les profils et les pratiques des Usagers de Drogues (UD), d'estimer la séroprévalence du VIH et du VHC, et d'évaluer la politique de Réduction Des Risques (RDR). (15) C'est la première enquête française réalisée à partir d'un échantillon aléatoire d'UD avec un recueil de prélèvements biologiques. L'enquête multivilles incluait des UD volontaires ayant injecté et/ou sniffé au moins une fois dans leur vie. En 2004, 1 462 UD ont participé et 1 568 en 2011. (16) (15)

3.4. Autres études

Les trois études citées constituent les principales références. On peut citer une étude de 2003, menée par la DREES, reprenant une enquête de 1997. Cette étude porte sur la santé des entrants en prison et analyse les données recueillies lors de la visite médicale d'entrée. (17)

On peut également citer une enquête réalisée en 2011 au Centre Pénitentiaire de Liancourt. A travers un questionnaire remis à chaque personne détenue, les auteurs ont cherché à décrire la consommation de drogues illicites, les modalités de consommation, le profil des consommateurs et l'opinion des personnes détenues concernant la mise à disposition de kits à sniff et les Programmes d'Échanges de Seringues (PES) en détention. (7)

Enfin nous citons une revue de la littérature publiée par l'InVS en 2014 concernant « l'état des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger ». (18)

4. Caractéristiques démographiques, sociales et médicales de la population incarcérée

4.1. Caractéristiques démographiques

La population incarcérée est essentiellement masculine. Au niveau national, on compte 2209 femmes au 1er mars 2014 soit un taux de féminité de 3,2% (5,4% dans l'inter-région de Rennes). (4)

Au 1er avril 2014, les mineurs, les 18-30 ans et les plus de 30 ans représentent respectivement : 0,9%, 44,6% et 54,4% de la population écrouée. L'âge médian est de 31,7 ans. (19) Au 1er janvier 2013, 22,5% des personnes détenues (soit 13 563 personnes) étaient condamnées à des peines de 5 ans et plus (à perpétuité pour 483 personnes). (3)

Progressivement, on observe un vieillissement de la population carcérale ainsi qu'un allongement des peines pouvant se traduire par un nombre croissant de pathologies chroniques à traiter et à prendre en charge en milieu pénitentiaire. (5)

4.2. Caractéristiques sociales

La population carcérale est socialement vulnérable. On observe une surreprésentation des catégories sociales défavorisées, un risque de revenu peu élevé, de logement précaire. (5)

L'enquête DREES de 2003 montrent que près d'une personne sur cinq entrant en prison déclare ne pas avoir de domicile stable, que les entrants sans protection sociale ou bénéficiant de la CMU et de l'AME sont nettement plus nombreux qu'en population générale. Le recours au système de soins est moins important qu'en population générale. (17)

En 2014, le taux d'illettrisme déclaré est de 1,5% et 7,2% des détenus ont un niveau d'instruction primaire. (19) En 2012, une enquête réalisée auprès de 52 004 personnes détenues montre que 47,9% d'entre eux sont sans diplôme ; 79,9% ne dépassent pas le niveau CAP ; 26,7% échouent au bilan de lecture proposé. (3)

4.3. Caractéristiques médicales

Les données sur la santé des personnes détenues sont relativement peu nombreuses. Dans une récente revue de la littérature internationale (18), l'InVS retient pour références françaises concernant les connaissances épidémiologiques, quatre études réalisées à l'échelle nationale :

- l'enquête « HID-prison » réalisée en 2001 par l'Institut national d'études démographiques pour déterminer la prévalence du handicap, des incapacités et des

déficiences en milieu carcéral (20)

- l'enquête sur la santé des personnes entrant en détention (DREES, 2003) (17)
- l'enquête « Cemka-Eval » réalisée en 2004 par Falissard, et al. pour déterminer la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral (21)
- et l'enquête « Prévacar » mise en oeuvre en 2010. (11)

Lors de l'enquête de 2003, 80% des entrants sont jugés en bon état de santé général. Cependant les médecins préconisent des soins bucco-dentaires pour plus de la moitié des arrivants, une consultation avec un psychiatre, un alcoologue ou un addictologue pour plus d'un entrant sur deux. (17) Le handicap est plus fréquent en détention qu'en population générale (22,7% d'incapacité physique contre 8,1%). (20) Les personnes incarcérées présentent un état de santé fragilisé en raison d'un faible accès et recours aux soins, d'une prévalence importante des comportements à risque et des troubles mentaux. (5)

La prévalence estimée des troubles psychiatriques est de 16% dans les antécédents de la population carcérale et de 27,4% en cours de détention (12,1% de troubles psychotiques, 3,8% de schizophrénie, 17,9% de syndrome dépressif majeur, 21,2% de troubles anxieux, 12,0% d'anxiété généralisée, 9,7% de stress post-traumatique). (18) (21) Dans les 12 mois précédant l'incarcération, 5,9% des entrants ont fait une tentative de suicide. Les entrants déclarent un traitement par anxiolytiques ou hypnotiques, par antidépresseurs, ou par neuroleptiques, respectivement pour 12%, 5,1% et 4,5% d'entre eux. (17)

5. Consommation de drogue

5.1. Données générales

Drogues licites

En 2010, en France, parmi les 11-75 ans (environ 49 millions de personnes), environ 44,4 millions de personnes ont expérimenté l'alcool (5 millions d'usagers quotidiens). L'usage quotidien d'alcool représentent 12% des adultes (18% des hommes). La survenue d'une ivresse au cours de l'année concerne 19% des adultes (27% des hommes). Les ivresses régulières (au moins dix fois dans l'année) représentent 3% des adultes. (22) Dans le dernier mois, 28% des UD ont consommé quotidiennement de l'alcool (moyenne de 15 verres par jour). (15)

En 2010, environ 35,5 millions de personnes ont expérimenté le tabac (dont 15,8 millions d'usagers au cours de l'année, 13,4 millions d'usagers quotidiens). L'usage quotidien concerne

30% des 18-75 ans (33% des hommes) et diminue nettement avec l'âge. Soixante-neuf pour cent des fumeurs quotidiens déclarent fumer au moins dix cigarettes par jour. (22) La grande majorité des UD fument quotidiennement du tabac (87%). (15)

« Le tabagisme était considéré comme responsable d'environ 60 000 décès pour l'année 2000, soit plus d'un décès sur neuf. Le nombre de décès attribuables à l'alcool en France a été estimé à environ 30 000 en 2007. » (23)

Drogues illicites

En ce qui concerne les drogues illicites, parmi les 11-75 ans, les expérimentations concernent 13,4 millions de personnes pour le cannabis (dont 3,8 millions d'usagers au cours de l'année, 550 000 usagers quotidiens), 1,5 million pour la cocaïne, 1,1 million pour l'ecstasy et 500 000 pour l'héroïne. Pour tous les produits, les hommes sont plus consommateurs que les femmes. (22) Parmi les consommateurs fréquentant des services spécialisés en addictologie et ayant participé à l'enquête Coquelicot 2011, les produits consommés dans le dernier mois étaient le crack (33%), la cocaïne (28%), l'héroïne (19%), les amphétamines (4%), l'ecstasy (3%), la kétamine (3%) et le LSD (3%). (15)

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé. En 2010, parmi les 18-64 ans, 33% déclarent en avoir déjà consommé au cours de leur vie (41% des hommes). L'usage au cours des douze derniers mois concerne 8% des 18-64 ans (11% des hommes). L'usage régulier concerne surtout les jeunes générations. Chez les 18-25 ans, 9% des hommes et 4% des femmes sont des usagers réguliers (au moins dix fois au cours des trente derniers jours). (22)

Au deuxième rang des produits illicites les plus consommés, très loin derrière le cannabis se situe la cocaïne. Elle est expérimentée par 3,8% des 18-64 ans, et 0,9% en a consommé au cours de l'année. L'usage au cours de l'année concerne principalement les 18-25 ans (2,5%). La disponibilité de la cocaïne et d'autres drogues de synthèse stimulantes (ecstasy, amphétamines...) s'est développée en France depuis le début des années 1990. On observe actuellement la démocratisation de ce produit avec une hausse très nette de sa diffusion. La forme base de la cocaïne, c'est-à-dire le crack, a également émergé au cours des années 1990. Sa consommation reste très rare et localisée. (22)

L'usage au cours de la vie de champignons hallucinogènes se situe en 2010 à 3,2% des personnes interrogées et l'usage actuel à 0,2%. Les niveaux d'expérimentation pour les substances synthétiques telles que l'ecstasy ou les amphétamines sont respectivement de 2,7% et 1,7%. La prévalence de l'expérimentation de l'héroïne est de 1,2% dans l'ensemble des 18-64 ans

(1,9% chez les hommes). (22)

Parmi les UD injecteurs (UDI), en 2004, les produits les plus fréquemment injectés sont les sulfates de morphine (64%), la cocaïne (37%) et l'héroïne (29%). (16)

« À l'échelle de la population française, les dommages sanitaires liés à la consommation de drogues illicites sont quantitativement moindres que ceux évoqués pour le tabac et l'alcool en raison du caractère marginal de la consommation de drogues illicites par rapport à celle de tabac et d'alcool. » (23)

5.2. Une population consommatrice

Condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS)

Au 1er avril 2014, 14,1% de la population écrouée, soit 8 882 personnes, est condamnée pour une infraction sur les stupéfiants. (19) Ce chiffre est un indicateur mais cela ne signifie pas forcément que ces personnes soient consommatrices de drogues. De même, des personnes incarcérées pour d'autres motifs peuvent être usagères de drogues.

En 2009, près de 160 000 personnes ont été interpellées pour une ILS, principalement pour usage personnel (86%). Le cannabis est en cause dans plus de neuf cas sur dix, devant l'héroïne (5%), la cocaïne (3%) et les autres substances classées comme « stupéfiants ». (24)

Les peines prononcées sont fortement différenciées selon le type d'infraction. L'emprisonnement ferme est la sanction la plus fréquente pour les délits de trafic (import-export), de commerce-transport de stupéfiants et de détention-acquisition. En cas d'usage, l'amende est prononcée dans 41% des cas, suivie par l'emprisonnement avec sursis total (27%), l'emprisonnement ferme ou avec un sursis partiel (16%) et les peines de substitution (15%). La part des peines d'emprisonnement ferme reste relativement stable (2 000 à 3 000 condamnations par an). En 2008, on comptait 1 360 condamnations à une peine d'emprisonnement ferme pour usage seul et 1 750 pour un usage associé à d'autres infractions. (24)

Parcours de l'usager de drogue et détention

L'incarcération est une étape fréquente dans le parcours d'un UD, notamment chez les usagers injecteurs. « Selon les études, la part des usagers de drogues par voie intraveineuse ayant déjà été incarcérés varie entre 56 et 90%. En France, parmi les usagers de drogues faisant l'objet d'une prise en charge spécialisée, la part de ceux qui ont déjà été incarcérés est évaluée entre 43% et 61%. » (8)

L'étude Coquelicot-2011 note un antécédent d'incarcération chez 57% des usagers de drogue. Elle retrouve par ailleurs des caractéristiques démographiques et sociales proches de la population carcérale : population masculine (79%), âgée en moyenne de 39 ans, faible scolarisation, absence d'emploi, logement précaire. (15)

Consommation avant incarcération

Selon un rapport de la commission d'enquête du Sénat publié en 2000, les UD seraient près de 40 000 (58% des entrants) à entrer en prison chaque année, soit dans le cadre d'une inculpation directement liée aux trafics de stupéfiants, soit dans le cadre d'un délit lié à l'usage ou à l'obtention de drogues (vols, etc..). (11)

L'enquête DRESS de 2003 montre des consommations de substances psychoactives plus importantes chez les entrants par rapport à l'ensemble de la population, avec un cumul des consommations pour le quart d'entre eux. Les femmes et les mineurs ont proportionnellement des usages encore plus importants. (17)

5.3. Consommation en détention

L'étude de Liancourt montre une poursuite des consommations en détention. En effet, si 60,1% des répondants consommaient au moins une drogue avant incarcération, 43,6% consomment au moins un drogue durant leur incarcération.

La consommation de tabac reste élevée en détention avec un important tabagisme passif (possibilité de fumer en cellule). La consommation d'alcool, bien qu'interdite en détention depuis 1995, est non négligeable (18,9% des répondants dont 37,5% régulièrement). Le cannabis reste la drogue la plus consommée (38,2% des répondants, avec une consommation quotidienne chez 16,3% des répondants), suivi par l'héroïne (8,1%), la cocaïne (7,1%), le crack (3,7%), les amphétamines et métamphétamines (1,8% et 1,1%) et le LSD (1,8%). Une consommation de médicaments hors prescription est également mise en évidence. (7)

L'étude de Liancourt note une initiation aux drogues lors de l'incarcération (7,6% des répondants). Parmi ceux n'ayant jamais consommé de drogues illicites avant incarcération, 3,2% ont débuté la consommation d'au moins une drogue en prison (cannabis, benzodiazépine sans prescription, héroïne). (7)

Les données de l'étude Liancourt ne peuvent être extrapolées à l'ensemble de la population carcérale française. Mais il existe peu de données récentes sur l'usage des drogues en prison.

6. Risque de transmission virale

6.1. Mode de consommation de drogue

Injection, sniff

L'enquête Coquelicot 2011 a montré que les pratiques d'injection et de sniff étaient fréquentes chez les UD : 65% ont injecté et la quasi-totalité ont sniffé.

L'injection a été pratiquée par 36% des UD dans le dernier mois, surtout chez les plus jeunes (53% chez les moins de 30 ans versus 33% chez les plus de 30 ans). Parmi les injecteurs actifs, les UD les plus jeunes (moins de 30 ans) sont proportionnellement plus nombreux à déclarer injecter au moins une fois par jour (58% versus 42% chez les UD âgés de plus de 30 ans). Dans le dernier mois, 35% des UD ont eu recours au sniff. (15)

En 2004, l'âge moyen est de 20,4 ans lors de la première injection et elle est réalisée par un autre UD dans 83% des cas. L'âge moyen au premier sniff est de 20,1 ans. (16)

En détention, « dans la plupart des pays, une proportion importante de détenus déclare un usage de drogues par voie intraveineuse : entre 10% et 48% chez les hommes et entre 30 et 60% chez les femmes. Parmi ces UDI déclarés en prison, on compte les usagers actuels, qui consommaient des drogues avant l'incarcération et qui poursuivent cette pratique en détention mais aussi ceux qui ont commencé pendant la période de détention ». (8) En France, en 2003, 6,5% des entrants déclarent une utilisation de drogue par voie intraveineuse au moins une fois. Ils sont 2,6% à s'être injecté une drogue au cours des 12 mois précédant l'incarcération. (17) En 2004, lors de l'étude Coquelicot, parmi les UD ayant déjà été incarcérés (61% des participants), 12% déclaraient s'être injectés des drogues illicites en prison. (16) L'étude de Liancourt retrouve 6,3% des répondants qui déclarent sniffer des drogues en détention parmi lesquels certains s'injectent également des drogues en détention. (7)

Ces pratiques, notamment l'injection, peuvent être à risque en elles-mêmes si elles sont pratiquées dans de mauvaises conditions : thromboses veineuses et dégradation du réseau veineux, oedèmes lymphatiques indurés des avant-bras et des mains (« syndrome de Popeye »), overdoses, abcès post-injection, septicémies, endocardites, arthrites, perforation cloison nasale post-sniff..

Lors de l'enquête ANRS-PRI2DE, des soins pour des abcès potentiellement liés à des pratiques d'injection ont été évoqués par 34% des établissements, certains précisant cependant que ces abcès auraient été acquis antérieurement à l'incarcération. Des soins pour épistaxis en

lien avec une pratique de sniff ont été mentionnés dans 9% des établissements. (14)

Partage de matériel

Un risque de transmission virale se surajoute en cas de partage de matériel. Au sein de la population des UD, le VIH et le VHC se transmettent surtout par le partage de seringue. Le VHC est considéré comme dix fois plus transmissible que le VIH. (15)

Le risque de transmission du VIH lié au partage de matériel d'injection chez les UD a été estimé à 0,67 % en cas de partage de seringue et/ou d'aiguille. Le risque est variable selon la charge virale du partenaire de partage. (25)

Au Canada, 30% des nouveaux cas de VIH et de 57 à 63% des cas de VHC diagnostiqués seraient attribuables à l'UDI. (26) « Le virus de l'hépatite C est plus résistant à la dessiccation que le VIH. Plusieurs études ont montré que la transmission du VHC chez les UD était également liée au partage du matériel de préparation (eau, filtre, cuillère) et au fait d'injecter des drogues. » (16) D'où l'importance des programmes de RDR comme les programmes d'échanges de seringues.

En détention, lors de l'enquête Prévacar, le mode de contamination probable par le VHC était l'usage de drogues pour 70% des personnes infectées, inconnu pour 22%, et lié à une transfusion ou un tatouage pour 8%. (12)

Les pratiques de partage de matériel sont relativement fréquentes. En milieu ouvert, l'étude Coquelicot 2004, montre que durant le dernier mois, 13% des UD ont partagé leur seringue, 38% le petit matériel lié à l'injection (coton, cuillère, eau), 25% la paille de sniff, 73% la pipe à crack. Soixante-quatorze pour cent déclarent avoir réutilisé leur seringue. Par ailleurs, 35% des UD ignoraient que le partage du petit matériel est une pratique à risque de transmission du VHC. (16)

En détention, du fait des conditions d'incarcération et des difficultés d'accès à du matériel stérile, on peut supposer que les pratiques de réutilisation et de partage sont plus fréquentes. En 2012, une revue des expériences étrangères à propos de la réduction des risques en milieu pénitentiaire, menée par l'OFDT, confirme que le séjour en prison constitue une période à risque car le partage du matériel d'injection constitue une pratique courante. (8) Lors de l'étude Coquelicot 2004, parmi les UD déclarant avoir eu recours à l'injection en prison, 30% ont partagé la seringue au cours d'une période d'incarcération. (16) Dans le rapport DGS-InVS Prévacar, 18% des équipes des UCSA déclarent avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées au cours des 12 derniers mois, ce qui laisse supposer l'existence de pratiques

d'injection en détention. (11)

6.2. Autres comportements à risque

Si le mode majeur de transmission du VHC est l'usage de drogue par injection avec partage de matériel, le VIH et le VHB se transmettent essentiellement lors de rapports sexuels. Parmi la population détenue, l'enquête Prévacar retrouve un mode de contamination connu dans 34% des cas de séropositivité au VIH. La transmission est liée à des rapports hétérosexuels dans 75% des cas. (12) « La sexualité, difficile à évaluer en prison, y est néanmoins présente. Selon les enquêtes (rares et anciennes), entre 7 et 29% des détenus déclarent des rapports hétérosexuels avec pénétration pendant la détention et moins de 2% déclarent des rapports homosexuels avec pénétration anale. » (8)

La transmission du VIH, du VHB ou du VHC peut également avoir lieu lors de piercing ou de tatouage. En 2003, 24,8% des entrants en détention déclaraient avoir un piercing ou un tatouage. (17) Dans l'enquête ANRS-PRI2DE, 70% des établissements mentionnaient des soins d'infections cutanées consécutives à des tatouages, piercings ou scarifications. (14)

7. Prévalences des maladies infectieuses

7.1. En population générale

Prévalence VIH

En 2009, la prévalence du VIH en population générale était estimée à 0,35%. (12) Selon le rapport Morlat, « on estime que 149 000 (IC 95% : 134 700 – 164 900) personnes vivaient avec le VIH en France en 2010. Parmi elles, 81% étaient diagnostiquées, 74% étaient dans le système de soins, 60% recevaient des antirétroviraux depuis au moins 6 mois et 52% avaient une charge virale contrôlée ». (25)

En 2012, environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité VIH, dont 42% d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 38% d'hétérosexuels nés à l'étranger, 18% d'hétérosexuels nés en France et 1% d'UDI. Soixante-neuf pour cent des découvertes de séropositivité concernaient des hommes, 70% des personnes de 25 à 49 ans.

Parmi ces découvertes de séropositivité VIH, 27% étaient tardives (<200 CD4/mm³ ou stade sida) et 39% précoces (≥500 CD4/mm³ ou primo-infection). Rapporté à la population française, le nombre de découvertes de séropositivité en 2012 était de 97 cas par million d'habitants. Il existe des disparités régionales avec par exemple 227 cas par million d'habitants

en Ile-de-France contre 43 cas par million d'habitants en Bretagne. (27)

Quarante-deux pour cent de ces découvertes de séropositivité VIH étaient renseignées pour les co-infections par les virus des hépatites B (antigène HBs) et C (anticorps anti-VHC). La part des co-infections par le VHB était de 5%. La part des co-infections par le VHC était de 5% également pour l'ensemble des cas, et de 78% chez les UDI. (27)

Le rapport Dhumeaux note que la séoprévalence de l'infection par le VHC chez les personnes vivant avec le VIH en France a diminué durant les vingt dernières années. « Elle se situe actuellement entre 14 et 19% (base FHDH 2010, enquête VESPA 2011, cohorte HEPAVIH 2011 et cohorte DAT'AIDS 2012). Les usagers de drogues représentent 54 à 63% des personnes co-infectées VIH-VHC [...] et les homosexuels masculins 13 à 23% [...]. » (28)

Selon ce même rapport, le pourcentage de personnes vivants avec le VIH ayant été en contact avec le VHB (anticorps anti-HBc positif) est élevé (37,6%) et la prévalence de l'infection à VHB (AgHBs positif) chez ces personnes est de 7%. (28)

Prévalence Hépatites B et C

La France est un pays de faible endémicité pour les virus de l'hépatite B et C, la prévalence des infections chroniques par le VHB ou le VHC étant inférieure à 1% dans la population générale. Cependant ces formes chroniques constituent un réel problème de santé publique, en raison de la gravité potentielle de ces infections (risque d'évolution vers la cirrhose et/ou le carcinome hépatocellulaire), du nombre de personnes infectées et du coût engendré par leur prise en charge. (28)

De gravité en général sous estimée, les hépatites virales B et C concernent en France environ 500 000 personnes et sont à l'origine de près de 4 000 décès par an. Leur dépistage est insuffisant avec, en 2004, près de la moitié des personnes atteintes ignorant leur statut sérologique. (11)

Selon l'InVS, la dernière enquête de prévalence de l'hépatite C, datant de 2004, estime la prévalence des anticorps anti-VHC chez les adultes de 18 à 80 ans à 0,84% [IC95% : 0,65-1,10] (0,66% chez les hommes, 1,02% chez les femmes) soit environ 367 000 adultes porteurs d'anticorps anti-VHC. Parmi ceux-ci, 43% ignorent leur séropositivité vis-à-vis du VHC. Notons que l'inter-région du quart nord-ouest de la France a la prévalence d'anticorps anti-VHC la plus faible : 0,35% [IC95% : 0,19-0,65]. La prévalence de la virémie VHC est estimée à 0,53% [IC95% : 0,40-0,70] soit environ 232 000 adultes ayant une hépatite C chronique. (29)

Les facteurs associés de manière indépendante à la présence d'anticorps anti-VHC sont : l'usage de drogues par voie injectable, par voie nasale, des antécédents de transfusion sanguine avant 1992 et de tatouage, le fait d'être né dans un pays où la prévalence de l'infection à VHC est supérieure ou égale à 2,5 %, d'être bénéficiaire de la CMU-C et d'être âgé de plus de 29 ans. (29)

Dans cette même enquête, la prévalence de l'hépatite B chez les 18-80 ans est estimée à 0,65% [IC95% : 0,45-0,93] (1,10% chez les hommes, 0,21% chez les femmes) soit environ 280 000 personnes porteuses chroniques de l'AgHBs (dont 55% ignorent leur séropositivité). Là encore, la prévalence la plus faible est observée dans l'inter-région du quart nord-ouest de la France : 0,20% [IC95% : 0,06-0,70].

La prévalence des anticorps anti-HBc est estimée à 7,30% [IC95% : 6,48-8,22] (8,33% chez les hommes, 6,33% chez les femmes), soit 3,1 millions de personnes ayant eu un contact antérieur avec le VHB. (29)

Les facteurs associés de manière indépendante à la présence d'anticorps anti-HBc sont : l'UDI, l'homosexualité, un niveau d'études inférieur au baccalauréat, des antécédents de séjours prolongés en institution sanitaire, sociale ou psychiatrique, le fait d'être né dans un pays où la prévalence de l'AgHBs est supérieure ou égale à 2 %, d'être bénéficiaire de la CMU-C, de résider dans le quart nord-est, sud-est ou l'Île-de-France, d'être un homme et d'être âgé de plus de 29 ans. (29)

7.2. Prévalence en détention

En 1990, 5,8% de la population pénale était atteinte par le VIH, 2,3% en 1995. (30) En 2003, 0,5% des entrants déclaraient un traitement en cours par trithérapies ou autres antirétroviraux. (17) La principale étude récente estimant la prévalence du VIH et du VHC chez les personnes détenues en France est l'enquête Prévacar, réalisée en 2010.

Dans cette étude, la prévalence du VIH est estimée à 2,0%, correspondant à plus de 1 200 personnes infectées parmi les 61 000 personnes détenues adultes. La prévalence du VIH augmentait avec l'âge jusqu'à 50 ans et variait en fonction du continent de naissance (15,4% chez les personnes nées en Afrique subsaharienne, 1,1% pour les personnes nées en France). Le délai moyen depuis la découverte de séropositivité était de 9 ans et 24% des personnes détenues ont découvert leur séropositivité lors de l'incarcération en cours. Parmi les personnes infectées par le VIH, 28% étaient au stade sida, 16% symptomatiques non sida, et 55% asymptomatiques. Soixante-quatorze pour cent avaient un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 350/mm³. Un traitement antirétroviral était en cours pour 75% des personnes détenues séropositives (72% pour

les personnes ayant moins de 350 lymphocytes CD4, 94% des personnes au stade sida). (12)

Lors de l'enquête menée par l'InVS en 2004, la prévalence des anticorps anti-VHC parmi les 18-80 ans était de 7,35% en cas d'antécédent d'incarcération. Celle de l'AgHBs n'était que de 0,03% dans ce cas mais celle des anticorps Anti-HBc était de 23,39% (trois fois plus qu'en population générale). (29)

Lors de l'enquête Prévacar, la prévalence du VHC est estimée à 4,8% et est significativement plus élevée chez les femmes (11,8%), soit près de 3 000 personnes détenues. La prévalence de la co-infection VIH-VHC chez les personnes détenues était faible (0,08%). Sur l'ensemble des personnes incarcérées, 2,5% présentaient une hépatite C chronique, c'est-à-dire près de la moitié des personnes infectées par le VHC. De même que pour le VIH, la prévalence augmentait avec l'âge jusqu'à 50 ans et variait selon le continent de naissance (12,4% en Asie, 12,3% en Europe de l'Est). Le délai moyen depuis la découverte de l'hépatite C était de 7 ans et 21,2% des personnes détenues l'avaient découverte lors de l'incarcération en cours. Une quantification de l'ARN du VHC était disponible dans 94% des dossiers des personnes détenues VHC+ et elle était positive dans 46,4% des cas. Quarante-quatre pour cent des personnes infectées par le VHC avaient reçu ou recevaient un traitement pour le VHC. Parmi ceux ayant une hépatite chronique, 40,7% avaient bénéficié d'une évaluation de la fibrose au cours de 12 derniers mois et 36% recevaient un traitement. (12)

Lors d'une étude prospective réalisée entre février 2012 et novembre 2013 dans cinq établissements pénitentiaires, les auteurs ont retrouvé une prévalence de 6,5% de porteurs du VHC, de 1,2% pour l'hépatite B, de 9% pour la fibrose hépatique et de 1% pour la cirrhose. (31)

Les prévalences du VIH et du VHC sont donc environ six fois plus élevées en milieu carcéral qu'en population générale. Les auteurs de l'enquête PRI2DE considère que « le fait d'avoir séjourné en prison est associé, en France, à un risque accru de séropositivité pour le VHC et le VHB ». (14)

7.3. Prévalence parmi les usagers de drogues

En milieu ouvert

Selon le rapport Dhumeaux, les UD constituent le principal « réservoir » de contamination pour l'hépatite C. Les UD représentent 70% des nouvelles contaminations par le VHC (environ 5 000 personnes par an). (28)

« Environ 80 (IC95% :[48-107]) UDI ont découvert leur séropositivité [au VIH] en 2012,

dont 8% avaient moins de 25 ans et 19% avaient 50 ans ou plus. La moitié d'entre eux (51%) étaient nés à l'étranger, surtout en Europe de l'Est et en Europe centrale. » (27)

En France, la principale étude évaluant la prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues est l'étude Coquelicot. Globalement, les auteurs notent que « si la prévalence du VIH tend à décliner chez les UD dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest, celle du VHC reste encore très élevée dans la majorité des pays pour lesquels des données de surveillance sont disponibles ; elle se situe en moyenne aux alentours de 50% ». (15)

Les données de 2011, montre une séroprévalence du VIH de 10% (10,8% en 2004) et du VHC de 44% (59,8% en 2004). La co-infection VIH/VHC était de 10,2% en 2004 (donnée non précisée en 2011) c'est-à-dire que la quasi-totalité des UD séropositifs pour le VIH étaient également contaminés par le VHC.

Les séroprévalences sont variables selon les agglomérations et les départements : de nulle à Lille à 18% en Seine-Saint-Denis pour le VIH, et de 24% à Bordeaux à 56% à Marseille pour le VHC.

Les séroprévalences augmentent régulièrement avec l'âge. Chez les moins de 30 ans, la séroprévalence du VIH est de 0,6% (0,3% en 2004) et celle du VHC est de 9% (28% en 2004). La diminution de séroprévalence entre 2004 et 2011, notamment concernant le VHC chez les moins de 30 ans, reflète en partie l'impact de la politique de réduction des risques.

En 2004, seulement 2% des UD se déclaraient négatifs à tort pour le VIH mais 27% se déclaraient négatifs à tort pour le VHC (données non précisées en 2011). (15) (16)

Concernant le VHB, l'enquête InVS de 2004 estime la prévalence de l'AgHBs à « 1,9% [IC95% : 0,2-15,6] parmi les personnes ayant déclaré avoir utilisé au moins une fois de la drogue par voie intraveineuse et 1,1% [IC95% : 0,2-5,6] parmi celles ayant déclaré au moins une fois un usage de drogues par voie nasale ». (28)

En détention

Tout comme en milieu libre, on observe une prévalence VIH et VHC plus importante chez les UD en détention. Dans la littérature internationale, la prévalence du VHC en milieu carcéral peut varier très largement, entre 1% et 50%, en fonction de la proportion d'UD dans l'établissement. (12)

En 2003, les entrants qui avaient consommé au moins une fois au cours de leur vie une drogue par voie intraveineuse représentaient 6,5% des entrants. Ils étaient plus nombreux à avoir

faire pratiquer des examens de dépistage et aussi beaucoup plus nombreux à déclarer des résultats positifs. (17)

L'enquête Coquelicot de 2004 note des prévalences pour le VIH et le VHC chez les UD ayant un antécédent d'incarcération plus élevées que chez ceux n'ayant jamais été incarcérés (11% versus 5% pour le VIH ; 67% versus 51% pour le VHC). (11)

Lors de l'enquête Prévacar 2010, la prévalence du VIH et du VHC chez les personnes sous TSO étaient respectivement de 3,6% et 26,3%. (13)

Tableau 1 : Synthèse des données de prévalence VIH

Prévalence VIH		
- en population générale	0,35%	2009
- découverte VIH+	6 400 pers. soit 97 cas/million d'habitants (43 cas/million d'habitants en Bretagne)	2012
- en détention	2% soit 1 200 pers. détenues	Prévacar, 2010
- personnes sous TSO en détention	3,60%	Prévacar, 2010
- parmi les UD	10%	Coquelicot, 2011
- parmi les UD jamais incarcérés	5%	Coquelicot, 2004
- parmi les UD déjà incarcérés	11%	Coquelicot, 2004

Tableau 2 : Synthèse des données de prévalence VHC et VHB

Prévalence Hépatite C		
- en population générale	0,84% (Ac anti-VHC +) soit environ 367 000 pers. (0,35% quart nord-ouest de la France) 0,53% (ARN du VHC +) soit environ 232 000 pers. avec une hépatite C chronique	Chez les 18-80 ans, 2004
- avec antécédent d'incarcération	7,35% (Ac anti-VHC +)	Chez les 18-80 ans, 2004
- en détention	4,80% (Ac anti-VHC +) soit près de 3 000 pers.	Prévacar, 2010
	2,50% (ARN du VHC +)	Prévacar, 2010
	6,50%	Ucsascan, 2012-2013
- personnes sous TSO en détention	26,30%	Prévacar, 2010
- parmi les UD	44% (Ac anti-VHC +)	Coquelicot, 2011
- parmi les UD jamais incarcérés	51%	Coquelicot, 2004
- parmi les UD déjà incarcérés	67%	Coquelicot, 2004
Prévalence Hépatite B		
- en population générale	0,65% (Ag HBs +) soit environ 280 000 pers. (0,20% quart nord-ouest de la France) 7,30% (Ac anti-HBc +) soit 3,1 millions de pers. ayant eu contact avec le VHB	Chez les 18-80 ans, 2004
- avec antécédent d'incarcération	0,03% (Ag HBs +) 23,39% (Ac anti-HBc +)	Chez les 18-80 ans, 2004
- en détention	1,20%	Ucsascan, 2012-2013
- parmi les UD par voie injectable	1,90% (Ag HBs +)	InVS, 2004
- parmi les UD par voie nasale	1,10% (Ag HBs +)	InVS, 2004

Tableau 3 : Synthèse des données de prévalence des co-infections virales

Prévalence co-infection		
- VIH/VHB (Ag HBs+) en population générale	5%	Parmi les découvertes de séropositivité VIH en 2012
- VHB (Ac anti HBc+) chez séropositif VIH	37,60%	Rapport Dhumeaux
- VHB (Ag HBs+) chez séropositif VIH	7%	Rapport Dhumeaux
- Ac anti-VHC+ lors découverte séropositivité VIH	5%	2012
- Ac anti-VHC+ lors découverte séropositivité VIH chez les UDI	78%	2012
- Ac anti-VHC+ chez séropositif VIH	14-19%	Rapport Dhumeaux
- VIH/VHC en détention	0,08%	Prévacar, 2010
- VIH/VHC parmi les UD	10,20%	Coquelicot, 2004

8. Prise en charge en détention

8.1. Prise en charge de l'addiction

Les personnes détenues rencontrant un problème d'addictologie doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée pendant l'incarcération et à la libération. Si la personne était suivie dans un CAARUD⁽¹⁾, il est possible de maintenir ce suivi au cours de l'incarcération. De la même façon, l'orientation vers un CAARUD peut être utile après la détention. (1)

En 2013, à Brest, 55 détenus ont été reçus par une psychologue en addictologie ; 145 détenus par un médecin addictologue. Les IDE informent chaque entrant de l'offre de soins en addictologie.

Lors de l'enquête au centre de détention de Liancourt, les auteurs supposent que « la médicalisation de cette population [interrogée lors de l'enquête] n'apporte pas de réponse plus satisfaisante à la réduction de consommation de produits illicites en détention étant donné que seul 20,4% de la population interrogée déclarait ne pas avoir de suivi par le service de psychiatrie ». Par ailleurs les auteurs notent également qu'il existe un détournement de médicaments prescrits par l'UCSA. (7)

8.2. Prise en charge des pathologies infectieuses

« La détention ne doit pas être considérée comme un obstacle à l'initiation ou au suivi d'un traitement pour le VIH ou une hépatite. Les recommandations 2010 du groupe d'experts indiquent que pour les personnes co infectées (VIH/VHC) « une période d'incarcération peut être utilisée par une personne détenue pour initier un traitement pour le VHC ». Il rappelle que « les expériences menées en France montrent que, sous réserve d'une mobilisation adéquate des équipes de soins, ces traitements peuvent être menées avec succès », et ce, même chez les personnes condamnées à moins de 6 mois. Il précise que l'intervention de praticiens extérieurs et la mise en place d'une consultation d'hépatologie et d'infectiologie sont des conditions du succès de la mise en place d'un traitement. [...] Le groupe d'experts (Yéni 2010) recommande de promouvoir les consultations spécialisées (hépatologie et/ou infectiologie) pour des bilans hépatiques complets et de faciliter l'accès au traitement, quelle que soit la durée de la peine. » (11)

⁽¹⁾ Créés en 2005, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) s'adressent aux personnes exposées à des risques du fait de leur consommation de substances psychoactives. Ils peuvent intervenir en milieu pénitentiaire.

Selon l'enquête Prévacar, les établissements accueillant plus de 500 personnes détenues disposent plus souvent de consultations spécialisées d'hépatologie et de VIH/sida (83% pour les deux spécialités contre respectivement 57% et 52% pour l'ensemble des UCSA). L'existence d'une consultation d'hépatologie est associée à un plus large accès à un test non invasif d'évaluation de la fibrose (96% versus 82%). Une hépatite C chronique active n'était recherchée que dans la moitié des cas de sérologies positives. (10)

De nouveaux traitements viennent bouleverser la prise en charge de l'hépatite C chronique. Pendant une dizaine d'années, le traitement reposait sur la bithérapie pégylée (interféron pégylée et ribavirine). Ce traitement présentait plusieurs inconvénients : efficacité modérée, effets indésirables avec problèmes de tolérance, durée de traitement de plusieurs mois... Des antiviraux directs ont récemment eu une AMM. Ces nouvelles options thérapeutiques permettent un traitement plus court, plus efficace et mieux toléré. Toutefois le coût de ces médicaments, parfois déconnecté du coût de recherche et de production, menace le système de prise en charge solidaire. Les critères de prescription et de remboursement de ces médicaments évoluent dans le temps. (32) (33)

Le Rapport Dhumeaux préconise de réduire la charge virale chez les personnes détenues dans une perspective de RDR. Selon ce rapport, des patients ayant une fibrose <F2 devraient avoir accès aux nouveaux traitements dans certains contextes notamment pour les usagers de drogues intraveineuses et les personnes détenues. (28)

La prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens et acquiert sa pleine efficacité si elle s'inscrit dans la durée, c'est-à-dire au delà du séjour en prison. Des procédures formalisées de sorties pour le VIH et les hépatites ont été mises en place par la moitié des UCSA (importantes disparités régionales). Là encore, l'existence de ces procédures est associée significativement à l'existence de consultations spécialisées (70% lorsqu'une consultation existe versus 35% en son absence). (10)

9. Réduction des risques

9.1. Philosophie de la Réduction des Risques (RDR)

En France, afin de réduire les risques sociaux et sanitaires liés à l'usage de drogue, une politique pragmatique a été mise en place. Cette politique se base sur « la reconnaissance que la réduction de la propagation de maladies transmissibles par le sang, et du nombre de surdoses mortelles, est un but plus urgent et plus atteignable que celui de mettre fin à la consommation de

drogues illégales ». (34)

Différents outils de RDR ont progressivement été mis en place : libéralisation de la vente des seringues en pharmacies (1987), PES (début des années 1990), diffusion des TSO (Subutex® en 1994 et méthadone en 1995), accès aux soins avec la création des premiers dispositifs bas-seuil ⁽¹⁾ (1993). (16)

L'article 12 du Code de la Santé Publique modifié par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 précise les objectifs de la RDR : « 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 ».

Les données disponibles en France ont mis en évidence que la politique de RDR avait eu un impact important sur la réduction de la transmission du VIH chez les usagers de drogues, mais que cet impact était plus limité pour le VHC. Les Pays-Bas et la Suisse ont montré une diminution de l'incidence du VHC chez les UD. « Ces deux pays se caractérisent par une politique de réduction des risques innovante, combinant un accès large aux TSO et aux seringues et la mise à disposition de lieux d'injection médicalement supervisés. » (15)

L'étude Coquelicot-2004 retrouve une prévalence du VIH très faible (0,3%) chez les UD de moins de trente ans. Les auteurs attribuent ce résultat à l'intériorisation du discours de la RDR qui se traduit par des changements des comportements (13% de partage de seringue dans le dernier mois) et un bon niveau de connaissance concernant les risques de transmission virale (plus de 90% des UD en sont conscients). Par ailleurs les moins de 30 ans ont pu bénéficier des seringues en vente libre dès leur initiation. (16)

« De nouveaux modes d'intervention complémentaires tels que la prévention du passage à l'injection, une éducation aux risques liée à l'injection, et des salles de consommation médicalisées pourraient [...] constituer des alternatives de santé publique à expérimenter en France. » (15)

En détention, les mesures de prévention et de RDR ne sont pas optimisées et sont à améliorer, qu'il s'agisse de transmission par voie sexuelle ou par voie sanguine. (1) Lors de l'enquête ANRS-PRI2DE, les auteurs ont établi des scores d'observance aux recommandations nationales (de 0 à 10) et internationales (de 0 à 9).

⁽¹⁾ Les dispositifs bas-seuil sélectionnent peu les patients. Le seuil d'exigence vis-à-vis des UD n'impose pas le sevrage comme condition d'accès au dispositif de prise en charge.

Les niveaux d'observance ont été estimés respectivement à (médiane [intervalle interquartile]) : 4,5 [2,5-5,5] et 2,5 [1,5-3,5]. Ces données confirment l'écart majeur entre les recommandations, notamment de l'OMS, et leur application dans les établissements français, les centres de détention présentant une observance aux recommandations nationales moins bonne que les maisons d'arrêt. (14)

9.2. Répression

L'une des stratégies face aux risques liés à l'usage de drogue est la répression. Cette politique a ses limites et est parfois remise en cause en milieu ouvert. (35) Certains considèrent que la répression s'oppose à la dynamique de RDR. La pénalisation des usages peut constituer un frein à l'accès à la prévention et aux soins, et justifie une révision de la loi du 31 décembre 1970 afin de l'adapter aux réalités et aux enjeux actuels. (28)

La logique répressive s'applique également en prison. Le consommateur de drogues illicites ou d'alcool risque des jours de cellule disciplinaire (« mitard ») ou des poursuites judiciaires. L'administration pénitentiaire déploie des moyens pour appliquer ce cadre répressif.

En accord avec la loi pénitentiaire de 2009 (article 57) et selon des modalités précisées par une circulaire du 14 avril 2011, les fouilles des locaux ou des personnes peuvent être réalisées par le personnel pénitentiaire. Cependant dans une note du 15 novembre 2013, le Ministère de la Justice rappelle que les mesures de fouilles ne peuvent avoir un caractère systématique et doivent répondre aux principes de nécessité et de proportionnalité. Par exemple, après une visite aux parloirs, il n'y a plus de fouille systématique.

9.3. Éducation pour la santé

D'après la circulaire du 5 décembre 1996, relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire, « l'établissement public de santé, qui dispense les soins en milieu pénitentiaire, est chargé de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire et d'élaborer, en accord avec les partenaires concernés, un programme annuel ou pluriannuel d'éducation pour la santé ». (30)

Lors de l'enquête ANRS-PRI2DE, « la grande majorité des établissements ont déclaré mettre à la disposition des détenus une information (sessions d'information, brochures, affichettes, dépliants...) sur le VIH, les hépatites virales, les IST et sur la RDR à l'entrée en détention (86%) ou au cours de la détention (90%). Des actions d'information (collectives ou individuelles) ou d'éducation à la santé effectuées par des intervenants extérieurs étaient réalisées

dans 77% des établissements ». (14) Une permanence associative dans le champ du VIH et des hépatites était présente dans un quart des établissements. (10)

Selon l'enquête Prévacar, les actions d'éducation pour la santé et de prévention étaient proposées par plus de 75% des UCSA, mais un tiers seulement déclarait en avoir réalisé dans les 6 mois précédant l'enquête. (10)

Plusieurs freins peuvent limiter l'organisation d'actions de prévention et d'éducation à la santé :

- insuffisance de moyens et de disponibilité obligeant les personnels soignants à se recentrer sur les activités de soins au détriment de la prévention
- courtes durées d'incarcération
- contraintes d'organisation de petits groupes de personnes
- difficultés à impliquer d'autres partenaires internes ou externes
- manque d'outils de référence. (11)

9.4. Dépistage

Généralités

Le dépistage repose sur une démarche volontaire après un consentement éclairé. La prise en charge précoce de l'infection par le VIH est un déterminant majeur de l'évolution de la maladie et de l'épidémie. Au niveau individuel, un diagnostic précoce permet une instauration rapide de traitements permettant d'améliorer significativement la durée et la qualité de vie. Au niveau collectif, la connaissance du diagnostic permet la réduction des pratiques à risque et le traitement diminue l'infectivité d'où une diminution des risques de transmission. (11)

Selon le rapport Morlat, en 2010, 28 800 personnes [IC95% : 19 100 – 36 700] vivant avec le VIH ignoraient leur statut. Ce rapport recommande de dépister les 20% de personnes infectées par le VIH qui ignorent leur séropositivité mais également de réduire le délai entre l'infection et le diagnostic du VIH. En effet, ce délai reste long : de 37 mois en moyenne chez les HSH à 53 mois chez les hommes hétérosexuels. (25)

Cinq virgule deux millions de tests de dépistage du VIH ont été réalisés en France en 2011 avec deux sérologies confirmées positives pour 1 000 réalisées. (25) « Le motif de dépistage le plus fréquent restait, en 2012, la présence de signes cliniques liés au VIH (31% [...]) ; dans un

quart de ces cas, il s'agissait de signes de primo-infection et, dans les autres cas, de signes d'infection plus avancée. Les autres motifs les plus courants étaient une exposition récente au VIH (22%) et un bilan systématique (21%). [...]

Les motifs de dépistage différaient selon le mode de contamination. La présence de signes cliniques était un motif de dépistage plus fréquent chez les hommes hétérosexuels [...], alors que le recours au test après une exposition récente au VIH était plus fréquent chez les HSH (30%). [...] Le dépistage orienté était plus fréquent parmi les UDI (22%). La sérologie VIH a été réalisée plus souvent à l'initiative du médecin (76% des diagnostics en 2012) qu'à la demande du patient. » (27)

Chez les UD, le recours au dépistage au cours de leur vie est élevé : 94% pour le VIH et 90% pour le VHC. (15) En 2004, les moins de 30 ans déclaraient un niveau de dépistage moins élevé pour le VIH que les UD plus âgés (89 versus 97%) mais la probabilité d'être dépisté au cours de la vie augmente naturellement avec l'âge. Toutefois, il n'existait pas de différence significative selon l'âge pour le dépistage du VHC. (16)

Les outils de dépistage

L'infection à VHC se dépiste par la recherche des anticorps anti-VHC chez les personnes à risque. En cas d'immunodépression, les anticorps pouvant ne pas être détectés, la recherche de l'ARN du VHC est recommandée.

Pour l'infection à VHB, le dépistage permet à la fois l'identification des personnes infectées et celle des personnes non immunisées ayant une indication à la vaccination. La stratégie recommandée par le groupe de travail de la HAS, dans un objectif de santé publique, a été la recherche simultanée de l'AgHBs, des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs, afin de déterminer le statut immunitaire le plus précis possible de la personne sur un seul prélèvement. Toutefois, deux autres stratégies moins coûteuses ont été évoquées, en dépit d'une moindre précision : la stratégie « anticorps totaux anti-HBc et anticorps anti-HBs », pour un contrôle avant vaccination et la stratégie « AgHBs et anticorps anti-HBs ». (28)

Il existe des alternatives récentes aux méthodes de référence, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Ces tests utilisent des matrices biologiques (sang par prélèvement capillaire au bout du doigt ou liquide cravicalaire). Le résultat est généralement obtenu en moins de 30 minutes. (28) En 2012, 32 000 TROD VIH ont été utilisés par les associations. (25)

Dépistage en détention

La circulaire de décembre 1996, recommande qu'une consultation personnalisée, avec, le cas échéant, prescription d'un test, soit systématiquement proposée à chaque entrant. (30)

En 2003, à l'entrée en détention, 40% des entrants déclarent avoir fait un dépistage pour le VIH, 20% pour l'hépatite B et 31% pour l'hépatite C. (17) Lors de l'étude au centre de détention de Liancourt, à peine la moitié des répondants déclaraient connaître leur statut sérologique concernant le VIH et les hépatites B et C. Par ailleurs, les résultats déclarés n'étaient pas en adéquation avec les résultats biologiques de l'US. La moitié de la population entrant dans ce Centre Pénitentiaire en 2010 a réalisé les sérologies de dépistage proposées. (7)

Selon la HAS, un test de dépistage de l'infection par le VIH devrait être systématiquement proposé, quelle que soit la population, dans un certain nombre de circonstances particulières dont l'incarcération. (11) Le rapport dit Dhumeaux, sur la prise en charge des hépatites B et C, rappelle qu'en milieu carcéral, « une proposition de dépistage global par sérologie du VHB (avec les trois marqueurs), du VHC et du VIH est recommandée lors des consultations médicales d'arrivée et au cours de l'incarcération ». (28)

L'enquête Prévacar 2010, montre que 93% des UCSA proposent systématiquement le dépistage pour les 3 virus VIH, VHC et VHB à l'entrée en détention. Mais seulement la moitié des UCSA renouvellent la proposition de dépistage en cas de refus initial (52% pour le VIH et 51% pour les hépatites). (11) L'enquête ANRS-PRI2DE retrouve un dépistage pour le VIH, le VHB et le VHC « systématiquement proposé à l'entrée en détention dans respectivement 90%, 90% et 89% des établissements, et il était possible en cours de détention dans 99% des établissements pour les trois virus. [...] En revanche, les tests sérologiques négatifs n'étaient remis aux détenus pour le VIH, le VHB et le VHC que dans respectivement 70%, 64% et 65% des établissements. » (14)

Un dépistage systématique des principales IST était proposé dans peu d'établissements (12% pour le *Chlamydia*, 2% pour le gonocoque) hormis pour la syphilis (70% des établissements). (14)

Selon les recommandations de la HAS, concernant le dépistage de l'hépatite B, trois stratégies sont possibles. La recherche des trois marqueurs d'emblée (antigène HBs, anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc) est une stratégie plus pertinente dans le contexte particulier du milieu carcéral et est mise en place dans 85% des UCSA. (10)

La place des TROD en prison est à préciser. Ils pourraient améliorer les taux de dépistage

en permettant lors d'une même consultation la proposition, la réalisation et le rendu d'un résultat. Ils permettraient également à des personnes détenues réticentes ou au capital veineux fragile d'accepter un test et d'en avoir le résultat quasi immédiat. (25)

Dépistage à la maison d'arrêt de Brest

A Brest, le rapport d'activité 2013 de l'US mentionne que le dépistage des IST est proposé systématiquement à chaque nouvel arrivant, lors de la consultation médicale d'entrée. Le dépistage et le suivi sont gérés par le CIDDIST du CHRU.

En cas de positivité à l'un des tests, les détenus sont convoqués par le médecin. Les coordonnées des CDAG-CIDDIST et CPEF sont données au détenu, pour le dépistage de leur(s) partenaire(s). Le suivi et les bilans complémentaires sont faits à l'US. Le détenu est informé qu'en cas de résultats négatifs, le rendu se fera à l'occasion d'une consultation pour un autre motif ou à sa demande.

En 2014, 519 consultations d'entrants ont été réalisées. Selon le rapport d'activité, le dépistage retrouve aucun cas de VIH pour 261 personnes dépistées, 7 cas de VHC (Ac antiVHC+) pour 265 dépistages, 2 cas de VHB (Ag HBs+) pour 261 dépistages, 13 infections à *Chlamydia trachomatis* pour 233 dépistages et 2 cas de syphilis pour 257 dépistages. ⁽¹⁾

9.5. Vaccination contre l'hépatite B

En France, dès 1982, la politique vaccinale contre l'hépatite B avait visé les professionnels de santé puis les groupes à risque. Suivant les recommandations de l'OMS en 1992, elle s'est ensuite étendue aux nourrissons et aux adolescents. (29) Selon le rapport Dhumeaux, la majorité des contaminations par le VHB pourraient être évitées si les recommandations vaccinales étaient mieux appliquées. Plus de 80% des cas d'hépatite B aiguë déclarés entre 2003 et 2011 (pour lesquels une exposition à risque a pu être retrouvée) relevaient en effet d'une indication vaccinale. Un UD sur huit seulement serait vacciné contre l'hépatite B. (28)

Le schéma vaccinal standard comporte une injection intramusculaire à M0 et M1 et un rappel entre 6 et 12 mois plus tard. Dans certains cas particuliers où l'obtention rapide d'une protection vaccinale est souhaitable, dont la détention, les recommandations vaccinales préconisent un schéma accéléré. Il comporte l'administration en primo-vaccination de 3 doses en 21 jours, suivies d'un rappel 12 mois après. (36)

⁽¹⁾ Les données de dépistage 2013 et 2014 sont rapportées sous forme de tableau en annexe.

Parmi les UDI, le schéma de vaccination accéléré est associé à un taux plus élevé de réalisation complète et de séroprotection à 6 mois. (28)

En 2003, 31,3% des entrants déclaraient avoir eu une vaccination complète contre l'hépatite B avant l'incarcération. (17) Selon l'enquête ANRS-PRI2DE, la vaccination contre l'hépatite B était proposée aux détenus non protégés sérologiquement dans 83% des établissements. (14) Selon l'enquête Prévacar, 95% des équipes proposent la vaccination contre l'hépatite B. Mais ce constat sur l'accessibilité du vaccin ne permet pas de connaître le nombre de personnes réellement vaccinées et celles ayant bénéficié d'une vaccination complète. (11)

A Brest, en l'absence d'immunisation contre le VHB, (Ac Anti HBs <10) la vaccination est proposée au détenu selon un schéma adapté au temps de détention (schéma rapide le plus souvent). En 2014, le taux d'immunisation contre le VHB parmi les personnes dépistées était de 54,9% (146 personnes sur 266). Sur l'année, 150 doses de vaccin contre l'hépatite B ont été utilisées.

9.6. Traitement post-exposition pour le VIH

Le traitement post-exposition (TPE) est indiqué pour réduire le risque d'infection par le VIH après un risque élevé. La première prise d'antirétroviraux doit avoir lieu au plus vite, si possible dans les 4h, et dans les 48h au plus après le risque.

L'enquête ANRS-PRI2DE montre que « dans 47% des établissements, les détenus n'étaient pas informés de la possibilité d'avoir recours à un TPE en cas d'exposition à un risque et, dans 31% des cas, les référents médicaux estimaient ne pas être en mesure de répondre à la question. Par contre, dans 39% des établissements, les personnels pénitentiaires seraient informés de la possibilité d'un recours à ce type de dispositif. Enfin, au cours des 12 mois précédant l'enquête, seules 3 prescriptions de TPE à des détenus ont été déclarées, aucune au décours de pratiques à risque liées à un usage de drogue (les 3 consécutives à des prises de risques sexuels). » (14)

9.7. Préservatifs

L'efficacité du préservatif pour prévenir la transmission du VIH, quasi parfaite en théorie, apparaît soumise aux conditions de son utilisation. En pratique, le préservatif systématiquement et correctement utilisé réduit le risque de transmission du VIH, selon les études, de 80 à 95 % par rapport à l'absence de protection. Les limites du préservatif sont connues : usage non systématique, mésusage, rupture, glissement. Malgré ces limites, le préservatif reste l'outil de prévention de référence. (25)

Selon la circulaire de 1996, il est préconisé que des préservatifs soient à la libre disposition des détenus, qui peuvent les conserver sur eux ou dans leur cellule. (30)

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes placées sous main de justice note que « l'administration pénitentiaire met à la disposition des personnes détenues des préservatifs et des lubrifiants aux normes CE. En complément, ces outils peuvent également être fournis par des associations ou les établissements de santé. Les préservatifs masculins, les préservatifs féminins et des lubrifiants doivent être mis à la disposition des personnes en nombre suffisant dans l'établissement et lors des sorties. Les points d'accès doivent être choisis et diversifiés de manière à garantir une confidentialité maximale (unités sanitaires, locaux associatifs, parloirs familiaux, unités de vie familiales...). » (1)

Lors de l'enquête PRI2DE, les préservatifs masculins étaient accessibles dans 95% des établissements, les lubrifiants dans 51%, et les préservatifs féminins dans seulement 21% des établissements accueillant des femmes détenues. Les préservatifs étaient accessibles principalement à l'US et dans seulement 20% des établissements dans un autre lieu (bibliothèque, permanence associative, parloirs...). Selon les responsables d'US, les détenus sont informés de la disponibilité et du mode d'accès aux préservatifs dans 73% des établissements. (14)

A Brest, des préservatifs sont à disposition des personnes détenues dans les toilettes de l'US. Chaque année, 2 000 préservatifs masculins sont commandés et fournis par l'US.

9.8. Eau de Javel

Depuis 1993, l'eau de Javel est distribuée dans les prisons à des fins d'hygiène et de désinfection du matériel de consommation. Selon la circulaire de 1996, de l'eau de Javel doit être distribué par l'administration pénitentiaire. (30)

« L'emploi de l'eau de Javel pour la désinfection des objets en contact avec le sang peut, dans le strict respect du protocole d'utilisation, réduire les risques de transmission des infections bactériennes et virales, mais ne les élimine pas. L'eau de Javel à 12° est délivrée gratuitement par l'administration pénitentiaire à tous les arrivants. Sa distribution est renouvelée en cellule tous les quinze jours. Elle est également cantinable. [...] L'eau de Javel doit être remise dans un flacon de 20 cl de plastique opaque sous titrage de 12°. Elle est distribuée aux personnes détenues pour l'hygiène de leur cellule mais a vocation à être aussi utilisée pour désinfecter tout matériel d'usage courant en contact avec le sang.

Le message de prévention accolé au flacon stipule : « Ce produit peut-être utilisé pour

désinfecter tout objet ayant pu être en contact avec du sang (ciseaux, rasoirs, aiguilles). Pour que la désinfection soit efficace contre les risques de transmission des virus du sida et des hépatites, renseignez-vous auprès des services médicaux sur le mode d'emploi à respecter ». » (1)

En 2009, lors de l'enquête PRI2DE, les responsables d'US avaient connaissance d'une distribution d'eau de Javel aux détenus conforme aux préconisations dans seulement 36% des établissements (mais 28% ne répondaient pas à la question). Seuls 22% des responsables d'US estimaient que l'information fournie aux détenus quant à l'utilisation d'eau de Javel (notamment stérilisation du matériel d'injection) était accessible et intelligible. (14)

Par ailleurs les conditions de détention et l'interdiction de l'usage de drogue rendent les conditions de nettoyage du matériel d'injection plus qu'aléatoires. (14) « 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 plan. » (37)

Concernant la transmission du VIH, l'eau de Javel semble efficace mais uniquement si les conditions de nettoyage sont respectées. Selon une analyse documentaire réalisée par l'OMS, « il existe peu de preuves établissant que, dans des conditions « réelles », l'eau de Javel est un élément préventif efficace contre la transmission du VIH entre personnes qui s'injectent de la drogue ». (26) Le rapport Dhumeaux va également dans ce sens et considère que l'eau de Javel ne constitue pas un bon outil de désinfection du matériel d'injection pour prévenir les infections à VIH et encore moins à VHC, dans les conditions de l'incarcération. (28)

9.9. Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)

Généralités

La prescription de TSO s'est développée au cours des années 90. Deux molécules sont utilisées en traitement de substitution à l'héroïne : la buprénorphine haut dosage (Subutex[®], ou associée à la naloxone dans Suboxone[®]) sous forme de comprimés sublinguaux, et la méthadone sous forme de sirop (difficilement injectable) ou de gélules.

Les TSO réduisent la morbidité et la mortalité. Ils permettent une moindre consommation de drogue ce qui amène à moins d'injection d'héroïne, moins d'overdose, et une sortie de la

recherche compulsive du produit (craving). En diminuant le recours à l'injection, les TSO permettent de réduire les risques infectieux liés à l'injection elle-même, mais aussi les risques de transmission virale liés au partage de matériel. Ils diminuent également la proportion de toxicomanes injecteurs d'opiacés signalant plusieurs partenaires sexuels ou échangeant des faveurs sexuelles contre de la drogue ou de l'argent. (38)

Par ailleurs, les TSO améliorent le recours au système de soins, facilitent le dépistage des viroses chroniques et l'accès aux traitements antirétroviraux et favorisent l'insertion sociale. (37)

L'enquête Coquelicot-2011 montre que la majorité des UD (77%) a bénéficié d'un TSO dans les 6 derniers mois (64% avec la méthadone, 38% la buprénorphine et 3% les sulfates de morphine). Le TSO était prescrit dans un cadre médicalisé pour 90% des UD. (15)

« L'expertise collective sur la RDR de l'Inserm de juin 2010 préconise d'élargir la palette des options thérapeutiques en particulier pour les populations présentant une dépendance sévère et pour cela d'envisager (après évaluation), dans un cadre médical strict, d'autres approches thérapeutiques dont l'héroïne médicalisée pour disposer d'une option de traitement par injection. La Commission nationale des stupéfiants et psychotropes a donné un avis favorable dans sa séance du 17 décembre 2010 à la mise en place d'une expérimentation sur la prise en charge, par un médicament de substitution injectable, des patients dépendants aux opiacés et en échec thérapeutique avec les traitements de substitution par voie orale. » (28)

TSO et détention

L'accès au TSO en détention, recommandé par l'OMS dès 1993, est effectif depuis 1996 via les médecins des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et depuis 2002 via les médecins exerçant en établissement de santé (dont les médecins des US). (30) (39)

En 2012, l'accès aux TSO en prison n'existe que dans 38 pays (dont la plupart des États membres de l'Union Européenne) sur 80 qui en proposent en milieu libre. (8)

Lors de l'enquête Prévacar, toutes les UCSA déclarent avoir accès à au moins un des deux types de TSO. Une procédure formalisée permettant la continuité des TSO à la sortie de prison était déclarée par 55% des établissements. Trente-huit pour cent déclaraient ne pas en avoir élaboré. (11)

En France, un peu moins de 10% des personnes détenues (9% dans l'enquête PRI2DE, 7,9% dans l'enquête Prévacar) bénéficient d'un TSO (soit environ 5 000 personnes). La proportion est variable selon les régions et est plus importante en maison d'arrêt. (13) On peut

observer des proportions de détenus substitués très variables (de 0 à 40%) selon les établissements. Certaines unités médicales interrompent tout TSO à l'entrée en détention, d'autres n'en initient pas. Quelques uns prescrivent uniquement de la méthadone dans le but d'assurer une meilleure observance et d'éviter le trafic de TSO en détention. (14)

Trente et un pour cent des TSO ont été initiés pendant l'incarcération. La France se distingue par une prédominance de la buprénorphine par rapport à la méthadone, respectivement 68,5% et 31,5%. Mais la part de méthadone reste plus importante en détention qu'en milieu libre. (13)

On retrouve en détention les bénéfices des TSO : baisse de la mortalité, risque réduit de 55 à 75% d'injecter des drogues et de 47 à 73% de partager le matériel d'injection. Le traitement permet également de diminuer les troubles du comportement en détention, la récidive, les réincarcérations. Il facilite le maintien dans un circuit de soin après l'incarcération. (8)

Un rapport datant de 2003 concernant les TSO en milieu carcéral, montre que de nombreux personnels pénitentiaires souhaitent que le traitement ne soit que transitoire dans la perspective d'un sevrage. L'opinion des personnels pénitentiaires est partagée entre les avantages des TSO (détenus plus calmes) et les inconvénients (trafic de traitements,...). (40) Le sevrage total n'est pourtant pas l'objectif des TSO. En effet, il expose à un risque d'overdose à la sortie de détention. Une étude étasunienne a retrouvé un risque relatif de décès par overdose de 129 [IC 95% : 89 -186] par rapport aux autres toxicomanes dans les deux semaines suivant la sortie de prison. (41)

L'efficacité des TSO nécessite des posologies suffisantes, pendant une durée minimale, ainsi qu'une prise en charge globale. (8) Un cadre thérapeutique (suivi médical rapproché, contrôle de la prise,...) est donc nécessaire ce qui implique une disponibilité des moyens sanitaires.

L'étude au centre pénitentiaire de Liancourt a montré que des personnes sous TSO poursuivaient leur consommation. En effet, 41 personnes (10,8%) déclaraient recevoir un TSO. Parmi elles, 12 continuaient à consommer de l'héroïne, 4 consommaient des médicaments morphiniques obtenus sans prescription, 6 consommaient des benzodiazépines obtenues sans prescription. Cette étude a également mis en évidence la poursuite des comportements à risque chez les détenus traités. Sur les 10 détenus qui s'injectaient de la drogue avant l'incarcération, 4 poursuivaient l'injection en détention malgré le traitement. (7)

Les TSO nécessitent donc des moyens adaptés pour être pleinement efficaces, et ils doivent être associés à d'autres moyens de RDR.

9.10. Programmes d'Échange de Seringues (PES)

Généralités

Face à l'épidémie de VIH/sida, des PES ont été mis en place en Europe au milieu des années 1980. Il s'agit de mettre à disposition des usagers du matériel d'injection stérile et du matériel servant à la préparation de l'injection.

Toutes les études concluent que la participation à un PES réduit les comportements à risque liés à l'injection (partage et réutilisation de matériel) et améliore l'élimination sans risque du matériel usagé. Parallèlement, elles ne montrent pas d'effets secondaires non désirés (pas d'augmentation de la fréquence d'injection, ni de l'usage de drogue, pas de prêt de seringues à d'autres usagers, etc.). Il n'y a pas non plus d'attraction de nouveaux usagers, de baisse de motivation à la réduction de l'usage ou d'augmentation de la transition non injection à injection ou encore d'augmentation des délits liés à l'acquisition de drogue. Enfin, l'orientation vers les services de santé et les services sociaux est améliorée. (23)

Mise en place des PES en détention

Les PES sont autorisés en milieu libre en France depuis 1989. L'OMS recommande dès 1993, d'étudier la possibilité de fournir du matériel d'injection propre aux détenus. (42) En 1993 également, le comité des ministres au niveau européen, dans sa recommandation n° R(93)6, a encouragé les états 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 unique ». (37)

Les premiers PES en milieu carcéral ont été mis en place en Suisse en 1992. Historiquement, il s'agit d'abord d'un acte de désobéissance d'un médecin qui de son initiative distribuait des seringues aux détenus. Lorsque son action a été découverte, le directeur de l'établissement s'est laissé convaincre par ses arguments et a autorisé l'expérimentation de PES.

Lors d'une revue des expériences étrangères en 2012, les auteurs notent qu'une quinzaine de pays ont expérimentés les PES en prison au cours des vingt dernières années. Cependant on ne compte que neuf pays où la possibilité d'accéder à un PES existe aujourd'hui en prison, soit dix fois moins qu'en milieu libre. Les pays bénéficiant de PES en prison en 2012 sont : Suisse (depuis 1992), Allemagne (1996), Espagne (1997), Moldavie (1999), Kirghizstan (2002), Biélorussie (2003), Arménie (2004), Luxembourg (2005), Roumanie (2008). Au sein de l'Union Européenne, seulement 4 pays ont donc mis en place de tels programmes. (8)

Les modalités de fonctionnement des PES sont très variables selon les pays et les établissements. On décrit 4 modalités principales : distributeurs-échangeurs, distribution de la main à la main par des personnels soignants de la prison, par du personnel de l'extérieur ou par des pairs de la prison. (34)

En France, les recommandations en vigueur n'intègrent pas à ce jour la mise à disposition de matériel stérile pour le piercing, le tatouage et la consommation de drogues (notamment seringues, eau stérile, filtres, pailles). (1) Les PES en milieu carcéral n'ont donc pas encore été mis en place. Or les standards nationaux de la RDR s'appliquent à l'ensemble de la population, y compris la population incarcérée. Si la réglementation interdit les produits stupéfiants au sein des établissements pénitentiaires, aucun texte n'interdit la distribution de matériel de prévention.

Le rapport Dhumeaux recommande pour réduire les transmissions de VHB et de VHC de mettre à niveau les mesures de RDR existantes en prison et de déployer la même palette d'outils de prévention qu'en milieu libre, c'est-à-dire en incluant les PES. (28) Le groupe d'experts de l'INSERM sur la RDR émet également des recommandations en ce sens. (23)

Avantages et inconvénients des PES en détention

Les résistances au PES en prison sont nombreuses. Les personnels pénitentiaires craignent l'utilisation des seringues comme armes par les détenus. Les instances politiques peuvent également bloquer des programmes. Enfin les personnes détenues n'adhèrent pas aux programmes si l'anonymat et la confidentialité ne sont pas garantis. Malgré ces réticences, la plupart des PES en détention qui ont pu fonctionner pendant quelques années ont été maintenus. (8)

« Sur une centaine de PES mis en place en prison (au moins temporairement), une dizaine seulement ont été évalués, en Suisse, en Allemagne, en Espagne et en Iran. Au terme de l'exercice, tous ont été jugés utiles et efficaces. [...] Les évaluations conduites mettent en évidence principalement la faisabilité, l'acceptabilité et la non-dangerosité de ces programmes, ainsi que des effets positifs sur les comportements à risque. » (8) Malgré les réticences initiales du personnel pénitentiaire lors de l'initialisation de certains PES, celui-ci a par la suite adhéré au projet, allant même jusqu'à militer pour son retour lorsque le PES avait été supprimé. (37)

Les PES ont montré « la non compromission de la sécurité des employés, ni des détenus, l'absence d'augmentation de la consommation de drogue ou de son injection, la réduction des comportements à risque et de la transmission des maladies (comme les infections à VIH et à VHC) ». (7)

« Par ailleurs, des bénéfices connexes ont été recensés : une réduction du nombre d'abcès, de surdoses et de décès ; une augmentation des orientations vers des programmes de désintoxication et, plus généralement, un accroissement du recours aux soins parmi les détenus ; une résorption de la tension entre prisonniers et personnel, ainsi qu'une sensibilisation accrue à la transmission infectieuse et aux comportements à risque ; une plus grande sécurité pour les personnels, avec moins d'incidents lors des fouilles impliquant des seringues dissimulées. [...] Aucun cas d'usage de seringue comme arme par destination n'a été rapporté. [...] Aucune étude ne relève de conséquences négatives (attendues ou non attendues) liées à la mise en place de PES en détention. Les rapports d'évaluation mettent également en évidence le rapport coût-efficacité avantageux de ce type de programmes. » (8) Le rapport économique prend principalement en compte d'une part le coût des PES et d'autre part l'économie réalisée en terme de traitements et de soins du fait des transmissions virales évitées.

9.11. Autres moyens de RdR

L'enquête ANRS-PRI2DE montre que des mesures de prévention des risques infectieux liés au coiffage ou au tatouage-piercing existaient respectivement dans 33% et 6% des établissements. Une mise à disposition d'objets d'hygiène (coupe-ongles...) était signalée dans 21% des établissements. (14)

Le tatouage, bien qu'interdit, est populaire en détention. Au Canada, lors d'un sondage de 1995, près de la moitié des détenus masculins sous responsabilité fédérale ont admis s'être fait tatouer en prison. Or la manipulation de l'équipement de tatouage constituent également un facteur de risque de maladies infectieuses comme le VIH et le VHC. Ce constat a conduit à mettre en place des programmes novateurs nommés « Initiatives sur les Pratiques de Tatouage Sécuritaires ». (26)

10. Considérations juridiques et éthiques

Le CCNE dans un avis sur la santé et la médecine en prison rappelle que les détenus ne sont privés que de leur droit d'aller et venir librement, mais qu'ils doivent pouvoir accéder aux autres droits fondamentaux notamment en matière de protection de la santé. La prison est un lieu de contradiction « entre une prison qui rend malade et risque de conduire à l'aliénation et une médecine confrontée à une exigence de soins ». (6)

Les stratégies de soins doivent être identiques en détention et en milieu libre. Un défaut de moyen conduirait à une perte de chance pour la personne détenue. En 1993, l'OMS déclare que

« tous les détenus ont le droit de recevoir, y compris à titre préventif, des soins équivalents à ceux qui sont mis à la disposition de la communauté sans discrimination aucune, notamment en ce qui concerne leur statut juridique ou leur nationalité ». Il est de la responsabilité des administrations pénitentiaires « de définir et de mettre en place des politiques et des pratiques qui soient de nature à créer un environnement plus sain ». (42)

La législation française intègre également le concept d'équivalence dans l'article 46 de la loi pénitentiaire : « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ».

L'intérêt du patient est un point majeur du code de déontologie médicale. Le serment d'Athènes des professionnels de la santé carcérale, adopté en 1979, incite à ce que « les jugements médicaux soient fondés sur les besoins [des] patients et aient préséance sur toute question non médicale ». (34)

En 1996, la Commission des droits de l'homme des Nations Unies résume les obligations morales et éthiques des gouvernements : « En entrant en prison, les détenus sont condamnés à l'emprisonnement pour leurs crimes ; ils ne devraient pas être condamnés au VIH/sida. Il ne fait aucun doute que les gouvernements ont une responsabilité morale et légale de prévenir la propagation du VIH parmi les détenus et les employés, et de prendre soin de ceux qui vivent avec le VIH/sida. Ils ont aussi une responsabilité de prévenir la propagation du VIH dans les communautés. Les détenus font partie de la communauté ; ils en viennent et y retournent. Protéger les détenus, c'est protéger nos communautés ». (26)

11. Question posée

Nous avons vu jusqu'à présent que malgré les interdictions des personnes détenues consomment des produits illicites en prenant parfois des risques de transmission virale. Par ailleurs, les prévalences du VIH et du VHC sont plus importantes en détention. Or il semble que les mesures de réduction des risques ne soient pas optimales en détention, le principe d'équivalence avec le milieu libre n'étant pas totalement appliqué.

Afin d'engager la réflexion sur les mesures de RDR pouvant être mises en place ou améliorées à la maison d'arrêt de Brest, nous avons mené une enquête auprès de la population détenue. L'objectif principal de cette enquête est d'évaluer les comportements à risque de transmission virale parmi la population détenue à la maison d'arrêt de Brest en 2014.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons étudié de façon descriptive, la population adulte détenue à la maison d'arrêt de Brest à l'exclusion des personnes en semi-liberté (accès au milieu extérieur). Contrairement à l'étude de Liancourt qui avait distribué les questionnaires à l'ensemble des détenus en les laissant remplir seul, nous avons préféré réaliser des entretiens dirigés à partir d'un échantillon représentatif de la population incarcérée. L'échantillon a été obtenu par randomisation.

Nous avons repris le questionnaire de l'étude de Liancourt que nous avons légèrement modifié et que nous avons complété par une seconde partie abordant d'autres problématiques autour du risque de transmission virale.

Le questionnaire (cf annexe 1) a été validé après avoir pris l'avis de différents intervenants (médecins et IDE de l'Unité Sanitaire, CAARUD). Trois entretiens avec des personnes détenues prises au hasard ont été réalisés afin de voir si le questionnaire était adapté (compréhensible, etc...) et réalisable sous forme d'entretien (confiance, temps d'entretien, etc...).

La première partie, similaire à celle de Liancourt, abordait par des questions fermées : l'âge, le moment de la première incarcération et de l'incarcération actuelle, la consommation et les modalités de consommation, en milieu libre et en prison, de drogues licites et illicites, la prise d'un TSO ou d'un traitement morphinique délivré par l'US, la réalisation de tests de dépistage, l'avis concernant la mise en place de PES ou de kits à sniff en détention et le suivi par l'US.

La seconde partie concernait l'information sur la RDR, la connaissance et l'usage de différents moyens de RDR, la pratique du tatouage et du piercing, la désinfection du matériel, l'accès à l'eau de javel en détention, les rapports sexuels en prison et l'accès aux préservatifs, la vaccination contre l'hépatite B, l'envie de sevrage, le sexe du participant et sa catégorie socio-professionnelle. Une question ouverte permettant un commentaire terminait le questionnaire.

Les personnes détenues ont été préalablement informées du déroulement de l'étude par voie d'affichage, un mois avant les entretiens. L'affiche (cf annexe 2) était disposée à l'US et à chaque étage de détention. Elle a également été distribuée sous forme de flyers sur les plateaux repas une dizaine de jours avant les entretiens.

L'affiche annonçait le déroulement de l'étude, son but, son caractère anonyme et facultatif. Les personnes détenues pouvaient également interroger le personnel de l'US sur l'objectif de

l'étude et sur son déroulement.

Au moment de l'étude, du 24 au 27 mars 2014, les personnes de l'échantillon étaient invitées par le personnel pénitentiaire à se rendre à l'US. Si possible l'entretien se déroulait à la suite de soins (soins IDE, prise de traitement ou consultation) afin de minimiser les mouvements de détenus et de faciliter leur participation. Les personnes non disponibles pour se rendre à l'US étaient rappelées plus tard (sauf en cas de refus de participation).

Les entretiens se déroulaient en face-à-face avec un enquêteur dans les locaux de l'US. Après avoir rappelé l'objectif de l'étude ainsi que son caractère anonyme et facultatif, l'entretien se déroulait en suivant le questionnaire. Les données recueillies ne permettaient pas d'identifier le participant.

Les réponses ont été saisies par l'enquêteur sur un logiciel tableur.

La réalisation de cette étude a obtenu l'accord des services pénitentiaires et du responsable de l'US.

RÉSULTATS

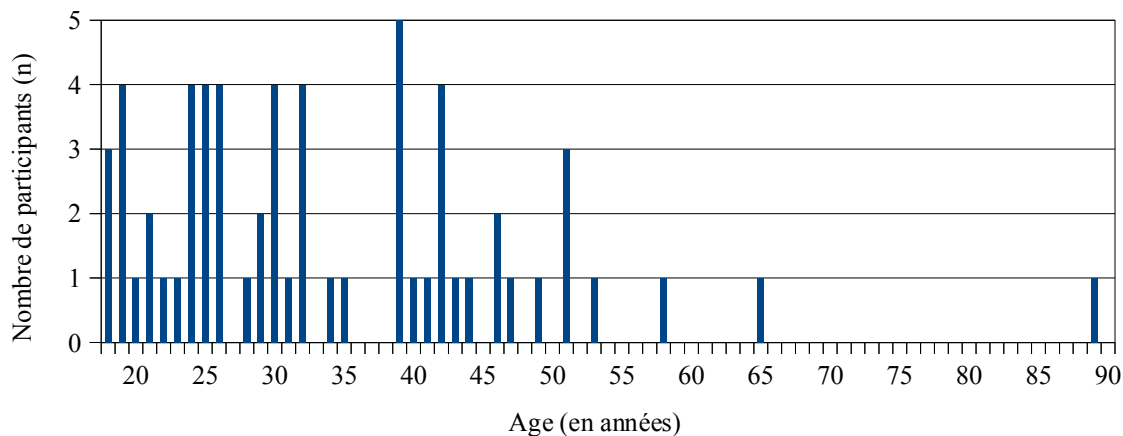
1. Description de la population participante

Parmi 344 personnes détenues (hors mineurs et régime de semi-liberté), 78 personnes (22,7%) ont été randomisées. Soixante-deux personnes randomisées (79,5%) ne recevaient pas de TSO et 16 (20,5%) en recevaient.

Soixante-deux personnes (60 hommes, 2 femmes) ont effectivement participé, soit 18% de la population détenue. Parmi les participants, 50 ne recevaient pas de TSO et 12 en recevaient, soit respectivement 80,6 et 19,4% des participants. Le taux de participation était de 79,5% (80,6% pour les détenus sans TSO et 75,0% pour les détenus avec TSO).

La moyenne d'âge des participants étaient de 34 ans (écart-type de 13,27 ans) avec des âges allant de 18 à 89 ans (médiane 30,5 ans).

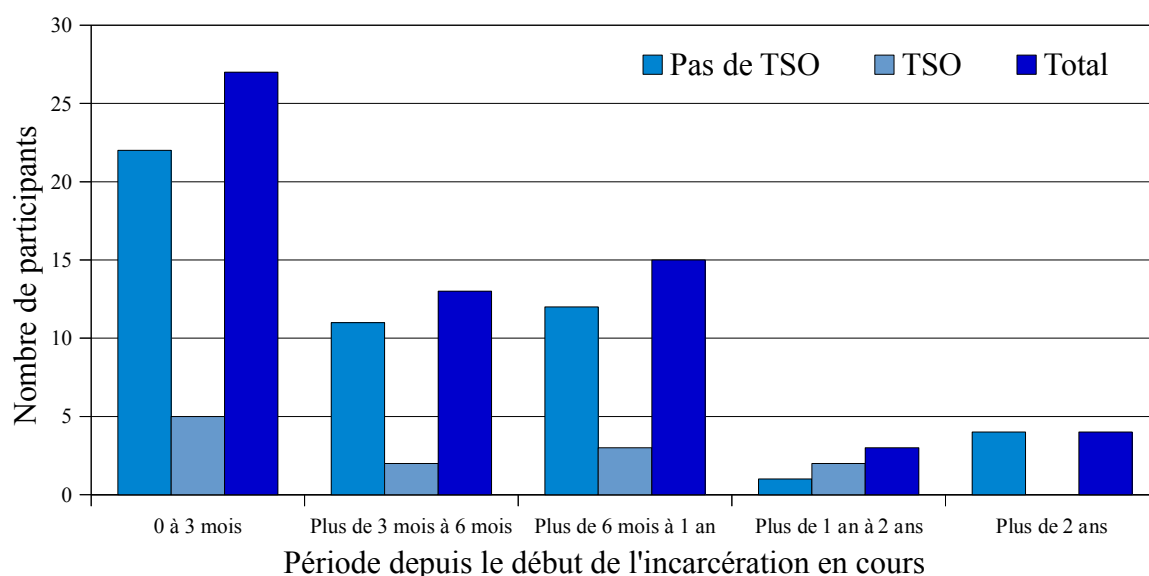
Graphique 1 : Répartition du nombre de participants selon l'âge



Les délais depuis la première incarcération au moment de l'enquête allaient de 0 mois pour les personnes récemment incarcérées pour la première fois à 370 mois (30 ans et 10 mois). La médiane était de 34 mois (2 ans et 10 mois) (intervalle interquartile : [4,25 - 111 mois]).

Le délai depuis le début de l'incarcération actuelle est représenté par le graphique 2 (données sous forme de tableau en annexe). Quarante-trois virgule cinq pour cent des participants étaient incarcérés depuis 3 mois ou moins, 88,7% depuis 1 an ou moins.

Graphique 2 : Nombre de participants selon le délai entre le début de l'incarcération actuelle et l'enquête



La répartition des participants selon la catégorie socio-professionnelle est rapportée par le tableau 4.

Tableau 4 : Nombre de participants par catégories socio-professionnelles

Catégories Socio-Professionnelles	Total	
	n	%
Agriculteurs exploitants	1	1,6
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	7	11,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1	1,6
Professions intermédiaires	1	1,6
Employés	14	22,6
Ouvriers	11	17,7
Retraités	1	1,6
Autres personnes sans activité professionnelle	26	41,9
	62	100,0

2. Consommation de drogue

2.1. Produits consommés

Tabac et Alcool

Les données concernant la consommation de tabac et d'alcool en milieu libre et en détention sont rapportées par le tableau 5.

Tableau 5 : Nombre de consommateurs, taux de consommation et fréquence de consommation de tabac et d'alcool en milieu libre et en détention

	Déclarent consommer		Fréquence : au moins une fois par							
	n	%	jour		semaine		mois		Fréquence occasionnelle	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tabac										
Milieu libre	53	85,5	52	83,9	0		0		1	1,6
Détention	52	83,9	50	80,6	2	3,2	0		0	
Alcool										
Milieu libre	55	88,7	13	21,0	26	41,9	11	17,7	5	8,1
Détention	6	9,7	1	1,6	1	1,6	1	1,6	3	4,8

Drogues illicites

Les données concernant la consommation de drogues illicites et de médicaments sans ordonnance en milieu libre et en détention sont rapportées par le tableau 6.

La consommation d'au moins une drogue illicite avant l'incarcération était déclarée par 40 personnes (64,5%) contre 26 (41,9%) en détention.

En milieu libre, les drogues illicites les plus consommées étaient par ordre de fréquence le cannabis, la cocaïne, le groupe LSD, kétamines, GHB, champignons hallucinogènes, les amphétamines, l'héroïne, le crack. Ce classement en fonction du nombre de personnes initiées au produit est à moduler en fonction de la fréquence de consommation. L'usage du cannabis et de l'héroïne étant plutôt quotidien ou hebdomadaire par exemple, alors que la consommation de LSD ou de champignons hallucinogènes est plus occasionnelle.

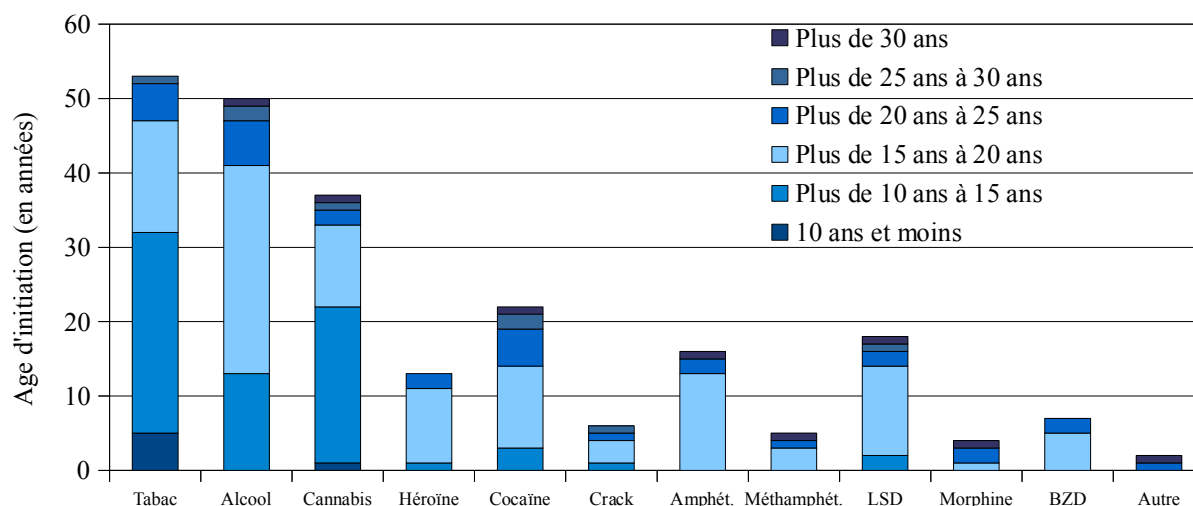
En détention, nous retrouvons des consommations seulement pour le cannabis, l'héroïne et la cocaïne.

Tableau 6 : Nombre de consommateurs, taux de consommation et fréquence de consommation de drogues illicites en milieu libre et en détention

	Déclarent consommer		Fréquence : au moins une fois par						Fréquence occasionnelle	
	n	%	jour		semaine		mois		n	%
Cannabis										
Milieu libre	37	59,7	18	29,0	14	22,6	1	1,6	4	6,5
Détention	23	37,1	11	17,7	7	11,3	2	3,2	3	4,8
Héroïne										
Milieu libre	14	22,6	9	14,5	3	4,8	0	0,0	2	3,2
Détention	6	9,7	0	0,0	2	3,2	1	1,6	3	4,8
Cocaïne										
Milieu libre	22	35,5	6	9,7	7	11,3	4	6,5	5	8,1
Détention	2	3,2	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Crack										
Milieu libre	6	9,7	0	0,0	3	4,8	1	1,6	2	3,2
Détention	0	0,0								
Amphétamine										
Milieu libre	16	25,8	3	4,8	3	4,8	3	4,8	7	11,3
Détention	0	0,0								
Méthamphétamine										
Milieu libre	5	8,1	1	1,6	0	0,0	0	0,0	4	6,5
Détention	0	0,0								
LSD										
Milieu libre	18	29,0	1	1,6	2	3,2	3	4,8	12	19,4
Détention	0	0,0								
Morphine										
Milieu libre	4	6,5	2	3,2	0	0,0	0	0,0	2	3,2
Détention	7	11,3	2	3,2	1	1,6	1	1,6	3	4,8
Benzodiazépine										
Milieu libre	7	11,3	3	4,8	0	0,0	0	0,0	4	6,5
Détention	2	3,2	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Autre										
Milieu libre	2	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2
Détention	0	0,0								

L'âge d'initiation est représenté par le graphique 3 (données détaillées dans tableau en annexe). L'initiation se fait le plus souvent entre 10 et 20 ans. Quelques participants ont déclaré une initiation à l'âge de 10 ans ou moins (5 pour la tabac, 1 pour le cannabis).

Graphique 3 : Nombre de consommateurs déclarés en milieu libre selon l'âge d'initiation



Cinq participants (8,1%) rapportent une initiation en détention : une initiation au cannabis à l'âge de 28 ans, une initiation à l'héroïne et à la cocaïne à l'âge de 20 ans, trois initiations aux traitements morphiniques sans ordonnance à 25, 27 et 30 ans, dont 2 participants qui ne consommaient pas d'héroïne auparavant.

Sur les 28 répondants à la question de l'envie d'arrêt de la consommation de drogue ou de traitement sans ordonnance, 12 (42,9%) ne souhaitent pas arrêter leur consommation.

Tableau 7 : Envie d'arrêter la consommation de drogues ou traitement sans ordonnance

Envie d'arrêter	Pas de TSO		TSO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Non	9	14,5	3	4,8	12	19,4
Oui	9	14,5	7	11,3	16	25,8
Non concerné	32	51,6	2	3,2	34	54,8

2.2. Mode de consommation

Le tableau 8 présente les données concernant les modes de consommation. Les deux injections de produits « autres » concernent un injecteur de méthamphétamine et un injecteur de kétamine (non prévu dans le questionnaire).

En détention, on dénombre 7 participants (11,3%) qui poursuivent une pratique de sniff (dont 5 sous TSO). Un participant (sous TSO) déclare une consommation par voie intraveineuse. Les produits sniffés ou injectés en détention sont l'héroïne, la cocaïne et les traitements sans ordonnance.

Tableau 8 : modes de consommation déclarés en milieu libre et en détention

	Milieu libre		Détention			Milieu libre		Détention	
	n	%	n	%		n	%	n	%
Héroïne	14	22,6	6	9,7	LSD	18	29,0	0	0,0
Sniffée	14	22,6	6	9,7	Sniffé	2	3,2		
Fumée	9	14,5	1	1,6	Avalé	18	29,0		
Injectée	3	4,8	1	1,6	Fumé	0	0,0		
Cocaïne	22	35,5	2	3,2	Morphine	4	6,5	7	11,3
Sniffée	22	35,5	2	3,2	Sniffée	2	3,2	3	4,8
Fumée	8	12,9	0	0,0	Avalée	2	3,2	4	6,5
Injectée	2	3,2	0	0,0	Fumée	0	0,0	0	0,0
Crack	6	9,7	0	0,0	Injectée	0	0,0	1	1,6
Sniffé	0	0,0			Benzodiazépine	7	11,3	2	3,2
Fumé	6	9,7			Sniffée	1	1,6	2	3,2
Injecté	1	1,6			Avalée	7	11,3	2	3,2
Amphétamine	16	25,8	0	0,0	Fumée	0	0,0	0	0,0
Sniffée	5	8,1			Injectée	0	0,0	0	0,0
Avalée	16	25,8			Autre	2	3,2	0	0,0
Fumée	1	1,6			Sniffé	0	0,0		
Méthamphétamine	5	8,1	0	0,0	Avalé	0	0,0		
Sniffée	3	4,8			Fumé	1	1,6		
Avalée	2	3,2			Injecté	2	3,2		
Fumée	1	1,6							

Le partage ou la réutilisation du matériel lié à l'usage de drogue est rapporté par le tableau 9. La personne ayant injecté des drogues déclare avoir réutilisé le matériel mais également l'avoir partagé.

Tableau 9 : Partage et réutilisation du matériel de sniff ou d'injection

	Pas de TSO		TSO		Total	
	n	%	n	%	n	%
A déjà partagé le matériel de sniff	0	0,0	0	0,0	0	0,0
A déjà réutilisé le matériel de sniff	1	1,6	1	1,6	2	3,2
A déjà partagé le matériel d'injection	0	0,0	1	1,6	1	1,6
A déjà réutilisé le matériel d'injection	0	0,0	1	1,6	1	1,6

3. Dépistage VIH et hépatites B et C

La plupart des participants déclarent avoir fait les tests sérologiques et avoir un résultat négatif. Cependant, ceux n'ayant pas fait le test, ne sachant pas le résultat ou ne répondant pas à la question représentent 24,2%, 33,9% et 35,5% des participants respectivement pour le VIH, le VHB et le VHC.

Un participant déclare une séropositivité au VIH et reçoit un traitement. Un autre participant déclare une séropositivité à l'hépatite C mais n'a plus de traitement en cours au moment de l'enquête.

Tableau 10 : Résultats des tests sérologiques déclarés concernant le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C

	Sérologie VIH		Sérologie VHB		Sérologie VHC	
	n	%	n	%	n	%
Test jamais réalisé	8	12,9	9	14,5	9	14,5
Ne connaît pas le résultat	6	9,7	4	6,5	5	8,1
Résultat positif	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Résultat négatif	46	74,2	41	66,1	39	62,9
Ne sait pas	1	1,6	8	12,9	8	12,9
Total	62	100,0	62	100,0	62	100,0

4. Avis concernant les kits d'injection et de sniff

Deux participants étaient intéressés par les kits de seringues à usage unique. Ils déclarent chacun une consommation de 7 classes différentes de drogues ou traitements sans ordonnance en milieu libre. Il reçoivent en détention un traitement par méthadone. Ils considèrent que les kits d'injection faciliteraient leur consommation. L'un d'eux est également intéressé par les kits sniff et pense que ça faciliterait sa consommation. L'autre n'est plutôt pas intéressé par les kits sniff et pense que ça ne faciliterait pas sa consommation. Les deux pensent qu'aucun des kits n'encourageraient les autres détenus à consommer des drogues. Ils n'ont pas partagé de matériel de sniff mais l'un a réutilisé plusieurs fois son matériel de sniff. Ce même participant a plusieurs fois réutilisé et partagé son matériel d'injection. L'un souhaite arrêter sa consommation de drogue, l'autre non.

Ils sont suivis par un médecin généraliste et un psychiatre, ainsi que par un addictologue pour l'un d'entre eux. L'un dit avoir reçu des informations sur la RDR en détention, l'autre non. Mais ils déclarent tous les deux connaître les différents moyens de RDR cités tout en reconnaissant ne pas les utiliser systématiquement.

Les deux ont des tatouages réalisés hors détention, avec de l'encre artisanale pour l'un d'entre eux. L'un a un piercing réalisé avec du matériel adapté. Ils considèrent l'accès à l'eau de javel insatisfaisant en détention. Aucun n'a eu de rapports sexuels en détention.

Concernant le vaccin contre l'hépatite B, aucun ne se déclare vacciné mais aucun n'est intéressé. Tous deux déclarent des sérologies négatives au VIH, au VHB et au VHC.

Tableau 11 : Avis des participants concernant la mise à disposition de seringues à usage unique

	Seringues à usage unique	Je serai intéressé			Cela faciliterait ma consommation			Cela encouragerait d'autres détenus à consommer		
		Pas TSO	TSO	Total	Pas TSO	TSO	Total	Pas TSO	TSO	Total
Oui	n	0	2	2	0	1	1	24	4	28
	%	0,0	3,2	3,2	0,0	1,6	1,6	38,7	6,5	45,2
Plutôt Oui	n			0	0	1	1	4	1	5
	%			0,0	0,0	1,6	1,6	6,5	1,6	8,1
Plutôt Non	n			0			0	2	0	2
	%			0,0			0,0	3,2	0,0	3,2
Non	n	50	10	60	50	10	60	13	6	19
	%	80,6	16,1	96,8	80,6	16,1	96,8	21,0	9,7	30,6

Concernant les « roule ta paille » ou kits à sniff, les avis sont présentés dans le tableau 12.

Tableau 12 : Avis des participants concernant la mise à disposition de kit à sniff

Kit à sniff		Je serai intéressé			Cela faciliterait ma consommation			Cela encouragerait d'autres détenus à consommer		
		Pas TSO	TSO	Total	Pas TSO	TSO	Total	Pas TSO	TSO	Total
Oui	n	1	2	3	0	3	3	24	1	25
	%	1,6	3,2	4,8	0,0	4,8	4,8	38,7	1,6	40,3
Plutôt Oui	n	0	1	1	1	0	1	3	0	3
	%	0,0	1,6	1,6	1,6	0,0	1,6	4,8	0,0	4,8
Plutôt Non	n	0	1	1			0	2	0	2
	%	0,0	1,6	1,6			0,0	3,2	0,0	3,2
Non	n	49	8	57	49	9	58	16	10	26
	%	79,0	12,9	91,9	79,0	14,5	93,5	25,8	16,1	41,9

5. Suivi et traitements

Les TSO prescrits étaient de la méthadone pour 4 participants, de la buprénorphine pour 6 d'entre eux et du Suboxone® pour 2 autres. Par ailleurs, un seul participant recevait de la morphine à visée antalgique (pas de TSO associé).

Les proportions de participants suivis par les médecins et psychologues de l'US sont rapportées dans le tableau 13.

Tableau 13 : Suivi et prescriptions reçues

	Pas de TSO		TSO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Suivi par un médecin généraliste	28	45,2	12	19,4	40	64,5
Qui me prescrit un traitement	21	33,9	12	19,4	33	53,2
Suivi par psychiatre	16	25,8	5	8,1	21	33,9
Qui me prescrit un traitement	11	17,7	1	1,6	12	19,4
Suivi par addictologue	4	6,5	4	6,5	8	12,9
Qui me prescrit un traitement	2	3,2	3	4,8	5	8,1
Suivi par psychologue	15	24,2	5	8,1	20	32,3

Plus d'un quart (27,4%) des participants n'étaient pas satisfaits ou n'exprimaient pas d'avis concernant les conditions d'accès aux services de l'US.

Tableau 14 : Satisfaction concernant l'accès aux services de l'Unité Sanitaire

Accès US	Pas de TSO		TSO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Satisfaisant	35	56,5	10	16,1	45	72,6
Insatisfaisant	13	21,0	1	1,6	14	22,6
NSP	2	3,2	1	1,6	3	4,8

6. Connaissance et usage des moyens de RDR

Les réponses à la question « Avez vous reçu en prison une information sur la réduction des risques ? » sont rapportées par le tableau 15.

Tableau 15 : Information reçue sur la RDR au cours de l'incarcération

Information RDR	Pas de TSO		TSO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Oui	19	30,6	5	8,1	24	38,7
Non	31	50,0	7	11,3	38	61,3
NSP	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Les tableaux 16 et 17 présentent les données concernant les connaissances et l'usage de différents moyen de RDR.

Parmi les participants recevant un TSO, l'utilisation de matériel stérile, de techniques alternatives à l'injection ou la désinfection du matériel est bien connu ou un peu connu respectivement à 83,3%, 83,3% et 100%. Par contre la possibilité de TPE au VIH n'est connu qu'à 66,7%.

La plupart des participants (90,3 à 95,2%) se déclarent non concernés par les techniques de RDR relatives à l'injection de drogues.

Tableau 16 : Connaissance de différents moyens de RDR

Je connais	Pas de TSO		TSO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Matériel stérile à usage unique						
Bien	35	56,5	10	16,1	45	72,6
Un peu	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Pas du tout	14	22,6	2	3,2	16	25,8
Techniques alternatives						
Bien	20	32,3	10	16,1	30	48,4
Un peu	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Pas du tout	29	46,8	2	3,2	31	50,0
Désinfection						
Bien	26	41,9	11	17,7	37	59,7
Un peu	4	6,5	1	1,6	5	8,1
Pas du tout	20	32,3	0	0,0	20	32,3
Préservatifs						
Bien	48	77,4	12	19,4	60	96,8
Un peu	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Pas du tout	1	1,6	0	0,0	1	1,6
TPE VIH						
Bien	19	30,6	8	12,9	27	43,5
Un peu	6	9,7	0	0,0	6	9,7
Pas du tout	5	8,1	4	6,5	29	46,8

Tableau 17 : Usage de différents moyens de RDR

J'utilise	Pas de TSO		TSO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Matériel stérile à usage unique						
Oui à chaque fois	0	0,0	1	1,6	1	1,6
Oui parfois	0	0,0	2	3,2	2	3,2
Jamais	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non concerné	50	80,6	9	14,5	59	95,2
Techniques alternatives						
Oui à chaque fois	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oui parfois	1	1,6	4	6,5	5	8,1
Jamais	0	0,0	1	1,6	1	1,6
Non concerné	49	79,0	7	11,3	56	90,3
Désinfection						
Oui à chaque fois	0	0,0	1	1,6	1	1,6
Oui parfois	0	0,0	1	1,6	1	1,6
Jamais	0	0,0	1	1,6	1	1,6
Non concerné	50	80,6	9	14,5	59	95,2
Préservatifs						
Oui à chaque fois	19	30,6	3	4,8	22	35,5
Oui parfois	13	21,0	5	8,1	18	29,0
Jamais	6	9,7	2	3,2	8	12,9
Non concerné	12	19,4	2	3,2	14	22,6
TPE VIH						
Oui à chaque fois	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Oui parfois	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Jamais	19	30,6	8	12,9	27	43,5
Non concerné	30	48,4	4	6,5	34	54,8

7. **Tatouage et piercing**

Près de la moitié (46,8%) des participants sont tatoués et 21% ont réalisés des tatouages en détention. Douze participants, soit 41,4% des tatoués, ont partagé leur matériel ou utilisé du matériel non stérile. Quinze, soit 51,7% des tatoués, ont eu recours à de l'encre inadaptée ou artisanale.

Un peu plus d'un tiers (35,5%) des participants ont un piercing. Aucun n'en a réalisé en prison. Mais 22,7% des personnes concernées (5 participants) ont partagé leur matériel ou utilisé du matériel non stérile.

Tableau 18 : Pratiques de tatouage et de piercing en milieu libre et en détention

	Pas de TSO		TSO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tatouage						
Non	29	46,8	4	6,5	33	53,2
Oui	21	33,9	8	12,9	29	46,8
Oui en milieu libre	12	19,4	4	6,5	16	25,8
Oui en prison	6	9,7	1	1,6	7	11,3
Oui en milieu libre et en prison	3	4,8	3	4,8	6	9,7
Matériel						
Stérile à usage unique	11	17,7	6	9,7	17	27,4
Partage matériel ou matériel non stérile	8	12,9	1	1,6	9	14,5
Les deux	2	3,2	1	1,6	3	4,8
Encre						
Adaptée	11	17,7	3	4,8	14	22,6
Artisanale	9	14,5	3	4,8	12	19,4
Les deux	1	1,6	2	3,2	3	4,8
Piercing						
Non	34	54,8	6	9,7	40	64,5
Oui	16	25,8	6	9,7	22	35,5
Oui en milieu libre	16	25,8	6	9,7	22	35,5
Oui en prison	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oui en milieu libre et en prison	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Matériel						
Stérile à usage unique	12	19,4	5	8,1	17	27,4
Partage matériel ou matériel non stérile	4	6,5	1	1,6	5	8,1
Les deux	0	0,0	0	0,0	0	0,0

8. Désinfection du matériel

Les données concernant les pratiques de partage de matériel (d'injection, de sniff, de tatouage ou de piercing) ou de réutilisation de ce matériel sont présentées dans le tableau 19.

Tableau 19 : Pratique de désinfection lors du partage ou de la réutilisation de matériel et avis sur l'accès aux produits désinfectants en prison

	Pas de TSO		TSO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Désinfection matériel						
Non	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Oui	4	6,5	1	1,6	5	8,1
Oui eau de javel	2	3,2	0	0,0	2	3,2
Oui autre	2	3,2	1	1,6	3	4,8
Accès produits désinfectants						
Satisfaisant	26	41,9	4	6,5	30	48,4
Insatisfaisant	22	35,5	7	11,3	29	46,8
NSP	2	3,2	1	1,6	3	4,8

9. Rapports sexuels et préservatifs

Les réponses concernant les rapports sexuels en prison (y compris aux parloirs) et l'accès aux préservatifs sont rapportés par le tableau 20.

Tableau 20 : Rapports sexuels en prison (parloirs inclus) et avis sur l'accès aux préservatifs en prison

	Pas de TSO		TSO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Rapports sexuels en prison						
Non	42	67,7	10	16,1	52	83,9
Oui	8	12,9	2	3,2	10	16,1
Oui Hétérosexuel	7	11,3	2	3,1	9	14,5
Oui Homosexuel	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oui non précisé	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Oui Non protégés	6	9,7	2	3,2	8	12,9
Oui Protégés	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Oui Préservatif non précisé	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Accès préservatifs						
Satisfaisant	16	25,8	7	11,3	23	37,1
Insatisfaisant	6	9,7	2	3,2	8	12,9
NSP	28	45,2	3	4,8	31	50,0

10. Vaccination contre l'hépatite B

Le tableau 21 présente les réponses concernant la vaccination contre l'hépatite B.

Parmi les personnes non vaccinées ou ne sachant pas leur statut vaccinal, 53,1% (17 participants) se déclarent intéressées par ce vaccin.

Tableau 21 : Statut vaccinal, proposition du vaccin en détention et intérêt vis à vis du vaccin pour les non vaccinés concernant le vaccin contre l'hépatite B

Vaccin Hépatite B	Pas de TSO		TSO		Total	
	n	%	n	%	n	%
Je suis vacciné						
Oui	23	37,1	7	11,3	30	48,4
Non	7	11,3	2	3,2	9	14,5
Ne sait pas	20	32,3	3	4,8	23	37,1
On m'a proposé le vaccin						
Oui	17	27,4	6	9,7	23	37,1
Non	14	22,6	3	4,8	17	27,4
Ne sait pas	19	30,6	3	4,8	22	35,5
Je suis intéressé par ce vaccin						
Oui	12	19,4	5	8,1	17	27,4
Non	11	17,7	1	1,6	12	19,4
Ne sait pas (ou déjà vacciné)	27	43,5	6	9,7	33	53,2

DISCUSSION

1. Limites de l'enquête

Malgré la randomisation avec tirage au sort d'un échantillon important (plus d'un détenu sur cinq), il existe un biais de sélection. En effet, certains détenus n'ont pas souhaité participer. Le taux de participation (79,5%) reste malgré tout élevé. En comparaison, l'enquête de Liancourt qui abordait le même sujet mais à travers un auto-questionnaire distribué à l'ensemble de la population détenue avait eu un taux de réponse de 54,4%. L'enquête Coquelicot 2011 abordant les usages des consommateurs de drogues injecteurs ou sniffeurs par un entretien en face-à-face, avait un taux de réponse de 75%.

Il existe un biais de réalisation lié à l'enquêteur. Il n'y a eu qu'un seul enquêteur ce qui limite les différences dans la façon de mener l'entretien. Malgré tout, il s'agit d'entretiens en face-à-face avec obligatoirement une dimension relationnelle subjective.

Le biais principal est celui de déclaration. Compte tenu des sujets abordés relevant de l'intimité, de comportements interdits, de sujets tabous, les inexactitudes ou omissions sont à prendre en compte. Pour limiter ce biais, l'enquêteur était extérieur à l'équipe de l'US. Avant l'entretien, le but de l'enquête et surtout son caractère anonyme étaient rappelés. L'enquêteur n'avait pas accès au dossier. Aucune comparaison entre les déclarations des participants et les données disponibles par l'US n'a été effectuée hormis la présence d'un TSO ou non (déclarations des participants cohérentes à 100%).

Notre enquête avait pour but de décrire la situation brestoise. Il s'agit donc de données à portée locale sans extrapolation possible au niveau national.

Dans cette discussion, nous ferons le parallèle avec l'enquête réalisée à Liancourt dont nous avons repris une partie de notre questionnaire. (7) Nous nous appuyerons également sur les résultats d'une enquête menée en 2014 par le Dr Fernandes Pereira. (43) Son étude qualitative s'appuie sur des entretiens réalisés auprès de neuf personnes ayant connu une incarcération d'au moins trois mois à la maison d'arrêt de Brest et sorties depuis deux ans ou moins. Cette enquête reprend une trame en partie similaire à la notre mais auprès de personnes sorties de la maison d'arrêt et donc avec un biais de déclaration a priori moindre.

2. Caractéristiques de la population participante

On retrouve les caractéristiques générales de la population détenue en maison d'arrêt. La population participante est jeune, quasi-exclusivement masculine (3,2% de femmes), avec des durées d'incarcération courtes, et une majorité de catégories socio-professionnelles défavorisées.

Le centre pénitentiaire de Liancourt comporte 2 parties (maison d'arrêt et centre de détention) avec des conditions de détention différentes. Parmi les répondants aux questionnaires de Liancourt, seulement 3,3% sont incarcérés depuis moins d'un an. (7)

2.1. Consommation de drogues

En milieu libre

La consommation quotidienne ou hebdomadaire d'alcool représente quasiment les deux tiers des participants. L'usage quotidien d'alcool en milieu libre (21%) est légèrement supérieur aux données nationales (18% dans la population masculine). La consommation de tabac quotidienne est par contre nettement plus importante : 83,9% contre 33% des hommes au niveau national mais du même ordre que parmi les entrants en 2003 (77,8%).

Tableau 22 : Résultats de notre enquête (Brest), de celle réalisée à Liancourt et de l'enquête nationale « DREES 2003 » concernant les consommations de drogues avant incarcération

	Proportion de personnes déclarant une consommation non occasionnelle avant incarcération (en %)		Proportions d'entrants déclarant une consommation prolongée et régulière au cours des 12 derniers mois (en %)
	Brest 2014	Liancourt 2011	DREES 2003
Tabac	83,9	80,9	77,8
Alcool	80,6	69 (y compris consommation occasionnelle)	30,9 (consommation excessive)
Cannabis	53,2	33,6	29,8
Héroïne	19,4	12,3	6,5
Cocaïne	27,4	10	7,7 (cocaïne ou crack)
Crack	6,5	5,5	
Amphétamine	14,5	3,4	4% (LSD, ecstasy, colles, solvants...)
Méthamphétamine	1,6	2,4	
LSD	9,7	3,9	5,4% (médicaments utilisés de façon toxicomaniaque)
Morphine	3,2	6,8	
Benzodiazépine	4,8	5	

En ce qui concerne les drogues illicites, le cannabis reste le produit le plus consommé. Parmi les participants, 59,7% l'ont expérimenté contre 41% des hommes en population générale. L'expérimentation des autres drogues est nettement plus importantes que dans la population générale : 35,5% contre 3,8% pour la cocaïne, 22,6% contre 1,2% pour l'héroïne, 25,8% contre 1,7% pour les amphétamines...

Par comparaison à des données de populations incarcérées, l'échantillon brestois semble plus consommateur de manière générale (cf tableau 22).

En détention

En détention, on retrouve un taux important de consommation de tabac, comparable au taux avant l'incarcération. Le tabac est omniprésent de par sa consommation mais aussi par son rôle comme objet d'échange et de troc, notamment dans le trafic d'autres drogues. Seule substance psychoactive, licite et cantinable en détention, le tabac joue le rôle de monnaie. (43)

Parmi les substances illicites, on retrouve en première place le cannabis. La proportion de consommateur retrouvée à Brest est voisine de celle de Liancourt et d'Angers ⁽¹⁾. (44)

Tableau 23 : Résultats de notre enquête (Brest), de celles réalisées à Liancourt et à Angers concernant les consommations de drogues en détention

Proportion de personnes déclarant une consommation en détention (en %)			
	Brest 2014	Liancourt 2011	Angers 2011
Tabac	83,9	67	
Alcool	9,7	18,9	21,5
Cannabis	37,1	38,3	44,6
Héroïne	9,7	8,1	22,3
Cocaïne	3,2	7,1	20,7
Crack	0	3,7	
Amphétamine	0	1,8	9,9 (LSD, amphétamines, ecstasy, kétamine)
Méthamphétamine	0	1,1	
LSD	0	1,8	
Morphine	11,3	6,8	
Benzodiazépine	3,2	8,7	

⁽¹⁾ L'enquête d'Angers, réalisée en 2011, par auto-questionnaire remis aux détenus a eu un taux de participation de 38,5%. Nous reprenons quelques uns de ces résultats dans le tableau 23.

L'accès et la consommation de cannabis semblent faciles : près d'un tiers des répondants (29,0%) déclarent en consommer de façon quotidienne ou hebdomadaire. D'après l'enquête en milieu ouvert, il s'agirait principalement de résine de cannabis mais de l'herbe est aussi présente en détention. Le cannabis peut également prendre un rôle de monnaie d'échange.

Un des anciens détenus témoigne d'une certaine tolérance des services pénitentiaires vis à vis du cannabis : « les surveillants en général ils savent très bien ce qu'on fait mais ils disent trop rien, ils y trouvent leur tranquillité... ». (43)

Nous retrouvons une consommation d'alcool moitié moins importante que lors de l'enquête de Liancourt alors même que les consommateurs en milieu ouvert sont plus nombreux. La consommation est plutôt occasionnelle (4,8% des participants) mais parfois quotidienne (un participant). L'alcool provient soit de l'extérieur de la prison, soit est directement fabriqué en détention à partir de fruits, de sucre, de jus de fruits et de levure. Les témoignages en milieu ouvert confirment la consommation d'alcool en détention, parfois jusqu'à l'ivresse, et expliquent les moyens de s'en procurer. (43)

La consommation d'héroïne est équivalente à celle de l'alcool, y compris en terme de fréquence. On retrouve une proportion de consommateur du même ordre qu'à Liancourt. Les témoignages post-incarcération rapportent que si l'héroïne est présente, son accessibilité est variable. Le coût élevé est également un facteur limitant. Un gramme d'héroïne peut coûter 50 euros ou une cartouche de cigarettes. Le « marché » de l'héroïne s'organise en partie lors du passage à l'infirmerie. Chaque jour, les personnes sous méthadone descendent à l'US pour recevoir leur traitement. C'est paradoxalement l'occasion d'échanger sur les arrivages, le prix, etc... (43)

La cocaïne est également présente mais de manière plus marginale, avec une proportion de consommateur, là encore, moitié moins importante qu'à Liancourt. Les témoignages vont également dans le sens d'une faible consommation de cocaïne. Il reste possible de s'en procurer mais le coût est également très élevé.

Concernant les autres drogues illicites, nous ne retrouvons pas de consommateurs dans notre échantillon. A Liancourt, les auteurs retrouvent des consommations mais faibles (1,1 à 3,7%). L'effectif de Liancourt est plus important (381 répondants) ce qui permet plus facilement de mettre en évidence des consommations marginales. Les témoignages brestois confirment que les autres substances sont rares mais elles existent néanmoins. Plusieurs confirment la consommation de crack. Se procurer du LSD, de l'ecstasy ou des amphétamines, semble possible

mais les effets de ces substances semblent moins « adaptés » à la détention. « C'est facile à rentrer, y a de tout, [...] si on veut quelque chose le gars il demande à sa femme qui l'amène au parloir et on peut l'avoir. » (43)

Illustration 1 : Photographies d'une pipe à eau artisanale utilisée pour la consommation de cannabis à la maison d'arrêt de Brest



Hormis le tabac et le cannabis, les substances psychoactives les plus consommées sont les médicaments. L'usage de morphinique hors prescription concerne deux fois plus de personnes en détention qu'en milieu libre. La proportion de consommateur est un peu plus importante qu'à Liancourt. Les morphiniques sans ordonnance concernaient trois personnes parmi les cinq qui ont débuté l'usage d'un produit en détention.

La buprénorphine peut être délivrée avec les autres traitements directement en cellules. Un trafic semble organisé permettant à certains de revendre une partie ou la totalité de leur traitement. Certains anciens détenus s'étonnent de la facilité de se faire prescrire de la buprénorphine : « il y a plein de gens qui ne sont pas accros à héroïne, ils demandent du subutex, ils n'en ont pas besoin, on leur dit, dis ces symptômes là et on leur donne. » (43)

La méthadone est délivrée quotidiennement par les IDE à l'US avec contrôle de la prise. Ils semblent que certains arrivent tout de même à en détourner. Les morphiniques à visée antalgique sont également recherchés mais l'accès dépend des prescriptions : « il n'y en avait pas beaucoup, on avait du mal à s'en procurer, il fallait attendre qu'il y ait un mec qui se fasse opérer, on en trouve pas à la pelle comme les autres cachets ». (43)

Concernant les benzodiazépines, il semble y avoir une sous-déclaration. En effet, la proportion de consommateurs brestois est presque trois fois moins importante qu'à Liancourt. Par ailleurs, on note un taux de consommateurs nettement moins important en détention qu'en milieu libre, à l'inverse de l'évolution du taux de morphiniques sans ordonnance. Enfin, les témoignages recueillis en milieu ouvert vont plutôt dans le sens d'un mésusage relativement fréquent, notamment du Seresta®. Cette sous-déclaration est peut-être liée au fait que l'usage de traitement hors prescription est associé à la prise de benzodiazépines prescrites. Les témoignages démontrent un trafic bien organisé avec des pratiques de consommation variées. Certains prennent tout le traitement de la journée en une fois ou le stockent pour rechercher un effet de « défonce » lors d'une prise massive. D'autres augmentent leur posologie en récupérant des comprimés au marché noir, tandis qu'à l'inverse certains revendent leur traitement.

Aucun participant nous a évoqué la consommation d'autres médicaments sans ordonnances mais les entretiens en milieu libre révèlent une présence importante des médicaments en détention. Il semble possible de se procurer sans ordonnance différents traitements psychotropes : Loxapac®, Théralène®, Atarax® ... (43)

2.2. Prévalence maladies virales

Un participant a déclaré une sérologie positive au VIH, un autre au VHC et aucun au VHB. Les prévalences retrouvées sont un peu moins importantes que les prévalences précédemment décrites en détention. Mais ces données sont cohérentes avec les résultats de dépistage de la maison d'arrêt brestoise qui retrouvent peu de cas de virose chronique (cf tableau en annexe).

Par ailleurs, les prévalences virales en milieu libre sont également plus faible en Bretagne et dans le Nord Ouest de la France par rapport à la moyenne nationale. (27) (29)

3. Comportements à risque de transmission virale

3.1. Comportements à risque lors d'usage de drogue

Voie nasale

La consommation par voie nasale est relativement répandue en milieu libre. La proportion de consommateurs par sniff est environ deux fois plus importantes à Brest qu'à Liancourt pour l'héroïne et pour la cocaïne. Elle est à l'inverse moitié moins importante pour les morphiniques et du même ordre pour le crack et les benzodiazépines.

En détention, la consommation par voie nasale est moins importante de manière générale.

On retrouve cependant une proportion de consommateurs par sniff plus importantes en détention pour les traitements sans ordonnance (morphiniques et benzodiazépines). Les proportions de consommateurs par voie nasale sont au moins deux fois plus importantes à Brest qu'à Liancourt pour l'héroïne et les traitements sans ordonnance. Elles sont plus faibles pour la cocaïne et le crack. Globalement, Liancourt retrouve 24 personnes (soit 6,3%) qui déclarent sniffer en détention, contre 7 personnes (soit 11,3%) à Brest. L'enquête d'Angers retrouvait des proportions de sniff plus importantes : 22,3% d'usage de drogue par voie nasale, 15,7% d'usage de médicaments par voie nasale. (44)

Tableau 24 : modes de consommation déclarés en milieu libre et en détention dans notre enquête à la maison d'arrêt de Brest et dans l'enquête au centre pénitentiaire de Liancourt

	Milieu libre (%)		Détention (%)			Milieu libre (%)		Détention (%)	
	Brest	Liancourt	Brest	Liancourt		Brest	Liancourt	Brest	Liancourt
Héroïne	22,6	18,9	9,7	8,1	LSD	29,0	8,1	0,0	1,8
Sniffée	22,6	12,6	9,7	4,2	Sniffé	3,2			
Fumée	14,5	6,5	1,6	3,4	Avalé	29,0			
Injectée	4,8	4,2	1,6	10,5	Fumé	0,0			
Cocaïne	35,5	22,0	3,2	7,1	Morphine	6,5	12,6	11,3	6,8
Sniffée	35,5	14,4	3,2	4,5	Sniffée	3,2	6,8	4,8	2,4
Fumée	12,9	8,6	0,0	2,6	Avalée	3,2	7,0	6,5	5,0
Injectée	3,2	3,7	0,0	1,1	Fumée	0,0	1,8	0,0	1,3
Crack	9,7	10,8	0,0	3,7	Injectée	0,0	1,8	1,6	0,5
Sniffé	0,0	1,0		1,3	BZD	11,3	11,0	3,2	8,7
Fumé	9,7	7,3		2,4	Sniffée	1,6	1,0	3,2	1,3
Injecté	1,6	1,0		0,3	Avalée	11,3	8,4	3,2	5,8
Amphét.	25,8	11,3	0,0	1,8	Fumée	0,0	0,7	0,0	0,5
Sniffée	8,1				Injectée	0,0	1,0	0,0	0,3
Avalée	25,8				Autre	3,2		0,0	
Fumée	1,6				Sniffé	0,0			
Méthamphét.	8,1	4,2	0,0	1,1	Avalé	0,0			
Sniffée	4,8				Fumé	1,6			
Avalée	3,2				Injecté	3,2			
Fumée	1,6								

Les témoignages d'anciens détenus confirment les pratiques de sniff plus ou moins fréquentes et avec divers produits. Certains ont été témoins de pratiques quotidiennes de sniff de médicaments. On peut également percevoir dans leurs propos un regard plutôt négatif sur ces pratiques de la part des personnes détenues, avec un évitement des consommateurs. (43)

L'accès au matériel ne semble pas être problématique. Les témoignages expliquent comment se fabriquer une paille à partir de n'importe quel bout de papier. Ils disent ne jamais avoir partagé le matériel de sniff car ils avaient conscience du risque de transmission. Cependant certains ont été témoins de partage de matériel de sniff chez d'autres détenus. Ceci va dans le sens de nos résultats qui ne retrouvent pas de partage du matériel de sniff mais quelques réutilisation du matériel (2 participants). Alors que la proportion de sniffeur est plus importante à Brest, il semble qu'il y ait moins de pratique à risque qu'à Liancourt (3,9% de partage de matériel, 5,3% de réutilisation).

Voie injectable

En milieu libre, la voie injectable concerne une faible proportion de participants. Elle concerne principalement l'héroïne (4,8%) et la cocaïne (3,2%). Les données brestoises sur l'injection en milieu libre sont comparables à celles de Liancourt.

La consommation par voie injectable semble peu répandue à la maison d'arrêt de Brest. Un seul participant reconnaît cette pratique mais il déclare avoir partagé son matériel ce qui suppose d'autres consommateurs. La proportion d'injecteur est toutefois nettement moins importante dans notre étude par rapport à celle de Liancourt qui retrouve 10,5% d'injecteur d'héroïne en détention alors que les consommations d'héroïne sont du même ordre. A Liancourt, 7 personnes ont partagé leur matériel d'injection et six l'ont réutilisé. A Angers, 14% des participants ont vu du matériel d'injection en détention et 6,6% ont eu recours à l'injection.

Aucun des anciens détenus interrogés dans l'enquête en milieu ouvert ne déclare s'être injecté en détention. Cependant ils confirment que ce mode de consommation existe notamment avec des TSO ou des morphiniques. Là encore, cette pratique est connotée péjorativement parmi les détenus.

Concernant l'accès au matériel, il est bien plus difficile que pour le sniff. Il peut provenir de l'extérieur soit par le parloir, soit par « parachute » (stéribox jetée par dessus le mur d'enceinte et récupérée sur le terrain de sport par exemple). Le matériel peut également venir de l'infirmerie. Plusieurs témoignages confirment que certains détenus vont jusqu'à récupérer le matériel usagé dans les collecteurs à aiguilles : « j'ai même vu un gars qui s'est défoncé pendant un mois avec

une seringue à vaccins... ». Du fait du manque de matériel, la réutilisation est fréquente chez les injecteurs mais aussi le partage : « j'ai vu des gars s'injecter, avoir des abcès énormes dans les bras parce qu'ils s'étaient réinjectés avec la même pompe, ils se prêtaient même les pompes... c'était grave... ». (43)

3.2. Autres comportements à risque

Tatouage et piercing

Près de la moitié des détenus sont tatoués et près de un sur cinq (21%) a réalisé au moins un tatouage lors d'une incarcération. Cette proportion est comparable à celle retrouvée à Angers (24%). (44)

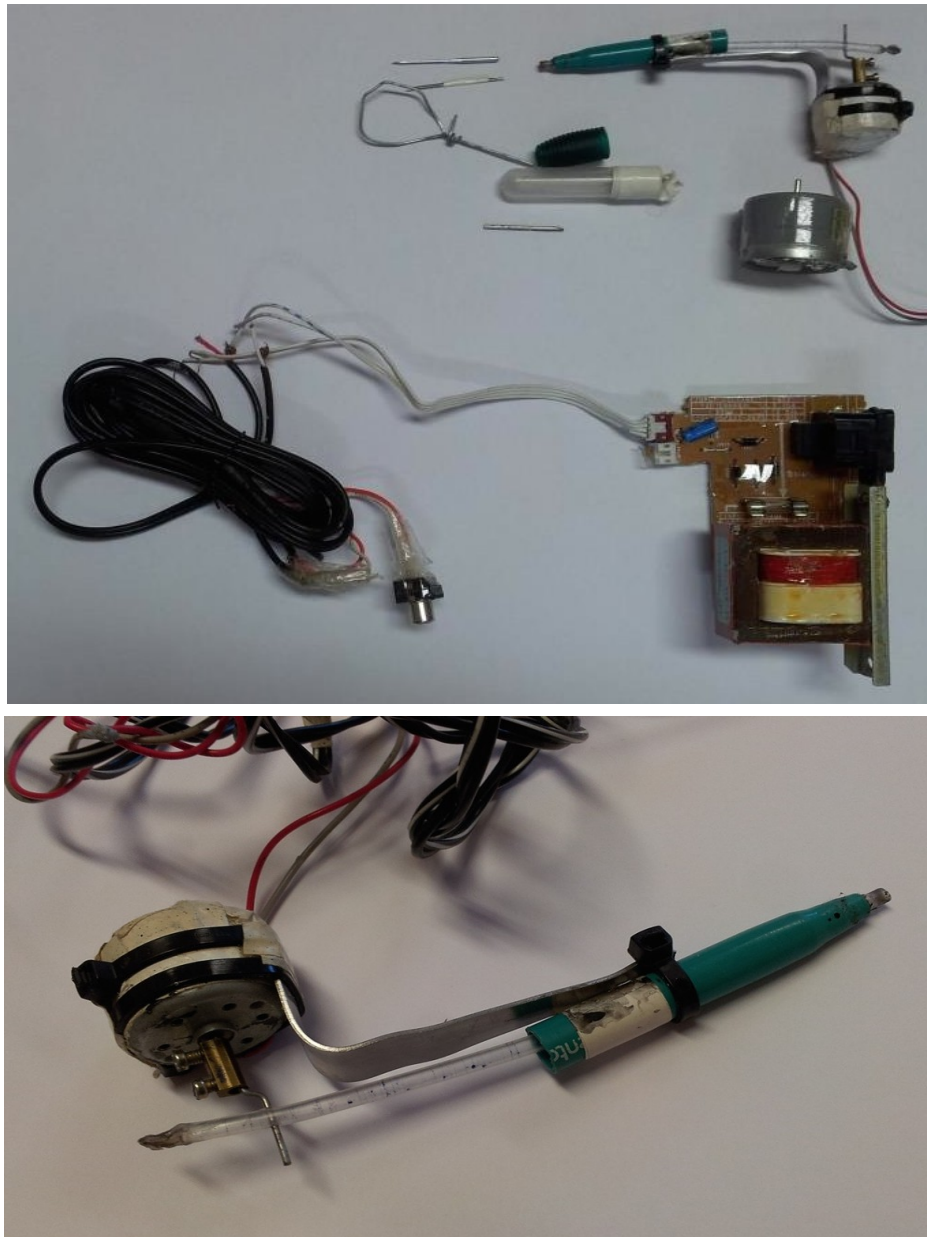
Le partage de matériel (37,9% des personnes tatouées en prison à Angers) ou l'utilisation de matériel non stérile est très répandu ainsi que l'utilisation d'encre inadaptée. L'encre « artisanale » est souvent du « noir de fumée » c'est à dire la suie de plastique brûlé mélangée avec du savon.

Le piercing concerne plus d'un détenu sur trois avec là encore partage de matériel ou utilisation de matériel non stérile. Cependant nous ne retrouvons aucun participant ayant réalisé un piercing en détention (4,1% des répondants à Angers).

Illustration 2 : Photographies d'encre et d'aiguilles utilisées pour le tatouage



Illustration 3 : Photographies de matériel à tatouage fabriqué « artisanalement » à la maison d'arrêt de Brest



Rapports sexuels

Cette question a globalement suscité le plus de réaction avec des réponses négatives rapides. Cependant lorsqu'on précise que la question englobe l'ensemble de la prison, c'est-à-dire parloirs compris, certains déclarent avoir eu des rapports. Le sujet reste donc un tabou mais nous avons tout de même 16,1% des participants qui déclarent des rapports. Aucun rapport homosexuel n'est déclaré. Un seul participant déclare avoir utilisé des préservatifs.

4. Moyens de RDR

4.1. Répression

On le voit la logique répressive ne suffit pas. Concevoir la prison comme un lieu d'abstinence totale paraît illusoire. Les anciens détenus reconnaissent eux même que la diminution des fouilles notamment lors des parloirs permet d'alimenter le trafic. Ils révèlent aussi une certaine tolérance des services pénitentiaires (usage du cannabis) voire parfois une complicité. (43)

4.2. Education pour la santé

Moins de 4 participants sur 10 considèrent avoir reçu une information sur la RDR au cours de l'incarcération. Si l'usage du préservatif est quasi-unanimement connu, les autres techniques le sont moins y compris chez des patients sous TSO.

Pour les anciens détenus, l'information sur la RDR à la maison d'arrêt de Brest évoque principalement les affiches et documents de prévention au niveau de l'infirmerie et de la salle d'attente. Mais ils remarquent que ce type de support nécessite que le détenu s'intéresse au sujet pour prendre le temps de lire ces documents. Concernant les sujets abordés, ils citent les risques liés au tatouage, l'accès à l'eau de javel, aux préservatifs mais ils remarquent qu'il y a peu d'information sur les risques liés aux modes de consommation de drogue.

Par ailleurs, la comparaison entre connaissance et usage des moyens de RDR montre que connaître un moyen de RDR n'est pas suffisant pour y avoir recours de façon optimale.

4.3. Dépistage

La proportion de personne non-dépistée est relativement peu importante (entre 12,9% et 14,5%). Cependant la proportion de personnes ignorant son statut sérologique est plus conséquente : environ un quart des participants pour le VIH, environ un tiers pour l'hépatite B et l'hépatite C. Ces déclarations montrent malgré tout une meilleure connaissance du statut sérologique qu'à Liancourt. En effet, ils y sont respectivement 48,3%, 52,2% et 54,1% à ignorer leur statut pour le VIH, le VHB et le VHC.

Le retour du résultat à la personne détenue, y compris en cas de résultat négatif, de manière plus systématique pourrait encore améliorer ces taux.

4.4. Vaccination contre l'hépatite B

Environ un participant sur deux se déclare vacciné mais 37,1% ne connaissent pas leur statut vaccinal. Un peu moins de 4 participants sur 10 affirme qu'on lui a proposé le vaccin pendant la détention. Certains détenus vaccinés n'ont pas précisé si le vaccin avait été réalisé suite à une proposition faite en détention mais il reste 3 participants sur 10 qui affirment ne pas avoir reçu de proposition pour ce vaccin.

Ce résultat semble peu cohérent car chaque entrant est vu de manière systématique par un médecin de l'US au début de son incarcération. Une consultation d'entrée est réalisée selon un protocole abordant la vaccination contre l'hépatite B. Si on peut envisager quelques omissions, un tel défaut de proposition du vaccin reste peu probable.

Il est malgré tout possible que le vaccin ne soit pas proposé lorsque l'information sur le statut vaccinal est déjà présente dans le dossier de l'entrant ou suite à un dépistage si celui-ci montre une immunisation (taux d'immunisation important à 54,9%).

L'impression de ne pas avoir eu d'information sur cette vaccination peut également s'expliquer par le moment de la proposition du vaccin. Il s'agit des premières heures d'incarcération donc un moment de stress psychologique particulier, lors d'un entretien médical abordant de nombreux points. La consultation d'entrée recueille divers éléments sur la santé de la personne détenue notamment la prise de drogues et les modalités de consommation, le statut vaccinal (DTP, VHB,...), le dépistage des IST et viroses chroniques, etc...

On peut donc penser qu'il serait utile d'aborder à nouveau la question de la vaccination lors de consultations ultérieures. En effet, il y a autant de participants qui déclarent n'avoir pas eu de proposition de vaccination que ceux se déclarant intéressés par le vaccin (27,4% des participants). Reproposer le vaccin pourrait permettre d'améliorer la couverture vaccinale.

4.5. TPE pour le VIH

Le TPE est le moyen de RDR le moins connu parmi ceux cités et le moins utilisé (un participant). Mieux informer les personnes détenues sur son existence et son intérêt paraît utile. Cependant demander à recevoir un TPE, c'est reconnaître une prise de risque et bien souvent un acte interdit en détention, incluant d'autres détenus. Dans ce contexte, la confidentialité est un point majeur dans l'accès aux soins.

4.6. Préservatifs

Le préservatif est utilisé de façon systématique par seulement 45,8% des personnes se sentant concernées par un comportement à risque de transmission viral.

En prison, les rapports sexuels restent un tabou. Ainsi la moitié des participants n'a pas souhaité donner un avis sur l'accès aux préservatifs. Parmi ceux qui expriment un avis, 74,2% trouvent l'accès au préservatifs satisfaisant. Cependant un seul participant déclare avoir eu des rapports protégés en détention.

S'agit-il d'un problème d'accès aux préservatifs ou d'un problème d'information sur les risques ? Les personnes déclarant avoir eu des rapports sexuels en détention évoquent le parloir comme lieu de l'acte. Or il semble qu'il n'y ait pas de préservatifs accessibles sur le parcours vers le parloir. Certains insistent également sur le fait que l'accès au préservatif doit pouvoir se faire discrètement.

Les préservatifs semblent accessibles en détention mais les points de distribution sont peut-être à revoir (parloirs,...) en prenant en compte le besoin de confidentialité par rapport à un sujet qui reste sensible. L'accès au préservatif doit également s'accompagner d'une information adaptée sur les risques d'IST pour sensibiliser à son usage.

4.7. Eau de Javel

L'accès à l'eau de javel est à améliorer. En effet, un participant sur deux seulement considère cet accès satisfaisant. Lors des entretiens, certains disent qu'on y accède facilement car il est cantinable. Pour d'autres justement, il devrait être distribué et non à acheter. Peu font référence à une distribution tous les 15 jours comme ce doit être organisé. Les participants sont également peu nombreux à faire le lien avec la désinfection du matériel d'injection.

On constate d'ailleurs que lors du partage de matériel le recours à l'eau de javel n'est pas systématique (un tiers seulement de ceux répondant à la question). Ceci peut s'expliquer par un problème d'accès au produit ou par un manque d'information sur les moyens de désinfection et sur leurs intérêts. Parmi les autres produits utilisés dans un but de désinfection, les participants citent : eau chaude, alcool 90°, parfum, vinaigre. Certains chauffaient directement le matériel.

Les entretiens en milieu libre confirment que l'information sur l'eau de javel n'est pas complètement intégré : « y a de l'eau de javel si vous voulez dans les cantines mais c'est pour nettoyer les cellules... ». D'autre au contraire, on bien reçu le message : « j'avais vu circuler un petit papier comme quoi on avait le droit de demander de l'eau de javel pour laver sa seringue... ».

tous les 15 jours on pouvait exiger un peu d'eau de javel ». (43)

En l'absence de moyens d'accès à du matériel stérile, la désinfection du matériel est le seul moyen de RDR proposé aux personnes décidées à s'injecter. Dans des conditions optimales, le risque de transmission persiste malgré tout. Or nous voyons qu'en pratique les conditions sont loin d'être optimales : peu de recours à la désinfection par eau de javel, accès insuffisant au désinfectant, manque d'information sur le protocole de désinfection...

4.8. TSO

La proportion de participants recevant un TSO (19,4%) est environ deux fois supérieure aux données nationales (9% selon PRI2DE, 7,9% selon PREVACAR) ou locales (10,8% à Liancourt). On retrouve par contre la prédominance de la buprénorphine (50%) par rapport à la méthadone (33,3%). Deux participants reçoivent de la buprénorphine-naloxone (Suboxone[®], traitement prescrit depuis juillet 2013 à la maison d'arrêt de Brest).

Nos résultats sont cohérents par rapport aux données brestoises existantes. En effet selon une évaluation faite le 13 novembre 2013, citée par le Dr Fernandes Pereira, « sur 213 ordonnances analysées [à la maison d'arrêt de Brest], 54 ordonnances comprenaient un TSO (soit 25,3 % des patients suivis et traités), un peu plus de 55 % d'entre eux sous buprénorphine (30 personnes), un peu plus de 40 % sous méthadone (22 personnes), et 2 patients sous suboxone ». (43)

L'importance des prescriptions de TSO pose question. La proportion de consommateurs non occasionnels d'héroïne semble plus importante à Brest que dans les enquêtes de Liancourt et DREES 2003, cependant le recours aux morphiniques sans ordonnance évoluent de façon radicalement opposée entre Brest et Liancourt. Ainsi à Brest, l'usage de ces traitements passe de 6,5% en milieu libre à 12,6% en détention pendant qu'à Liancourt, il passe de 11,3% à 6,8%.

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe un trafic autour des traitements et notamment des TSO. Les anciens détenus témoignent également des pratiques pour obtenir des TSO et le marchander par la suite. S'il paraît illusoire de réduire à néant ces trafics, il convient de trouver un juste équilibre entre réduction des risques et alimentation du trafic. Cela demande des moyens pour contrôler les prises, réévaluer les prescriptions, etc...

4.9. PES et kits sniff

Kits d'injection

L'intérêt pour des kits d'injection est moins important à Brest qu'à Liancourt mais dans des proportions cohérentes par rapport à la pratique de l'injection. On remarque que si un seul participant déclare injecter en détention, deux participants sont intéressés par les kits.

La question sur l'incitation à la consommation divise les participants. Les entretiens en milieu libre mettent en évidence les représentations négatives de l'usage de drogue et encore plus de l'injection. Certains évoquent le danger que ça représente. D'autres insistent sur la nécessité de confidentialité pour éviter la stigmatisation. Plusieurs reconnaissent que les PES pourraient être utiles pour limiter les transmissions : « Vaut mieux ça que des seringues volées ou réutilisées. ». L'un d'eux fait référence au principe d'égalité d'accès aux soins : « y a des stéribox dehors, je vois pas pourquoi y en aurait pas là bas. ». (43)

Tableau 25 : Avis des personnes détenues sur la mise à disposition de seringues à usage unique

Seringues à usage unique		Je serai intéressé		Cela faciliterait ma consommation		Cela encouragerait d'autres détenus à consommer	
		Brest	Liancourt	Brest	Liancourt	Brest	Liancourt
Oui	(%)	3,2	9,4	1,6	7,6	45,2	42,7
Plutôt Oui	(%)	0	1,4	1,6	4,7	8,1	9,2
Plutôt Non	(%)	0	12,8	0	5,8	3,2	7,3
Non	(%)	96,8	81,2	96,8	81,9	30,6	40,8

Kits à sniff

Malgré une proportion plus importante de consommateurs par voie nasale en détention à Brest, on retrouve un intérêt moins grand pour les kits à sniff par rapport à Liancourt. On peut poser plusieurs hypothèses face à ce résultat : l'accès au matériel n'est pas une réelle difficulté ; la peur d'être identifié comme consommateur est plus importante (stigmatisation par autres détenus, conséquences judiciaires...) ; les risques liés à la réutilisation et au partage sont minimisés.

On retrouve à nouveau, comme à Liancourt, des avis partagés sur l'incitation à consommer. Les témoignages en milieu libre montrent également cette division. Certains voient les kits à sniff comme une incitation alors que la prison doit être un lieu d'abstinence. D'autres reconnaissent que le sniff est pratiqué, et qu'il vaudrait mieux limiter le risque d'infection.

D'autres enfin, n'en voient pas l'utilité : « une paille c'est pas ce qu'il y a de plus sorcier à trouver... ». (43)

Tableau 26 : Avis des personnes détenues sur la mise à disposition de kits à sniff

Kit à sniff		Je serai intéressé		Cela faciliterait ma consommation		Cela encouragerait d'autres détenus à consommer	
		Brest	Liancourt	Brest	Liancourt	Brest	Liancourt
Oui	(%)	4,8	11,4	4,8	10,6	40,3	39,8
Plutôt Oui	(%)	1,6	4,7	1,6	6,5	4,8	8,6
Plutôt Non	(%)	1,6	6,7	0	7,1	3,2	9,1
Non	(%)	91,9	77,2	93,5	75,9	41,9	42,4

4.10. Autres moyens de RDR

Plus que la consommation de drogue par voie nasale ou par injection, le tatouage en détention représente une problématique à ne pas négliger. Plus d'un participant sur cinq déclare y avoir eu recours. Les enjeux de désinfection et de partage du matériel sont les mêmes que pour l'injection.

Une sensibilisation sur les risques liés au tatouage doit bien sur être menée. Mais la mise en place de programmes novateurs, tels que ceux testés au Canada, est une piste à évaluer. (26)

5. Organisation des soins

Un peu moins de trois participants sur quatre se déclarent satisfaits des conditions d'accès aux services de l'US. Les participants se considérant suivis par un médecin ne reçoivent pas systématiquement de traitement par celui-ci. La nature des traitements prescrits n'a pas été précisée.

La dernière question de l'enquête était ouverte et permettait aux participants de s'exprimer notamment sur l'amélioration de l'accès aux soins. Vingt-sept participants (43,5%) ont apporté des commentaires sur des sujets variés.

La principale plainte concerne le délai d'attente pour obtenir une consultation (n=10), notamment une consultation dentaire (n=4). Deux participants trouvent le temps d'attente trop long en salle d'attente. Le retour d'information aux détenus seraient à améliorer (n=4), notamment concernant les résultats biologiques ou les réponses aux courriers adressés à l'US.

Un participant se plaint de la lenteur des procédures, notamment dans la mise en place du

traitement. Un autre trouve la prise en charge des urgences psychiatriques insatisfaisante. Le manque de moyen et de personnel à l'US est mis en avant (n=2). Un participant juge l'US « trop sensible à la pression de la pénitentiaire » (problème des demandes de certificats).

Des remarques positives sont à souligner (n=5) : « délai assez court avant prise en charge », « satisfait du fonctionnement de l'US », « personnel courageux », « très compétent niveau soins », « US bien organisée ».

Concernant les sujets directement abordés par notre enquête, cinq participants pointent des défauts d'accès à des produits d'hygiène ou à des désinfectants. On retrouve une demande de sensibilisation sur les maladies virales (n=2), ou sur la consommation de produits (n=1) ou plus globalement sur les conditions de vie des détenus via des réunions collectives (n=1).

Les avis concernant les kits d'injection en détention sont partagés. Trois y sont favorables. L'un d'eux explique que ça permet de consommer moins de produit car l'effet est plus important par injection. A l'inverse, un participant pointe un risque d'overdose. Un autre participant est opposé aux seringues hors de l'US et met en avant un risque de détournement de l'usage.

Concernant les traitements, un participant trouve « qu'il y a beaucoup trop de traitement prescrit ». Un autre propose que tous les TSO soient pris à l'US.

Un participant souhaite que des préservatifs soient disponibles avant les parloirs. Un autre souhaiterait avoir accès à du matériel adapté de tatouage ou à un tatoueur professionnel.

Enfin, un participant a trouvé l'enquête intéressante. (A noter, qu'aucun autre participant n'a affirmé le contraire.)

Les commentaires des anciens détenus complètent ceux de notre enquête : trop de prescriptions ; améliorer la distribution des traitements ; nécessité de groupes de paroles, d'éducation à la santé, de prévention, d'information sur la RDR ; améliorer l'évaluation lors de la consultation d'entrée ; augmenter les personnels soignants ; assurer la confidentialité pour les soins et la prise des traitements, etc... (43)

Concernant les soins en addictologie, les anciens détenus (dont 8 étaient sous TSO sur les 9), ont des avis positifs (poursuite des soins à l'entrée en détention, suivi adapté...) mais certains considèrent qu'un traitement leur est trop facilement proposé.

A travers ces commentaires, on retrouve des pistes que nous avons déjà abordées. La question est aussi posée de l'organisation des soins. Un système permettant d'accéder aux consultations de façon plus fluide, avec un maximum de confidentialité, permettrait peut-être de

réduire les trafics de médicaments. Les médicaments pris sans ordonnance sont peut être justifiés pour ces personnes mais a-t-on pu en discuter avec eux dans de bonnes conditions ? Assure-t-on une confidentialité suffisante pour que la personne fasse confiance à l'US ? Comment trouver un juste équilibre dans les prescriptions ?

Les modes d'organisation (gestion de la prise de rendez-vous, distribution des traitements, retour d'information,...) peuvent impacter directement sur la prise en charge des personnes détenues. Ces enjeux sont à confronter aux contraintes du milieu carcéral et aux moyens disponibles.

CONCLUSION

Des risques de transmissions virales

Notre enquête a montré qu'il existe des comportements à risque de transmission virale au sein de la maison d'arrêt de Brest. On retrouve en effet une forte consommation de drogue avec parfois usage par voie nasale (11,3%) et plus marginalement par voie injectable (1,6%). Le tatouage est également problématique et concerne encore plus de détenus (21% de tatouage en détention, 19,4% tatoués avec du matériel non stérile). Ces pratiques s'accompagnent de prises de risques par réutilisation et partage du matériel. Les prises de risques par voie sexuelle sont également retrouvées avec un faible recours aux préservatifs (14,5% de RS non protégés, 1,6% de RS protégés).

Les prévalences VIH, VHC et VHB semblent plus faibles que les données nationales en prison (1 cas de VIH, 1 cas de VHC) mais cohérentes avec la prévalence plus faible en Bretagne que la moyenne nationale.

Une politique de RDR sous-optimale

Différentes mesures de RDR sont déjà en place. Le dépistage des viroses chroniques semble bien en place avec un taux de personnes dépistées relativement important (85,5% à 87,1% de personnes dépistées). Cependant toutes les personnes dépistées ne connaissent pas leur statut sérologique. Un retour du résultat plus systématique pourrait améliorer ce taux.

L'accès au TSO semble correct mais s'accompagne d'un trafic de médicaments difficilement contrôlable.

Revoir la mise à disposition de préservatifs dans des endroits stratégiques (trajet vers parloirs), facilement accessibles, est une mesure qui paraît simple à mettre en œuvre.

En ce qui concerne l'usage et le partage de matériel (d'injection, de tatouage), la seule mesure de RDR proposée est la désinfection par l'eau de javel. Cette situation est insatisfaisante car cette technique manque d'efficacité y compris dans des conditions optimales. De plus, en détention l'accès à l'eau de javel semble insuffisant (46,8% des participants) ainsi que les connaissances du protocole de désinfection. Enfin les conditions de réalisation de cette désinfection ne sont pas possibles dans le contexte carcéral (délai d'action du désinfectant, illégalité de la consommation...).

Nouvelles mesures de RDR ?

Si l'optimisation des moyens existants est nécessaire, il ne faut pas négliger la mise en œuvre de nouveaux outils de RDR.

La mise à disposition de matériel pour le sniff et l'injection peut se discuter. Un programme d'échange de seringues intéresserait peu de personnes mais serait une mesure de RDR pertinente pour les UDI. Le faible effectif de personnes concernées peut être vu comme un avantage pour expérimenter ce type de programme en détention.

Les risques liés au tatouage sont encore plus prégnants. Là encore la désinfection du matériel à l'eau de javel comme seule option est insatisfaisant. D'autres pays comme le Canada ont expérimenté des programmes pour permettre aux détenus de se tatouer dans des conditions sanitaires plus sûres. Ce sont des pistes à explorer.

L'arrivée et le développement des TROD sera peut-être une opportunité pour augmenter le taux de dépistage. Leur place dans la stratégie de dépistage en détention est à préciser.

Éducation et confidentialité

L'éducation à la santé doit accompagner l'ensemble des mesures de RDR pour qu'elles soient comprises et augmenter le recours à des pratiques plus sûres. Cela demande des moyens adaptés – au-delà de simples affiches de sensibilisation – d'autant plus que la population carcérale à un turn-over relativement rapide, ce qui implique de répéter les interventions.

A chaque instant, la confidentialité doit être une priorité pour permettre l'adhésion des détenus. C'est une condition fondamentale sur des sujets en lien avec l'intimité, la santé, les conduites addictives, la sexualité... L'usage de drogue et encore plus le sniff ou l'injection sont vus péjorativement parmi la population détenue. En plus du risque légal, les usagers de drogues craignent la stigmatisation. Les mesures de RDR visant ce public doivent en tenir compte.

Enjeux de la santé en prison

Au delà de notre question initiale, notre enquête révèle également les problématiques d'addiction en milieu carcéral (83,9% de fumeur, 37,1% de consommateur de cannabis...) avec également une consommation de traitements sans ordonnance (11,3% pour les morphiniques).

La question des mesures mises en place pour faire face à ses enjeux de santé publique peut être posée. Mais on peut également s'interroger sur l'origine de ces conduites : incarcération de personnes souffrant de pathologies psychiatriques, conditions de détention pathogènes générant des troubles psychologiques spécifiques, etc...

Ces questions autour de la santé en prison vont bien au-delà des seuls soignants et se posent à toute la société.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé. Guide méthodologique. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. [Internet]. 2012 [cité 11 déc 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Methodologique_-_Personnes_detenues_2012.pdf
2. Justice / Portail / Les chiffres clefs [Internet]. [cité 4 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>
3. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2013 [Internet]. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffres_cles_2013_opt.pdf
4. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Justice / Portail / Statistiques mensuelles de la population écrouée et détenue en France. Situation au 1er mars 2014 [Internet]. 2014 [cité 13 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-mensuelles-de-la-population-detenu-et-ecrouee-26570.html>
5. Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay A-E. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. Bull Epidémiologique Hebd. 5 nov 2013;2013(35-36):434-40.
6. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°94. La santé et la médecine en prison [Internet]. 2006 [cité 25 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf>
7. Sannier O, Verfaillie F, Lavielle D. Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace. Presse Médicale. juill 2012;41(7-8):e375-85.
8. Obradovic I. Réduction des risques en milieu pénitentiaire. Revue des expériences étrangères. OFDT [Internet]. 5 oct 2012 [cité 13 oct 2014]; Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiot1.pdf>
9. OMS. Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial. [Internet]. 2014 [cité 30 mars 2015]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1
10. Chemlal K, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M, Semaille C, Barbier C, Michon C, et al. Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010. Bull Epidémiologique Hebd. 6 mars 2012;2012(10-11):131-4.
11. Direction générale de la santé. Enquête PREVACAR Volet offre de soins. VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. [Internet]. 2011 [cité 13 nov 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf

12. Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin M-A, Serre P. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. Bull Epidémiologique Hebd. 5 nov 2013;2013(35-36):445-50.
13. Jauffret-Roustide M, Maache A, Le Strat Y, Chiron E, Barbier C, Caté L, et al. La prévalence des traitements de substitution aux opiacés chez les personnes détenues en France. Enquête Prevacar 2010. [Internet]. INVS; 2011 [cité 19 oct 2014]. Disponible sur: http://www.corevih-haute-normandie.fr/medias/File/accueil/information/informations/Journ%C3%A9e%20PREVACAR%20du%2006_2011/6%5B1%5D_TSOPrevacar2011-1_MJR.pdf
14. Michel L, Jauffret Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J, et al. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009. Bull Epidémiologique Hebd. 25 oct 2011;2011(39):409-12.
15. Jauffret Roustide M, Pillonel J, Weill Barillet L, Leon L, Le Strat Y, Brunet S, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France . Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. Bull Epidémiologique Hebd. 26 nov 2013;2013(39-40):504-9.
16. Jauffret Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, Barin F, Emmanuelli J, Semaille C, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. Bull Epidémiologique Hebd. 5 sept 2006;2006(33):244-7.
17. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. DREES Etudes Résultats [Internet]. mars 2005 [cité 13 oct 2014];(386). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-personnes-entrees-en-prison-en-2003,4513.html>
18. Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay A-E. Etat des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2014 [cité 12 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenu-es-en-France-et-a-l-etranger>
19. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Statistiques trimestrielles de la population prise en charge en milieu fermé. Mouvements au cours du 1er trimestre 2014. Situation au 1er avril 2014. [Internet]. 2014 [cité 27 oct 2014]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/trimestrielle_avril_MF2014.pdf
20. Désesquelles F, Aline. Handicap en milieu carcéral : quelles différences avec la situation en population générale ? Popul -Paris-. 2005;60(1-2):71-98.
21. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, De Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry [Internet]. Aout 2006 [cité 13 déc 2014];6:33. Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/33>
22. Tendances 76 - Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 [Internet]. [cité 10 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend76.html>
23. INSERM. Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations.

- Expertise collective. [Internet]. 2010 [cité 21 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>
24. Obradovic I. La réponse pénale à l'usage de stupéfiants. Tendances [Internet]. nov 2010 [cité 27 oct 2014]; Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxioqa.pdf>
 25. CNS (Conseil national du sida), ANRS. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. recommandations su groupe d'experts. Rapport 2013. [Internet]. La Documentation Française; 2013 [cité 17 févr 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf
 26. Gerald T. Evaluer le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons au Canada : analyse de situation [Internet]. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT); 2005 [cité 13 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011325-2005.pdf>
 27. Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Pinget R, et al. Découvertes de séropositivité VIH et sida - France, 2003-2012. Bull Epidémiologique Hebd. 1 avr 2014;(9-10):154-62.
 28. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014 [Internet]. EDP sciences; 2014 [cité 2 janv 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatites_2014.pdf
 29. InVS. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 [Internet]. 2007 [cité 2 nov 2014]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8933
 30. Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire. [Internet]. [cité 20 oct 2014]. Disponible sur: http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEGI/882.pdf
 31. Vergniol J, Capdepon M, El Aouadi S, Le Port G, Gatineau-Sailliant G, Hédouin V, et al. Prevalence of viral hepatitis and liver fibrosis in a population of incomers in French prisons. UCSASCAN study [Internet]. 2014 [cité 13 déc 2014]. Disponible sur: <http://liverlearning.aasld.org/aasld/2014/thelivermeeting/61551/undefined>
 32. Arrêté du 18 novembre 2014 relatif aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché inscrites sur la liste visée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029780038>
 33. AFEF. Traitement des hépatites virales C. Avis d'experts 5. Janvier 2015 [Internet]. 2015 [cité 30 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.afef.asso.fr/Data/upload/files/Avis%20expert%20Traitement%20janvier%202015+.pdf>
 34. Pourchon F, Pouzac A. Les expériences internationales et la réglementation internationale en faveur de l'échange de seringues en milieu carcéral. Argumentaire en faveur de l'expérimentation de programmes d'échange de seringues en milieu carcéral. SAFE; 2012.
 35. Groupe SRC. Légalisation contrôlée du cannabis. Rapport du Groupe de Travail [Internet]. 2011 juill [cité 13 nov 2014]. Disponible sur:

http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/rapport_vaillant.pdf

36. Ministère des affaires sociales et de la santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014 [Internet]. 2014 [cité 13 déc 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf
37. CNS (Conseil national du sida). Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires [Internet]. 2009 [cité 13 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article306&artpage=1-4>
38. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (8):CD004145.
39. Circulaire DGS/DHOS n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés [Internet]. 2002 [cité 25 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-08/a0080670.htm>
40. MICHEL L, MAGUET O. L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral. Rapport pour la Commission Nationale Consultative des Traitements de Substitution. [Internet]. 2003 avr [cité 21 févr 2015]. Disponible sur: <http://prison.eu.org/IMG/pdf/1679.pdf>
41. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, et al. Release from Prison — A High Risk of Death for Former Inmates. *N Engl J Med.* 11 janv 2007;356(2):157-65.
42. Aids WGP on. Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons, Genève, mars 1993. WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons [Internet]. 1993 [cité 19 oct 2014]; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/59405>
43. Fernandes Pereira P. La consommation de substances psycho-actives en milieu carcéral : une enquête auprès de personnes ayant connu une incarcération à la maison d'arrêt de Brest. Mémoire de capacité d'addictologie clinique. Université de Brest-Bretagne Occidentale; 2014.
44. Mauillon D. Réduction des risques en milieu pénitentiaire : enquête sur les pratiques à risque en détention et les moyens mis en oeuvre à la maison d'arrêt d'Angers. Mémoire diplôme universitaire santé publique en milieu pénitentiaire. Université Paris Descartes; 2011.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête



ENQUÊTE SANTÉ 2014 Unité Sanitaire de Brest

*Le questionnaire suivant est **ANONYME**
et uniquement destiné à l'Unité Sanitaire (ex-UCSA).
Il ne sera en aucun cas transmis à l'administration pénitentiaire.
Cette étude a pour but d'améliorer les soins délivrés.
Merci pour votre participation.*

- Quel est votre âge : _____
- Quand êtes vous entré en prison ?
 - mois et année de la première incarcération : _____
 - mois et année de l'incarcération actuelle : _____
- Consommiez-vous les produits suivants lorsque vous étiez **EN DEHORS de la prison** ?

Produits (Cochez si vous avez déjà consommé)	Combien de fois ?	Depuis quel âge ?
<input type="checkbox"/> Tabac	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Alcool	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Cannabis	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> sniffée <input type="checkbox"/> injectée <input type="checkbox"/> fumée	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> sniffée <input type="checkbox"/> injectée <input type="checkbox"/> fumée	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Crack/freebase <input type="checkbox"/> sniffée <input type="checkbox"/> injectée <input type="checkbox"/> fumée	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Amphétamine, ecstasy <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/> avalé <input type="checkbox"/> fumé	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Méthamphétamines (ice/Yaba/Crystal meth) <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/> avalé <input type="checkbox"/> fumé	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> LSD, kétamine, GHB, champignons hallucinogènes <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/> avalé <input type="checkbox"/> fumé	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Skénan, Subutex, Méthadone (obtenus sans ordonnance) <input type="checkbox"/> sniffés <input type="checkbox"/> avalés <input type="checkbox"/> fumés <input type="checkbox"/> injectés	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Rohypnol, xanax, tranxène, seresta... (obtenus sans ordonnance) <input type="checkbox"/> sniffés <input type="checkbox"/> avalés <input type="checkbox"/> fumés <input type="checkbox"/> injectés	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> sniffés <input type="checkbox"/> avalés <input type="checkbox"/> fumés <input type="checkbox"/> injectés Préciser le(s)quel(s) : _____	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	

• Avez-vous déjà consommé les produits depuis que vous êtes **EN PRISON** ?

Produits (Cochez si vous avez déjà consommé)	Combien de fois ?	Depuis quel âge ?
<input type="checkbox"/> Tabac	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Alcool	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Cannabis	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> sniffée <input type="checkbox"/> injectée <input type="checkbox"/> fumée	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> sniffée <input type="checkbox"/> injectée <input type="checkbox"/> fumée	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Crack/freebase <input type="checkbox"/> sniffée <input type="checkbox"/> injectée <input type="checkbox"/> fumée	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Amphétamine, ecstasy <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/> avalé <input type="checkbox"/> fumé	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Méthamphétamines <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/> avalé <input type="checkbox"/> fumé (ice/Yaba/Crystal meth)	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> LSD, kétamine, GHB, champignons hallucinogènes <input type="checkbox"/> sniffé <input type="checkbox"/> avalé <input type="checkbox"/> fumé	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Skénan, Subutex, Méthadone (<i>obtenus sans ordonnance</i>) <input type="checkbox"/> sniffés <input type="checkbox"/> avalés <input type="checkbox"/> fumés <input type="checkbox"/> injectés	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Rohypnol, xanax, tranxène, seresta... (<i>obtenus sans ordonnance</i>) <input type="checkbox"/> sniffés <input type="checkbox"/> avalés <input type="checkbox"/> fumés <input type="checkbox"/> injectés	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	
<input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> sniffés <input type="checkbox"/> avalés <input type="checkbox"/> fumés <input type="checkbox"/> injectés Préciser le(s)quel(s) : _____	une ou plusieurs fois par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> occasionnellement	

• SI VOUS AVEZ DÉJÀ UTILISÉ DES DROGUES EN PRISON en sniff ou en injection (durant cette incarcération ou une autre), remplissez le tableau suivant
→ Cocher UNE case par ligne

	Une seule fois	Plusieurs fois	A chaque fois	Jamais
J'ai déjà partagé mon matériel de sniff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà réutilisé mon matériel de sniff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà partagé mon matériel d' injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà réutilisé mon matériel d' injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Prenez vous un traitement de substitution aux opiacés prescrit par l'Unité Sanitaire ?

Non Oui : Méthadone® Oui : Buprénorphine Oui : Suboxone®

• Prenez vous un traitement morphinique prescrit par l'Unité Sanitaire ?

Non Oui : Skenan®, Actiskenan®, Durogesic®

• Concernant les HEPATITES B et C et le VIH/SIDA

→ Cocher UNE case par ligne

	Je n'ai jamais fait le test	Test déjà fait mais je ne connais pas le résultat	Résultat positif	Résultat négatif	Ne sait pas
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si un résultat est positif, recevez vous un traitement ? Non Oui : _____

• Si l'Unité Sanitaire proposait aux usagers de drogues des SERINGUES A USAGE UNIQUE (kit d'injection), qu'en penseriez vous ?

→ Cocher UNE case par ligne

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
Je serais intéressé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela faciliterait ma consommation de drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela encouragerait d'autres détenus à consommer des drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Si l'Unité Sanitaire proposait aux usagers de drogues des « ROULE TA PAILLE » (carton à usage unique pour le sniff), qu'en penseriez vous ?

→ Cocher UNE case par ligne

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
Je serais intéressé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela faciliterait ma consommation de drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela encouragerait d'autres détenus à consommer des drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Concernant les soins délivrés par l'Unité Sanitaire :

- Je suis suivi par un(e) généraliste qui .. me prescrit un traitement ne me prescrit pas de traitement
- Je suis suivi par un(e) psychiatre qui ... me prescrit un traitement ne me prescrit pas de traitement
- Je suis suivi par un(e) addictologue qui . me prescrit un traitement ne me prescrit pas de traitement
- Je suis suivi par un(e) psychologue
- Je trouve l'accès aux services de l'Unité Sanitaire : satisfaisant insatisfaisant Ne se prononce pas

- Avez-vous reçu **EN PRISON** une information sur la réduction des risques* ?

(* Dans ce questionnaire, nous abordons les risques de transmissions de maladies, notamment virales (VIH/SIDA, hépatites B et C), par des comportements dits « à risques » liés par exemple à la sexualité, à l'usage de drogue, ou au partage de matériel. « La réduction des risques » est l'ensemble des stratégies qui visent à diminuer ces risques.)

- Non Oui Ne sait pas

- Concernant les différents moyens de réduction des risques, de manière générale... :

	... je connais ce moyen j'utilise ce moyen
Utilisation de matériel stérile à usage unique pour la prise de drogue	<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> Oui à chaque fois <input type="checkbox"/> Oui parfois <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Non concerné
Utilisation de techniques alternatives à l'injection d'héroïne (« chasser le dragon », ...)	<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> Oui à chaque fois <input type="checkbox"/> Oui parfois <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Non concerné
Désinfection du matériel d'injection*	<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> Oui à chaque fois <input type="checkbox"/> Oui parfois <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Non concerné
Utilisation de préservatifs	<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> Oui à chaque fois <input type="checkbox"/> Oui parfois <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Non concerné
Traitement post-exposition au VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> Oui à chaque fois <input type="checkbox"/> Oui parfois <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Non concerné

(* Attention : la désinfection à l'eau de javel de matériel d'injection non stérile n'est pas une mesure suffisante pour se protéger des risques de transmission virale.)

- Êtes-vous tatoué ?

- Non Oui

Si Oui, tatouage fait : EN DEHORS de la prison

- EN prison
 Avec matériel stérile à usage unique
 Avec partage de matériel ou matériel non stérile
 Avec de l'encre adaptée
 Avec de l'encre « artisanale » (Produits utilisés : _____)

- Avez-vous des piercings ?

- Non Oui

Si Oui, piercing fait : EN DEHORS de la prison

- EN prison
 Avec matériel stérile à usage unique
 Avec partage de matériel ou matériel non stérile

- Si vous avez déjà partagé ou réutilisé du matériel (d'injection, de sniff, de tatouage ou de piercing), utilisez-vous des produits pour désinfecter ce matériel ?

- Non Oui

Si oui, quel produit : Eau de javel Autre : _____

L'accès à ces produits désinfectants **EN PRISON** est satisfaisant insatisfaisant Ne se prononce pas

• Avez-vous eue des rapports sexuels **EN PRISON** (y compris aux parloirs)?

Non Oui

Si Oui, rapports : Hétérosexuels Homosexuels
 Non protégés Protégés (utilisation de préservatifs)

• Concernant l'accès aux préservatifs **EN PRISON**, vous trouvez qu'il est :

satisfaisant insatisfaisant Ne se prononce pas

• Concernant le **vaccin contre l'hépatite B**

→ Cocher **UNE** case par ligne

	Oui	Non	Ne sait pas
Je suis vacciné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On m'a proposé le vaccin depuis que je suis incarcéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis intéressé par ce vaccin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Avez-vous envie d'arrêter votre consommation de produits (drogues ou traitement sans ordonnance) ?

Non Oui Non concerné

• Sexe : M F

• Catégorie socio-professionnelle : (Cochez une seule case)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants | <input type="checkbox"/> Employés |
| <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | <input type="checkbox"/> Ouvriers |
| <input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures | <input type="checkbox"/> Retraités |
| <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires | <input type="checkbox"/> Autres personnes sans activité professionnelle |
| | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

• Pour finir, souhaitez vous ajouter un commentaire sur ce que pourrait faire l'Unité Sanitaire pour vous faciliter l'accès aux soins ?

Merci pour votre participation

2. Annexe 2 : Affiche



ETUDE SANTÉ 2014

En mars et avril 2014,
une étude menée par l'Unité Sanitaire,
concernant **la santé des personnes détenues**
va se dérouler au sein de la maison d'arrêt de Brest.
Certains d'entre vous seront invités à y participer.

Cette étude est **ANONYME** et **FACULTATIVE**.

Il s'agit d'un court entretien
autour du thème de la
réduction des risques.
Le but est d'**améliorer les
soins** délivrés par l'Unité
Sanitaire.

*Le choix des participants
est réalisé au hasard pour
obtenir un échantillon
représentatif de l'ensemble
des personnes détenues.*

*Les données sont destinées
à l'Unité Sanitaire et serviront
pour une thèse de médecine.*

**Merci d'avance
pour votre
participation !**

**Si vous souhaitez plus d'information
vous pouvez vous adresser à l'Unité Sanitaire.**

3. Annexe 3 : Tableaux

Tableau 27 : Nombre de personnes dépistées et résultat du dépistage en 2013 et 2014 à l'US de Brest selon les rapports d'activité

	2013 (707 personnes incarcérées)		2014 (519 consultations d'entrants)	
	Nombre de cas (n)	Nombre de personnes dépistées (n)	Nombre de cas (n)	Nombre de personnes dépistées (n)
VIH	0 (4 patients déjà connus, sous traitement ARV)	327	0	261
VHC (Ac antiVHC +)	4	330	7	265
VHB (Ag HBs +)	5	329	2	261
VHB (Ac antiHBs +)			146	266
Chlamydia trachomatis	23	250	13	233
Syphilis	3	279	2	257

Tableau 28 : Nombre de participants selon le délai entre le début de l'incarcération en cours et le moment de l'enquête

	Pas de TSO	Avec TSO	Total	
	n	n	n	%
0 à 3 mois	22	5	27	43,5
Plus de 3 mois à 6 mois	11	2	13	21,0
Plus de 6 mois à 1 an	12	3	15	24,2
Plus de 1 an à 2 ans	1	2	3	4,8
Plus de 2 ans	4	0	4	6,5
Total	50	12	62	100,0

Tableau 29 : Age d'initiation aux drogues, avec détails selon la prise de TSO ou non

Age d'initiation	Non initié	10 ans et moins	Plus de 10 ans à 15 ans	Plus de 15 ans à 20 ans	Plus de 20 ans à 25 ans	Plus de 25 ans à 30 ans	Plus de 30 ans
Tabac	9	5	27	15	5	1	0
Pas de TSO	9	3	19	13	5	1	
TSO	0	2	8	2	0	0	
Alcool	12	0	13	28	6	2	1
Pas de TSO	11		9	21	6	2	1
TSO	1		4	7	0	0	0
Cannabis	25	1	21	11	2	1	1
Pas de TSO	24	1	13	8	2	1	1
TSO	1	0	8	3	0	0	0
Héroïne	49	0	1	10	2	0	0
Pas de TSO	47		1	1	1		
TSO	2		0	9	1		
Cocaïne	40	0	3	11	5	2	1
Pas de TSO	38		3	3	3	2	1
TSO	2		0	8	2	0	0
Crack	56	0	1	3	1	1	0
Pas de TSO	47		1	1	0	1	
TSO	9		0	2	1	0	
Amphétamine	46	0	0	13	2	0	1
Pas de TSO	42			6	1		1
TSO	4			7	1		0
Méthamphétamine	57	0	0	3	1	0	1
Pas de TSO	46			0	1		1
TSO	11			1	0		0
LSD	44	0	2	12	2	1	1
Pas de TSO	40		2	5	1	1	1
TSO	4		0	7	1	0	0
Morphine	58	0	0	1	2	0	1
Pas de TSO	46			1	2		1
TSO	12			0	0		0
Benzodiazépine	55	0	0	5	2	0	0
Pas de TSO	47			3	0		
TSO	8			2	2		
Autre	60				1		1
Pas de TSO	50				0		0
TSO	10				1		1

LE GRAND (Pierre) – Evaluation des comportements à risque de transmission virale parmi les personnes détenues de la maison d’arrêt de Brest, en 2014 -
98 f. , 3 ill ., 29 tabl., 3 graph.
Th. : Méd. : Brest 2015

RESUME :

Après avoir rappelé les problématiques liées à la transmission virale (VIH, hépatites B et C) et à la réduction des risques dans le contexte carcéral, l’auteur évalue la situation au sein de la maison d’arrêt de Brest.

En mars 2014, une étude quantitative a été réalisée auprès d’un échantillon randomisé. Un questionnaire abordant les conduites à risque de transmission virale et les mesures de réduction de ces risques était complété lors d’un entretien en face-à-face.

Parmi les 62 participants, 41,9% consommaient au moins une drogue en détention. Sept personnes avaient recours au sniff, une seule à la voie intraveineuse. Le tatouage en détention concernait 21% des participants, les rapports sexuels 16,1%. Les données recueillies montrent des pratiques à risques (partage de matériel, etc.) et des moyens de réduction des risques insuffisants (absence d’accès à du matériel stérile, accès à l’eau de javel et aux préservatifs insuffisants, etc.).

L’auteur conclut en discutant les différentes mesures pouvant être mises en oeuvre ou améliorées.

MOTS CLES :

REDUCTION DES RISQUES

VIH/SIDA

HEPATITES

PRISON

DROGUE

TATOUAGE

JURY :

Président : Mr. LEROYER C. (Directeur de Thèse)

Membres : Mr. DE SAINT MARTIN L.

Mme. LE BERRE R.

Mr. NOUSBAUM JB.

Mr. QUINTRIC Y. (Co-directeur)

DATE DE SOUTENANCE :

6 mai 2015

ADRESSE DE L’AUTEUR :